

**Заключение**

Назначение адекватной антигипертензивной терапии, контроль за уровнем артериального давления после лечения позволит снизить частоту осложнений и оценить эффективность лекарственной терапии.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. *Вдовиченко, В. П.* Фармакоэпидемиологическая и фармакоэкономическая оценка лечения артериальной гипертензии: монография / В. П. Вдовиченко. — Гродно: ГрГМУ, 2012. — 344 с.
2. *Пристром, М. С.* Артериальная гипертензия у пожилых: особенности терапии и реабилитации / М. С. Пристром, В. Л. Сушинский. — Минск: Беларус. навука, 2012. — 267 с.
3. Рекомендации ЕОАГ/ЕОК по диагностике и лечению артериальной гипертензии. — 2013.
4. *Мамчиц, Л. П.* Обобщенный портрет пациента с артериальной гипертензией / Л. П. Мамчиц, А. С. Старовойтова // Проблемы оценки и прогнозирования состояния индивидуального и популяционного здоровья при воздействии факторов риска (Донозология, 10–11 декабря 2015 г.): сб. ст. 11-й ЕНК». — СПб., 2015. — С. 282–285.
5. *Мамчиц, Л. П.* Социально-гигиенические и фармакоэпидемиологические исследования артериальной гипертензии в Гомельской области / Л. П. Мамчиц, А. С. Старовойтова // Актуальные проблемы медицины: сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию основания учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», ноябрь, 2015 года / Гом. гос. мед. ун-т; рекол.; А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — С. 630–631.
6. Оценка безопасности лекарственной терапии в клинической практике / М. Н. Костылева [и др.] // Фармакоэкономика. — 2014. — Т. 7, № 1. — С. 26–31.
7. Национальные республиканские рекомендации «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии» / А. Г. Мрочек [и др.]. — Минск, 2010. — 52 с.
8. *Сульдин, С. А.* Индекс массы тела и характер питания в зависимости от наличия болезней системы кровообращения [Электронный ресурс] / С. А. Сульдин, Н. П. Протасова // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». — Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>.
9. *Синькова, Г. М.* Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в Иркутской области / Г. М. Синькова, А. В. Синьков // Сибирский медицинский журнал. — 2011. — № 4. — С. 39–41.
10. Longterm effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP) / N. R. Cook [et al.] // *BMJ*. — 2007. — Vol. 334. — P. 885–888.
11. Salt intake and cardiovascular disease: why are the data inconsistent? / M. J. O'Donnell [et al.] // *Eur Heart J*. — 2013. — Vol. 34. — P. 1034–1040.
12. *Puddey, I. B.* Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial / I. B. Puddey, L. J. Beilin, R. Vandongen // *Lancet*. — 1987. — № 1. — P. 647–651.
13. Blood pressure and heart rate response to repeated smoking before and after beta-blockade and selective alpha 1 inhibition / A. Gropelli [et al.] // *J Hypertens*. — 1990. — Vol. 8, Sup. 5. — P. 35–40.
14. Mechanisms responsible for sympathetic activation by cigarette smoking in humans / G. Grassi [et al.] // *Circulation*. — 1994. — Vol. 90. — P. 248–253.
15. Smoking impairs baroreflex sensitivity in humans / G. Mancia [et al.] // *Am J Physiol*. — 1997. — Vol. 273. — P. 1555–1560.
16. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and causespecific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies // *Lancet*. — 2009. — Vol. 373. — P. 1083–1096.
17. Combination therapy vs. monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11 000 participants from 42 trials / D. S. Wald [et al.] // *Am J Med*. — 2009. — Vol. 122. — P. 290–300.
18. Reduced discontinuation of antihypertensive treatment by two-drug combination as first step. Evidence from daily life practice / G. Corrao [et al.] // *J Hypertens*. — 2010. — Vol. 28. — P. 1584–1590.
19. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology // Официальный сайт WHO [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index](http://www.whocc.no/atc_ddd_index). — Дата доступа: 25.03.2010.

Поступила 06.07.2016

УДК [614.88(091):(476.2)]“1919/1939”

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЗАРОЖДЕНИЯ  
СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОМЕЛЬЩИНЫ (1919–1939 ГОДЫ)**

*А. А. Каплиев<sup>1</sup>, М. П. Каплиева<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Институт истории Национальной академии наук Беларуси, г. Минск

<sup>2</sup>Гомельский государственный медицинский университет

Проведен анализ организационных аспектов развития службы скорой медицинской помощи Гомельского региона. Источниками для исследования стали материалы по истории медицины из фондов государственных архивов Беларуси. Авторами охарактеризована поступательная эволюция организационной структуры и развитие институтов экстренной медицины Гомельщины от их зарождения в 1919 г. в форме служб ночных дежурств врачей и собственно скорой медицинской помощи до конца 1930-х гг., когда скорая медицинская помощь оформилась в стратифицированную профессиональную службу, включавшую республиканский, областной, городской и сельский подуровни.

**Ключевые слова:** скорая медицинская помощь, ночные дежурства врачей, служба, отдел здравоохранения, станция.

**THE ORGANIZATIONAL ASPECTS OF ORIGINATION  
OF THE AMBULANCE SERVICE OF GOMEL REGION (1919–1939)**

*A. A. Kapliyev<sup>1</sup>, M. P. Kapliyeva<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Institute of History of the National Academy of Science of Belarus, Minsk

<sup>2</sup>Gomel State Medical University

The work analyzes the organizational aspects of development of the ambulance service in Gomel region. Materials on history of medicine from the funds of the state archives of Belarus became sources for the study. The authors characterized the progressive development of the organizational structure and transformation of emergency

medicine institutes in Gomel region from their origins in 1919 in the form of night duties of physicians and the ambulance itself till the end of 1930s, when the ambulance became a stratified professional service which included national, regional, city and rural sublevels.

**Keywords:** ambulance, night duties of physicians, service, health department, station.

### **Введение**

Формирование системы охраны здоровья в период становления советской власти на территории Беларуси в настоящее время является актуальной и активно разрабатываемой отечественными историками медицины темой [1, 2]. Следует отметить, что при достаточно глубокой проработке ключевых закономерностей развития медицины Беларуси в 1920–1940-х гг. вопрос становления экстренной медицины в указанный период фактически не исследован, хотя данный аспект организационной деятельности руководства здравоохранением являлся одним из главных в формировании облика отечественной медицины в межвоенный период.

### **Цель работы**

Охарактеризовать организационные аспекты развития службы скорой медицинской помощи (СМП) в Гомельском регионе, как одной из первых созданных на территории Беларуси.

### **Материал и методы**

Исследование базируется на анализе документальных материалов из фондов государственных архивов Беларуси, относящихся к истории здравоохранения Гомельской области. Выявленные в результате научного поиска данные обработаны с использованием общенаучных и специализированных исторических методов исследования, что позволило построить анализ на основополагающих принципах историзма и объективности.

### **Результаты и обсуждение**

После окончательного установления советской власти на территории Гомельщины в 1919 г. местная администрация стала предпринимать решительные шаги по устройству здравоохранения в соответствии с советской моделью его построения. С обретением Гомелем статуса губернского города и образованием губернского отдела здравоохранения (апрель 1919 г.) Гомельский регион стал играть ключевую роль в здравоохранении всей восточной части территории Беларуси [1].

К началу 1919 г. в Гомеле и его округе стало резко увеличиваться количество населения: ставший центром губернии город должен был вместить весь чиновничий аппарат и органы управления; в дополнение к административной массе близость линии фронта приводила к скоплению в городе множества солдат, военнопленных, беженцев. Гомель, не имевший в то время даже элементарной канализационной системы, не был готов вместить такое количе-

ство людей и обеспечить им надлежащие условия жизни; схожая ситуация наблюдалась и по всей территории губернии. Сопровождавшие огромную людскую массу голод, антисанитария и естественная среда болотистой местности Полесья создали идеальные условия для распространения опасных инфекционных заболеваний: тифа, малярии, дизентерии, холеры. Численность заболевших постоянно возрастала: за период с июля по декабрь 1919 г. было зафиксировано более 20 тыс. случаев только сыпного тифа [3].

Существующие лечебные заведения не справлялись с потоком заболевших, в связи с чем экстренная помощь и своевременная изоляция больных в специальных заразных бараках стала приобретать первостепенное значение. В условиях распространения инфекции в ряду экстренных мероприятий, которые проводились Чрезвычайной Комиссией по борьбе с эпидемиями, и была организована служба СМП, для которой было выделено 6 врачей [4]. Уже к началу 1920 г. были сформированы специальные месячные графики дежурств врачей СМП, работа которых с приближением линии фронта Советско-Польской войны к Гомелю приобретала все большее значение.

Следует отметить, что с ликвидацией основных очагов болезни в 1921–1922 гг. первая Гомельская СМП была расформирована. Данное решение было обусловлено как созданием сети амбулаторий, на которые возлагались функции оказания внебольничной помощи, так и введением новой экономической политики, с началом которой здравоохранение переводилось с государственного обеспечения на местные средства, недостаток которых вынуждал закрывать лечебные учреждения и сокращать медицинские кадры.

В период отсутствия организованной службы СМП для оказания экстренной помощи населению в городе были установлены ночные дежурства врачей (аналог дежурств врачей СМП, оказывавших помощь только в ночные часы) и практиковался выезд врачей амбулаторий на дом. Однако к середине 1920-х годов стало очевидно, что данные структуры уже не справлялись с растущими потребностями населения в экстренной медпомощи, что требовало создания специализированной структуры для оказания в случае необходимости СМП.

Восстановление службы СМП в г. Гомеле относится к декабрю 1924 г., и уже за первые месяцы существования, с декабря 1924 по ап-

рель 1925 г. было обслужено 1133 вызова. Врачи СМП дежурили круглые сутки, оказывая помощь как амбулаторно на месте дежурства, так и осуществляя выезды [5].

Анализ архивных источников 1925–1926 гг. позволяет охарактеризовать созданную структуру СМП только как пункт (а не полноценную станцию), который обслуживался четырьмя «довольно квалифицированными врачами» и пятью единицами технического и обслуживающего персонала (за 1926–1927 гг. к персоналу службы СМП добавили еще по одной единице врача и персонала), при этом одновременно дежурство нес только один врач. Организационно пункт СМП находился в составе городской поликлиники (ул. Советская, 60) [6]. Вызов СМП учреждениями и предприятиями

производился по телефону, частные лица для вызова были обязаны являться лично. Выезд врача скорой помощи проводится немедленно [5].

В начале существования служба СМП г. Гомеля не была механизированной. На балансе числилась лишь одна конная карета (зимой заменялась санями) и две лошади (рисунок 1). Следует отметить, что из-за отсутствия автотранспорта медицинская помощь зачастую оказывалась несвоевременно.

Вместе с тем показатели работы службы во второй половине 1920-х годов неуклонно росли (рисунок 2), а уже в 1927 г. отдельная структура СМП была создана в Новобелице (как в промышленном районе, требовавшем частой подачи экстренной помощи), за первое полугодие работы обслужившая 914 вызовов [7].



Рисунок 1 — Карета скорой медицинской помощи, г. Гомель, фотография 1924 г.

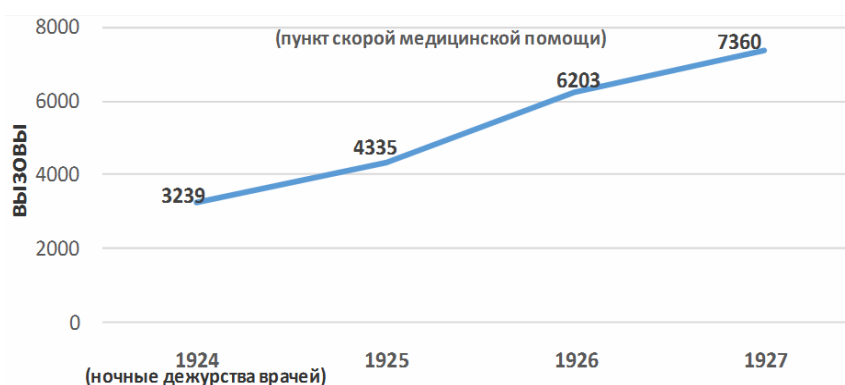
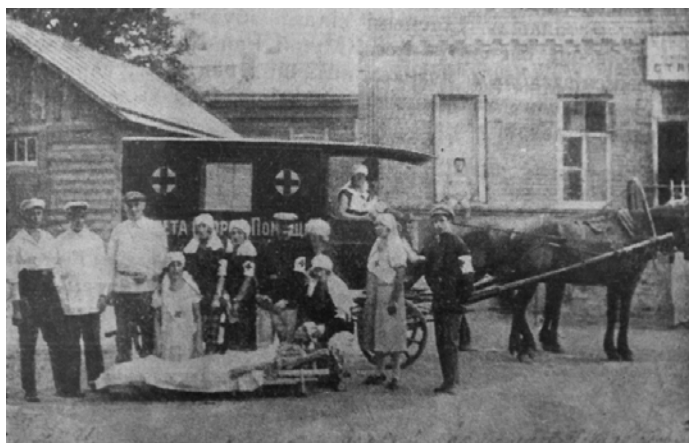


Рисунок 2 — Количественные показатели подачи экстренной медпомощи в г. Гомеле в 1924 г. (ночные дежурства врачей) и 1925–1927 гг. (пункт скорой медицинской помощи) в числе обслуженных вызовов

В связи с увеличением объемов работы СМП пропорционально развивалась и организационная структура службы. В отчете окружного отдела здравоохранения за 1929 г. отмечено, что в Гомеле имелся уже не пункт, а «са-

мостоятельная станция» СМП (рисунок 3), оснащенная автотранспортом, который осуществлял перевозку больных (заимствован у Красного Креста и не был приспособлен для оказания медпомощи) [8].



**Рисунок 3 — Кружок первой помощи на фоне кареты и станции (вероятно) скорой медицинской помощи во время «Недели обороны» в г. Гомеле, фотография 1928 г.**

В соответствии с программой развития СМП, принятой НКЗ в 1921 г., организация службы в виде станций предполагалась лишь в крупных городах. На территории Гомельщины кроме г. Гомеля, регулярная служба СМП была создана лишь в Мозыре в 1927 г. [9]. В менее крупных городах и при промышленных предприятиях создавались «пункты скорой помощи», однако, учитывая отсутствие у них санитарного транспорта и соответствующего оборудования, назвать такие структуры СМП в близком к современному понятию данного термина не представляется возможным. В уездных и промышленных городах Гомельской губернии (Клинцы, Новозыбков, Речица, Новобелица, Добруш и др.) для оказания экстренной медпомощи вводились ночные дежурства врачей. При этом в некоторых районах ночные дежурства осуществлялись не врачами, а средним медперсоналом (например, в Хойницкой больнице — с 18:00 до 7:00) [10].

В остальных городах губернии организации СМП не существовало и в случае необходимости там пользовались услугами дежурного врача городской больницы, который оказывал первую помощь в помещении стационара [5]. В сельской местности создание службы СМП не предполагалось, а приближение экстренной медпомощи к населению должно было происходить путем увеличения участковой врачебной сети и количества врачебных (фельдшерских) пунктов [11].

Следует отметить, что в конце 1920-х годов постепенно начала выделяться неотложная помощь — альтернатива амбулаторной помощи на дому, которая оказывалась в вечерние и ночные часы, когда амбулатории не работали, а вызов не мог быть отложен до утра. Введение неотложной помощи не только увеличивало доступность медицинского обслуживания для населения, но и разгружало структуры СМП,

которые ранее оказывали и неотложную помощь. Станции неотложной помощи в конце 1920-х годов были организованы в Гомеле, Новобелице и Речице.

Таким образом, к концу 1920-х годов организационная структура экстренной медицинской помощи предполагала существование:

- ночных дежурств врачей (в больших и промышленных городах до организации собственно СМП, а позднее — и в малых городах);
- станций и пунктов СМП (в крупных городах);
- неотложной помощи (выделилась в основном в крупных городах).

В конце 1920-х годов в рамках решения задач первой пятилетки (1928–1932 гг.) была выработана новая концепция здравоохранения, в которой основное место в медицинском обслуживании населения стали занимать Единые диспансеры (с середины 1930-х годов — Центральные поликлиники) — универсальные лечебные учреждения, объединявшие фактически все виды медпомощи, в том числе и СМП [1]. Единые диспансеры Гомеля и Новобелицы интегрировали СМП в свою структуру, однако в Гомеле СМП сохранила статус отдельной станции.

В предвоенное десятилетие основной чертой развития службы СМП в БССР в целом и на Гомельщине в частности стала интенсивная механизация и отказ от морально устаревшей конной тяги. В начале 1930-х годов несколько улучшилась ситуация с транспортом в Гомельской СМП, где имелись автомобиль, конный экипаж и санитарная карета [12]. К 1932 г. Гомельская СМП окончательно отказалась от конных экипажей и обслуживалась исключительно автомобилями. К концу 1930-х годов основным типом санитарного транспорта СМП становится модифицированный для медицинских нужд 1,5-тонный автомобиль ГАЗ-АА (рисунок 4).

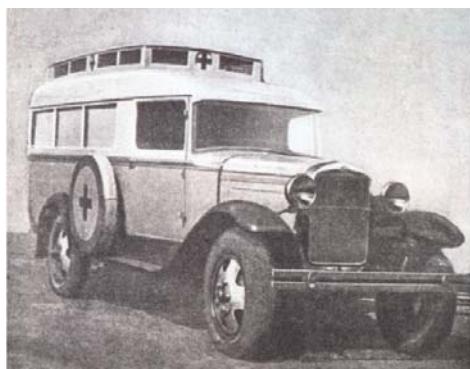


Рисунок 4 — Санитарный автомобиль ГАЗ-АА

Неотложная помощь в городах также продолжала свое развитие, обеспечиваясь в отличие от СМП исключительно конной тягой. Одной из важнейших задач здравоохранения признавалось разделение отчетности по скорой и неотложной помощи, что вызывало большие затруднения у медработников.

В соответствии с проводимой линией на увеличение доступности экстренной медпомощи для населения районных центров открывались новые станции СМП. В 1935 г. Президиум Речицкого райисполкома выделил районному отделу здравоохранения автомобиль СМП. Также была организована станция СМП в Жлобине, в менее крупных городах и в сельской местности создавались пункты СМП. В районных центрах и небольших городах (Лоев, Тереховка, Добруш, Рогачёв и др.) структуры СМП чаще всего организовывались при больницах, в гаражах которых базировался и санитарный транспорт СМП [13].

Для обслуживания населения отдаленных местностей, где отсутствовала возможность оперативного оказания экстренной помощи, была организована областная станция СМП, которая имела собственный штат и транспорт. Таким образом, к 1938 г. по Гомельской области насчи-

тывалось уже четыре станции СМП с девятью автомашинами. Совокупными усилиями всей структуры СМП за 1938 г. в общей сложности было обслужено более 28 тыс. вызовов [14].

В целом по области структура СМП выглядела следующим образом:

- областная станция (помощь населенным пунктам, не имеющим собственных структур экстренной медпомощи);
- городские станции (Гомель и районные центры);
- сельские пункты (не получили большого распространения).

Кроме того, в 1939 г. в структуру СМП была внедрена новая единица — Республиканская станция СМП, обслуживавшая экстренные вызовы посредством авиа-, авто- или железнодорожного транспорта в любой точке БССР в тех случаях, когда медпомощь не могла оказываться силами местных организаций СМП [15].

**Заключение**

Организация и развитие структуры СМП Гомельщины на протяжении межвоенного периода позволили к концу 1930-х годов обеспечить стабильный рост основных показателей работы службы (рисунок 5).

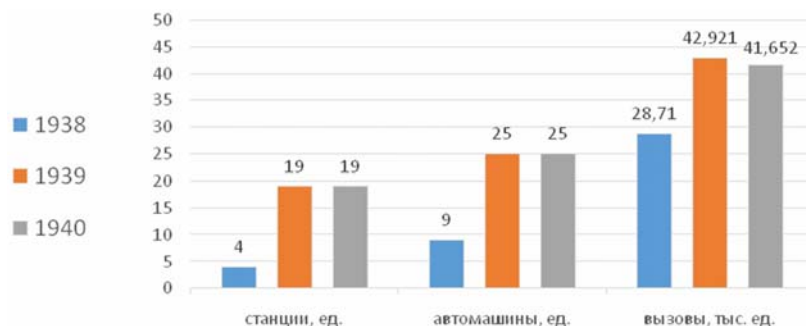


Рисунок 5 — Основные показатели развития службы скорой медицинской помощи Гомельской области в 1938–1940 гг.

К 1939 г. по Гомельской области только в экстренных случаях (не считая неотложные вызовы и перевозку пациентов) скорая медицинская помощь была оказана в более чем

37 тыс. случаев, что является показателем значительной работы, проведенной руководством здравоохранения региона в изучаемый период.

**Выводы**

1. После установления Советской власти на территории Гомельщины первоначальное развитие СМП было индуцировано тяжелой эпидемической обстановкой и стало одним из элементов временных чрезвычайных мер по борьбе с эпидемией, что послужило причиной сворачивания структуры СМП с окончанием эпидемии в 1921–1922 гг.

2. Воссозданный в 1924 г. пункт СМП был призван разгрузить существовавшие институты внебольничной помощи и удовлетворял нужды населения прежде всего в экстренной медпомощи. Рост вызовов от населения обусловил необходимость механизации пункта СМП и его преобразования в полноценную станцию. В тот же период в отдельный вид медицинского обслуживания выделилась и неотложная помощь.

3. В 1930-е годы организационная эволюция структуры СМП предопределила оформление профессиональной стратификации службы, включавшей областную, городские и сельские станции и пункты СМП, в дополнение к действовавшей на всей территории БССР Республиканской станции СМП.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Абраменко, М. Е. Здравоохранение БССР — становление советской системы (1917–1941) / М. Е. Абраменко. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2005. — 236 с.
2. Тищенко, Е. М. Государственное здравоохранение Беларуси XX века / Е. М. Тищенко // Журнал ГГМУ. — 2004. — № 4. — С. 89–92.
3. Государственный архив общественных объединений Гомельской области (ГАГО). — Ф. 11. Оп. 1. Д. 785. Л. 17.
4. Государственный архив общественных объединений Гомельской области. — Ф. 1. Оп. 1. Д. 31. Л. 8.
5. ГАГО. — Ф. 273. Оп. 1. Д. 17. Л. 11 об., 14 об., л. 15 об., 17, 18, 28.
6. Гомель и городские поселения Гомельщины. Предварительные итоги переписи 1926 года и некоторые данные текущих учетов и обследований. — Гомель, 1927. — 80 с.
7. ГАГО. — Ф. 1476. Оп. 1. Д. 8. Л. 3.
8. ГАГО. — Ф. 114. Оп. 1. Д. 53. Л. 60.
9. Зональный государственный архив в г. Мозыре. — Ф. 54. Оп. 1. Д. 121. Л. 73.
10. Каплиев, А. А. Организация и деятельность службы скорой медицинской помощи Гомельщины в 1920-х гг. / А. А. Каплиев // История і грамадазнаўства. — 2016. — № 6 (60). — С. 45–50.
11. Государственный архив Витебской области. — Ф. 64. Оп. 1. Д. 168 б. Л. 101.
12. ГАГО. — Ф. 1476. Оп. 1. Д. 21. Л. 8.
13. ГАГО. — Ф. 1223. Оп. 1. Д. 4. Л. 1–14.
14. ГАГО. — Ф. 1283. Оп. 3. Д. 34. Л. 6.
15. Государственный архив Могилевской области. — Ф. 133. Оп. 1. Д. 42. Л. 46–47.

Поступила 11.11.2016

УДК 572+612.661-053.5(1-21)

## СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ УРБАНИЗАЦИИ

*Н. В. Козакевич, В. А. Мельник*

Гомельский государственный медицинский университет

В статье представлены результаты анализа соматометрических показателей школьников, проживающих на территориях с различным уровнем урбанизации. В результате проведенных исследований доказано отсутствие значимых различий ( $p > 0,05$ ) между соматометрическими показателями (длина тела, масса тела и обхват грудной клетки) у городских школьников из крупных промышленных городов. При этом изучаемые показатели имели статистически значимые отличия у школьников-сверстников из городов с высоким и средним уровнем урбанизации, а также между сельскими и городскими школьниками из крупных промышленных центров.

**Ключевые слова:** соматометрические показатели, школьники, урбанизация.

## SOMATOMETRIC PARAMETERS OF SCHOOL CHILDREN LIVING IN AREAS WITH DIFFERENT LEVELS OF URBANIZATION

*N. V. Kozakevich, V. A. Melnik*

Gomel State Medical University

The article presents the results of the analysis of somatometric parameters of school children living in areas with different levels of urbanization. As a result of the carried out study we have proved the absence of any significant difference ( $p > 0.05$ ) between somatometric parameters (body length, body mass and chest circumference) in city school children from big industrial cities. At the same time, the studied parameters revealed statistically significant differences in school children of the same age from cities with high and medium levels of urbanization, as well as rural and city school children from big industrial centers.

**Key words:** somatometric parameters, school children, urbanization.

**Введение**

Проблема влияния уровня урбанизации на развитие показателей физического развития (ФР)

населения, особенно на рост и развитие детей, давно привлекает пристальное внимание ученых [1–3]. Человек тысячелетиями приспособивался