

9. Sydnor E.R.M., Perl T.M. Hospital epidemiology and infection control in acute care settings // Clin. Microbiolol. Rev. – 2011. - № 24(1). – P. 141–173.

10. US Department of Health and Human Services. National action plan to reduce healthcare-associated infections. - Washington DC: US Department of Health and Human Services, 2010. - <http://www.hhs.gov/ash/initiatives/hai/actionplan/index.html>.

Егорышева И.В.

РОЛЬ НАРКОМЗДРАВА РСФСР В РАЗВИТИИ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 1920 -Е ГГ.

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва

Егорышева Ирина Валентиновна – к.ист.н., в.н.с;
egorysheva@rambler.ru.

Резюме. После окончания Гражданской войны перед НКЗ РСФСР встала задача восстановления сельской лечебной сети, организации специальной помощи сельскому населению. С началом коллективизации усилилось медицинское обеспечение коллективных хозяйств, число сельских врачей и коек превысило довоенный уровень.

Ключевые слова: сельское здравоохранение, земская медицина, Наркомздрав РСФСР, Н.А. Семашко.

Egorysheva I.V.

THE ROLE OF THE RUSSIAN FEDERATION HEALTH CARE PEOPLE'S COMMISSARIAT IN THE DEVELOPMENT OF RURAL SERVICE IN 1920-1929

Abstract. After the Civil war NKZ RSFSR faced the task of restoring rural health network, organization of special assistance to the rural population. The beginning of collectivization was marked by increase of medical support for collective farms, the number of rural doctors and beds exceeded the prewar level.

Key words: rural healthcare, zemstvo medicine, Russian Federation Health Care People's Commissariat, N.A. Semashko.

Начало становлению сельского здравоохранения в России положило создание земских организаций (1864). По данным Управления главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел, к 1912 г. на территории Российской империи имелось 4 142 сельских врачебных участка. Большинство из них находилось на территории Европейской России, в т.ч. 2 902 участка в земских губерниях. В этот период в сельской местности работали 6 503 врача и 17 730 фельд-

шеров. Из них в Европейской России – 5 707 врачей и 14 225 фельдшеров [3]. В годы Первой мировой войны число земских участков резко сократилось – многие врачи были призваны на военную службу, часть территории России была оккупирована.

В результате Октябрьского переворота земские организации были ликвидированы, а их лечебные учреждения переданы советским органам здравоохранения на местах. После окончания гражданской войны перед Наркомздравом РСФСР (НКЗ) встала связанная с огромными трудностями задача восстановления сельской лечебной сети. Местные бюджеты, финансировавшие сельскую медицинскую сеть, были еще маломощны, и в 1924 г. на государственный бюджет пришлось принять значительную часть расходов по ее содержанию. В условиях эпидемий, голода, обострения социальных заболеваний необходимо было создать сеть учреждений охраны материнства и младенчества - расширить родовспоможение, организовать детские ясли. Создавались новые для сельской местности учреждения: туберкулезные диспансеры, женские и детские консультации, постоянные и сезонные ясли. Больницы оснащались рентгеновской аппаратурой. К середине 1920-х гг. сельская врачебная часть уже достигла довоенного уровня, а число врачебных участков в РСФСР даже возросло до 4 251.

Правительство приняло ряд постановлений, разработанных НКЗ: о лекарственном обеспечении сельских местностей и рабочих поселков (3 мая 1927 г.), об улучшении судебно-медицинской экспертизы в сельских местностях (15 января 1928 г.) и др. Особенно важны были для обеспечения медицинским персоналом сельских лечебных учреждений постановления СНК РСФСР от 30 июня 1924 г. и 2 декабря 1925 г. В них говорилось о предоставлении участковому медицинскому персоналу бесплатных квартир, транспортных средств, о введении прибавок к жалованью сельским врачам через каждые 3 года, о льготах для средних медицинских работников, поступающих в медицинские институты, о командировании сельских врачей на курсы для усовершенствования или специализации [5].

Молодые врачи, направлявшиеся по окончании вуза на село, не были знакомы с особенностями работы сельского участка. По постановлению СНК РСФСР от 6 августа 1926 г. для студентов-медиков после четвертого курса была введена двухмесячная летняя производственная практика в сельскохозяйственных и промышленных районах [1].

Медико-санитарная работа на селе особенно оживилась после I Всесоюзного съезда участковых врачей, созванного НКЗ в Москве (1925). Врачебных участков стало больше на 12%, больниц – на 8%.

Важной задачей в развитии сельского здравоохранения являлась организация специальной помощи населению. Если в 1913 г. в сельской местности не было ни одного зубного врача, то уже в 1926 г. - 660

[2]. На селе было создано 23 туберкулезных диспансера и пункта, 144 венерологических диспансера [3]. НКЗ оказывал помощь здравоохранению национальных окраин страны. Так, в 1923 г. были направлены десятки венерологических отрядов и экспедиций в Казахстан (55), Башкирию (35), Бурят-Монголию (33), Дагестан (28), Туркмению (27) [3].

В декабре 1927 г. правительство приняло решение о развертывании коллективизации сельского хозяйства. На VI Всероссийском съезде здраводелов, организованном НКЗ, обсуждались проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. К этому времени в РСФСР было создано 22 тыс. колхозов. В выступлении на Всероссийском съезде Н.А. Семашко подчеркивал необходимость усиления внимания к коллективным хозяйствам для превращения их в очаги санитарной культуры.

В 1929 г. НКЗ созвал совещание с участием наркомата земледелия, Госплана, профсоюзов, представителей колхозного и совхозного центров, на котором обсуждались санитарные проблемы строительства колхозов и совхозов, планы дальнейшего развертывания детских яслей, призванных обеспечить максимальное вовлечение женщин в сельскохозяйственное производство.

Сельская медицинская сеть росла в тесной связи с реконструкцией сельского хозяйства. В постановлении ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» от 18 декабря 1929 г. говорилось: «Развертывание работы в деревне должно быть увязано с колхозным и совхозным строительством, охватывающим широкие массы батраков, бедняков и середняков». В районах наибольшей коллективизации открывались медицинские учреждения, улучшалась помощь рабочим совхозов. В период летних сельскохозяйственных работ организовывались медицинские пункты в непосредственной близости к полевым станам, активизировалась противоэпидемическая работа, широко развертывались сезонные ясли.

В 1929 г. в СССР 8 306 детей уже пользовались услугами постоянных сельских яслей и 195 000 – сезонных. Ясли финансировались не только из госбюджета, но и за счет кооперативов, комитетов взаимопомощи, шефских организаций, самого населения. Несмотря на бурный рост летних яслей, в конце 1920-х гг. они охватывали только 2-3% детей до 4-5 лет в деревне.

Средняя площадь врачебного сельского участка, по данным Лечуправления НКЗ, сократилась к 1927 г. на 40% [2]. К 1929 г. в СССР было уже 7,5 тыс. сельских врачебных участков, 10 941 сельских врачей. В сельской местности функционировали 59 230 больничных коек (из них в РСФСР – 42 859) и 9 097 родильных коек [3].

Форсированная реструктуризация экономики, массовая насильственная коллективизация в сельском хозяйстве, индустриализация

страны создали, в конечном счете, качественно новую экономическую базу для здравоохранения, а упрочение советской власти в России фактически сделало здравоохранение неотъемлемой частью политической и государственной системы.

Литература

1. Виноградов Н.А. Здравоохранение в годы борьбы за социалистическую индустриализацию страны (1926-1929). – М., 1955. – С. 30.
2. Горфин Д.В. Десять лет советской медицины. Диаграммы. - М., 1928. – С. 22-40.
3. Двадцать пять лет советского здравоохранения. – М., 1944. – С. 129-137.
4. X лет советской медицины. 1918-1928 гг. (Материалы для доклада). – Ялта, 1928. – С.6.
5. Постановления КПСС и советского правительства об охране здоровья народа. – М., 1958.

Ефимова Е.В., Конобеевская И.Н.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТИПИЧНОМ ГОРОДЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

НИИ кардиологии Томского Национального исследовательского
медицинского центра РАН, г. Томск

Ефимова Елена Викторовна - к.м.н., главный врач;
ev@cardio-tomsk.ru,

Конобеевская Ирина Николаевна – к.м.н., н.с;
kin@cardio-tomsk.ru.

Резюме. Скрининг неорганизованного населения выявил широкую распространенность курения, артериальной гипертензии, избыточной массы тела. Продемонстрирована необходимость интегральной профилактики в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: факторы риска, неинфекционные заболевания, курение, артериальная гипертензия, избыточная масса тела.

Efimova E.V., Konobeevskaya I.N.

RISK FACTORS OF NONCOMMUNICABLE DISEASES IN A TYPICAL WEST SIBERIAN CITY

Abstract. Screening of non-organized population has revealed high prevalence of the smoking, arterial hypertension, overweight. Need for integrated prevention in practical healthcare is demonstrated.

Key words: risk factors, noncommunicable diseases, smoking, arterial hypertension, overweight.