

УДК [614.88(091)(476.5)]“1919/1939”

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
НА ВИТЕБЩИНЕ (1919–1939 ГОДЫ)****А. А. КАПЛИЕВ***(Институт истории НАН Беларуси, Минск)*

*Исследованы основные закономерности и этапы формирования службы скорой медицинской помощи на территории Витебщины. На основе анализа архивных источников выявлены причины и условия зарождения отдельных структур экстренной медицинской помощи в период послевоенных эпидемий и общего кризиса советского здравоохранения начала 1920-х гг. Выделены ключевые факторы трансформации разрозненных структур экстренной медицинской помощи в организованную службу в 1930-е гг., а также её место в системе здравоохранения в рамках общего развития медицины на территории БССР.*

**Ключевые слова:** скорая медицинская помощь, ночные дежурства врачей, медицина, здравоохранение, кризис, эпидемия, станция.

**Введение.** В профессиональном изучении истории Беларуси особенное место занимает межвоенное двадцатилетие. В данный период на территории Беларуси в условиях её разделения сложились две абсолютно разные системы со своими уникальными общественно-политическими, хозяйственными и культурными отношениями. Белорусские земли стали территорией контакта и своеобразной «холодной войны» двух фактически враждебных миров, но одновременно и очень показательными для историков «витринами», отражающими основные особенности развития общества в рамках социалистического (БССР) и капиталистического («Восточные Кресы») укладов. Важная роль в построении новой государственности в обеих частях разделённой Беларуси отводилась организации социального обеспечения населения, основным элементом которого стала система здравоохранения. Одним из ключевых нововведений в этой области на территории БССР было создание регулярной службы скорой медицинской помощи (СМП), основные причины и этапы формирования которой наиболее чётко прослеживаются на территории Витебщины.

Последовательное изучение развития экстренной медицины Витебщины фактически не проводилось, исключая отдельные краткие упоминания в работах историков медицины, а также энциклопедических и справочных изданиях [1–6]. Упомянутые материалы не позволяют в должной степени восстановить картину формирования службы СМП на Витебщине, что крайне важно при научном изучении развития советского общества в межвоенный период.

Цель данной статьи – изучить предпосылки, причины и исторические условия, которые предопределили характер зарождения и развития СМП на территории Витебщины до конца 1930-х гг. Хронологические рамки исследования обусловлены, с одной стороны, временем возникновения основных предпосылок для создания СМП и ограничены периодом воссоединения белорусских земель в 1939 г., когда развитие экстренной медицины вышло на новый организационный уровень, что является темой для отдельного научного изучения. Основой исследования стал анализ оригинальных документов из Государственного архива Витебской области, зональных архивов, Национального архива Республики Беларусь, а также материалов периодической печати изучаемого периода. Следует отметить, что большинство источников, используемых в настоящей статье, вводятся в научный оборот впервые.

**Основная часть.** Первые сведения об организации экстренной медицинской помощи на территории Витебщины относятся к началу XX столетия. Увеличение числа несчастных случаев, которое являлось естественным следствием урбанизации, роста транспорта и плотности, прежде всего, городского населения Беларуси в конце XIX – начале XX вв., создало предпосылки для проникновения на её территорию передовых европейских идей формирования институтов оказания медицинской помощи в экстренных случаях [7, с. 53]. Одной из наиболее популярных форм организации СМП на территории Российской империи, в состав которой входила и Витебщина, стали ночные дежурства врачей, которые оказывали экстренную помощь пострадавшим в несчастных случаях в ночное время и являлись прообразом СМП в современном понимании этого термина. В 1908 г. такие дежурства при поддержке городской думы организуются в Витебске при аптеке Общества пособия бедным больным евреям, предоставившей для этого подходящее помещение на Суворовской улице [8, с. 20]. Введение ночных дежурств субсидировалось городской думой с целью несколько скомпенсировать

малодоступность стационарной медицинской помощи в больницах города для беднейших слоёв населения [9, с. 49].

Дальнейшее развитие экстренной медицины было прервано началом Первой мировой войны и последовавшими революциями. В условиях постоянных боевых действий и череды оккупаций здравоохранение Витебщины пришло в полный упадок. Характерным примером являлась Витебская губернская больница, которая к ноябрю 1918 г., по выражению её руководства, представляла собой уже не лечебное заведение, а стала «... *институтом, подготавливающим своих призреваемых к неминуемой смерти*» [10, л. 145].

После установления советской власти для восстановления и упорядочивания охраны здоровья населения при Витебском губернском исполнительном комитете был создан губернский отдел здравоохранения (губздрав), которому подчинялись городские и уездные отделы здравоохранения (горздравы и уездздравы). Общее руководство медициной Беларуси осуществлял Народный комиссариат здравоохранения (НКЗ) [1, с. 115, 117]. Основными принципами, на которых основывалось построение советской медицины в данный период, были квалифицированность, общедоступность и бесплатность при полной финансовой поддержке со стороны государства.

В годы революционных потрясений Витебщина, как и большая часть территории Беларуси, столкнулась с одной из крупнейших в своей истории эпидемией инфекционных заболеваний. Вспышка инфекции была обусловлена многими факторами: антисанитарией в условиях многолетних военных действий, разрушением медико-санитарной сети, присутствием в крупных городах различных воинских формирований, военнопленных и беженцев, зачастую проживавших в антисанитарных условиях, где болезни быстро распространялись. Разветвлённая сеть железных дорог, которая функционировала на территории Беларуси, стала идеальной системой переноса инфекции в различные области страны [11, л. 38]. Изобилующая озёрами и заболоченной местностью Витебщина стала особенно благоприятной средой для инфекционных заболеваний [12, л. 225 об.]. Лакоично описывал основные причины эпидемии доклад Сенненского уездздрова: «*Особенно благоприятствующими обстоятельствами эпидемии являются кошмарные жилищные условия населения, страшная сгущенность, грязь...*» [13, л. 12 об.].

В целях борьбы с эпидемией местными органами здравоохранения создавались санитарные и эпидемические отряды. Отряд представлял собой группу медработников (в основном фельдшеров) числом до 12 человек, в обязанности которых входило оказание лечебной помощи и дезинфекция заражённых помещений. Фактически подобные отряды оказывали больным экстренную медицинскую помощь, а также доставляли их в изоляционные бараки для инфицированных, что являлось проявлением черт, характерных для СМП [12, л. 229 об.]. Следует отметить, что работа эпидемического персонала сопровождалась не только профессиональным риском, но и опасностью для самой жизни медработников: ввиду того, что медперсоналу приходилось перевозить медикаменты и денежные средства, сотрудникам эпидемических отрядов для самозащиты выдавались ружья и револьверы в качестве табельного оружия [14, л. 76].

Развитие эпидемии в условиях слабости сети медицинских стационаров во многом способствовало увеличению роли внебольничной помощи в системе охраны здоровья населения. Если в 1918 г. медицинская помощь на дому оказывалась лишь тем пациентам, которые могли предоставить медработникам лошадь для приезда на место вызова, то уже в 1920 г. некоторым городским врачам конный транспорт выделялся директивно местными властями в целях борьбы с эпидемией [11, л. 21; 15, л. 45]. Районные врачи помощи на дому по г. Витебску имели право бесплатного использования мобилизованных по трудовой повинности извозчиков, «... *в целях борьбы с эпидемией и для скорейшей дачи медицинской помощи больным*» [15, л. 72, 73]. К 1920 г. относятся и зачатки формирования собственно СМП: приказом заведующего губздравом от 30 января 1920 г. предписывалось организовать в срочном порядке подачу СМП на местах работы по очистке снега, а в ноябре 1920 г. был реорганизован пункт СМП при комитете по борьбе с безработицей [12, л. 29; 16, л. 7].

Постепенный спад эпидемии в 1921–1922 гг. совпал по времени с завершением Польско-советской войны, что сопровождалось демобилизацией большого количества красноармейцев, которые влились в городское и сельское население. В этих условиях, осложнённых большим потоком беженцев, которые переполняли территорию Беларуси и зачастую нуждались в медицинской помощи, нагрузка на лечебную сеть значительно увеличилась. С другой стороны, с началом новой экономической политики 1 мая 1921 г. здравоохранение было снято с государственного снабжения и переведено на местные средства, которые не могли в должной степени поддерживать медицинскую сеть [17, л. 8 об.]. Данные обстоятельства, осложнённые наступившей коммерциализацией отношений между субъектами хозяйствования, постави-

ли здравоохранение Витебщины на грань выживания: «...с губздрави требуют платы абсолютно за всё – продукты, оборудование, освещение, отопление, водопровод, при этом губздрав доходов не имеет» [18, л. 199].

Все перечисленное привело к невозможности содержания существовавшей на тот момент больницы, и уже в 1921 г. началось её вынужденное поэтапное сокращение (рис. 1).

Таким образом, меньше чем за полгода потенциал стационарного лечения уменьшился более чем в два раза. Схожими темпами сокращался и медицинский персонал (рис. 2).

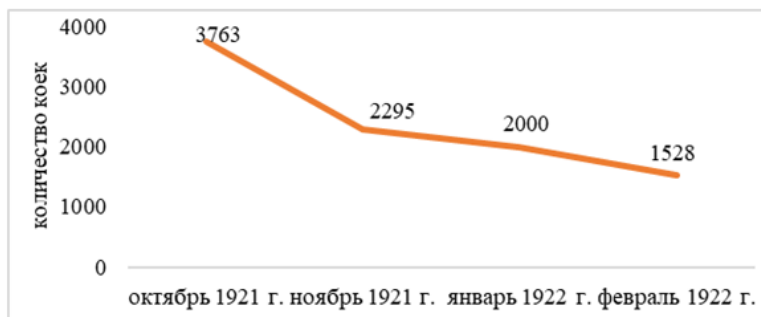


Рисунок 1. – Сокращение коечного фонда больниц Витебской губернии в конце 1921 – начале 1922 гг.

Источник: [17, л. 24 об.].

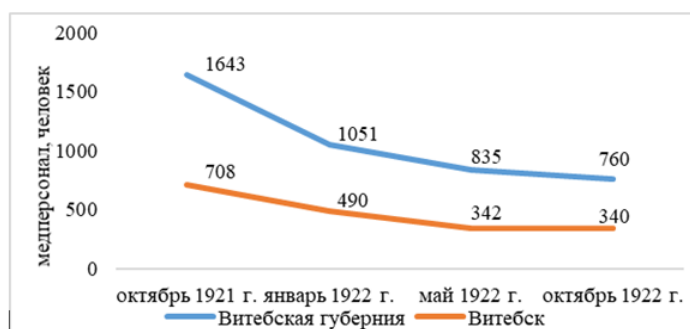


Рисунок 2. – Сокращение численности медицинского персонала города Витебска и Витебской губернии в 1921–1922 гг.

Источник: [17, л. 48].

Урезание бюджетов здравоохранения негативно отразилось и на зарплатах медработников, которые опустились ниже прожиточного минимума. Протест медработников против фактически уничтожавших здравоохранение сокращений вызвал жёсткую ответную реакцию местных властей, «ввиду сепаратизма» полностью подчинивших губздрав себе, путём назначения своего представителя с правом решающего голоса при принятии решений [19, л. 1].

Сокращения 1921–1922 гг. сыграли деструктивную роль для организации здравоохранения Витебщины, поставив под вопрос само его существование. Неутешительный итог вышеизложенным событиям был подведён в подготовленной к печати в местной прессе заметке «Здравоохранение в опасности» (октябрь 1922 г.): «... дальнейшее сокращение здравоохранения равносильно его закрытию... нужно дать хотя бы прозябать изголодавшемуся медработнику» [20, л. 74].

В ходе военных действий и в первые послевоенные годы, в дополнение к сокращениям, серьёзные препятствия к подаче хотя бы минимальной лечебной помощи населению исходили со стороны армии: некоторые лечебные заведения занимались военными частями «революционным путём», придавая им «казарменный вид» [18, л. 299].

В таких условиях развитие внебольничной помощи было важнейшим приоритетом здравоохранения, однако ввиду отсутствия у губздрави собственного транспорта при минимуме материальных средств

медицинская помощь на дому оказывалась только наиболее тяжёлым больным, остальные должны были добираться до ближайшего лечебного учреждения самостоятельно [18, л. 228; 21, л. 22].

Следует констатировать, что в период сокращений начала 1920-х гг. базовые принципы, на которых была основана советская медицина – бесплатность, квалифицированность и общедоступность – не соблюдались либо значительно урезались. Преимущественное развитие получало лишь медобслуживание рабочих и служащих государственных учреждений (застрахованных). Крестьяне для доступа к любому виду медпомощи должны были содержать её самостоятельно за счёт «самообложения» – добровольного возложения расходов на хозяйственные нужды больниц и амбулаторий на местное население [22, л. 21 об.]. В городских больницах приём сельских жителей, искавших квалифицированную медпомощь, считался нежелательным и строго ограничивался. Наконец, служащие частных предприятий, «кустары» и «нетрудовой элемент», вынуждены были обеспечивать себя лечебной помощью самостоятельно, заключая коллективные договоры с медицинскими учреждениями.

Отсутствие доступной экстренной помощи побуждало население обращаться к частнопрактикующим врачам (а в сельской местности – к знахарям), которые и обеспечивали СМП за вознаграждение, что могли себе позволить далеко не все граждане. В данный период НКЗ официально признавалось, что в руки частных лиц население зачастую толкала именно невозможность найти государственного врача в экстренных случаях [19, л. 143–143 об.]. В связи с этим уже 20 мая 1921 г. циркуляр НКЗ предписывал всем губернским, городским и уездным отделам здравоохранения обратить особое внимание на развитие внебольничной помощи, сделав её центром амбулатории, а «отмирание» частной практики ставилось в прямую зависимость от интенсивности развития помощи на дому и СМП [19, л. 143 об.]. Борьба с частной практикой в здравоохранении являлась не просто одной из рядовых задач НКЗ, а вопросом, напрямую связанным с политикой и идеологией советского строя в целом, для которого существование негосударственной медицины было неприемлемым. Создание СМП таким образом увязывалось с решением одной из основных задач советского здравоохранения, что несомненно привело к усиленному вниманию к делу организации экстренной медпомощи на территории Беларуси.

В соответствии с решениями руководства здравоохранения на Витебщине начинается интенсификация деятельности по созданию СМП. Критически важной задачей являлось формирование службы прежде всего в крупных городах, где количество несчастных случаев, болезней и травматизма было максимальным. Начальной ступенью процесса создания СМП стала организация ночных дежурств врачей, опыт работы которых в Витебске уже имелся до революции. В 1921 г. в документообороте губздрава появляются упоминания проектов организации дежурств врачей в Витебске [23, л. 38–39]. В конце декабря 1921 г. для дежурных врачей уже были составлены служебные инструкции, а с 1 января 1922 г. учреждено ночное дежурство врачей с 22:00 до 9:00 при центральной амбулатории. Для развозов дежурных врачей выделялась лошадь с повозкой и кучером. В инструкциях указывалось, что «... *врачи дежурят при Амбулатории для оказания скорой помощи*» [21, л. 328, 336].

Развивались идеи экстренной медицины и в менее крупных городах Витебщины. В Полоцке центром развития внебольничной медицины стала Городская амбулатория, при которой действовала так называемая помощь на дому (районная или «квартирная» помощь). Данный тип внебольничной медицины предполагал разделение города на несколько районов, за каждым из которых закреплялся один врач. В случае необходимости этот врач осуществлял выезд (выход) на дом к пациенту, не способному самостоятельно явиться в лечебное учреждение. Следует отметить, что ввиду высокой нагрузки и обширности районов ответственности докторов, при организации помощи на дому невозможно было достигнуть столь важных для СМП качеств, как оперативность в срочных случаях и круглосуточный характер обслуживания. Поэтому в рамках обеспечения лечебной помощью населения города в 1919 г. при амбулатории было введено ночное дежурство врачей для оказания экстренной помощи в ночные часы на безвозмездной основе [24, л. 15]. К 1921 г. для ночных дежурств были назначены семь врачей, благодаря чему экстренная помощь оказывалась без выходных, семь дней в неделю [25, л. 3].

На Оршанщине в начале 1920-х гг. внебольничная помощь была представлена лишь институтом помощи на дому, который был организован в городах Орша и Горки [26, с. 284]. Помощь оказывалась по предварительной записи до 17:00, однако в экстренных случаях и при тяжёлых заболеваниях или внезапном резком ухудшении состояния больного районный врач должен выехать «*в любое время дня и ночи и не позже 15 минут после получения вызова*». В таких случаях вызов производился по телефону и квалифицировался как «срочный» [27, л. 5].

Основной тенденцией 1920-х гг. в отношении развития районной помощи являлся постоянный рост запросов населения. Если в 1923–1924 гг. по Оршанскому округу было сделано лишь 18847 посещения на дому, то уже в 1924–1925 гг. помощь на дому была оказана в 31911, а в 1925–1926 – 33785 случа-

ях. Резкий скачок обращаемости за внебольничной помощью в указанный период привёл к необходимости увеличения штатных единиц помощи на дому, для чего соответствующий врач с 1 октября 1926 г. был назначен в Дубровно [26, с. 285].

С другой стороны, несмотря на рост больничной сети Оршанского округа, в официальных отчетах отмечалась невозможность оказания медпомощи населению в полном объеме, что выражалось, в первую очередь, постоянно растущими отказами в стационарном лечении, особенно в окружной больнице, где число отказов достигало 50%, что было связано с перманентными перегрузками коечного фонда в 10–15%. Те же тенденции были характерны и для районных больниц [26, с. 286].

Всё перечисленное вынуждало местное руководство здравоохранением развивать именно экстренную медпомощь, и уже 1 октября 1926 г. в Орше был назначен специальный врач по оказанию помощи на дому в ночное время и в срочных случаях [26, с. 285]. Данное назначение стало одним из первых элементов организованной СМП на Оршанщине.

В сельской местности ресурсов для организации полноценной СМП не было, и внебольничная помощь оказывалась докторами местных амбулаторий, «пунктовыми» врачами (врачами медпунктов) и лекпомами (фельдшерами). В близлежащие к городам местности выезды производились всеми врачами, работавшими в центре районов [26, с. 284, 285].

В 1920-х гг. продолжалась разработка концепции дальнейшего развития организации СМП. В плане работ витебского губздрава деятельность по созданию службы СМП разделялась на три направления:

1. В городах СМП получила максимальное развитие: в дополнение к созданию сети амбулаторий и районных врачей для помощи на дому планировалось организовать СМП *«во всякое время дня и ночи»* [28, л. 101];

2. В сельской местности создание СМП как специализированного института не предполагалось. Был взят курс на расширение участковой сети и медицинских пунктов, постепенную замену фельдшеров докторами, что должно было *«... обеспечить в большей степени помощь на дому и организацию скорой помощи»* [28, л. 101];

3. На промышленных предприятиях, не имевших своих лечебных учреждений, предписывалось обеспечить запас необходимых средств для оказания первой помощи в несчастных случаях [28, л. 100]. Врачи имевшихся при промышленных предприятиях амбулаторий обязывались оказывать СМП рабочим при несчастных случаях [23, л. 52].

Введение в конце 1921 г. института ночных дежурств врачей в Витебске не смогло удовлетворить запросы населения: в 1922 г. было зарегистрировано увеличение количества обращений *«... с настойчивыми требованиями о немедленной присылке врача на дом, причём зачастую в крайне грубой форме»* [29, л. 37]. А в ночь с 5 на 6 октября 1922 г. произошёл инцидент, сыгравший ключевую роль в становлении СМП города Витебска. Неизвестное лицо, назвавшееся «народным следователем», учинило скандал в бывшей больнице Красного Креста (организована на основе самокупаемости в 1922 г. на базе общины Красного Креста, существовавшей в Витебске до революции) [30, л. 130]. «Следователь» (оказавшийся впоследствии народным судьей Либерисом) пытался организовать оказание медпомощи нескольким обожжённым, для чего обращался в самые различные медучреждения города, где ввиду различных причин получал отказ. Несмотря на тот факт, что в бывшей больнице Красного Креста помощь пострадавшим всё же была предоставлена, Либерис грозил судом, ссылаясь на то, что без инициативы врача больницы Беличко помощь пациентам не была бы оказана, как это имело место в других больницах города. Данные события послужили поводом для окончательного разрешения вопроса с организацией СМП в Витебске, а местом её размещения была избрана замешанная в «деле Либериса» бывшая больница Красного Креста [30, л. 130].

Выбор лечебного учреждения для организации пункта СМП являлся весьма обоснованным. Около 30% пациентов больницы Красного Креста поступали в связи с необходимостью оказания экстренной помощи [30, л. 126]. Приведённые обстоятельства, в совокупности с резонансным делом обожжённых, предопределили необходимость создания при данном лечебном учреждении СМП, проект организации которой было поручено подготовить лечебному подотделу губздрава, и уже 7 ноября 1922 г. начались круглосуточные дежурства СМП при больнице Красного Креста [6, с. 326].

В течение месяца работа СМП была налажена: в распоряжение дежурных врачей дана лошадь и санитар для приёма вызовов по телефону. Учреждённые дежурства СМП носили круглосуточный характер и специализировались на оказании как амбулаторной, так и выездной помощи на дому в экстренных случаях по первому требованию. Врачи вызывались по телефонному номеру больницы Красного Креста [31, л. 170]. Важность организованного института подчёркивалась тем фактом, что заведовал пунктом СМП лично главврач больницы Красного Креста Л. Беккер [32, л. 27]. В соответствии с концепцией

губздрава 1921 г. предполагалось также создать сеть из семи пунктов СМП при предприятиях города и уезда, на что требовалось 1,5 миллиарда рублей [17, л. 33].

Следует отметить, что создание СМП в Витебске происходило на фоне продолжавшихся сокращений медперсонала и лечебных учреждений. Здравоохранение региона, как и страны в целом, находилось в тяжелейшем финансовом кризисе – к моменту создания витебской СМП (ноябрь 1922 г.) губернский отдел здравоохранения уже 4 месяца находился без финансирования [30, л. 138]. Продолжавшееся сокращение финансирования здравоохранения привело к вынужденному отступлению от одного из основных принципов советской медицины – бесплатности. Введение оплаты за медицинское обслуживание отпугнуло пациентов, в результате посещаемость амбулаторий и больниц снизилась. Еще одним следствием кризиса стало повышение смертности в больницах. Например, в Полоцке в условиях сокращения коечного фонда Народной больницы в 5 раз, закрытия двух амбулаторий и введения платности в лечебницы стали поступать только тяжелые больные, которые обращались за помощью в самом крайнем случае и часто запоздало, что привело к значительному увеличению процента умерших в стационарах пациентов [4, с. 59; 33, л. 213]. В условиях введения платности медобслуживания многие граждане не могли позволить себе использование всех возможностей сети витебских клиник, поэтому создание СМП в качестве доступной и срочной лечебной службы стало жизненно необходимым.

Несмотря на важность института СМП продолжавшиеся сокращения коснулись и её. Вместе с преобразованием бывшей больницы Красного Креста в Витебскую городскую рабочую больницу им. М. И. Калинина 11 октября 1923 г. штаты нового учреждения ввиду кризиса сильно сокращались, и к концу 1923 г. из-за отсутствия средств пункт СМП был закрыт, а подача экстренной помощи была возложена на дежурных врачей больницы им. Калинина [34, л. 10 об., л. 30 об.].

Фактическая ликвидация СМП в Витебске не означала её сворачивание в масштабах губернии. В 1923 г. указом Витебского губздрава все фабрики и заводы с количеством рабочих не менее 100 человек обеспечивались фельдшерскими «пунктами скорой помощи», однако в организационном отношении такие пункты не являлись самостоятельными, а подчинялись ближайшему врачебно-амбулаторному пункту и рассматривались как его составная часть [35, л. 52].

Название «пункт скорой помощи» можно считать весьма условным и при анализе деятельности подобных учреждений по всей территории БССР можно с высокой долей вероятности утверждать, что в действительности они оказывали только первую (доврачебную), а не скорую помощь. В целом в изучаемый период понятийный аппарат в области экстренной медицины не был разработан, а при обозначении СМП в одинаковой степени использовались термины «пильная», «тэрміновая», «экстренная», «первая», «срочная» и, наконец, «скорая» помощь.

Развитие пунктов СМП происходило и в непромышленных регионах. Например, в Полоцком уезде к 1924 г. при отсутствии большого числа промышленных предприятий существовало уже пять пунктов первой помощи [33, л. 137 об.]. Данный факт объясняется тем, что пункты первой помощи разворачивались также и при временных (работы в военном городке в Улле, разгрузка угля на станции Фариново) и строительных работах (возведение моста через Двину), которые сопровождалась высоким риском травматизма [36, л. 51, 59].

В сельской местности обеспечение населения экстренной медицинской помощью находилось в запущенном состоянии. Оказание СМП местными врачами и средними медработниками затруднялось бедственным материальным положением здравоохранения. Доклад лечебного подотдела Полоцкого уездздрава в августе 1921 г. описывает полное пренебрежение к нуждам здравоохранения со стороны местных властей: «... волостные и сельсоветы ровно никакого содействия медперсоналу и лечебно-амбулаторным пунктам не оказывают. Подвод и лошадей как для хозяйственных надобностей, так и для выездов по району медперсонал не получает» [37, л. 17].

Врачи были вынуждены ходить по участкам пешком, из-за чего лечебная помощь оказывалась лишь имущему населению, способному предоставить врачу лошадь, а «безлошадный принужден ждать случая или пользоваться знахарем» [38, л. 8]. Даже к середине 1920-х гг. положение медработников на участках в сельской местности оставалось крайне тяжёлым: мизерные зарплаты, «далеко стоявшие от прожиточного минимума», сочетались с плохим снабжением, а единственным положительным моментом являлось наличие у врачей бесплатного жилья [33, л. 158 об.]. Унизительные условия труда в сельской местности и отсутствие должного материального обеспечения часто вынуждали медработников требовать дополнительного снабжения у местного населения. Подобные случаи освещались местной прессой в сугубо негативном ключе, например, в заметке «Так не годится» в «Витебской крестьянской газете» от 16 апреля 1925 г. отмечался случай с фельдшером медпункта в селе Селище, которая выставляла следующие условия своего приезда на дом к крестьянам: «*Будут валенки, будет полушубок, тогда приеду*»

[39, л. 129]. Подобные примеры, а также случаи откровенного взяточничества (во многом порождённого полным пренебрежением местных властей к снабжению сельского здравоохранения) отталкивали население от государственной медицины и создавали условия для развития знахарства на селе, которое было сильно распространено, например, в Полоцком уезде вплоть до середины 1920-х гг. [33, л. 158 об.; 39, л. 99, 120].

В связи с частичным преодолением общего кризиса хозяйствования в середине 1920-х гг. здравоохранение Витебской губернии прекратило стагнировать и постепенно начало возрождаться, что позитивно отразилось на деле организации экстренной медпомощи. Воссоздание института СМП в Витебске относится к концу 1924 г. К этому моменту численность больных, после закрытия пункта СМП в 1923 г. обращавшихся за экстренным медобслуживанием к врачам районной помощи на дому, достигла критических значений [40, л. 7 об.]. На коллегиальном совещании витебского губздравица 19 декабря 1924 г. невозможность удовлетворения растущих потребностей населения в экстренной медпомощи увязывалась с отсутствием пункта СМП, ввиду чего было решено организовать с 1 января 1925 г. дежурство СМП из четырёх врачей и двух кучеров при больнице им. Калинина [39, л. 69].

Возрожденная СМП в Витебске сразу начала пользоваться популярностью, производя в среднем около 300 выездов месяц [41, с. 4]. Изначально дежурства СМП проходили только по ночам, но ввиду участвовавших обращений граждан было принято решение об их расширении до круглосуточного формата, а дежурства разделялись на дневные (с 9:00 до 22:00) и ночные (с 22:00 до 9:00), для чего был увеличен штат и привлечён дополнительный транспорт [43, л. 84]. Следует отметить, что, как и предшественница, СМП при больнице им. Калинина не была механизирована и обеспечивалась конной тягой, а первые упоминания о наличии санитарного автомобиля относятся только к 1928 г [42, л. 356]. Постепенная модернизация СМП позволила за 1928 г. обслужить более 5,5 тыс. вызовов, а штат врачей к 1929 г. увеличился до семи [44, л. 43 об.]. Следует подчеркнуть, что витебская СМП действовала только в черте города, не выезжая за его пределы, что характеризует службу в 1920-е гг. как преимущественно городское явление [42, л. 73].

Существование в статусе пункта, а не отдельной полноценной станции и отсутствие собственного помещения СМП снижало эффективность её деятельности, а также создавало неудобства в работе больницы им. Калинина. Сохранились сведения об атмосфере в больнице в конце 1927 г. в жалобах больных и персонала: «... нормальную жизнь больницы нарушает скорая помощь. Постоянное отсутствие мест, устройство прибывших, их вопли и стоны — всё это сильно действует на нервное состояние больных и на нормальную работу в больнице... больные были помещены в коридорах и даже на кушетке дежурной сестры» [42, л. 41].

В целом к 1928 г. признавалось, что работа СМП неудовлетворительна прежде всего из-за слабого транспортного обеспечения («извозчичья кляча»), а также отсутствия вспомогательного персонала и обязательных постановлений, регулирующих вызовы СМП [42, л. 237–238]. В связи с участвовавшими случаями критики СМП, в том числе и в прессе, а также неподобающим поведением больных, выражавшимся частыми ложными вызовами, в 1928 г. начали разрабатываться служебные инструкции для сотрудников СМП и правила её вызова, позже официально утверждённые местными органами власти [42, л. 273]. При этом врачи лишались права отказа от предоставления медицинской помощи даже «по причине очевидной неэкстренности случая» и обязывались выезжать на все вызовы [42, л. 323]. Таким образом, СМП выезжала на любые вызовы, однако в случае ложного или необоснованного приглашения дежурного врача предлагалось составлять соответствующие акты.

Несмотря на некоторые успехи в развитии витебской СМП в местной прессе постоянно появлялись объявления с критикой её работы. В связи с этим было издано постановление, предусматривавшее в случае приёма вызова пунктом СМП во время выезда врача незамедлительно оповещать по телефону все больницы о новом требовании врача СМП. При доставке врачом больного в стационар доктору сообщался адрес нового вызова, что позволяло миновать возвращение на станцию, тем самым ускоряя работу службы [45, л. 99]. Улучшился и учёт деятельности СМП: 1 ноября 1929 г. приказом по больнице им. Калинина предписывалось распределять дежурства между врачами равномерно, вести точный учёт времени вызовов. Кроме того, при СМП организовывался новый вид медобслуживания – неотложная помощь, аналогичная амбулаторной помощи районных врачей на дому, но в вечернее и ночное время, когда амбулатории были закрыты. Дежурства по неотложной помощи вводились с 16:00 до 21:00 и с 20:00 до 1:00. Указывалось точно установить правила распределения вызовов между скорой и неотложной помощью, что значительно облегчало деятельность медработников [46, л. 320].

В конце 1920-х гг. прорабатывалась оптимизация вызова СМП. Изначально служба вызывалась телефонным звонком по особому номеру больницы им. Калинина – 54, однако в соответствии инструк-

цией НКЗ от 12 января 1929 г. в целях ускорения связи с СМП в экстренных ситуациях она стала вызываться без номера, устной просьбой звонящего телефонистке: «Скорая помощь» [45, л. 26; 47, с. 43].

Модернизация СМП в конце 1920-х гг. не осталась незамеченной местной прессой, на страницах которой сообщалось о значительном улучшении дела оказания скорой помощи как в отношении оперативности, так и квалификации персонала [48, с. 4]. Улучшились и количественные показатели деятельности СМП: за 1930 г. служба сделала 17669 выездов в город и 8990 амбулаторных вызовов, всего таким образом выполнив 26659 вызовов [49, л. 23].

В середине 1920-х гг., после преодоления кризиса финансирования, СМП на регулярной основе организуется и в других городах Витебщины. В Полоцке в конце 1924 г. в дополнение к ночным дежурствам врачей и районной помощи при городской амбулатории вводилась ставка медсестры для экстренных вызовов, а в 1925 г. учреждены круглосуточные дежурства врачей для оказания СМП [5; 50, л. 9].

В июле и августе 1926 г. руководством здравоохранения города были изданы правила оказания СМП городской амбулаторией. Бесплатно СМП оказывалась лишь рабочим, служащим и приравненным к ним лицам, остальные должны были оплачивать стоимость извозчика и рецепта за свой счет. Отдельно отмечалось, что СМП предоставляется лишь в черте города, только в несчастных случаях и угрожающих жизни состояниях либо по письменному вызову другого врача. Нарушители данных правил оплачивали извозчика за свой счет, а при рецидивах неправомерного вызова СМП должны были лишаться права пользования службой [51, л. 27–28]. Однако несмотря на предупредительные меры развитие медицины тормозилось и продолжались «... спыткі тэрарызавання медперсоналу і стварэння скандалаў» [52, л. 173].

Полоцкая СМП развивалась и в профессиональном отношении: если к началу 1927 г. СМП осуществлялась двумя фельдшерами днем и одним доктором ночью, то в конце года на двух врачебных ставках находилось уже трое врачей [52, л. 137 об., л. 290 об.].

В Орше после введения ночных дежурств врачей в 1926 г. в городском совете продолжались обсуждения учреждения полноформатной СМП. 29 декабря 1927 г. на пленуме городского совета при обсуждении вопроса о положении лечебных учреждений города в недостатках отмечалось отсутствие «регулярной скорой помощи в городе». Ввиду изложенного было постановлено организовать СМП, путем назначения отдельного врача, однако очевидно постановление не было выполнено, т.к. анализ архивных документов показывает, что и в 1930 г. СМП ещё продолжала предоставляться «квартирной помощью» рабочей амбулатории [53, л. 120].

К концу 1920-х гг. следует констатировать качественное улучшение организации СМП по БССР в целом и на Витебщине в частности в отличие от относительной бессистемности в начале изучаемого периода. Вместе с тем распространение СМП не продвинулось далее крупных городов и промышленных предприятий, в сельской местности не имелось даже простейших институтов подачи экстренной помощи. Второразрядность вопросов СМП в 1920-х – начале 1930-х гг. подчеркивает факт отсутствия статистических данных обеспеченности населения БССР лечебной помощью по выездам скорой помощи в течение первой пятилетки, тогда как остальные показатели здравоохранения в абсолютном большинстве были известны. Однако сам факт включения СМП в официальную отчетность говорит о её окончательной интеграции в медицинскую сеть БССР (в 1920-е гг. статистика по СМП включалась в отчеты тех учреждений, при которых существовали структуры СМП и не выделялась из амбулаторной или «квартирной» помощи).

В 1930-х гг. необходимость развития СМП на территории БССР признавалась на общереспубликанском уровне. В указаниях главы НКЗ М. Барсукова окружным инспекторам здравоохранения предписывалось, в связи с развитием промышленности и сельского хозяйства, интенсифицировать создание структур СМП, где её ещё нет и улучшить уже существующие [45, л. 82].

Одной из основных тенденций в развитии СМП на территории БССР стало массовое распространение автотранспорта и реорганизация отдельных пунктов СМП при больницах и амбулаториях в полноценные станции. В указаниях НКЗ относительно развития СМП в первую очередь рекомендовалось приобретать санитарные автомобили, т.к. «... пешком скорая помощь не оказывается» и выделять отдельные помещения для станций с гаражами для автотранспорта [45, л. 82].

В соответствии с указаниями НКЗ по развитию санитарного автотранспорта в Витебске в апреле 1931 г. появляется машина СМП. К этому времени конный транспорт, бывший единственным доступным средством передвижения в 1920-е гг, окончательно устарел как морально, так и по объективным причинам: увеличение запросов населения в экстренной медпомощи предопределило неизбежность введения автомобилей СМП (по свидетельствам начала 1930-х гг. «... кони не хотели везти потому, что их часто гоняют») [54, л. 56].



Первым автомобилем витебской СМП стал американский Форд А [55, л. 184]. Из-за большой нагрузки машина быстро изнашивалась и часто находилась в ремонте, который осложнялся отсутствием необходимых запчастей зарубежного производства, поэтому уже в конце мая 1931 г. в Главтотранс было подано прошение о выделении второго автомобиля [55, л. 262]. Во избежание досрочного износа машины, в соответствии с указом городского совета от 18 мая 1931 г., СМП на автомобиле выезжала с 9:00 до 21:00, в остальные часы экстренная помощь обслуживалась пролеткой с двумя лошадьми.

В Полоцке, в соответствии с пятилетним планом развития здравоохранения, выделение санитарного автомобиля, а также создание полноценной станции СМП с соответствующим персоналом предполагалось на 1930–1931 гг. [56, л. 150 об.]. К 1936 г. в Полоцке числилась одна автомашина СМП, однако станции по-прежнему не было создано. Её постройка была запланирована на 1938 г., для чего было выделено 100 тыс. рублей [57, л. 27].

В Орше СМП была создана в 1932 г. при местной поликлинике им. Семашко. Автомобилей при организованной СМП не было, а прибытие дежурных (суточные дежурства делились на две 12-часовые смены: днём дежурил только фельдшер, а вечером – врач и фельдшер) на место вызова осуществлялось пешком, а также на повозке, принадлежавшей поликлинике [58, с. 1]. Введение автотранспорта относится к 1934 г., когда СМП была придана грузовая автомашина. В конце 1937 г. местные власти выделили средства на содержание автомашины, трёх шоферов, врача и фельдшера для СМП [59, л. 145]. К 1939 г. на оршанской СМП было уже четыре грузовых автомобиля при полном отсутствии легковых.

Несмотря на увеличение количества автотранспорта по области, его работа оценивалась неудовлетворительно, ввиду отсутствия должного материального обеспечения. Особенно не доставало резины и горючего для автомобилей, например, даже в конце 1930-х гг. на ставшей самостоятельной витебской городской станции СМП, несмотря на наличие 14 машин, в строю находилось только две. В Орше отмечалась постоянная нехватка бензина, которая приводила к ситуации, когда СМП была близка к закрытию. В Полоцке прибытие бригад СМП осуществлялось только через 3–4 часа после вызова [60, л. 15].

Следует отметить, что приведённые негативные тенденции развития СМП, не отменяют того факта, что повсеместное введение автотранспорта следует отнести к одним из наиболее значительных достижений службы СМП БССР за весь изучаемый период. Большую роль в данном процессе сыграло развитие советской автомобильной промышленности, которая позволила заменить подержанные зарубежные автомобили отечественными аналогами, самым распространённым из которых в БССР стала санитарная модификация 1,5-тонного автомобиля ГАЗ АА.

Важной особенностью развития экстренной медицины в 1930-е гг. являлось окончательное выделение из состава СМП неотложной помощи. В Витебске к 1931 г. констатировалось существование отдельных круглосуточных дежурств по скорой помощи (пять врачей) и дежурств с 12:00 до 8:00 следующего дня по неотложной помощи (четыре врача). В дальнейшем неотложная помощь окончательно изымалась из состава СМП и передавалась амбулаториям, что характеризуется как продолжение тенденции к выделению СМП в отдельную службу с чётко определённым кругом обязанностей [49, л. 23]. Следует отметить, что процесс выделения неотложной помощи являлся весьма болезненным и сложным для сотрудников СМП. В Витебске к концу 1931 г. констатировался полный хаос в работе СМП: «...ни один врач не может знать куда его вызывают и какую помощь он должен оказывать» [55, л. 144 об.]. В Полоцке даже в конце 1930-х гг. отмечалось отсутствие дифференциации на скорую и неотложную помощь, что приводило к обслуживанию непрофильных вызовов [60, л. 16].

К концу 1930-х гг. СМП вышла на пик своего организационного развития. Важную роль в этом сыграла выработка в 1938 г. единого для всего СССР «Положения о скорой медицинской помощи». В соответствии с этим документом самостоятельные станции СМП предусматривалось организовывать лишь в городах с численностью населения более 50 тыс. человек. В менее крупных городах (от 25 до 50 тыс. человек) создавались пункты СМП при уже существовавших лечебных учреждениях (больницы, поликлиники). Наконец, в городах с численностью населения менее 25 тыс. человек создание отдельных структур СМП не предусматривалось, а экстренная медпомощь должна была оказываться силами местных больниц или амбулаторий. Отдельно оговаривалась возможность создания СМП в малых населённых пунктах, имевших «важное промышленное или иное значение» [61, с. 2–3].

На территории Витебской области к концу изучаемого периода самостоятельные станции СМП были созданы лишь в четырёх крупнейших городах (таблица).

Таблица – Сеть городских станций скорой медицинской помощи Витебской области в 1939 г.

город	количество станций	машины	выезды	врачи		средний медперсонал	
				штатн.	фактич.	штатн.	фактич.
Витебск	2*	15	26867	16,5	16	11	11
Полоцк	1	3	4205	5	5	4	5
Орша	1	6	12286	3	3	5	5
Лепель	1	2	1000	4	4	4	4
<b>ВСЕГО</b>	5	26	44358	28,5	28	24	25

Источник: [62, л. 61].

Описанные в «Положении о скорой медицинской помощи» стандарты организации службы создают впечатление о продолжении её развития исключительно в городской среде. Вместе с тем отличительной особенностью развития СМП в предвоенное десятилетие являлось её распространение и за пределы городов в сельскую местность, и на промышленные предприятия. Данный процесс был объективно обусловлен продолжавшимися в стране коллективизацией и индустриализацией, которые вместе с развитием транспорта и путей сообщения приводили среди прочего к повышению производственного и бытового травматизма, что повышало запросы населения в экстренной медпомощи. В 1938 г. в районах Витебской области действовало уже 19 пунктов СМП. На промышленных предприятиях активно создавались не входившие в структуру СМП пункты здравоохранения (оказывали первую помощь рабочим предприятий), которых к 1938 г. насчитывалось 35 [63, л. 18].

В 1939 г. как и в других областях БССР на Витебщине создаётся отдельная структура – Областная скорая помощь, которая осуществляла консультативные выезды в сельскую местность, где уровень развития местной медицинской организации не позволял оказать квалифицированную экстренную помощь больному. В дополнение к этому в конце 1939 г. в Минске была создана Республиканская станция СМП, которая имела санитарные самолёты для вылета в любую точку страны [64, л. 46–47]. Создание подобных структур являлось качественно новым элементом системы оказания СМП, который придал службе новый импульс для развития и существенно увеличил доступность квалифицированной экстренной медпомощи для сельских жителей.

**Заключение.** Представленный анализ условий развития СМП на Витебщине показал, что зарождение и развитие экстренной медицинской службы было неразрывно связано с общим процессом становления советского здравоохранения в БССР. Как и в других областях страны, условия для развития СМП были созданы вспышкой инфекционных заболеваний 1919 г. и сокращениями 1921–1922 гг., когда в период разрушения здравоохранения организация экстренной медицинской помощи являлась жизненно необходимой для обеспечения хотя бы минимального медицинского сопровождения населения. В условиях отсутствия чёткой законодательной регламентации основные учреждения СМП создавались хаотично и лишь в крупнейших населённых пунктах Витебщины. Данные учреждения не имели самостоятельного статуса, ввиду чего до начала 1930-х гг. не приобрели внятной организационной структуры.

Относительная стабилизация положения СМП наступила лишь в 1930-х гг., когда интенсивная индустриализация и коллективизация актуализировали вопросы создания СМП как самостоятельного института в структуре советской медицины. Определяющую роль в процессе становления СМП играло вычленение непрофильных элементов деятельности и обязательное введение санитарного автотранспорта, что способствовало созданию организованных станций СМП в крупнейших городах Витебщины.

Вместе с тем индуцированное развитием сельского хозяйства распространение пунктов СМП в сельской местности, в совокупности с созданием областной и республиканской станций скорой помощи в конце 1930-х гг., позволяет определять СМП уже не как исключительно городское, но повсеместное явление. Создание условий, способствовавших доступности экстренной медицины в большинстве регионов БССР, несомненно следует отнести к одним из наиболее важных достижений советского здравоохранения на территории Беларуси в межвоенный период.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абраменко, М. Е. Формирование советской системы здравоохранения на Витебщине (1917–1941 гг.) / М. Е. Абраменко // Вестник ВГМУ. – 2005. – Т. 4, №1. – С. 115–120.

\* включая областную станцию скорой медицинской помощи (прим. авт.)

2. Белов, С. И. Становление советского здравоохранения Витебской области (1918–1923) / С. И. Белов // Здравоохранение Белоруссии. – 1968. – № 12. – С. 20–24.
3. Паўлаў, М. Ахова здароўя на Віцебшчыне ў 1938–1941 гадах / М. Паўлаў // Тезісы дакладаў I с'езду сацыял-гігіеністаў, арганізатараў здрав'яахоўвання і гісторыкаў медыцыны Рэспублікі Беларусь, Брэст, 19–20 мая 1993 г. – Мінск : ІПП Госэканомплана РБ, 1993. – С. 188–189.
4. Козел, О. В. Развитие здравоохранения в Полоцке в 20-е годы XX в. / О. В. Козел // Здравоохранение. – 2004. – № 11. – С. 59–61.
5. Ильницкий, А. Н. «Дай доверие больных ко мне и моему искусству...» (краткие заметки об истории медицины Полоцка) [Электронный ресурс] / А. Н. Ильницкий, К. И. Процаев, О. В. Козел // Журнал «Самиздат». – 2005. – 68 с. – Режим доступа: [http://samlib.ru/p/purtow\\_a\\_w/pav13.shtml](http://samlib.ru/p/purtow_a_w/pav13.shtml). – Дата доступа: 05.03.2016.
6. Витебск: энциклопедический справочник / гл. ред. И.П. Шамякин. – Минск : БелСЭ им. П. Бровки, 1988. – 408 с.
7. Каплиев, А. А. Европейский опыт в формировании института скорой медицинской помощи на территории Беларуси / А. А. Каплиев // Европа: актуальные проблемы этнокультуры. История и культура Беларуси : материалы IX Междунар. науч.-теорет. конф., Минск, 10–11 ноября 2016 г. / Белорус. гос. пед. ун-т. им. М. Танка ; редкол.: А. В. Касович (отв. ред.) [и др.]. – Минск : РИВШ, 2016. — С. 53–56.
8. Капліеў, А. Станаўленне службы хуткай медыцынскай дапамогі на беларускіх землях (канец XIX – пачатак XX стагоддзяў) / А. Капліеў // Беларускі гістарычны часопіс. – 2016. – № 12. – С. 15–23.
9. Отчёт Витебской городской санитарной комиссии за 1908 год. – Витебск : Типо-литография П. Подземского, 1910. – 56 с.
10. Государственный архив Витебской области (ГАВО). – Ф. 56. Оп. 1. Д. 52.
11. ГАВО. – Ф. 984. Оп. 1. Д. 3.
12. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 212.
13. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 181.
14. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 3.
15. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 200.
16. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 187.
17. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 443.
18. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 292.
19. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 254.
20. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 524.
21. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 319.
22. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 429.
23. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 319 а.
24. Зональный государственный архив в г. Полоцке (ЗГАП). – Ф. 55. Оп. 1. Д. 4.
25. ЗГАП. – Ф. 55. Оп. 1. Д. 81.
26. Очерки по народному хозяйству Оршанского округа. 2-му съезду советов. – Издание Оршанского Окружного Исполкома, 1927. – 344 с.
27. Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Ф. 46. Оп. 2. Д. 49.
28. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 168 б.
29. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 494.
30. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 438.
31. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 455.
32. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 670.
33. ЗГАП. – Ф. 55. Оп. 1. Д. 150.
34. ГАВО. – Ф. 64. Оп. 1. Д. 674.
35. ЗГАП. – Ф. 55. Оп. 1. Д. 136.
36. ЗГАП. – Ф. 113. Оп. 1. Д. 173. Т. 2.
37. ЗГАП. – Ф. 55. Оп. 1. Д. 31.
38. ЗГАП. – Ф. 113. Оп. 1. Д. 67.
39. НАРБ. – Ф. 46. Оп. 1 а. Т. 2. Д. 484.
40. ГАВО. – Ф. 376. Оп. 1. Д. 6.
41. Заря Запада. – 1926. – № 34.
42. ГАВО. – Ф. 724. Оп. 1. Д. 18.
43. ГАВО. – Ф. 724. Оп. 1. Д. 11.
44. ГАВО. – Ф. 724. Оп. 1. Д. 6.
45. ГАВО. – Ф. 376. Оп. 1. Д. 38.
46. ГАВО. – Ф. 724. Оп. 1. Д. 28.
47. Спіс абанентаў тэлефонных сяцей Віцебскай акругі сувязі. – Віцебск, 1929. – 64 с.
48. Заря Запада. – 1929. – № 60.
49. ГАВО. – Ф. 724. Оп. 1. Д. 50.
50. ЗГАП. – Ф. 113. Оп. 1. Д. 25.
51. ЗГАП. – Ф. 113. Оп. 1. Д. 107.
52. ЗГАП. – Ф. 113. Оп. 1. Д. 101.

53. ГАВО. – Ф. 322. Оп. 1. Д. 85.
54. ГАВО. – Ф. 724. Оп. 2. Д. 4.
55. ГАВО. – Ф. 724. Оп. 1. Д. 51.
56. ЗГАП. – Ф. 113. Оп. 1. Д. 173. Т. 1.
57. ЗГАП. – Ф. 113. Оп. 1. Д. 215.
58. Книга станции скорой медицинской помощи г. Орши [Рукопись]. – Б. и., Б. г. – С. 1.
59. Зональный государственный архив в г. Орше. – Ф. 626. Оп. 9. Д. 15.
60. ЗГАП. – Ф. 113. Оп. 1. Д. 219.
61. Положение о скорой медицинской помощи / отв. ред. Г. С. Матульский. – М. : Тип. Мособлисполкома, 1938. – 18 с.
62. ГАВО. – Ф. 1971. Оп. 1. Д. 13.
63. ГАВО. – Ф. 1971. Оп. 1. Д. 44.
64. Государственный архив Могилёвской области. – Ф. 133. Оп. 1. Д. 42.

Поступила 15.02.2017

### FEATURES OF THE AMBULANCE SERVICE FORMATION IN THE VITEBSK AREA (1919–1939)

A. KAPLIYEV

*In the article the basic patterns and stages of formation of the ambulance services in Vitebsk area are studied. Based on the analysis of the archival sources the reasons and conditions of separate ambulance structures origins in post-war epidemics and a general crisis of the Soviet public healthcare in the beginning of 1920th are established. Author highlighted key factors of transformation of separated structures of emergency medical aid into organized service in 1930th, and its place in public healthcare system, within the general development of medicine in BSSR.*

**Keywords:** ambulance, night duties of doctors, medicine, healthcare, crisis, epidemic, station.