

вращая к жизни и в боевой строй защитников Родины. Основу экспозиции составляют фотографии, личные документы, медицинский инвентарий, военные награды, фронтовые письма.

Литература:

1. Государственный архив современной истории Чувашской Республики Ф. 1. Оп. 1 Д. 9. Л. 104.
2. Государственный архив современной истории Чувашской Республики. Ф. 670. Оп. 6. Д. 23. Л. 13-14.
3. Архив ВММ МО РФ. Ф. 1. Оп. 1407/195. Л. 161; ф. 1. Коробка 3433, Л 303; ф. 1. Оп. 44837/125. Л. 191.
4. Архив ВММ МО РФ. Ф. 261. Оп. 18888. Л. 140; ф. 266 Оп. 8012/1. Д. 123 / ф. 1. Оп. 1401/43. Л. 163; ф. 1. Оп. 1401. Л. 151-155.
5. Алексеев Г.А. Медики Чувашии в годы войны. Чебоксары, 2005.
6. Алексеев Г.А. Медики Чувашии в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.: энциклопедия. Чебоксары: ГОУ ДПО «ИУВ», 2010.
7. Государственный архив современной истории Чувашской Республики. Ф. 1. Оп. 23. Д. 357. Л. 40.
8. Государственный архив современной истории Чувашской Республики. Ф. 1. Оп. 23. Д. 923. Л. 585.
9. Государственный архив современной истории Чувашской Республики. Ф. 1. Оп. 1. Д. 9. Л. 106.
10. Государственный архив современной истории Чувашской Республики. Ф. 1. Оп. 23. Д. 357. Л. 62.
11. Краткая чувашская энциклопедия. Чебоксары, 1999.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В БССР В 1930-1940 ГГ.: СОСТОЯНИЕ И НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Матвейчик Т.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Белоруссия

Резюме: Путь от подготовки медицинских кадров для БССР к медицинскому образованию современной Республики Беларусь лежал от предвоенных и последующих лет развития страны, особо значимыми в это время стали 1930-1940 гг. ввиду не решенных и спорных вопросов.

Ключевые слова: медицинские сестры, медицинская помощь, обучение, обеспечение, роль.

HEALTH CARE AND MEDICAL EDUCATION IN THE BSSR IN 1930-1940 S: SITUATION AND DIRECTIONS OF IMPROVEMENT

Matveichyk T.V.

Department of Public Health and Health Care, Minsk, Belarus

Summary: The path from the training of medical staff in the BSSR to the medical education of the modern Republic of Belarus lay through the pre-war and subsequent years of the country's development. Years from 1930 to 1940 became especially significant due to unresolved and controversial issues.

Key words: medical nurses, medical care, education, provision, role.

Выдающимся трудом МС служат людям в мирное и военное время, помогая укреплять здоровье, однако известно, насколько тяжелой может быть их профессиональная жизнь и как происходило становление их обучения [1]. Показатели развития здравоохранения и медицинского образования БССР в ходе осуществления пятилеток (1928-1932, 1933-1937, 1938-1941) отражают актуальные достижения и недостатки.

Всестороннее развитие здравоохранения осуществлялось в соответствии с республиканскими директивными документами: «О медицинской помощи» (постановление СНК БССР от 10 марта 1930); «О medico-санитарном обслуживании рабочих промышленных центров» (постановление СНК БССР от 31 июля 1931); «О состоянии здравоохранения и подготовке медицинских кадров» (постановление СНК БССР от 10 января 1932); «О работе органов Наркомздрава» (постановление ЦК КП (б) Б, 1934); «О состоянии и задачах здравоохранения» (постановление XI Всебелорусского съезда Советов от 22 января 1935).

В 1929-е годы Народный комиссариат здравоохранения РСФСР утвердил план и программы обучения в школах сестер милосердия, которые с 1922 г. переданы в систему Народного комиссариата просвещения, что ознаменовало первый этап развития образования МС [2]. На Первой Всероссийской конференции по среднему медицинскому образованию (25-30 октября 1922) был очерчен круг трудоустройства специалистов-МС: лечебные учреждения, система материнства и детства, оказание социальной помощи. На II Всероссийской конференции по среднему медицинскому образованию (1926) принято постановление об учреждении медицинских техникумов с предложением единых сроков обучения: для акушерки – 3 года, для МС – 2,5 года. В 1921 г. в г. Минске открыт БГУ с медицинским факультетом, в 1924 г. – медицинститут. В сентябре 1926 г. Совнарком (СНК) БССР принял Постановление «Об утверждении положения о профессиональной работе медицинского персонала и борьбе с незаконным лечением». Медицинские специальности включали специальности врача, зубного врача, фельдшера, акушерки, фармацевта, МС, что определило последующее место

этих специалистов в системе оказания медицинской помощи (МП) [2, 3].

Вторым этапом становления сестринского образования в БССР в 1930-е гг. стала передача руководства средним образованием в ведение Народных комиссариатов здравоохранения республик. Единая система и сроки среднего медицинского образования в СССР определены Постановлением СНК СССР от 08.09.1936 г. «О подготовке средних медицинских зубоврачебных и фармацевтических кадров». Оно установило преобразование медицинских техникумов в медицинские школы. На основании постановления СНК БССР от 10 января 1932 г. «О состоянии здравоохранения и подготовки медицинских кадров» при медицинских техникумах организовывались вечерние отделения, при стационарах развертывались курсы для обучения младшего и среднего медицинского персонала. В 1936 г. техникумы преобразуют в школы с единой системой и сроками обучения (фельдшеров и зубных врачей - 3 года, акушерок и МС – 2 года, зубных техников – 1 год). Перестройка средней медицинской школы на единой основе в 1936-1937 гг. привела к их увеличению с 6 (1932) до 33 (1937). Впервые введена должность старшей МС (1936) [2].

Подобные преобразования претерпевает высшее медицинское образование. Медицинский факультет БГУ реформируется (1930) в Белорусский (Минский) медицинский институт системы Наркомздрава. Увеличивается набор (1930), впервые осуществлено выделение медицинских факультетов поэтапно в 1934 г. в г. Витебске, в 1938 г. в г. Минске: лечебный, охраны материнства и младенчества, санитарно-гигиенический факультеты, химико-фармацевтический, база которого используется для организуемого Белорусского института усовершенствования врачей (1932).

Недостаточное число персонала данного периода обусловило подготовку по ускоренной программе из санитарки в МС за считанные месяцы. Уже в 1932 г. открываются вечерние отделения с двухгодичным сроком обучения при появлении узкой специализации: лаборантов, рентгенотехников, помощников санитарного врача. В 1933 г. введено положение «Готов к санитарной обороне», курсы по санитарно-оборонной подготовке и переподготовке (Общества Красного Креста).

Помощь матерям и детям осуществлялась в ранее возникших типах медицинских учреждений: яслях, интернатах, детских консультациях, но их рост не всегда соответствовал потребностям и не сопровождался качеством помощи. В целях выполнения мер по индустриализации и коллективизации происходит развертывание в городах - постоянных, в сельской местности - постоянных и сезонных яслей. Некоторые изменения их работы (круглосуточные группы, изоляторы для больных детей) обеспечивают освобождение для общественного труда женских

рук. Ряд недостатков того периода времени: не выдерживался возрастной принцип, не образовывались группы для ослабленных детей, не проводилось медицинское наблюдение, некачественно и в неполном объеме выполнялась прививочная работа, имелись существенные санитарно-эпидемические недостатки детских учреждений [1, 2].

Работа детских консультаций строилась по участковому принципу, постепенно приобретая профилактическую направленность, включающую 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. К числу административно-организационных недостатков относят отсутствие действенной связи женских консультаций с родильными домами, открывавшимися вновь. В 1940 г. их было 53. В сельской местности из-за низкого процента охвата родовспоможением осуществлялось открытие колхозных родильных домов (1935).

Структурные изменения органов управления привели к преобразованию инспектуры (1930) в отделы здравоохранения исполнительных комитетов (рай-, гор- здравотделы, с 1938 г. введено областное административно-территориальное деление - облздравотделы). Согласно проводимой индустриализации и коллективизации, утвердился принцип преимущественного обслуживания работающих лиц. Открывались пункты здравоохранения (1938), на которые возлагалось не только выполнение лечебной работы, но выявление, устранение причин заболеваемости, травматизма, проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Развитие внебольничной помощи в г. Минске проходило за счет открытия амбулаторных учреждений, организации санитарной авиации (1935), утверждения участкового принципа с выработкой нормативов врачебной нагрузки (1938). Расширяется доступность помощи посредством организации первых стационаров на дому (1940); введения специализированных приемов при преобладании приемов общего профиля (1940), а также бригадной формы работы (1941). Впервые в г. Минске открыты онкологический (1934) и ревматологический (1938) диспансер, возросло количество зубоврачебных кабинетов, прикрепление амбулаторий к больницам (Минск, 1940), увеличение числа станций скорой помощи. Эти прогрессивные организационные формы не имели широкого распространения вследствие кадрового и материально-технического дефицита в амбулаторных учреждениях, диспропорций в состоянии

медико-санитарной помощи в городе и селе [1]. 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. В 1930 г. организовывалась шефская помощь сельским врачебным участкам городскими медицинскими учреждениями.

Для Белоруссии 1930-х годов существенное значение продолжала иметь проблема краевой патологии (малярия, зоб, склерома). 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 туберкулез и инфекционные заболевания занимали четвертое и пятое место [1].

Развитие стационарной помощи происходило за счет открытия больниц, не за счет строительства, а путем размещения в приспособленных помещениях, в том числе, нового типа и большей мощности (до 40 коек) (Гомель, 1941). План строительства больниц не выполнялся, а в имевшихся не соблюдались санитарно-эпидемиологические требования по водоснабжению, удалению нечистот, размещению отделений и больных. Ощущался недостаток медикаментов, инструментария, мягкого инвентаря, продуктов питания, существовала проблема госпитализации, качественного лечения. Имели место трудности с ведением медицинской документации и взаимодействием с амбулаторными учреждениями из-за отсутствия преемственности и единых требований. В БССР имелось разнообразие коек общего профиля: инфекционных, родильных, терапевтических, хирургических, неврологических и детских специализированных, стоматологических. При наличии достаточного числа физиотерапевтических установок, рентгеновских аппаратов и лабораторий, но при недостатке подготовленного персонала оборудование не использовалось на полную мощность, для чего организовывались курсы подготовки по физиотерапии медперсонала (1930). В лечении пациентов широко применялось физиотерапевтическое лечение с использованием сапропелей и минеральных вод в Борисовском санатории с электро-водолечебницей (1934); в Бобруйской курортной лечебнице с бальнеологическим отделением (1936) на основе первого открытого в БССР минерального источника (1927), торфолечения (Минск, Бобруйск, Борисов, 1937), выявления и изучения Минской минеральной воды (1940).

Происходит развитие аптечной сети, имелось 299 аптек, 218

аптечных пунктов, 7 складов, 2 базы, 7 городских контрольно-аналитических лабораторий, 2 лаборатории галеновых препаратов, химико-фармацевтический завод (1939). Одну аптеку имели 13% районов, 27% районов - один аптечный пункт, а в сельской местности одна аптека приходилась на 27 420 жителей. Аптеки располагались в приспособленных помещениях, испытывали недостаток 400 фармацевтов (1939), а также перебои в обеспечении медикаментами и предметами ухода. Не выполнялся план рецептурного отпуска. Только при 34 медицинских учреждениях восточных областей имелись аптеки (1940).

Изменяется число санитарно-эпидемических учреждений, открываются городские (Минск, 1931; Витебск, 1932; Могилев, 1932), межрайонные и районные санитарно-эпидемиологические станции (1938 г. - 34 СЭС). В 1938 г. станции располагались в приспособленных помещениях, в половине из них действовали санитарно-бактериологические лаборатории, а 45 районов БССР не имели санитарных врачей. В связи с введением областного административно-территориального деления (1938) открываются первые областные СЭС, в 1940 г. их 4. Для осуществления санитарного контроля начали действовать курсы для дезинфекторов – 3 мес., для МС яслей – 6 мес., для инструкторов по охране здоровья детей – 7 мес., для МС – 1 год. Имеются курсы БОКК в 14 городах (1933) до передачи в ведение Наркомздрава (1935).

Коллективизация в СССР обусловила возникновение (1932-1933 гг.) в центральной и южной Белоруссии голода, ставшего причиной смерти людей, как и миграция, неудовлетворительное состояние ряда территорий. Это способствовало эпидемическому увеличению инфекционных заболеваний (1933 г. - сыпной тиф, брюшной тиф; 1934 г. – дизентерия). Осуществляются противоэпидемические меры чрезвычайного характера (штабы, комиссии, ежедневные доклады о проделанной работе). До 1941 г. актуальной оставалась дезинфекционная и прививочная работа, претерпевавшая разнообразные изменения: 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» для профилактики детских инфекций (1939).

Государственная санитарная инспекция БССР 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),

руководствуясь и используя обобщение санитарных инструкций и правил (1939).

За 1931-1934 гг. 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 это же время в БССР состоялись первые специализированные съезды и конференции (глазных врачей, 1931; по переливанию крови, 1934; невропатологов и психиатров, 1938), стали проходить российские (московские) и украинские научные недели и декадни (1934), первая Всесоюзная конференция по проблеме склеромы (1936), выездная сессия Всесоюзного института экспериментальной медицины (1940). В 1940 г. в г. Минске врачи различных специальностей вновь образуют единое Всебелорусское медицинское общество [4].

К началу ВОВ в БССР имелось 15293 средних медицинских работника, действовало 35 медицинских школ, из них 23 для МС, 4 – фельдшерско-акушерских, 2 – фельдшерских, 3 – фармацевтических, 2 – для медлаборантов, 1 – зубоврачебная школа. Показатель обеспеченности населения средним медицинским персоналом низок (17,3 на 10 тыс. населения) [1-4].

Структура и деятельность здравоохранения формировались, исходя из возможной внешней угрозы. Согласно Постановлению СНК БССР 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.

Итогом совершенствования управления, структуры, подготовки медицинских кадров и их образования в БССР в 1930-1940 гг. стало:

- Возникновение новых организационных форм, хотя и не получивших распространения ввиду дефицита кадров и территориальных диспропорций материально-технического и кадрового обеспечения. Приспособленные помещения для подавляющего большинства лечебно-оздоровительных учреждений не обеспечивали нужный уровень санитарно-гигиенических требований. При абсолютном увеличении ассигнований из государственного бюджета здравоохранение финансировалось по остаточному принципу [1, 3-5].

- Комплексное решение вопросов санитарно-эпидемиологического благополучия, лекарственного обеспечения, дезинфекционные и прививочные меры привели к снижению инфекционной заболеваемости населения, чему способствовало развитие и обучение медицинских кадров в предвоенное время.

- Не широкое использование таких перспективных форм

организации здравоохранения, как участковый принцип, нормы нагрузки врача, первые стационары на дому, специализированные приемы, бригадная форма работы, санитарная авиация для доступности, шефская помощь городских учреждений над сельскими врачебными участками.

- Учетная необходимость коррекции учебных программ, обусловленная демографическими (акцент на помощь матерям и детям), структурными причинами (административно-территориальное деление), переносом акцентов на преимущественное обслуживание работающих через внебольничные формы помощи, развитием специализированной помощи с учетом краевой патологии.

- Изменение уровней подготовки медицинских работников, включая до академический (для санитарок), академический (в вузах и техникумах) и пост академический в Белорусском институте усовершенствования врачей (1932), а также продолжительность обучения врачей 5 лет, возросшая в 1947 г. до 6 лет, а фельдшеров и акушеров - 3 года [1, 2, 4, 7].

- Анализ в послевоенный период недостатков обучения на разных этапах развития и совершенствования медицинского образования врачей и МС в предвоенный период, что способствовало унификации применения научно обоснованных методов медицинской помощи раненым.

- Совершенствование доктрины организации и развития профессионального образования *life –long learning* (непрерывное обучение на протяжении всей жизни) в Республике Беларусь, значимость которого в современной практике подготовки медицинских кадров будет поддерживаться научными исследованиями и педагогическими новациями в образовании [7].

Литература:

1. Мирский М.Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) / М.Б. Мирский, Е.М. Тищенко, Н.Н. Хильмончик. - Гродно: ГрГМУ, 2007.
2. Матвейчик Т.В. Теория сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск: Вышэйшая школа, 2016. – 366 с.
3. Сорокина Т.С. История медицины. Изд. 3-е, перераб. и доп. / Т.С. Сорокина. М., 2004. 384 с.
4. Тищенко Е.М. Общественное здоровье и здравоохранение / Е.М. Тищенко, Г.И. Заборовский. – Гродно: ГрГМУ, 2004. – 170 с.
5. Петрова И.А. Комиссарова Е.В. Медики в Сталинградской битве // История в подробностях. – 2012. - № 8 (26). – С. 68-77.
6. Слесарчук А.А. Медицинская служба РККА: готовность и война, М: 2015.

7. Матвейчик Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т.В. Матвейчик [др.]. – Минск: БелМАПО, 2014. – 303 с.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ГИГИЕНЫ РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА В 40-Е ГОДЫ XX ВЕКА

Милушкина О.Ю.¹, Розанова И.Е.², Скоблина Н.А.¹, Трефилова О.А.³

- 1. РНИМУ имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия**
- 2. Дом русского зарубежья им. А. Солженицына, Москва, Россия**
- 3. ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия**

Резюме: Авторы исследовали историю кафедры гигиены 2-го МГМИ в 40-е годы XX века.

Ключевые слова: гигиена, 2-й МГУ, 2-й МГМИ.

FROM THE HISTORY OF THE DEPARTMENT OF HYGIENE RNIMU THEM. N. AND. PIROGOV (40-IES OF XX CENTURY).

O.Y. Milushkin¹, I.E. Rozanov², N.A. Skoblina¹, O.A. Trefilova³

- 1. N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia**
- 2. Alexander Solzhenitsyn Center for studies of the Russian emigrees, Moscow, Russia**
- 3. I.M. Sechenov First Moscow State Medical Univesity, Moscow, Russia**

Summary: The authors explored the history of the Department of Hygiene of the 2nd Moscow State University in the 2nd floor. The 1940s.

Key words: hygiene, 2nd Moscow State University, 2nd Moscow State University.

РНИМУ им Н.И. Пирогова в процессе своего становления прошел несколько этапов развития: от медицинского факультета Московских высших женских курсов (МВЖК) ко 2МГУ, 2МГМИ, 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, РГМУ - до Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова.

Самостоятельная и дееспособная кафедра гигиены МВЖК была создана в марте 1908 г. под руководством известного гигиениста проф. М.Б. Коцына. В начале 20-х годов XX в. кафедра гигиены уже 2-го МГУ начала свое деление П.Н. Диатроптов) и социальной гигиены (профессор А.В. Мольков). Организационно этот процесс во 2-м МГУ завершился к 1924 г. В 1930 г. на базе медфака 2-го МГУ был создан 2-й Московский Медицинский институт, в котором успешно действовали 43 кафедры и клиники: среди них - гигиены экспериментальной, гигиены воспитания, гигиены социальной, гигиены труда, соцгигиены с санитарной