Становление и развитие охраны здоровья на белорусских землях

СОДЕРЖАНИЕ

1. Развитие медицины в Беларуси в период древности

2. Организация врачебно-санитарного дела в эпоху капитализма

3. Утверждение принципов советского здравоохранения

4. Развитие отрасли на современном этапе

Список использованных источников

**1. Развитие медицины в Беларуси в период древности**

Первобытно-общинный строй.

Сложность в изучении этого периода заключается в отсутствии письменных источников. Но есть остатки материальной культуры. На Туровщине в некоторых погребениях найдены глиняные стопки, которые вероятно предназначались для дозировки жидких лекарств и могли быть использованы в качестве кровососных банок. В могильниках Зарубинецкой культуры обнаружены горшочки размером 5-10 см в ширину и 10-15 см в высоту, которые также использовались для лекарств.

Около 100 тыс. лет назад средняя продолжительность жизни равнялась 20 годам. По мере развития продолжительность жизни росла. Некоторые из орудий палеолита (скребла, кремневые отщепы, 2-сторонне обработанные каменные рубила) могли использоваться для вскрытия нарывов, обработки костных отломков при открытых переломах, для кровопусканий.

В период бронзового и железного веков на территории Беларуси было найдено много орудий, которые могли использоваться в лечебных целях (узкие бронзовые ножики, специальные ножи-серпы, которые не могли употребляться для жатвы, железные ножи различной конфигурации, которые могли использоваться для хирургического вмешательства, железные шилья и иглы для прокола гнойников, зернотерки для изготовления лекарств). В 1865 г. К. Тышкевич обнаружил маленькие весы, помещенные в футляре, выделанном из рога и при них кусочек металлического сплава, также был найден своеобразный пинцет. Эти находки относят к рубежу нашей эры.

В древнюю эпоху развивались представления о загробной жизни. На этой основе выработались похоронные обряды. Труп укладывался в яму, обставленную крупными костями мамонта и засыпанную красной краской (охрой – природная минеральная краска из плотных глин) и углем, которые служили магической заменой крови или огня. Таким образом, труп отделялся от верхнего слоя земли костяным щитом и воздушной прослойкой, что создавало благоприятные условия для мумификации. Трупы оборачивали в бересту, которая хорошо сохраняет предметы, в нее обернутые.

В железном веке было распространено трупосожжение. Это связано с представлением о том, что огонь имеет очистительную силу.

Постепенно происходило собирание и обобщение медицинского опыта. Первые врачеватели – женщины (т.к. поиском растительной пищи в основном занимались женщины). С наступлением патриархата эта роль переходит к мужчине. Их называли такими словами, имеющими смысловую общность: кудесник, волхв, ведун, чародей, ворожей, говорун, мудрец, знахарь, колдун, врач. Была специализация врачей. Среди народных лекарей Руси в период раннего феодализма были костоправы, пильные (лечение грыжи) врачи, панчужные (ревматизм), чечуйные (геморрой), бабки-повитухи и др. Повсеместно использовались заговоры. Считали, что болезни вызываются духами, которые вселяются в человека.

Хотя древние люди при лечении болезни на первый план выдвигали заговоры, но и расширялся арсенал лечебных средств. Ведущую роль играли средства растительного мира. Собирались растения в период наибольшего накопления в них лечебных веществ (почки сосны в феврале-марте; почки тополя и березы в марте и апреле; березовый, кленовый, липовый соки – в период сокодвижения и т.д.). Из них готовились настои, отвары, порошки, мази.

Также использовались лечебные средства животного происхождения. Для приготовления мазей – гусиный, куриный, говяжий, рыбий, барсучий, ежовый, медвежий, собачий жиры. Также с лечебной целью назначались мед, молоко, сметана, телячья печень и т.д. Воде приписывались очистительные, целебные свойства, широко использовались тепловые процедуры: ванны, ингаляции, компрессы, обертывания, паренья в бане.

IX-XIII вв. характеризуются возникновением и ростом городов, количественным ростом междоусобных войн, как следствие этого – тяжелые условия жизни и возникновение эпидемий. Летопись сообщает о "моровой язве" в Полоцке в 1092 г. "Придивное чудо явилось в Полоцке в наваждении. Ночью стоял топот, что-то стонало на улице, рыскали бесы как люди. Если кто выходил из дома, чтобы посмотреть, тот час уязвляем бывал бесами язвою и оттого умирал, и никто не осмеливался выходить из дома… Потому люди и говорили, что это мертвецы бьют полочан. Началось же это знамение с Друцка…" Здесь мы видим меры предосторожности – самоизоляция. Вэтот период эпидемии были распространенным явлением. В Гродно в XI-XIII cтроились благоустроенные жилые каменные здания. Каменные строения также были в Минске, Полоцке, Волковыске. В пасадах этих городов строились деревянные дома, внутри которых делались дощатые и глинобитные полы и ставились глинобитные печи. Отапливались эти дома "по-черному". Гигиеническое значение имели захоронения трупов. В XI веке их хоронили на горизонте, а с XIII века – в ямах.

Соблюдается телесная чистота. В "Повести временных лет" упоминается о путешествии святого Андрея по Днепру. "Удивительное я видел в славянской земле. Видел бани деревянные, и разожгут их до красна, и разденутся и будут наги, и обольются квасом кожевенным, и поднимут на себя прутья молодые, и бьют себя сами, и до того себя добьют, что едва слезут, еле живые, и тогда обольются водою студеною, и только так поживут. И творят это всякий день".

У лекарей большой популярностью пользовалось "резание". Раны зашивались суровыми конопляными нитками, "струнами" из кишок и брюшины молодых животных. Перевязочным материалом служила баранья шерсть. На территории Беларуси были обнаружены хирургические орудия этого периода: пинцеты, ножницы, иглы, долота и т.д. Кроме хирургии внутренние болезни лечили диетой, различными зельями. Уже в произведениях Нестора, К. Туровского, В. Мономаха и др. встречаются описания симптомов различных болезней ("Слово о расслабленном"). Лекари того времени знали различные заболевания: хорея, эпилепсия, дрожательный паралич, различные формы психозов, чахотка, подагра, почечные колики, тиф, малярия, легочная чума и др.

Возникают небольшие лечебные стационары. В середине Х века княгиня Ольга организовала больницу. Создавались так называемые "монастыревы больницы". Были купеческие и цеховые больницы в Новгороде.

В период ВКЛ и РП в ответ на усиление католического влияния в городах создаются православные братства, которые на ряду с мастерскими и лавками содержали больницы, выдавали пособия больным. Но с каждым годом положение народных масс ухудшалось (произвол шляхты). Часто крестьяне и животные жили в одном доме. С. Будный отмечал, что крестьяне "отруби, как свиньи едят, а зерно на чинш продавать должны…" Такие условия способствовали распространению болезней. До XIV в. в ВКЛ зафиксировано 25 эпидемий, в XIV в. – 18, в XV – 26, в XVI – 46. Войны сопровождались эпидемиями (Русско-польская война 1654-1667 гг., Русско-шведская война 1700-1721 гг.).

Меры борьбы с эпидемиями. Устанавливались карантины, санитарные дозоры, заставы. Дезинфицирующие средства: окуривание помещений можжевельником и полынью; принимать внутрь мяту, дягилевый корень, нюхать губку с уксусом; прожаривать вещи; вымораживать вещи и помещения. Наряду с банным делом большое гигиеническое значение имели удаление нечистот, мощение каменных улиц. В Могилеве были поденщики по уборке улиц и площадей.

Организация врачебного дела. Официальные власти преследовали врачевателей-эмпириков, обвиняли их в колдовстве, предавали их суду. Хирургическую помощь оказывали цирюльники (это слов произошло от искаженного греческого слова "хейругас" или "рукодельник" (цирюльник выполнял широкий круг работ от срезания мозолей до ампутации конечностей). Банщики (более низкая квалификация) ставили банки, прикладывали пластыри, занимались массажем в банях. Цирюльники объединялись в цеха. Цеха состояли из мастеров (братьев), подмастерьев (товарищей) и учеников (хлопцев). Лица, которые получили медицинскую подготовку вне цеха или ушли из цеха раньше срока, назывались "портачами" и в городах преследовались.

Появляются в Беларуси доктора медицины. В 1506 году в Кракове Ф. Скорина получил звание лекаря. А 9 ноября 1512 г. в Падуе – стал доктором медицины. После 1520 г. он был врачом Виленского епископа (при дворах крупных феодалов всегда были врачи, чаще всего иностранцы).

В 1774 г. подскарбий ВКЛ А. Тизенгауз пригласил в Гродно профессора анатомии, хирургии и истории естествознания Лионского медицинского колледжа Жана Эммануэля Жилебера. В октябре 1775 г. он прибыл и основал медицинскую академию. При академии были образованы анатомический театр и музей, ботанический сад, библиотека. В 1779 г. – первый выпуск академии – 12 человек. В 1781 г. академия была переведена в Вильно. Также Жилебер в Гродно организовал акушерскую школу. С середины XVI века в Беларуси появляются аптеки.

**2. Организация врачебно-санитарного дела в эпоху капитализма**

После разделов Речи Посполитой белорусские земли вошли в состав Российской империи. Перестраивается медико-санитарное дело. В губерниях были организованы Приказы общественного презрения, которые открывали и содержали богоугодные заведения (больницы, сиротские дома и т.д.). В Могилеве и Полоцке такие Приказы появились в 1781 г., в Витебске и Минске – в 1796 г. В уездах вводились должности уездных врачей. Их обязанности заключались в "пользовании людей всякого состояния по уезду, без требования за свой труд воздаяния", "в немедленном прекращении опасных болезней", "в свидетельстве скоропостижно умирающих для обнаружения тому причин". В 1797 г. был издан указ "О создании губернских врачебных управ" в составе инспектора, оператора и акушера, имеющих звание доктора. Они должны были производить "физическое и топографическое описание всей губернии, соблюдать народное здравие, открывать начало болезни" и т.д. Управы получали право принимать на работу в губернию врачей, вести наблюдение за деятельностью аптекарей, повивальных бабок и других лиц медицинской профессии. Таким образом, в конце XVIII века наметились контуры врачебно-санитарной организации в губерниях. Но возможности у уездного центра в пресечении "повальных болезней" были невелики.

Характер болезней: простуды, холера, сифилис, дизентерия. Против оспы было найдено эффективное средство – вакцинация (1798 г. Дженнер).

30 декабря 1802 г. в начале оспопрививания рапортовала Витебская губерния. В 1803 г. – Могилевская и Гродненская.

До 20-х гг. XIX в. больницы были только в губернских городах. С 1822 г. начинают открываться уездные больницы. В 1837 г. в каждой губернии были образованы специальные округа по 2-3 на губернию, возглавляемые врачами. В имения назначались врачи и фельдшера. Открывались по 1-2 больницы на губернию. В 30-е гг. XIX в. введены должности волостных фельдшеров (для лечения крестьян государственных имений). Один фельдшер на 2-3 волости.

В подготовке врачей для белорусских губерний в конце XVIII – первой половине XIX в. главную роль играла Виленская высшая медицинская школа. С 1781 г. по 1832 г. было подготовлено свыше 800 врачей. В 1860 г. на территории Беларуси было 268 врачей.

В декабре 1873 г. Могилевский губернатор Дембовицкий поднял вопрос о неудовлетворительном состоянии медицинской помощи сельскому населению. Он предложил разделить губернии на 22 врачебных участка, так, чтобы на каждый уезд пришлось по 2 врача и распределить эти участки между уездными и сельскими врачами. Это было первое изложение участкового построения медицинской службы. В 1887 г. правительство, изучив опыт Могилевской губернии, рекомендовало его для внедрения.

2 апреля 1903 г. в 3-х белорусских губерниях были созданы управления по делам земского хозяйства, которым были переданы медицинские учреждения Приказов общественного презрения, а также было введено бесплатное обслуживание жителей этих губерний.

С 1892 года начало проявляться новое движение в общественной жизни врачей Беларуси, получившее выражение в периодическом проведении собраний и съездов. Еще ранее, в 60-х годах 19 в., организовывались научные врачебные общества (в1867 г. создано общество минских врачей). Врачи, члены обществ изучали санитарное состояние губерний и уездов, исследовали причины возникновения болезней.

В 1910-1916 гг. в губернских центрах и ряде уездов были введены должности земских санитарных врачей, учреждались медико-санитарные советы, открывались санбаклаборатории, дезинфекционные камеры. Также совершенствовалась структура городской медицинской помощи. Больницами управляли советы под председательством уездных предводителей дворянства. Помощь населению оказывалась городскими врачами. Лечение было платным. На казенный счет брались военные чины, арестанты и, в редких случаях, лица, предоставившие документы о своей исключительной бедности. Применялись прививки, противодифтерийные сыворотки.

В 1912 г. – постановление об организации рабочих касс. Рабочие отчисляли в них 2-4% от зарплаты. Из этих средств выплачивались пособия больным и проводилась организация медицинской помощи (открывались амбулатории).

Первая мировая война усложнила обстановку. Происходит нарастание эпидемий. Врачи мобилизовывались на фронт. В 1917 г. происходит две революции. Как следствие этих процессов - упадок медицинского обслуживания. Идеи коренного преобразования всей системы здравоохранения были воплощены после 1917 г.

**3. Утверждение принципов советского здравоохранения**

Становление здравоохранения в первые годы советской власти происходило на основе 4-х ведущих принципов:

– государственный характер;

– профилактическое направление;

– участие населения в мерах по охране здоровья;

– единство медицинской науки и практики здравоохранения.

Государственный характер – основной принцип советской медицины в период ее становления. Его основным содержанием является: централизация управления, государственное финансирование и государственное планирование программ здравоохранения. Закономерным следствием государственного характера здравоохранения является бесплатная и общедоступная медицинская помощь.

Профилактическое направление – принцип советского здравоохранения, который последовательно реализуется с 1918 г. Главный упор делался на профилактику и борьбу с эпидемиями. Так, для осуществления экстренных мер по борьбе с холерой Наркомздрав в первый же день своего существования получил 25 млн. рублей. В 1919 г. была принята программа развития страны, которая предусматривала решающее значение профилактики не только в организации медицинской помощи, но и во всей системе устройства труда и быта:

1) решительное проведение широких санитарных мероприятий в интересах трудящихся, как то:

а) оздоровление населенных мест (охрана почвы, воды и воздуха),

б) постановка общественного питания на научно-гигиенических началах,

в) организация мер, предупреждающих развитие и распространение заразных болезней,

г) создание санитарного законодательства;

2) борьбу с социальными болезнями (туберкулезом, венеризмом, алкоголизмом и т.д.);

3) обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи".

В результате принятых мер к середине 1920-х годов значительно улучшилось санитарное состояние страны, снизилась заболеваемость паразитарными тифами и холерой, начала уменьшаться заболеваемость малярией, успешно велась борьба с туберкулезом и венерическими заболеваниями, развивалась система охраны материнства и детства, возросло количество женских и детских консультаций.

В 1935 г. была создана Всесоюзная Государственная санитарная инспекция. В чрезвычайно короткий срок в стране были ликвидированы особо опасные инфекции: холера (1923 г.), оспа и чума (1936 г.). Повсеместно расширялась сеть санитарно-эпидемиологических станций. Эта система исторически оправдала себя: в стране не было массовых эпидемий не только в мирные годы, но и во время Великой Отечественной войны. В послевоенный период были ликвидированы тифы (брюшной, сыпной, возвратный), значительно снизилась заболеваемость желудочно-кишечными инфекциями и трахомой. К 1960 г. практически была ликвидирована малярия. Структура заболеваемости существенно изменилась: инфекционные болезни отступили, на первый план вышли сердечно-сосудистые и онкологические заболевания.

3. Участие населения в мерах по охране здоровья – принцип советского здравоохранения, зародившийся в сложнейших условиях первых лет советской власти, когда борьба с эпидемиями, болезнями и голодом велась при острой нехватке медицинских кадров. В те годы значительная часть врачей не разделяла революционных идей, многие врачи эмигрировали за границу, другие заняли выжидательную позицию, третьи объявили саботаж. Много медицинских работников погибло на фронтах. В условиях тотального дефицита медицинских кадров проблема решалась привлечением к медико-санитарной работе самих трудящихся.

После гражданской войны появились новые, порожденные временем формы медико-санитарной работы: комиссии по оздоровлению труда и быта; санитарные суды; массовые инсценировки и спортивные мероприятия, пропагандирующие здоровый образ жизни и чистоту; выпуск специальных плакатов.

Впоследствии развитие высшего и среднего медицинского образования, подготовка достаточного количества профессиональных медработников возвратили медицину в русло профессионализма, и со временем принцип участия широких масс населения в мерах по охране здоровья перестал быть актуальным.

4. Единство медицинской науки и практики здравоохранения – принцип научной организации здравоохранения, непосредственно связанный с его государственным характером.

В период с 1918 по 1927 год в СССР было организовано 40 научно-исследовательских институтов. Научные разработки исследовательских институтов незамедлительно использовались в практике здравоохранения. Успешная борьба с массовыми заболеваниями в государственном масштабе позволяла проверять на практике научные выводы и выдвигать новые научные задачи.

Организационные принципы советского здравоохранения, на основе которых была создана централизованная общедоступная бесплатная система здравоохранения, стали примером и образцом строительства общенациональных, государственных систем здравоохранения во многих странах мира (Великобритании, Кубе, Китае, Монголии, Северной Кореи и др.)

**4. Развитие отрасли на современном этапе**

В 1990-е гг. характерным было ухудшение состояние здоровья населения. Демографическая ситуация характеризовалась уменьшением численности населения с 10212, 5 (1991) до 9849,1 тыс. чел. (на 01.01.2004 г.), прежде всего за счет сельских жителей (на 14,2 %). Болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин смерти (55 %), новообразования – второе (13,1 %), травмы и отравления – третье (11,5 %).

Кадровая политика Министерства здравоохранения была направлена на дальнейшее совершенствование подготовки врачей и средних медицинских работников. Открыты новые факультеты в медицинских институтах: сестринский (Гродно, 1991 г., заочная форма – с 1996 г.); медико-психологический (Гродно, 1993 г.); военно-медицинский (Минск, 1995); врачей-лаборантов (Гомель, 1997 г.).

Медицинские институты прошли аккредитацию на статус университетов (Витебск, 1998; Гродно, 1999; Минск, 2000; Гомель, 2003), а БелГИУВ - на статус академии (2000). Создана на общественных началах Белорусская академия медицинских наук. Число медицинских училищ составило – 17.

Количество врачей в 2003 г. во всех ведомствах составило 45027 человек (45,7 на 10 тыс. населения).

С целью рационального использования коечного фонда за период с 1994 по 2003 гг. общее число больничных организаций сокращено на 16,1%, число коек в больницах уменьшилось на 12,7%, улучшилось использование коечного фонда, увеличилась занятость и оборот койки, уменьшилась средняя продолжительность пребывания на койке, широко практикуется открытие дневных стационаров в поликлиниках.

Охрана материнства и детства (ОМД) получила государственную поддержку путем принятия законодательных актов и национальных программ: профилактики генетических последствий катастрофы на ЧАЭС, ОМД в условиях воздействия последствий катастрофы на ЧАЭС (1996 - 2000). Дети Беларуси (2000), Дети Чернобыля, Дети-сироты, Развитие социального обслуживания семьи и детей. Развитие индустрии детского питания и др.

С 1996 г. уровень младенческой смертности снизился с 13,3 на 1000 новорожденных до 7,7 %0 в 2003 г.

В Республике Беларусь с 1991 г. стали формироваться медицинские организации частной формы собственности.

В Беларуси разработаны и реализуются государственные программы:

Президентская программа "Дети Беларуси" на 2001-2005 год; "Программа развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Беларусь на 2003 – 2007 годы"; "О внесении изменений в Государственную программу укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения республики на 2000 – 2002 годы и на период до 2005 года"; Государственная программа "Здоровье народа" на 1999 - 2005 гг.; Государственная программа комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и психотропными веществами и их незаконному обороту на 2001 - 2005 гг.; Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма, Государственная программа по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов на 2001 - 2005 гг.; Государственная программа профилактики ОГЭП ВИЧ-инфекции на 2001 - 2005 годы; Государственная программа Республики Беларусь по преодолению последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС на 2001 -2005 годы и на период до 2010 года; Государственная программа "Сахарный диабет" на 2004 - 2008 годы; Государственная программа профилактики и снижения травматизма; Государственная программа развития специализированной медицинской помощи на 2004 - 2007 годы; Государственная программа социально-экономического развития и возрождения села, раздел "Здравоохранение"; Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003 - 2007 годы.

Обретение республикой суверенитета способствовало привлечению средств из-за рубежа под эгидой ВОЗ: проект "Сасакава-Чернобыль", диагностический комплекс детского хирургического центра, развитие детской онкологической клиники, международный проект по щитовидной железе. В 1994 г. в Беларуси открыто представительство ВОЗ.

В основу политики развития здравоохранения в современных условиях положены следующие важные принципы:

– обеспечение социальной справедливости и доступности медицинской помощи;

– профилактическая направленность работы медицинских систем;

– обеспечение экономической, социальной и медицинской эффективности;

– единство медицинской науки и практики.

**Список использованных источников**

1. Запрудник, Я. Беларусь на гістарычных скрыжаваннях / Я. Запрудник – Мн., – 1996.

2. Сорокина Т.С. История медицины: Учебник для студентов вузов Изд. 6-е, перераб., доп. / Т.С. Сорокина, Академия – 2007 г., - 560 с.

3. Кузнецов И.Н., Шелкопляс В.А. История государства и права Беларуси: пособие для студентов высших учебных заведений – Минск, 2004 г.