



7 - 2015

ISSN 1027-7218

Научно-
практический
ежемесячный
журнал

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



Из всех наук
(искусств)
безусловно
медицина-
самая
благородная



О. А. КУЛЬПАНОВИЧ, М. В. ЦАВЕЛЕВА

РАЗВИТИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В БЕЛАРУСИ

Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Приоритетом государственной политики Республики Беларусь является сохранение и укрепление здоровья населения на основе повышения доступности и качества медицинской помощи. На прошедшем в сентябре 2014 г. II съезде врачей амбулаторной практики отмечено, что «ключи успешной работы отечественной системы здравоохранения находятся в руках врачей амбулаторной практики». Значимая и признанная сегодня амбулаторно-поликлиническая служба (АПС) прошла в своем развитии ряд преобразований как в мировом масштабе, так и в рамках нашей страны. Исторический анализ данных преобразований свидетельствует о преимуществах многих организационных форм амбулаторного обслуживания населения, определяет основной приоритет развития АПС — обеспечение доступности медицинской помощи населению. Представлены исторические сведения о становлении и основных направлениях развития АПС в Республике Беларусь в XIX—XXI веках.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая служба, стационарозамещающие технологии, первичная медико-санитарная помощь, амбулатории.

Приоритетом государственной политики Республики Беларусь является сохранение и укрепление здоровья населения на основе повышения доступности и качества медицинской помощи. На II съезде врачей амбулаторной практики (сентябрь 2014 г.) отмечено, что «ключи успешной работы отечественной системы здравоохранения находятся в руках врачей амбулаторной практики». В начале 2014 г. в стране функционировало 850 самостоятельных поликлиник и амбулаторий, а также ряд других организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторную помощь населению. В течение нескольких лет Законом «О республиканском бюджете» предусматривается, что на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в планируемом бюджетном году направляется не менее 40% средств от общего финансирования расходов на здравоохранение, что является признанием значимости амбулаторной помощи.

Амбулаторно-поликлиническая служба (АПС) прошла в своем развитии ряд преобразований как в мировом масштабе, так и в рамках отдельных государств.

Прежде всего необходимо помнить, что организация и развитие АПС теснейшим образом переплетаются с историей каждой страны и обусловлены изменениями, происходящими в социуме, множеством экономических и демографических факторов. АПС является продуктом цивилизации и зависит от того, при каких условиях она формировалась, от ментальности, запросов и предпочтений населения, с одной стороны, и места здравоохранения в иерархии государственных интересов — с другой. Поэтому, анализируя генезис амбулаторно-поликлинической помощи, необходимо учитывать среду, в которой она зарождалась и развивалась. Данные положения имеют непосредственное отношение и к становлению АПС в Беларуси. Специфика ее развития на территории нашей страны обусловлена становлением земской медицины, особенностями развития капитализма, многонациональным составом населения, а также распространением ряда социально опасных заболеваний, характерных именно для данной территории.

Самостоятельные амбулатории в Российской империи, в состав которой входила Беларусь, появились в конце 70-х годов XIX века, но становление АПС началось гораздо раньше. Так, в 1804 г. впервые в учебную программу медицинских факультетов университетов была введена поликлиническая практика.

Изначально амбулаторная помощь в городах оказывалась в больницах Приказов общественного призрения, созданных в 1775 г. при губернских управлениях. На Приказы было возложено «попечение и надзирание об установлении и прочном основании сиротских домов, гошпиталей или больниц для излечения больных, богаделен, домов для неизлечимых больных, домов для сумасшедших и аптек». В 1842 г. на больницы Приказов общественного призрения было возложено лечение приходящих больных, что явилось своеобразным пусковым механизмом для создания различных организационных форм амбулаторной помощи городскому населению.

f
нас
цин
тац
чей
наж
сел
абс
Рос
тик
ря
ной
ней
ем
До
ра:
до
ва
ни
го
ор
се
ти
вр
од
ог
нк
«I

v
н
х
н
с
1
f
f
с
)

Развитие амбулаторной помощи сельскому населению связано с развитием земской медицины. В рамках правительственной регламентации объединенными усилиями земств и врачей создана самобытная «земская медицина» — система оказания медицинской помощи сельскому населению страны, которая явилась абсолютным государственным приоритетом России, не имевшим аналогов в мировой практике. Во многом это стало возможным благодаря осознанию врачами своей профессиональной и гражданской ответственности за сохранение здоровья народа и явившейся следствием этого их профессиональной консолидации. До этого в сельской местности складывалась заезженная система, при которой врачи последовательно объезжали свои участки и оказывали необходимую помощь по месту проживания больного. Врач делал более 200 выездов в год, иногда затрачивая на выезд сутки. Такая организация медицинского дела не оправдала себя, а в некоторых случаях имела прямо противоположный эффект, так как большая часть времени расходовалась на переезды врача из одной деревни в другую. Однако накопленный опыт явился предпосылкой построения основной структурной единицы земской медицины — «врачебного участка».

В Беларуси сельская медицина стала развиваться ускоренными темпами после введения (1903) «Положения об управлении земским хозяйством в 9 западных губерниях» и особенно после вступления в силу «Положения о земских учреждениях в западных губерниях» от 14.03.1911. Эти положения распространялись на Витебскую, Минскую и Могилевскую губернии. В Виленской и Гродненской губерниях сельская медицина в начале XX века продолжала свое существование в рамках закона 1887 г. «О распространении "мнения Государственного Совета от 11 января 1883 года по устройству сельской врачебной части Могилевской губернии" и на другие губернии» [1].

Земства отпускали средства на строительство больниц, амбулаторий, на содержание медицинского персонала. Количество врачебных участков на белорусских землях увеличилось с 73 в 1903 г. до 164 в 1913 г. Сельские земские врачебные участки были ориентированы на лечебную и профилактическую работу. В обязанности уездного врача также входило обучение оспопрививателей; руководство

занятиями фельдшеров и наблюдение за их работой; борьба с эпидемиями; содействие ветеринарной службе. Однако земская медицина не была лишена недостатков. Ввиду перегруженности в земские больницы зачастую было непросто попасть. Как отмечалось на II съезде врачей Минской губернии (1911), в губернскую земскую больницу из-за постоянного ее переполнения «попасть так же трудно, как в царство небесное».

Что касается стационарной помощи городскому населению, лечение в больницах Приказов общественного призрения осуществлялось за плату, которая составляла от 6 руб. 45 коп. в месяц в Могилевской губернии до 9 руб. в Витебской, что делало эту помощь малодоступной для населения. За казенный счет содержались военные чины, арестанты, больные сифилисом и лица, предоставившие документы об исключительной бедности. Состоятельные люди получали медицинскую помощь у себя на дому в порядке частной практики врачей и фельдшерского персонала. Врачебный Устав 1791 г. разрешал частнопрактикующим «докторам и повивальным бабкам требовать за свои труды пристойной награды».

Стоимость обслуживания в частных лечебницах составляла от 2 до 10 руб. в сутки. В минских лечебницах она была следующей: в частной хирургической лечебнице по женским и глазным болезням за 1 сут лечения взималось от 2 до 5 руб., за операции бралась дополнительная плата; за 1 сут пребывания в больнице Красного Креста больной должен был внести в больничную кассу 2 руб., к которым прибавлялась сумма за инъекции и хирургические операции. Такую помощь могли позволить себе только состоятельные люди.

Амбулаторная помощь в определенной мере снимала остроту проблемы доступности и дороговизны лечения как для городских, так и для сельских жителей.

Во 2-й половине XIX — 1-й половине XX веков сложились следующие организационные формы амбулаторно-поликлинической помощи:

- амбулаторный прием в больнице;
- амбулатория;
- врачебная амбулатория;
- сельская врачебная амбулатория;
- временная амбулатория;
- амбулаторный пункт;
- амбулаторная лечебница;

- амбулаторный покой;
- врачебно-амбулаторный пункт;
- амбулаторные объединения;
- фабрично-заводская амбулатория (ФЗА);
- амбулатория скорой помощи.

Врачи Беларуси были инициаторами прогрессивных мероприятий, печатали статьи, монографии, учебники, актуальность которых не потеряна до настоящего времени. Их труды посвящены разработке организационных форм догоспитальной помощи, системе учета пациентов, преемственности в деятельности больниц и амбулаторий, особенностям оказания амбулаторной помощи при конкретных нозологиях.

Статья врача Витебской губернии М. Я. Шабуниной «Об изменениях, которые желательно внести в регистрационную амбулаторную карточку» (1913) имеет непосредственное отношение к совершенствованию организационных аспектов амбулаторной помощи [2]. Вопросам амбулаторной помощи больным туберкулезом посвящена статья Э. Л. Есьмана «Врачебно-санитарный обзор амбулатории попечительства Минского отдела Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом за 1913 г.» [3]. Эти и подобные работы представляли большой интерес и источниковедческую ценность для врачей, организаторов здравоохранения, историков. Они содержат интереснейшие и глубокие научно-практические идеи. Зачастую данные материалы — единственный исторический источник об организации амбулаторно-поликлинической помощи.

Важнейшую роль в постановке и разработке проблем организации амбулаторно-поликлинической помощи сыграли съезды и общества врачей. В мае 1892 г. Общество минских врачей обсудило доклад «О расширении амбулаторий при больницах» и на основании этого обсуждения рекомендовало ввести амбулаторный прием пациентов по специальностям в трех больницах города, бесплатно отпускать лекарства бедным больным, ввести ночные дежурства.

В сентябре 1898 г. по инициативе врача Л. Я. Поляка в Обществе минских врачей дважды развертывались дискуссии о медицинской помощи неимущему населению. Отметив, что «больные эти в громадном большинстве тяжкие, являющиеся в амбулаторию как бы только для получения билетиков, необходимых при

погребении (в особенности это относится к приносимым детям)» и что бедное «население г. Минска почти совершенно лишено врачебной помощи», Л. Я. Поляк предложил ее расширить.

В 1879 г. в Минске (на Петропавловской улице — совр. ул. Энгельса) врачебное общество открыло лечебницу для проходящих больных — лечебное учреждение амбулаторного типа. В лечебнице работали 16 врачей (дежурства по очереди) и 10 фельдшеров. Медицинскую помощь предоставляли бесплатно по шести специальностям: внутренним, хирургическим, глазным, женским, детским, нервным болезням. Амбулаторно выполнялись хирургические вмешательства. Прием больных велся на трех языках: еврейском, русском и польском. Это имело значение в связи с национальным составом жителей. По данным первой всероссийской переписи (1897), в Минске проживало: евреев — 51,2%, русских — 25,8%, поляков — 11,4%, белорусов — 9%, татар — 1,3%. Многие жители знали только свой родной язык.

За 9 мес работы в лечебнице получили помощь 1542 больных — 2382 посещения. Возможность повторных обращений, предоставление помощи по нескольким медицинским специальностям являлись новыми формами медицинского обслуживания. Прогрессивными стали первые попытки участкового обслуживания населения, а также решения вопросов лекарственного обеспечения. Бланки рецептов имели белый или синий цвет. По ним, в зависимости от цвета бланка, жители города получали лекарства на 25—30% ниже стоимости или бесплатно. Разницу в цене компенсировали за счет городского бюджета.

В 1881 г. лечебница была закрыта «по случаю отказа Городской думы продолжить субсидию».

Через 18 лет (1899) Городская дума по предложению Общества минских врачей приняла решение об открытии городской амбулатории. Ее финансирование велось за счет городского бюджета. Амбулатория находилась в центре города на ул. Юрьевской, 21 (в 1919 г. переименована в ул. им. Февральской революции, в 1920 г. — Коммунистическую) в доме фельдшера Дрейзина. Здание медучреждения находилось ориентировочно на месте современной гимназии № 24 (ул. Интернациональная, 40). Здесь можно было бесплатно получить консультацию врача и лекарство. Помимо приема

больше
перее
латор
ла эк
сульт
ных
враче
лекар
Ле
до на
вые
июне
тиче
ходи
рии
лече
раби
Поз
В
боли
С 19
ных
зова
при
ент
при
191
ме
фе
су
вет
тра
на
ос
30
бу
го
ку
из
ду
на
ме
Ра
па
of
па
ли
ви
ц
л

ных, в ней проводились мелкие операции, перевязки, инъекции. Но очень быстро амбулатория стала платной — городская управа умела экономить средства. За медицинскую консультацию в отдельных случаях с состоятельными посетителями взималось 10 коп., за визит к врачу на дом — 20 коп. Бесплатно отпускались лекарства и проводилось оспопрививание.

Лечебница на Юрьевской функционировала до начала Великой Отечественной войны. После бомбардировки фашистской авиации в августе 1941 г. превратили улицу Юрьевскую практически в руины. Уцелели лишь 2—3 дома, найденные за зданием бывшего Музея истории Великой Отечественной войны. Здание лечебницы чудом уцелело. После войны в нем работала приемная ЦК Компартии БССР. Позже его снесли.

В 1904 г. при Минской губернской земской больнице открылась бесплатная амбулатория. В 1906 г. в ней 3 раза в неделю принимали глазных больных. В 1912 г. амбулатория преобразована в глазную лечебницу.

Закрытие (преобразование) амбулатории в земской больнице увеличило поток пациентов в городскую амбулаторию. В 1901 г. в ней лечено 14 629 больных, в 1903 г. — 23 631, в 1913 г. — 31 973. Был приглашен 2-й врач. Кроме 2 врачей, в штат амбулатории входили фельдшер и аптекарь. Данное учреждение процветало до революции 1917 г. В годы советской власти оно было преобразовано в центральную рабочую амбулаторию.

Наибольшим социальным бедствием для населения являлся туберкулез. Он занимал первое место среди причин смертности. В сентябре 1912 г. в Минске была открыта амбулатория для больных туберкулезом Минского отдела Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом. Заведующим данной амбулаторией избран врач Э. Л. Есьман. Амбулатория находилась на ул. Крещенской, 20 (совр. участок бережной в парке Я. Купалы напротив того дома, где начинается ул. Интернациональная). Амбулатория была построена по диспансерному типу. Это учреждение явилось прообразом будущего противотуберкулезного диспансера. В амбулатории применялись туберкулодиагностика, туберкулинотерапия, были введены начальные принципы диспансеризации. Помимо приема больных, персонал амбулатории и члены попечительского совета посе-

щали их на дому, обследовали жилищные условия. Бедным пациентам выдавались продукты (мясо, молоко), пособия на питание и на лечение в санатории.

Постепенно появлялись лечебные учреждения различных форм собственности (общественной, частной) и ведомств — духовных ведомств; фабрично-заводской, железнодорожной, почтово-телеграфной медицины и др.

В январе 1903 г. в Минске (ул. Койдановская, 6, дом Грушкина) открыта частная глазная лечебница С. Д. Каминского, в которой велся и амбулаторный прием.

В ноябре 1913 г. в Минске открыта 2-я городская амбулатория. Она находилась в доме Билецкого на ул. Ново-Московской (совр. ул. Мясникова). Медицинский персонал амбулатории состоял из врача, фельдшера и аптекаря. Заведовал 2-й городской амбулаторией врач А. К. Валк. Он работал вольнопрактикующим врачом в Минске (1909—1916), участвовал в работе ночных дежурств врачей, организованных с 1910 г.; работал городским амбулаторным врачом (1911).

Почтово-телеграфная амбулатория Минска начала работать в 1912 г. Находилась на ул. Губернаторской, 34 — в здании почтово-телеграфной конторы.

В апреле 1909 г. в Минске открыта глазная амбулатория при Обществе пособия бедным больным евреям (ул. Замковая, 19 — совр. район станции метро «Немига»). При амбулатории имелось 1 стационарное место. Лечение осуществлялось бесплатно.

Накануне Первой мировой войны в Минске медицинскую помощь приходившим больным оказывали примерно в 25 амбулаториях. Основными из них были: две амбулатории городского управления, амбулатория земской больницы, три амбулатории духовных училищ, амбулатория Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом, амбулатория еврейского благотворительного общества, глазная амбулатория общества пособия бедным больным, амбулатории для печения зубов и полости рта при частной зубо-врачебной школе, железнодорожные и частные амбулатории.

Из-за большого наплыва пациентов на прием к врачу попадали далеко не все желающие. Для большинства населения возможность получения медицинской помощи в благотворительных заведениях являлась последним и

единственным шансом. Благотворительными организациями и учреждениями оказывались также и амбулаторные формы помощи. Это касалось и католического общества «Доброчинность», созданного 5 марта 1811 г. в Минске. Больница этого общества являлась одним из старейших лечебных учреждений Белоруссии. Она была основана по инициативе епископа Римско-католической епархии Я. И. Дедерко. Постепенно общество расширяло свою деятельность и оказывало помощь не только призываемым в своих учреждениях, но и вне их, то есть приходящим больным. Для этого при обществе имелся отдел благотворительности по городу. Амбулатории как самостоятельного учреждения при обществе не было, но велся амбулаторный прием, о котором впервые упоминается в 1877 г. В 1911 г. в амбулатории было принято 317 больных, в 1913 г. — 323, в 1914 г. — 267. Осуществлялся отпуск лекарств амбулаторным больным. Так, бесплатно выдано лекарств амбулаторным больным в 1904 г. по 432 рецептам, в 1911 г. — по 317 рецептам.

При Туличевском женском монастыре (Могилевская губерния) в начале XX века была открыта амбулатория для бедных больных. Прием в ней вели врачи С. Ф. Савинич и И. Н. Сононович.

Обеспокоенные расширением рабочего движения минские предприниматели на паевых началах открыли на Нижней Ляховке, в районе кожевенного завода Имрота (район современной улицы Октябрьской), первую ФЗА (1899). Она лишь частично содержалась за счет владельцев предприятий. Деньги для оплаты труда врачей удерживали с зарплаты рабочих в виде особого — больничного — налога. Прежде чем оказать медицинскую помощь, у пациентов спрашивали квитанцию об уплате больничного налога. Услугами амбулатории могли пользоваться только рабочие 13 крупнейших минских фабрик и заводов, всего таких предприятий, по губернским статистическим сведениям, в городе было более 40. Заводчики предусмотрительно расклеили на своих предприятиях объявление: «Врачебная помощь подается рабочим лишь тех заводов, в коих вывешено настоящее объявление». Староста амбулатории — предприниматель Имрот — следил за соблюдением правил. Заведовал амбулаторией врач Ф. С. Сильвестрович, он принимал пациентов по 1 ч 2 раза в неделю. Обращать-

ся к фельдшеру можно было ежедневно. Кроме того, врач и фельдшер принимали больных у себя на дому, а в случае необходимости посещали рабочих по месту жительства. В ФЗА имелась жалобная книга.

Число обращений в ФЗА быстро росло (с 1903 г. по 1906 г. оно увеличилось с 6781 до 8535). По данным заведующего амбулаторией, большинство пациентов страдали от внутренних и нервных заболеваний, часто нуждались в хирургической помощи. Болезни нередко были связаны с отсутствием охраны труда на производствах.

Наибольшее число обращений в амбулаторию приходилось на чугунолитейные заводы — самые крупные в городе. Ушибы, ожоги, другие травмы происходили на них так часто, что считались обычными явлениями. В 1906 г. на предприятиях Минска зарегистрирован 31 несчастный случай, в 1907 г. — 52.

Развитие промышленности в Минске, нарастание революционного движения и активизация общественного мнения вынудили предпринимателей сделать еще один шаг в сторону улучшения медицинской помощи рабочим. В апреле 1903 г. открылась вторая ФЗА (впоследствии две фабрично-заводские амбулатории объединились). К ее созданию были привлечены 46 крупных буржуа, на чьих фабриках и заводах всего было занято около 1500 рабочих. Лечебница находилась в центре города на ул. Юрьевской, 10. В амбулаторию можно было обратиться ежедневно с 9 до 10 часов утра и с 5 до 7 часов вечера. Кроме того, 2 врача, 2 фельдшера и акушерка принимали пациентов у себя дома в определенные часы, посещали тяжелобольных на дому. При амбулатории числились еще специалисты по акушерству, женским и глазным болезням, вознаграждение которым определялось в конце каждого года в зависимости от количества обращений больных. Амбулатория состояла из приемной, операционной, приемного покоя с двумя койками для стационарного лечения. Здесь же отпускались некоторые лекарства, несложные в приготовлении.

С развитием промышленности участились производственные травмы. Требования рабочих к предпринимателям об уплате компенсации за увечье и гибель на работе звучали все настойчивее. Как отмечал в своем отчете за 1901 г. старший фабричный инспектор Минской

губерни
над др
вая ФЗ
рованн
несчас
ке или
лась в
Им
ском с
менем
только
Больш
шеес
вать
об ус
поме
разог
стоян
Ми
попе
лове
сред
дивн
фаб
С пр
ях 1
шта
го п
(
на
шал
рич
тий
ске
реп
пр
ФЗ
ли
жа
пр
са
ф
ли
м
б
м
в
н
с
)

губернии, подобные требования преобладали над другими. После того как была открыта новая ФЗА, медицинское обслуживание травмированных на рабочем месте улучшилось. При несчастных случаях, происходивших на фабрике или заводе, амбулаторная помощь оказывалась в любое время.

Имелся определенный прогресс в медицинском обслуживании рабочих в целом. Со временем врачебной помощью обеспечивались не только сами трудящиеся, но и члены их семей. Большее значение имело новшество, заключающееся в том, что врачи ФЗА начали обследовать условия труда рабочих, ставить вопросы об устройстве вентиляции в производственных помещениях, об открытии столовой с местами разогрева пищи, об улучшении санитарного состояния жилищ трудящихся и т. д.

Материально эта амбулатория зависела от попечительного совета. Состав совета — 6 человек — избирался фабрикантами из своей среды на ежегодных общих собраниях, проводившихся под председательством старшего фабричного инспектора Минской губернии. Правом совещательного голоса на заседаниях попечительного совета присутствовали штатные амбулаторные врачи. Рабочие своего представительства на заседаниях не имели.

Однако мелкие промышленные предприятия, в которых количество работающих не превышало 15 человек, не подлежали надзору фабричной инспекции. Владельцы этих предприятий не принимали мер по организации медицинской помощи работающим. Многочисленные промышленники также испытывали затруднения при ее получении.

Как указывалось выше, число обращений в ФЗА быстро увеличивалось. Вместе с тем количество предприятий, участвовавших в содержании второй ФЗА уменьшалось. Некоторые промышленники в годы экономического кризиса и депрессии в начале XX века закрыли свои фабрики и заводы. Другие же под любым предлогом старались уклониться от уплаты требуемых для содержания амбулатории сумм, и рабочим хозяина-«неплательщика» отказывали в медицинской помощи. В 1907 г. услугами ФЗА пользовались 1100 рабочих 35 промышленных предприятий (на 11 предприятий меньше по сравнению с 1903 г.).

В целом в Минске насчитывалось 65 заводов и фабрик, где было занято 2190 трудящихся.

Таким образом, половина рабочих не имели доступа к услугам ФЗА. Чтобы создать видимость медицинского обслуживания, некоторые предприниматели приглашали на фабрики врачей, скупко оплачивая каждое обращение к ним больных. Но даже таких предприятий с весьма проблематичной охраной здоровья было в Минске в 1908 г. только три, на них работали всего около 115 человек. Среди лиц, не имевших доступа к услугам ФЗА, был и самый многочисленный отряд минского пролетариата — железнодорожники (900 человек), потребности которых не могли удовлетворить приемные покои Либаво-Роменской и Московско-Брестской железных дорог.

Недовольство рабочих низким уровнем медицинского обслуживания особенно ярко проявилось в годы Первой русской революции. Во время забастовки на дрожжевом заводе братьев Раковщиков, состоявшейся в 1905 г., было выдвинуто требование об оказании медицинской помощи рабочим и их семьям, о полной выплате жалования за время болезни в течение первых двух недель и половины жалования — за последующие две недели. Такие же требования выдвигали и рабочие завода купца Готовского, колбасных мастерских. Требования не были случайными. Согласно закону от 03.06.1886, заводчик имел право расторгнуть договор с рабочим по причине его двухнедельной непрерывной болезни. Тем самым по истечении этого срока хозяин освобождался от всяких забот о больных.

После революции 1905—1907 гг. многие фабриканты и заводчики начали уклоняться от содержания амбулаторий, в результате обе фабричные амбулатории были объединены в одну центральную рабочую амбулаторию, которая функционировала до начала Великой Отечественной войны.

Октябрьская революция 1917 г. положила начало эпохе социальных трансформаций. Первыми декретами советской власти декларированы общедоступность и бесплатность медицинской и лекарственной помощи трудящимся. Усиленное развитие в нашей стране амбулаторно-поликлиническая помощь получила с 20-х годов XX века — в годы становления отечественной системы здравоохранения.

Несмотря на трудности становления новой власти, наблюдалась позитивная динамика — происходили качественные и количественные

изменения в организации медицинской помощи. В 20-е годы основными направлениями медико-санитарного дела являлись медицинская помощь рабочим предприятий и борьба с социальными болезнями, в первую очередь с туберкулезом, сифилисом, трахомой. На предприятиях создавались пункты медицинской помощи, амбулатории. Осуществлялось страхование на случай болезни, потери трудоспособности и по старости. В Минске с декабря 1921 г. амбулатория для туберкулезных больных реорганизована в туберкулезный диспансер. Проводились мероприятия по организации амбулаторной службы и помощи на дому.

В 20-е годы амбулатории были открыты во всех крупных городах Белоруссии. Их возглавляли опытные организаторы здравоохранения, квалифицированные врачи: Л. Н. Альтшулер — заведующий Смолевичским врачебным участком, амбулаторией и больницей (Борисовский уезд) (1918—1924); А. А. Яхнин — заведовал 1-й городской амбулаторией Бобруйска до 1922 г.; М. З. Каганович — заведующий амбулаторией в Бобруйске (1924); В. Ф. Григорович — фельдшер, заведующий амбулаторией завода «Красный металлист» в Витебске; М. Л. Гуревич — заведующий 2-й рабочей амбулаторией на Луполово в Могилеве (1935—1941); А. В. Куршевская — заведующая Шкловской рабочей амбулаторией (1927), заведующая колхозной амбулаторией в Орше (1930); В. С. Магаршак — заведующий амбулаторией в Полоцке с 1924 г.; Е. С. Оффенгенден — заведующий центральной амбулаторией в Мозыре (1923); И. И. Бабицкий — врач ФЗА «Деревообделочников» в

Мозыре до 1924 г.; Н. Е. Александров — заведующий 1-й Советской амбулаторией на 7 коек для ходячих больных в Гомеле (1921); И. И. Пильмейстер — заведующий амбулаторией в Гомеле (1929); А. Ф. Соломаха — заведующий 3-й районной амбулаторией Гомеля (1927); Э. Ф. Лобанов — заведующий городской амбулаторией Чаус (1922).

Врачей по-прежнему интересовали вопросы совершенствования организации амбулаторной помощи, состояния здоровья населения. Весьма обстоятельной по разработке проблемы догоспитальной помощи является статья минского врача С. К. Розенталя «О венерических болезнях среди застрахованных г. Минска (по материалам Центральной рабочей амбулатории за 1924 г.)» [5].

Крупным амбулаторно-поликлиническим учреждением Могилева является Могилевская центральная поликлиника. В 1918 г. амбулатория находилась на ул. Малой Советской. В 1931 г. в штатном расписании центральной рабочей поликлиники Могилева насчитывалось

ПОЛИКЛИНИКА

РАЙЗДРАВОТДЕЛА

**ПРИЕМ С 9 УТРА ДО 10 ВЕЧЕРА ВСЕХ ГРАЖДАН
ВРАЧАМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ЕЖЕДНЕВНО**

КОНСУЛЬТАЦИЯ И ПРИЕМ ПРОФЕССОРОВ ПО ВСЕМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ.

ВЫЗОВ НА ДОМ
врачей по всем специальностям и по детским болезням

Химико-бактериологическая лаборатория

ТЕЛЕФОНЫ:
Справочный . . . Г 1-00-46
Каб. директора . . . Г 1-10-15

ПЛАТА ПО ТАНОЕ

РЕНТГЕН

Лечение язв и гражданок. Лечение от алкоголизма и курения внушением и гипнозом

ТЕЛЕФОН Г 1-00-46

Зубо-протезное отделение

Объявление 1936 г.

Таблица 1

Количество амбулаторных посещений в БССР в 1924 г. [4]

Посещаемость	Амбулаторные посещения незастрахованных лиц		Амбулаторные посещения застрахованных лиц	
	в городах	в округах	в городах	в округах
Общая	1 453 724	1 225 825	917 943	210 570
из них первичных	462 313	977 602	312 252	109 118

Таблица 2

Количество обслуженных больных в БССР (амбулаторный прием) в 1925 г. [7]

Посещаемость	Кол-во посещений на одного врача	
	абс.	%
Средняя суточная	40—50	55
	60—70	22
	80—100	22

8 врачей, 24 фельдшера, 4 медицинских сестры, 32 санитарки. Ежедневно обслуживались более 600 рабочих и членов их семей. В 1933—1941 гг. она располагалась в тубдиспансере. В 1948 г. учреждение переименовано в рабочую поликлинику № 1. В 2001 г. оно получило название «поликлиника № 1», 1 ноября 2005 г. — статус «Могилевская центральная поликлиника».

Оценивая состояние медицинской помощи в деревне, нарком здравоохранения БССР И. И. Барсуков в 1925 г. писал, что «медицинский участок — врачебная амбулатория — должен быть профилактической ячейкой, сельским диспансером» [6].

В 1929 г. принято Постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», в котором больше внимания уделялось организации медицинской помощи, в том числе амбулаторной. Важным методом профилактики объявлялась диспансеризация, которая в то время в силу многих объективных причин была сведена к регистрации заболеваний и медицинским осмотрам. Совершенствовалась система охраны материнства и детства, значительно расширилась сеть детских поликлиник и женских консультаций. Вопросы эффективного использования мощностей учреждений здравоохранения обсуждались практическими врачами и учеными. Профессор Л. Я. Ситерман предлагал: «Из шести существующих в Минске поликлиник и трех клинических городков создать три «комбината» и поставить дело так, чтобы больные на дому находились под консультативным контролем ассистентов или опытных ординаторов терапевтической клиники. Это даст возможность осуществлять единое, плановое наблюдение, устанавливать показания для рациональной и своевременной госпитализации. Необходимо объединить каждые 4—5 участковых поликлинических врачей в «куст». Прикрепление к ним работника из соответствующей клиники обеспечит единую терапию в клинике и на дому» [8].

В 1921—1941 гг. произошли существенные изменения в организации амбулаторно-поликлинической помощи населению. Пациентов принимали врачи различных специальностей: терапевт, хирург, отоларинголог, офтальмолог, невропатолог, гинеколог и др. В городах начали вводить районирование, оказание медицинской помощи на дому («квартирная помощь», 1921). Амбулатории оказывали скорую и неотложную медицинскую помощь жителям. На вечернее и ночное время при них организовывалось дежурство врачей. Развитие внебольничной помощи в данное время происходило за счет утверждения участкового принципа, в том числе путем выработки нормативов врачебной нагрузки (1938), расширения помощи на дому, в том числе через организацию первых стационаров на дому (1940), введения бригадной формы работы (1941) [9, 10].

Если в дореволюционной Белоруссии действовало 139 амбулаторий, то в 1934 г. в БССР насчитывалось 392 врачебные амбулатории. В соответствии с постановлением СНК БССР от 05.06.1938 сеть сельских врачебных участков в БССР включала 462 единицы, в том числе 144 сельских прибольничных участка, из которых: в Минской области — 118, в Витебской — 114, в Могилевской — 101, в Гомельской — 60, Полесской — 69 [11].

Накануне Великой Отечественной войны, несмотря на ошибки, просчеты и репрессии, унесшие тысячи жизней специалистов здравоохранения, была построена государственная система здравоохранения, которая предполагала профилактическую направленность, плановость, доступность [12].

Для периода оккупации характерно количественное и качественное сокращение медицинской сети. Учреждениям здравоохранения был нанесен существенный ущерб. Медицинская помощь стала малодоступной, предоставлялась за плату, санитарно-противоэпидемические мероприятия носили ограниченный характер. В годы войны Беларусь потеряла 80% медико-санитарных учреждений.

В конце 40-х годов структура многих учреждений и существующее деление их на категории не отвечало интересам здравоохранения. Значительная часть учреждений здравоохранения была маломощной. Это вело к неправильной расстановке врачей-специалистов, увеличению штатов административно-хозяйственно-

го персонала, мешало правильно организовать снабжение учреждений здравоохранения и руководить их работой. Самостоятельное и обособленное существование амбулаторно-поликлинических учреждений создавало искусственный отрыв врачей, работающих в этих учреждениях, от клиник, больниц и родильных домов, что снижало качество лечебно-профилактической помощи населению. Для исправления этих недостатков на основании приказа Минздрава СССР № 870 от 21.11.1949 начато объединение больниц с поликлиниками.

В целях дальнейшего улучшения лечебно-профилактического обслуживания населения своим Постановлением № 5036 от 31.10.1949 «Об упорядочении сети и установлении единой номенклатуры учреждений здравоохранения» Совет Министров СССР утвердил единую номенклатуру и типовые категории учреждений здравоохранения, а также обязал Минздрав СССР закончить к 1 января 1952 г. начатое в 1949 г. объединение учреждений больничного типа с амбулаторно-поликлиническими.

В результате объединения типовыми лечебно-профилактическими учреждениями с 1952 г. стали: больница с поликлиникой; больница при промышленном предприятии, входящая в состав медико-санитарной части, с поликлиникой; детская больница с детской консультацией, детской поликлиникой; родильный дом с женской консультацией; диспансер с соответствующим стационарным учреждением, имеющие соответствие структурных частей стационара и поликлиники по основным специальностям, а также по мощности при обязательной работе лечащих врачей в стационаре с обслуживанием населения в поликлинике или на участке.

К 1950 г., несмотря на огромный ущерб, нанесенный народному хозяйству страны в годы войны, число медицинских учреждений не только достигло довоенного уровня, но и возросло. Начала проводиться диспансеризация сельского населения. В 1961—1983 г. в амбулаторно-поликлинической помощи значительное внимание уделялось диспансеризации.

В 1978 г. Минздрав СССР утвердил типы учреждений внебольничной помощи. Ведущими среди них являлись поликлиники и амбулатории.

Основными направлениями укрепления первичного звена в конце XX века были: увеличение объемов оказания медицинской помощи; увеличение числа детских поликлиник; профи-

лактическая направленность деятельности поликлиник; улучшение преемственности между стационаром и поликлиникой; внедрение «стационарозамещающих» технологий.

В 2004—2006 гг. в целях упорядочения управления здравоохранением ликвидированы городские и районные отделы здравоохранения, территориальные медицинские объединения. Функции управления территориальным здравоохранением были переданы центральным поликлиникам (больницам), в сельских районах — центральным районным больницам. Участковые больницы, больницы сестринского ухода, врачебные амбулатории определены как структурные подразделения районных поликлиник. Объединение организаций здравоохранения, обслуживающих городское и сельское население, в областных центрах, городах областного подчинения улучшило доступность медицинской помощи сельскому населению, обеспечило единство управления сетью здравоохранения. В начале 2007 г. в республике насчитывалось 614 врачебных амбулаторий, из них 376 амбулаторий общей врачебной практики; 104 больницы сестринского ухода, 182 участковые больницы, 2475 фельдшерско-акушерских пунктов. Сделан акцент на улучшении врачебной помощи на селе. Сформированная структура управления здравоохранением с вертикальной системой подчиненности обеспечила определенную децентрализацию полномочий с передачей их с республиканского на областной и районный уровни.

Первичная медико-санитарная помощь составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения. Ее развитие и поддержка гарантируются государственными минимальными социальными стандартами, которые регламентируют деятельность участковых служб и общей врачебной практики.

АПС — важнейший сектор системы здравоохранения. От ее состояния зависят эффективность и качество деятельности всей отрасли, а также решение многих медико-социальных проблем. Первичная медико-санитарная помощь является одним из приоритетов в совершенствовании здравоохранения.

Врачи республики внесли существенный вклад в разработку стратегии и тактики догоспитального лечения, совершенствование организационных форм амбулаторно-поликлиничес-

кой
ств
это
дл
слу

ме
не
оп
ве
эт
ли

ски
гор

бе

си
Ми

С.

№

С.

С

р

а

Л

С

Е

С

С

С

С

С

С

С

С

С

С

и помощи и отработку механизма взаимодействия с другими лечебными учреждениями. Все это сформировало необходимый фундамент развития амбулаторно-поликлинической службы в наше время.

Реалии жизни свидетельствуют, что современные достижения медицины и здравоохранения закладывались в XIX веке. Накопленный опыт носит актуальный, детерминирующий, исторический и прогностический характер. Именно эти традиции сформировали и предопределили устойчивость АПС в республике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гомельская Г. Л., Каган Е. Я., Логинова Е. А., Бродский М. С. Очерки развития поликлинической помощи в годы СССР / Под ред. А. Ф. Серенко.— М., 1971.
2. Шабунина М. Я. // Врач.-сан. хроника Витебской губернии.— 1913.— № 7.— С. 8.
3. Есьман Э. Л. // Отчет Минского отдела Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом за 1913 г.— Минск, 1914.— С. 8—11.
4. Дихтяр С. Р. // Бел. мэд. думка.— 1925.— № 3.— С. 33—70.
5. Розенталь С. К. // Бел. мед. мысль.— 1925.— Т. 1., 6—9.— С. 98—105.
6. Барсуков М. И. // Бел. мэд. думка.— 1925.— № 3.— С. 11—20.
7. Хазанов М. А. // Бел. мэд. думка.— 1925.— № 3.— С. 81—90.
8. Ситерман Л. Я. Проблемы госпитализации // Мед. ботаник.— 1941.— 23 апреля.
9. Внебольничная помощь: (Сб. офиц. мат-лов) / Упр. р.поликлиник и амбулаторий Наркомздрава СССР.— М., 1939.

10. Фрейдлин С. Я. Организация работы поликлиники: Пособие для гл. врачей амбулатор.-поликлинич. учреждений.— Л., 1939.

11. Постановление СНК БССР «Об узмацненні сельскага ўрачэбнага ўчастка па БССР» от 05.06.1938 г.

12. Постановления Второго пленума Постоянной поликлинической комиссии Ученого медицинского совета и Управления городских поликлиник и амбулаторий Наркомздрава СССР. 20—23 апр. 1940 г. / Упр. гор. поликлиник и амбулаторий Наркомздрава СССР.— Л.— М., 1940.

Поступила 23.02.15.

DEVELOPMENT OF AMBULATORY-POLYCLINIC SERVICE IN BELARUS

O. A. Kulpanovich, M. V. Shchhaveleva

The population health saving and improving basing on the medical care accessibility and quality improvement are the prior task of the state policy of the Republic of Belarus. Ambulatory physicians Congress II in September 2014 noted that «the keys for the Belarus health care system successful functioning are kept by the ambulatory physicians». The ambulatory-polyclinic service, recognized as valid nowadays, has undergone a number of transformations both in the world and in our country. A historical analysis of those transformations evidences about a continuity of many organizational forms of the population ambulatory servicing, determines the major priority of the ambulatory-polyclinic service development: providing the population medical care accessibility. Historical data on the ambulatory-polyclinic service establishment in the Republic of Belarus in the XIX—XXI centuries and on the major directions of development is presented.

Key words: ambulatory-polyclinic service, hospital-replacing technologies, primary medico-sanitary aid, ambulatories.

Адрес для корреспонденции:

Кульпанович Ольга Александровна,
Белорусская медицинская академия
последипломного образования,
220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3; сл. тел (8-017) 290-98-41.

В. КОРСУН, М. А. МАЛЫШКО

ФИТОТЕРАПИЯ ПАРТИЗАН В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Институт восточной медицины РУДН, Москва,
Белорусский государственный
медицинский университет

Представлены исторические данные о применении растительных лекарственных средств в партизанских соединениях во время Великой Отечественной войны. Опыт врачей партизанских соединений во время Великой Отечественной войны является весьма ценным и может быть использован при разработке растительных лекарственных средств для применения в различных областях медицины.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, партизаны, лечение, фитотерапия.

В результате немецко-фашистской оккупации на территории Белоруссии возникли тяжелые санитарно-бытовые условия. Большинство городов, тысячи деревень и сел республики были разрушены и сожжены. Не хватало продуктов питания, одежды, мыла. Существовавшая в Белоруссии до войны система здравоохранения была полностью ликвидирована оккупантами, вследствие чего организованная медицинская помощь населению отсутствовала.

По данным И. А. Инсарова, назначенного в начале 1943 г. начальником санитарного отдела Белорусского штаба партизанского движения, созданные на территории БССР первые партизанские отряды и группы имели весьма ограниченное число медицинских работников. В конце 1941 г. было «всего шесть врачей и