

дежда Ивановна, ее сменила и продолжает трудиться Грибовская Лидия Ивановна; в Верховичской туббольнице Лебецкая Кристина Адамовна продолжающая трудиться по настоящее время; в филиале Пинского тубдиспансера Волчкович Елена Петровна.

Баклабораторией УЗ «БОПТД» продолжает руководить Михалюк Алла Ильинична, которой по праву принадлежит дальнейшее реформирование этой службы в соответствии с научными достижениями и требованиями нового времени, работают квалифицированные врачи-лаборанты Кисляк Наталья Владимировна, Маренко Ольга Николаевна, Самуйлик Ирина Михайловна, Таманькова Анжела Владимировна.

## ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ И ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В СТАНОВЛЕНИИ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Михалюк С.Ф., Гулякевич А.Ф.

УЗ «38-я городская поликлиника г. Минска»

ГУ «Республиканский клинический центр» Управления делами

Президента Республики Беларусь

Тяжелые условия жизни сельского населения, высокая заболеваемость, смертность, эпидемии, а также возрастающие потребности сельскохозяйственного производства в здоровой рабочей силе привели к введению в 1864 году земского хозяйственного самоуправления в центральных губерниях Российской империи.

В соответствии с положением о земских учреждениях (1 января 1864), на земство возлагалось «попечение в пределах, законом определенных и преимущественно в хозяйственном отношении, о народном здравии». Закон обязывал содержать переданные учреждения бывших приказов общественного призрения и принимать меры к организации оспопрививания. Однако точной регламентации обязанностей земств по оказанию медицинской помощи сельскому населению не существовало. К тому же правительство не субсидировало здравоохранение. Средства, выделяемые на содержание земской медицины, были весьма незначительными. Земства стремились покрыть расходы на оказание медицинской помощи за счет самого крестьянства путем специального медицинского сбора. Лишь в небольшой части губерний и уездов медицинская помощь оказывалась бесплатно.

Земская медицина на протяжении десятилетий практиковала разъездную систему медицинского обслуживания населения. Ежемесячно земские врачи, проживающие в уездных городах при врачебных амбулаториях, объезжали фельдшерские пункты уезда с целью оказания медицинской помощи местному населению и контроля работы фельдшера. Система обслуживания была малоэффективной. Это объяснялось в первую очередь огромными размерами врачебных участков, плохими путями сообщения. Так, в 1870 году средняя площадь врачебного участка 4860 кв. верст, радиус 39 верст, при населении 90 тысяч человек. Число врачей в земских губерниях составляло 610, в том числе в сельской местности - 243, число самостоятельных фельдшерских пунктов 1350. Внимание к отдельным вопросам медицинской помощи сельскому населению в научной медицинской литературе начинает проявляться во второй половине XIX века. Так, в протоколах заседаний общества минских врачей в 70е - 80е годы XIX века обсуждался вопрос о фельдшеризме и о необходимости замены их врачами. Врач постоянно находился в разъездах, много времени затрачивал на переезды.

В начале XX в. заметно оживилась деятельность земств по оборудованию новых врачебных участков, устройству амбулаторий и лечебниц в сельской местности, больше внимания стало уделяться профилактическим работам и санитарии. Средняя площадь врачебного участка уменьшилась до 930 кв. верст, радиус до 17 верст, количество обслуживаемого населения до 28 тысяч человек. Число врачей составило 3082, в том числе в сельской местности - 2335, число самостоятельных фельдшерских пунктов 2620.

Появление в земствах в конце XIX в. двух и более врачей на уезд создало воз-

можность разделения его территории на участки в соответствии с количеством врачей и постоянного размещения их в определенных пунктах уезда. Постепенно неэффективная разъездная система в губерниях заменялась полуразъездной, смешанной, то есть совмещались функционирование в уезде стационара, где врач проводил значительно больше времени, и выезды врача на фельдшерские пункты для оказания медицинской помощи в наиболее тяжелых случаях. Таким образом, в системе земской медицины зародилась форма медицинского обслуживания, впоследствии переросшая в участково-территориальную. Возникновение врачебного участка на селе явилось одной из серьезных заслуг земской медицины.

Земские врачи разработали структурные принципы врачебного участка: врачебный участок на селе должен иметь радиус в пределах 10 верст, площадь – 314 квадратных верст, население его должно составлять 6-7 тыс. человек. В него должны входить участковая лечебница со стационаром на 5-10 коек, с родильным и сифилитическим отделениями, заразный барак, амбулатория, помещение для аптеки, квартира для врача и дом для персонала. Наряду с земскими врачебными участками, формировались земские уездные и губернские больницы. В губернских больницах создавались прозектура и операционные, население обеспечивалось высококвалифицированной медицинской помощью врачей-специалистов, проводилась подготовка фельдшеров, среднего и младшего медицинского персонала. Вместе с тем губернские больницы были малодоступны для крестьян, а уездные представляли небольшие стационары на 30-40 коек, без специализированной помощи, вследствие чего около 90% больных получали только фельдшерскую помощь. С. В. Балковец (1912) считал, что основная задача земской медицины должна заключаться в «приближении врачебной помощи населению и децентрализации». Он поддерживал идею земских врачей в том, что сельский врачебный участок должен стать основным звеном в обеспечении медицинской помощи сельскому населению. В губерниях вводились должности санитарных врачей, создавались санитарные врачебные советы. Так сложилась трехэтапная структура врачебной помощи сельскому населению: земский врачебный участок, уездная больница, губернская больница.

Большое значение для развития земской медицины имели съезды земских врачей. Первый губернский съезд земских врачей Тверской губернии состоялся в 1871 году. В 1892 году прошел первый съезд сельских врачей Гродненской губернии, где основным был доклад «Ход устройства сельской медицинской части». В решениях съезда были сформулированы предложения о передислокации ряда приемных покоев и фельдшерских пунктов в более доступные для населения. Подробным образом были рассмотрены вопросы организации медицинской помощи сельскому населению на съезде врачей Витебской губернии в 1899 г.

По всем земским губерниям до 1913 г. состоялось 378 губернских съездов земских врачей. Особую роль в истории медицины сыграли съезды врачей в память Н.И. Пирогова. На Пироговском съезде определена роль земского врача как «основной фигуры среди русских врачей». В трудах Пироговских съездов нашли отражение основные этапы развития врачебно-санитарного дела в земствах.

Важную роль в развитии и совершенствовании принципов земской медицины сыграла прогрессивная медицинская периодическая печать: «Архив судебной медицины и общественной гигиены», «Земский врач», «Московская медицинская газета», «Врач», «Русский врач», «Журнал общества русских врачей в память Н.И. Пирогова», «Общественный врач» и многие другие; передовые медицинские общества: «Общество русских врачей в Москве», «Общество врачей в Казани», «Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова».

Таким образом, земство в конце XIX века заложило основы последующего развития медицины, определило основные направления и пути дальнейшего разрешения проблем общественного здравоохранения на многие десятилетия вперед. Зародилась трехэтапная система оказания медицинской помощи сельскому населению, и сельский врачебный участок стал основным звеном в обеспечении медицинской помощью сельского населения. Врачебный участок, явившийся основной организационной формой земской медицины и ее крупнейшей заслугой, был рекомендован в 1934 г. гигиенической комиссией Лиги Наций другим странам для организации медицинской помощи сельскому населению.