

УДК 61(091)(476) «1919-1941»

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В БССР КАК ОТРАЖЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ
И ВНУТРИПОЛИТИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА В РЕСПУБЛИКЕ
(1919 – 1941 гг.)**

канд. ист. наук, доц. М.Е. АБРАМЕНКО
(Гомельский государственный медицинский университет)

Рассматривается влияние внутривнутриполитических событий в Беларуси на процесс становления советского здравоохранения как новой социальной отрасли народнохозяйственного комплекса. Показана глубина преобразований системы охраны здоровья в ходе реализации принципов государственности, повсеместного утверждения профилактических начал в медицине и жизнедеятельности населения. На конкретных примерах прослеживается динамика развития отрасли в условиях крайнего дефицита финансовых средств. Проанализирована политика государства в отношении медицинского обслуживания отдельных категорий граждан, показана работа центральных и местных органов власти по укреплению материальной, научной и кадровой базы здравоохранения и на этой основе улучшению состояния здоровья людей. Акцентируется внимание на решении отдельных медицинских социальных проблем в рассматриваемый период, носящих актуальный характер в современном обществе.

Введение. Как известно, здравоохранение – это социальная функция государства и медицины по охране и укреплению здоровья людей. Система общегосударственных социально-экономических и медицинских мероприятий по охране, укреплению и воспроизводству общественного здоровья стала создаваться в Российской империи со второй половины XIX – начала XX века. Это объективный процесс, обусловленный зрелостью, возможностями развития капиталистических отношений. Однако произошедшие революции в России форсировали создание отличной от прежней системы здравоохранения. Впервые дело здравоохранения было поставлено самим государством как социальная проблема. Выдвигаемая на первое место профилактика в синтезе с бесплатной и общедоступной квалифицированной медицинской помощью, на основе новой власти, представили широкие возможности для улучшения врачебно-санитарного обслуживания населения. Советское правительство издало ряд декретов, имевших непосредственное отношение к охране народного здоровья. Это декреты о восьмичасовом рабочем дне, охране труда, социальном страховании, бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений при предприятиях.

Основная часть. Новая государственная система здравоохранения оформилась в России в 1918 году созданием Народного комиссариата здравоохранения, и ее становление в дальнейшем проходило на основе принципов государственности, широкого участия населения в здравоохранении, единства медицинской науки и практики. Эти принципы здравоохранения были положены в основу деятельности Наркоматов союзных республик, в том числе и БССР.

Решение о создании комиссариата здравоохранения временного революционного рабоче-крестьянского правительства было объявлено первоначально 1 января 1919 года, и уже окончательно, в связи с военно-политическими обстоятельствами, утверждено решением II съезда Советов БССР 17 декабря 1920 года [12].

Формирование новой отрасли, которой прежде в России не было, осуществлялось в ослабленной и разоренной стране, невероятно усложнялось войной, голодом и эпидемиями. Отсюда отчаянная, жесткая оценка ситуации тогдашнего руководства страны: «Или вши победят социализм, или социализм победит вшей». И это не было преувеличением [10].

Через Беларусь на родину возвращались массы немецких, австрийских и русских военнопленных. На ее территории пересекались многочисленные потоки беженцев, переселенцев, голодающих из районов боевых действий и охваченных засухой 1921 года. Плохое питание, нехватка жилья, большая скученность населения способствовали распространению здесь эпидемий инфекционных болезней, которые принимали угрожающие размеры.

В Витебской губернии в 1920 году было зарегистрировано 40,5 тыс. случаев сыпного тифа, 13,8 тыс. возвратного, 6,5 брюшного, 27,8 тыс. случаев дизентерии, 618 – оспы натуральной и т.д. [4].

На заседании Общества минских врачей заведующий санэпидотделом Наркомздрава Г.С. Липманов сообщал, что только в ноябре 1921 года и по январь 1922 года через «Белзвук» в Минске прошло 88436 беженцев и репатриантов. Из них было снято с поездов на железнодорожной станции Минск 18847 человек, что составило более 50 % беженцев, больных паразитарными тифами; 1,8 тыс. человек из числа снятых с поездов за указанное время умерли [11].

Меры по исправлению положения были приняты. Сыграли свою роль самоотверженная деятельность санитарно-эпидемиологических служб, чрезвычайное положение для всего медицинского персонала, облегчение условий его тяжелой работы, организация лечения, питания, для врачей и больных выделение средств для выплаты единовременных пособий и пенсий и многое другое. В 1921 году по мере преодоления последствий войн и революций эпидемии стали сокращаться.

Важной составной частью демографической политики государства является охрана материнства и детства. Нация без воспроизводства населения не имеет перспективы. Эта проблема, к сожалению, обострилась в начале XI века и в Беларуси. Поэтому не лишним будет сделать здесь краткий ретроспективный анализ проводимой политики в республике по улучшению демографической ситуации.

Следует отметить, что демографические процессы в Беларуси развивались в русле общемировых тенденций. За период 1897 – 1910 годов рождаемость в Беларуси уменьшилась на 20 – 21 %, ежегодные темпы ее уменьшения составили около 1,6 % [16].

В связи с первой мировой войной рождаемость еще снизилась на 1,6 раза. С 1918 года она стала увеличиваться и до 1925 года возросла на 7,7 %. Такой подъем был обусловлен рядом объективных факторов. Благоприятствовало ситуации традиционный режим рождаемости и высокая доля женщин фертильного (детородного) возраста. Но очевидно, что наибольшее влияние на подъем рождаемости оказала проводимая государством новая экономическая политика. Семьи преимущественно аграрной страны, получив после октября 1917 года землю в частную собственность, получили также возможность закрепления этой собственности. Перед предприимчивыми крестьянами встала проблема как увеличения числа работников в своем хозяйстве, так и обеспечения земли и капитала наследниками.

С 1926 по 1935 годы рождаемость стала снижаться в абсолютном исчислении в среднем ежегодно до 3 %, естественный прирост населения – до 3,7 %. Здесь влияние оказало вовлечение женщин в индустриальный труд, сворачивание НЭПа, начало коллективизации на селе.

В 1936 году правительство приняло ряд мер по стимулированию рождаемости, что привело к ее повышению в 1936 – 1938 годах в среднем на 3,1 % ежегодно. Проведенное правительством стимулирование демографического процесса вскоре исчерпало себя. С 1939 года кривая рождаемости опять поползла вниз. За 1939 – 1940 годы снижение рождаемости составило 10 % к численности родившихся в 1938 году [14].

Как видно, рождаемость в республике за столь короткий исторический отрезок времени имела значительные колебания, которые были обусловлены вполне конкретными объективными факторами, но также и позицией государства по обеспечению динамики демографического процесса.

Об отношении Советского правительства к детям свидетельствуют многочисленные декреты, посвященные разным проблемам жизни подрастающего поколения, изданные в 1918 – 1920 годах.

4 января 1918 года Совет Народных Комиссаров учредил Совет защиты детей, в который входили представители разных ведомств. Этому Совету были предоставлены широкие полномочия для проведения мероприятий по улучшению охраны здоровья детей, их питания и снабжения.

Так, по разнарядке Народный комиссариат здравоохранения РСФСР на всю Гомельскую губернию в октябре 1921 года предоставлялось 160 пайков для детских специальных учреждений и 2400 – для отдела охраны материнства и детства губздрава. Помощь властей оказывалась беременным женщинам и всем матерям с детьми до 1 года. Они освобождались от трудовой повинности, переводились с тяжелых на более легкие работы и, самое главное в тех условиях, имели право на дополнительное питание сверх трудового пайка по нижеследующей месячной норме: хлеба – 15 или муки 18 фунтов; крупы 1, масла 1, сахара 1 фунт. Матери после рождения ребенка получали также дефицитное в то время мыло и керосин [5].

В республике велась активная работа по созданию детских специализированных учреждений. Открывались женские консультации, дома матери и ребенка, фабричные и деревенские ясли, которые пользовались все более возрастающим авторитетом у женщин. Их первоначальное мнение об усилиях властей: как «баловство, рожали, дескать, и до яслей – обходились», менялось в сторону большей заинтересованности. Для детей повсеместно проводились «недели ребенка», на которых устраивались концерты, сборы вещей, ремонтировались и открывались новые здания. С целью решения кадровой проблемы при Домах грудного ребенка создавались краткосрочные курсы по подготовке медсестер. Женотделы направляли работниц в качестве практиканток в уже существующие детские дома и ясли, где они через 2 – 3 месяца приобретали необходимые навыки по уходу за детьми.

Таким образом, несмотря на обстановку послевоенной разрухи, отсутствие средств, в республике складывалась система работы по охране материнства и детства. Стал отслеживаться и охраняться весь путь ребенка, начиная с его внутриутробного состояния: консультации для беременных, родильная помощь, консультации для матери и ребенка, ясли, дetsады, детские поликлиники и больницы.

В середине 30-х годов нигилизм первых лет революции в отношении семьи стал изживаться из права и из общественного сознания. Важное значение приобрел институт патроната: дети-сироты, а также дети, изъятые по постановлению суда от родителей, могли передаваться в другие семьи на воспитание.

27 июня 1936 года было принято постановление ЦИК и СНК СССР «О запрещении аборт, увеличение материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах» [7].

Конечно, исходя из сегодняшних реалий в части соблюдения прав человека, это постановление можно упрекнуть в некоторой недемократичности. Но в то время общество жило, выполняя крупнейшую мобилизационную программу, всем было ясно, что против СССР будет развязана война. Срочные меры по укреплению семьи потребовались также из-за снижения рождаемости. Таким образом, в короткие сроки, советскому государству удалось осуществить целый комплекс мер по укреплению положения в обществе матери и ребенка, при ограниченных возможностях тогдашнего здравоохранения.

Однако в деле улучшения здоровья людей далеко не все зависело от состояния только здравоохранения. После кратковременного периода нэповской стабилизации в экономике с 1929 года начался первый 12-летний этап модернизации страны. Безальтернативный перевод сельского хозяйства страны к крупнотоварному производству посредством коллективизации осуществлялся в жестких формах и исключал возможность упорядоченного строительства совхозов и колхозов при правильной политике цен. Это повлекло за собой отчуждение крестьян от земли, результатов своего труда, способствовало оскудению деревни, распаду сельского хозяйства, и как следствие, ухудшению условий жизни. В промышленности был совершен гигантский рывок, заложивший основы индустриальной мощи на десятилетия вперед. Среднегодовые темпы прироста национального дохода в СССР составляли в среднем 12,2 %, продукция промышленности – 14,5 % в год. Однако эти результаты были достигнуты ценой перенапряжения общества и экономики, сопровождались жертвами и потерями.

Тяжелейший удар был нанесен по демографическому потенциалу. Продолжительность жизни населения в 1929 – 1932 годах, периода, включающего в себя события страшного голода 1933 года, сократилась с 39 до 33 лет. По другим источникам, в 1927 году в европейской России предпочтительность жизни составила 44 года (в БССР же – 52,6) [2].

Не думается, однако, что в БССР, граничащей с Россией, имелись такие различия в показателях продолжительности жизни. Произошло абсолютное снижение общего уровня благосостояния населения, резкое отставание потребительского сектора экономики. В 1929 – 1940 годах на фоне четырехкратного роста объемов промышленной продукции на душу населения производство мяса и молока снизилось соответственно на 24 % (с 32 до 21 кг) и 29 % (с 182 до 130 кг). За 12 лет сокращение отдельных видов продуктов питания достигло 10 – 30 %. В 1940 году производство на душу населения легкой промышленности составляло: чулочно-носочных изделий – 2,5 пары; бельевого трикотажа 0,7 шт.; верхнего трикотажа 0,3 шт.; обуви 1,1 пары [3].

В условиях такого экономического развития форсированного типа здравоохранение выполняло компенсирующую функцию, заключающуюся в недопущении масштабных эпидемий, стабильном поддержании популяции и возможном ее росте в условиях неблагоприятной геополитической ситуации. Места для решения проблем качественного медицинского обслуживания населения не оставалось.

Поэтому не случайно в конце 30-х годов обострилась ситуация с детской заболеваемостью. В 1938 году (11 месяцев) в сравнении с 1937 годом она увеличилась и дала больший коэффициент смертности, чем прежде: 142,5 случая на 1 тыс. родившихся, против 109,7. В отдельных городах и райцентрах этот коэффициент был очень большим и достигал дореволюционных показателей – 180 случаев [6].

По официальным данным, детская смертность в 1940 году составляла 121 случай, тогда как в 1925 – 123. То есть практически за 15 лет уменьшения показателей детской смертности не произошло.

В некоторых источниках содержатся сведения о том, что в 1930 году детская смертность снизилась на 60 % в сравнении с дореволюционным временем, а в 1940 – в 1,7 раза, что явно расходится с вышеприведенными данными [8]. В целом же необходимо отметить внимание государства к проблеме охраны здоровья матери и ребенка: создание сети диспансерно-профилактических и стационарных учреждений; количественный рост педиатрических кадров; поиск и внедрение новых форм работы. Однако качество оказываемой лечебной помощи женщинам было невысоким, низкий уровень педиатрической службы не способствовал созданию стабильности в этом важном направлении медицины.

Еще одним направлением, на котором советское здравоохранение решительно объявило новую программу действий – это так называемый блок социальных болезней. Туберкулез, трахома, пьянство были однозначно определены как продукт развития капитализма, являлись обязательным его порождением и в новом обществе существовать никак не могли.

Уже в мае 1920 года губернские отделы здравоохранения получили циркуляры о разработке первоочередных мер по сокращению заболеваемости туберкулезом. Создавались специальные секции по борьбе с болезнью, куда включались также представители органов охраны труда, социального обеспечения, профсоюзов. Они предметно занимались улучшением условий труда и быта трудящихся, активно вовлекали их в антитуберкулезные мероприятия. Широкое распространение получили трехдневники, декадниги, месячники, во время проведения которых мобилизовывались лучшие лекторские силы, привлекались денежные средства [1].

Вынужденные проводить такие поспешные и разовые кампании органы здравоохранения одновременно закладывали систему медицинских учреждений по лечению туберкулеза – больниц и диспансеров, которых в республике практически не было.

Важным событием в этом ряду явилось открытие в 1928 году в Минске противотуберкулезного научно-исследовательского института, который со временем возглавил все организационно-медицинское управление противотуберкулезной работой. Стали образовываться специализированные больницы и санатории. Фтизиатрические службы республики начали вести мониторинг за заболеваемостью туберкулезом в крупных городах. Средний показатель по стране составил: в 1926 году – 19,2; в 1927 – 20,4, в 1928 – 19,6; в 1929 – 19,7 случаев смертности на 10 тыс. населения. Немногим от этого отличались показатели ряда зарубежных городов: Париж – 24,2; Вена – 19,9; Лондон – 10,5. Такие небольшие различия в показателях свидетельствовали о налаживании в СССР целеустремленной работы в этом направлении.

Однако тяжелые социально-экономические условия на стройках социализма внесли свои коррективы в осуществление этой идеи.

В декабре 1929 года последовала серия решений правительства и руководства партии, где было признано, что причиной роста заболеваемости среди рабочих явились не условия, в которых жили и работали люди, а недостаточный уровень их медицинского обслуживания, т.е. вопреки существующей концепции о главенствующей роли условий труда и быта в состоянии здоровья населения. Ответственность за всю работу возлагалась на заведующих антитуберкулезными учреждениями. На профилактический отпуск, тубздравицу, санаторий, диетстоловую, дополнительную жилплощадь в первую очередь могли претендовать больные с бактериовыделением, ударники труда. Так, в лечебном деле эпидемиологические принципы борьбы с инфекцией стали уступать место классовой принадлежности больного.

«Социалистическое наступление» досталось населению дорогой ценой. Ухудшились демографические показатели. В средствах массовой информации после 1932 года прекратились сообщения о смертности и рождаемости. В журнале «Вопросы туберкулеза» перестали публиковать сведения о заболеваемости туберкулезом и смертности от него. Перестали проводиться туберкулезные трехдневники, в 30-е годы не было ни одного съезда фтизиатров.

После принятия Конституции СССР народный комиссар здравоохранения СССР М. Болдырев заявил, что в России уничтожены корни развития туберкулеза. Многие ученые фтизиатры поспешили принять его заявления на веру, которое послужило потом для многих основой уже для научных выводов [9].

Демократический период формирования фтизиатрической службы закончился. Между тем следует отметить, что в республике не останавливалось наращивание материальной базы антитуберкулезных учреждений, применение прогрессивных способов лечения, что давало определенные результаты. Выступая на XI Всебелорусском съезде Советов в 1935 году, Нарком здравоохранения И.З. Сурта отмечал, что в республике работает 16 тубдиспансеров, 2 туберкулезных санатория на 518 коек. В сравнении с 1925 годом к 1930 году достигнуто снижение заболеваемости в два раза. В дореволюционное время, – отметил он, – смертность от туберкулеза достигала 45 случаев на 10 тыс. населения, теперь этот показатель составил 10 случаев [13].

Однако при сопоставлении появившихся новых источников эта статистика также вызывает сомнения, поскольку до самой войны никаких цифр по проблеме не публиковалось, сравнивать показатели западноевропейских городов с белорусскими просто некорректно.

В 1940 году коллегия Наркомздрава БССР рассмотрела состояние борьбы с туберкулезом, наметила очередные мероприятия по преодолению этого заболевания. В республике перед войной с учетом объектов Западной Беларуси имелось 30 тубдиспансеров, 19 тубпунктов, 9 туберкулезных больниц, 19 санаториев. Как видно, деятельность фтизиатрической службы совершенствовалась в основном в направлении роста материальной базы лечебно-профилактических учреждений.

Определенные успехи были достигнуты в развитии такого рода специализированной медицинской помощи, как лечение глазных болезней. Еще по статистике 1914 года Минская и Могилевская губернии занимали одно из первых мест в России по количеству трахоматозных заболеваний. Причины возникновения и распространения этой болезни заключались в заболоченной местности, антисанитарии и невежестве. В декабре 1923 года съезд здравотделов республики поставил задачи: введение полной регист-

рации трахомы в городе и на селе, выяснение очагов ее распространения, проведение поголовного осмотра населения, реализации мер по проведению мелиоративных работ и т.д. Была усилена санитарно-просветительная деятельность на местах. Минская трахоматозная больница и научно-исследовательский трахоматозный институт в Гомеле послали для организации этой работы и практической помощи большим более 20 глазных отрядов.

К концу 30-х годов количество заболеваний пошло на убыль и ситуация стабилизировалась. Заболеваемость трахомой по республике была снижена к концу 1940 года до 40 случаев на 10 тыс. населения. Значительно снизились профессиональные заболевания и глазной травматизм.

В новых социальных условиях получила иное звучание и содержание проблема алкоголизма. Известно, что в связи с войной вступил в силу сухой закон. Душевое потребление спиртных напитков с 1915 по 1924 годы почти приблизилось к нулю. В 1924 году разрешены частное производство и продажа наливок и настоек крепостью до 30 градусов. В условиях кризиса промышленности и неразвитость рынка самогон в деревне стал эквивалентом денег. Им расплачивались по установленной таксе за разного рода работы. Расширились масштабы бытового пьянства.

После введения в 1925 году государственной монополии на производство водки началось медленное вытеснение самогона и настоек. В 1925 году было потреблено спирта заводского изготовления 0,88 л на душу населения, в 1932 году – 1,04 л, в 1940 – 1,9 л. Государственная монополия на водку имела важное экономическое значение – доходы стали поступать в бюджет. В 1927 – 1928 финансовых годах они составили 12 % доходной части государственного бюджета. В царской России эти доходы составляли треть госбюджета – 31 % в 1905 году.

Либерализация производства алкоголя сопровождалась ужесточением контроля за оборотом спиртных напитков. В 1926 году СНК РСФСР издал Постановление «О ближайших мероприятиях по борьбе с алкоголем», в 1927 году – «О мерах ограничений продажи спиртных напитков», предусматривающее запрещение их продажи малолетним лицам и лицам, находящимся в состоянии опьянения.

С осени 1926 года в школах были введены обязательные занятия по антиалкогольному просвещению. Активное участие в антиалкогольной программе приняли видные ученые. В 1927 году вышла книга В.М. Бехтерева «Алкоголизм и борьба с ним», в которой автор указывал, что отрезвление трудящихся возможно только при достаточно культурном уровне широких масс. Именно повышение культурного уровня людей, наступательная пропаганда трезвого образа жизни, взвешенная политика правительства позволили значительно снизить уровень пьянства в СССР в исследуемый период.

Традиции, заложенные в этот период, действовали еще и после войны. В 1948 – 1950-х годах, когда со времени отмены сухого закона прошло уже 25 лет, душевое потребление алкоголя в СССР было в 2,5 раза меньше уровня 1913 года, составляя 1,85 л на человека. К сожалению, в последующие годы картина резко изменилась – душевое потребление алкоголя в СССР увеличивалось [15].

Стремительное развитие индустрии города, реконструкция и подъем промышленности, коллективизация в сельском хозяйстве потребовали особого внимания к вопросам охраны здоровья рабочих и крестьян. Созданная в эти годы широкая сеть здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности, укрепление сети больниц и поликлиник стали основным звеном в решении этой проблемы.

Государственное здравоохранение предусматривало бесплатную и общедоступную медицинскую помощь всему населению страны. Реализация принципа бесплатности безусловно решила проблему доступности медицинской помощи для людей. Но надо понимать и то, что бесплатность являлась способом перераспределения общественных средств в пользу тех, кто не мог своим трудом обеспечить прожиточный минимум. Бесплатность в медицине, как и в других секторах социальной сферы, образовывалась за счет прямых недоплат за труд, вычетов из заработной платы в виде налогов. Этот принцип, игравший значительную пропагандистскую роль, не способствовал формированию заинтересованности граждан в сохранении своего здоровья. К тому же, он по-разному осуществлялся для рабочего класса, крестьянства, других категорий населения. Поэтому, по нашему мнению, принцип бесплатности рано или поздно будет корректироваться.

Можно отметить, что по ряду других важных направлений развития отрасли: укрепление материальной базы, организация собственных медицинских высших учебных заведений, развитие медицинской науки, были достигнуты действительно впечатляющие результаты. Однако в главном – улучшение состояния здоровья людей – существенных сдвигов не произошло. В БССР после нэпа практически не выросла продолжительность жизни людей, высокой оставалась детская заболеваемость и смертность, по-прежнему имели место сильные вспышки эпидемий тифа и дизентерии, вызванные неудовлетворительным санитарным состоянием населенных пунктов и голодом. И главная причина такого положения заключалась в том, что жизнь людей, уровень их благосостояния в рассматриваемый период не улучшился. Это вполне сочетается с выводами ученых, что здоровье населения обуславливается не только уровнем

здравоохранения, но главным образом, наряду с другими факторами и условиями труда и быта. Таких приемлемых условий в СССР к 1941 году для подавляющего большинства населения создано не было.

Заключение. Строительство системы медицинского обслуживания в течение 1919 – 1941 годов в силу причин экономического и внутривластного характера более качественных результатов дать не могло. здравоохранение этого периода, его становление имели недостатки и ошибочные решения. Хотя по ряду направлений лечения и оздоровления населения было сделано немало. На новой основе была создана отрасль, успешно решавшая поставленные перед ней задачи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков, М.И. Задачи санитарных организаций Белоруссии / М.И. Барсуков // Бел. медыч. думка. – 1926. – № 7. – С. 63 – 67.
2. Белецкий, Д.П. Общественное здоровье и его охрана в Белоруссии за годы советской власти / Д.П. Белецкий. – Минск: Знание, 1978. – 22 с.
3. Белоусов, А.Н. Становление советской индустриальной системы / А.Н. Белоусов // Россия XXI век. – 2000. – № 2. – С. 29 – 77.
4. Статистические данные Витебского губздрава за 1918 год // Государственный архив Витебской области. – Фонд 64. – Оп. 1. – Д. 100.
5. Переписка наркомздрава РСФСР с Гомельским губздравом. Циркуляр наркомпрода // Государственный архив общественных организаций Гомельской области. – Фонд 1. – Оп. 1. – Д. 837.
6. здравоохранение в Белорусской ССР: стат. сб. – Минск: Госиздат, 1989. – 123 с.
7. здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР (1925 – 1940 гг.): сб. док. и материалов. – М.: Медицина, 1973. – 327 с.
8. Зубрицкий, И.К. К истории исследования детской смертности в Белоруссии / И.К. Зубрицкий // Вопросы истории медицины и здравоохранения. – Минск: Польша, 1968. – 95 с.
9. Капков, А.П. Туберкулезный облом / А.П. Капков // Медицинская газета. – 2002. – № 61. – С. 15.
10. Ленин, В.И. Речь на XII Всероссийском съезде Советов / В.И. Ленин // Полн. собр. соч. – 5 изд. – Т. 39. – 410 с.
11. Липманов, Г.С. Тиф и беженцы / Г.С. Липманов // Бобруйские мед. изв. – 1922. – № 1 – 2. – С. 39 – 41.
12. Об утверждении состава правительства БССР // Национальный архив Республики Беларусь. – Фонд 4. – Оп. 2. – Д. 79. – Л. 45; Фонд 31. – Оп. 4. – Д. 18.
13. Сурта, I.З. Доклад аб становішчы аховы здароўя ў БССР / I.З. Сурта // XI Усебеларускі з'езд Саветаў, 20 студзеня. – Мінск: ЦВК БССР, 1935. – С. 528 – 545.
14. Урбан, М.М. Рождаемость в Беларуси: эволюция, тенденции, прогноз / М.М. Урбан // Социология. – 2001. – № 1. – С. 71 – 72.
15. Усов, Ф.Г. В плену иллюзий / Ф.Г. Усов. – Минск: Беларусь, 1986. – 223 с.
16. Шахотько, Л.П. Рождаемость в Беларуси / Л.П. Шахотько. – Минск: Наука и техника, 1975. – 156 с.

Поступила 11.06.2007