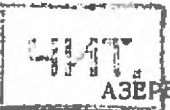


69014



АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ имени Н. НАРИМАНОВА

На правах рукописи

И. Г. ИСАЕВ

ОРГАНИЗАЦИЯ
МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ ФИЗУЛИНСКОГО
СЕЛЬСКОГО РАЙОНА
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ ССР
ЗА 40 ЛЕТ (1920—1960 гг)
ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание
ученой степени кандидата медицинских наук

597736

^с
69014 Исаев И. Г.
Организация
мед. обслуж.
21.08.1963

597736

Баку — 1963

БЕСПЛАТНО

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ им. Н. НАРИМАНОВА

(Ректор заслуженный деятель науки
профессор Б. А. Эвразов)

69014

На правах рукописи

ИСАЕВ И. Г.

Заслуженный врач Азербайджанской ССР

ОРГАНИЗАЦИЯ
МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ ФИЗУЛИНСКОГО
СЕЛЬСКОГО РАЙОНА
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ ССР
за 40 ЛЕТ (1920–1960 гг.)
ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

Н. Нариманов адына Азербайжан Девлет Тибб Институту

Əlavəməsə lüğətində

ИСАЕВ И. Г.

АЗЕРБАЙЖАН ССР ЭМƏКДАР ҺƏКИМИ

40 ил ƏРЗИНДƏ (1920–1960-чы иллər) АЗƏРБАЙЖАН ССР
ФУЗУЛИ РАЈОНУНДА ҺƏЛИЈƏ ТИББИ
ХИДМƏТИН ТƏШКИЛИ, ТАРИХИ ВƏ МУАСИР ВƏЗИЈƏТ

*Тибб ҺƏмкəри нəмизəди илмилер
дərəжəsi алмат учун тəғдим едилмиш
диссертисийанын авторефераты*

Баки — 1963

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук.

Баку — 1963

29/12/63

Работа выполнена на кафедре организации здравоохранения (Зав. заслуженный деятель науки проф. А. К. АЛИБЕКОВ) Азербайджанского медицинского института им. Н. Нариманова (ректор — заслуженный деятель науки, проф. Б. А. ЭИВАЗОВ).

Руководитель — заслуженный деятель науки проф. А. К. АЛИБЕКОВ.

Решением Ученого Совета Азербайджанского государственного медицинского института им. Н. Нариманова официальными оппонентами назначены:

1. Доктор медицинских наук профессор Г. З. ПИЦХЕЛАУРИ.
2. Кандидат медицинских наук, доцент Д. Р. НУРИЕВ.

Дата рассылки автореферата *8 марта 1963г.*

Защита назначена *11 апреля 1963г.*



597126

Диссертация состоит из 450 страниц машинописи, иллюстрирована 109 таблицами, 14 диаграммами и включает следующие главы:

Введение

- Глава I Литература по вопросам организации сельского здравоохранения.
- Глава II Основные этапы развития сельского здравоохранения в СССР, Азербайджанской ССР и Физулинском районе.
- Глава III Экономико-географический очерк Физулинского района Азербайджанской ССР. Демография района.
- Глава IV Современное состояние организации медицинского обслуживания населения Физулинского района Азербайджанской ССР — внедрение основных принципов советского здравоохранения.
- A. Обеспеченность населения Физулинского района общедоступной квалифицированной медицинской помощью, осуществляемой на основе принципа профилактики.
 1. Состояние заболеваемости населения.
 2. Сеть лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждений.
 3. Медицинские кадры.
 4. Деятельность санитарно-противоэпидемического отдела.
 5. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание — основное звено лечебно-профилактической работы.
 6. Диспансеризация сельского населения.

7. Оказание населению стационарной помощи.
 8. Организация лечебно-профилактического обслуживания детского населения.
 9. Организация лечебно-профилактического обслуживания женщин.
 10. Фельдшерско-акушерские пункты.
 11. План здравоохранения Физулинского района на 1959—1965 гг.
 12. Здравоохранение Физулинского района и медико-санитарное обслуживание пограничного Ирана.
- Б. Широкое участие народа в организации здравоохранения на селе.
1. Развитие самодеятельности колхозников в деле здравоохранения в СССР и по Азербайджану.
 2. Строительство лечебно-профилактических учреждений в Физулинском районе по инициативе колхозников.
 3. Формы и методы руководства и участия медицинских работников в Геокчайском движении в районе.

Выводы

Литература (содержит 354 отечественных и 6 иностранных наименований).

Программа Коммунистической партии Советского Союза, принятая на XXII съезде партии (октябрь 1961 г.), развернула величественную перспективу построения коммунистического общества.

Осуществляется широкая программа удовлетворения потребностей городского и сельского населения во всех видах высококвалифицированного медицинского обслуживания. Приобретают большое значение и вопросы организации здравоохранения в городе и на селе.

При изучении истории и современного состояния здравоохранения в отдельном районе стояли следующие задачи:

1) показать как планомерно осуществлялись в практике лечебно-профилактического обслуживания сельского населения основные принципы советского здравоохранения;

2) выявить на конкретном примере с учетом всех специфических и характерных особенностей, как достижения, так и имеющиеся еще недостатки в области медицинского обслуживания сельского населения Физулинского района.

Исследование касается 1920—1960 гг. (особо выделены 1954—1960 гг.). Этот период охватывает 40-летнее существование Азербайджанской Советской Социалистической Республики. Определенный исторический путь развития прошло и сельское здравоохранение за 40 лет Советской власти.

Физулинский район расположен в юго-западной части Азербайджанской ССР, граничит с Ираном, Автономной областью Нагорного Карабаха, Ждановским и Джебранльским районами.

Общая площадь Физулинского района составляет 1370 кв. км, через которую протекают три реки, берущие

начало с гор Нагорного Карабаха: Кенделян-чай, Курчай и Черкен-чай.

Климат района умеренный. Растительность района — пахотная, в восточной и северо-восточной части района — пастбища.

Численность населения района составляла на 15/1-1959 г. — 48,6 тысяч человек.

Рождаемость в Физулинском районе увеличивается из года в год и занимает одно из первых мест по Азербайджанской ССР. Так, если в 1954 г. рождаемость на 1000 населения составляла 39,5, то в 1955 г. — 41,5, в 1956 г. — 45,8, в 1957 г. — 47,7 а в 1958 г. — 49,3.

Общая смертность по району составляла в 1954 году — 10,9, в 1955 году — 8,3, в 1956 г. — 6,8, в 1957 г. — 6,8 и в 1958 году — 6,9 на 1.000 населения.

Соответственно этому ежегодно увеличивается прирост населения.

Одним из существенных вопросов развития сельского здравоохранения является преодоление различий в медико-санитарном обслуживании городского и сельского населения.

В этом отношении имеет значение обеспеченность стационарной помощью и врачебными кадрами.

В таблице № 1 показана динамика роста коечного фонда Физулинского района в показателях на 10.000 населения отдельно по райцентру и сельским местностям.

В дооктябрьский период (1913 г.) на 10.000 населения нынешней территории Азербайджана приходилось 4,5 койки. Они были в основном развернуты в г. Баку. Если на 10.000 населения г. Баку в среднем приходилось 25,1 койки, то в сельских местностях этот показатель составлял лишь 0,4, а по Карягинскому уезду, в состав которого входил Физулинский район, показатель коечного фонда был равен 0,7.

В период после установления Советской власти в Азербайджане коечный фонд Физулинского района непрерывно возрастал и уже к 1940 году достиг 13,5. В дальнейшем коечный фонд постоянно увеличивался и к 1960 году составлял 70,9 койки на 10.000 населения. Распределение коечного фонда между райцентром и сельскими местностями района шло неравномерно. Так, в райцентр к 1940 году показатель коечного фонда составлял 35,2 и уже в следующем десятилетии к 1950 году

Таблица 1

Динамика коечного фонда по Физулинскому району Азербайджанской ССР в показателях на 10.000 населения за 1913--1960 г.г.

	1913 г.	1940 г.	1950 г.	1955 г.	1959 г.	1960 г.
Физулинский район Азерб. ССР	0,7	13,5	16,6	47,6	61,1	70,9
	—	35,2	84,5	86,4	89,2	81,9
в том числе:						
сельские местности (с учетом использования сельским населением косок в райцентре)	—	9,3	37,5	40,3	56,0	68,9
По Азербайджанской ССР (сельская сеть)	—	—	33,0	39,0	—	—
По СССР (сельская сеть)	—	—	30,0	14,0	—	—
Уменьшение различий обеспеченности коечным фондом города Физули и села. Разность показателей в % к показателю по городу	—	73,6	55,6	53,4	37,2	15,9

Примечание: Прокрученные места указывают на отсутствие в литературе соответствующих данных.

достиг 84,5. В последующие годы показатель коечного фонда оставался примерно на уровне 1950 года, находясь в пределах 81,9—89,2.

В сельской местности показатель коечного фонда к 1940 г. был равен 9,3. В это время разница показателей коечного фонда райцентра и сельской местности составляла 73,6% к показателю по райцентру. Продолжая увеличиваться коечный фонд сельской местности достиг к 1960 году 68,9. Тем самым разница показателей уменьшилась до 15,9%. Таким образом существовавший разрыв в оказании стационарной помощи населению райцентра и сельской местности постепенно уменьшается.

Большое значение для роста коечного фонда имели самостоятельность самих колхозников. За 1957—1960 гг. по их инициативе за счет средств колхозов построены сельские больницы, врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты, колхозные родильные дома. Это видно из таблицы № 2.

Таблица 2

Сельские лечебно-профилактические учреждения, построенные в районе в 1957—1960 г.г. по инициативе и за счет колхозов.

Лечебно-профилактические учреждения	1957 г.	1958 г.	1959 г.	1960 г.	всего
25-ти коечные больницы (с расчетом развертывания в 35 коечные)		1	1	1	3
15-ти коечные больницы	1		1	1	3
10-ти коечные больницы			1		1
Врачебные амбулатории	1				1
Родильное отделение больницы			1		1
Фельдшерско-акушерские пункты		2	3		5
Колхозные родильные дома		2	3		5
Всего:	2	5	10	2	19

Если в 1957—1958 гг. строились по преимуществу фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, то в 1959—1960 гг. строились сельские больницы с перспективным развертыванием в них 35 коек, что позволит организовать педиатрическую службу непосредственно в сельской местности.

Другим показателем, характеризующим обеспечение лечебно-профилактическим обслуживанием сельских местностей района, является число врачебных кадров на 10.000 населения. В дооктябрьский период этот показатель по Карягинскому уезду был равен 0,1; в настоящее время он составляет 5,8.

В истории развития здравоохранения в Азербайджанской ССР большая роль отведена помощи, оказанной Азербайджану русскими врачами. До Великой Октябрьской Социалистической Революции в Азербайджане не было высшего медицинского образования. Поэтому первые врачи азербайджанцы были военными врачами русских университетов, по окончании которых они возвращались на родину. Дружескую помощь на всех этапах развития здравоохранения в Азербайджане оказывали многие русские врачи. Большую и самоотверженную работу в крайне тяжелых условиях царизма проводила в Карягинском уезде русский врач Людмила Назаревич.

В настоящее время население Физулинского района обеспечено специализированной медицинской помощью, оснащенной рентгеновским кабинетом, лабораторией, физиотерапевтическим кабинетом и т. д.

Амбулаторно-поликлиническое обслуживание населения основано на принципе участковости и диспансеризации. Однако участковость в районном центре еще недостаточно осуществляется. Так, в 1954 году участковость составляла 58,3, а в 1960 г. — 63,1%.

Под диспансерным наблюдением находятся 42,3% больных и 57,7% здоровых. Среди диспансеризуемых больных на первом месте стоит туберкулез — 12,5%, трахома — 9,7%, болезни органов пищеварения (язвенная болезнь желудка, болезни печени, желчных путей и гастрит) — 6,9%, гипертоническая болезнь и болезни сердца — 5,8%, ревматизм — 3,9%, онкологические болезни — 1,3%, бруцеллез — 1,1% и прочие болезни — 0,6%.

При диспансеризации здорового населения обращалось внимание на такие ведущие группы населения как колхозники — механизаторы сельского хозяйства — 8,7%, передовики колхозного производства — 21,7%, рабочие мастерских по ремонту сельскохозяйственных орудий — 3,2%, работники управления освоения земель и других производств — 10,7%, учащиеся школ механизации, тех-

никумов—7,9%, руководящий персонал колхозов—3,2% и работники культуры и здравоохранения—2,3%.

В прошлые годы при проведении диспансеризации возникали трудности при выработке оздоровительных мероприятий из-за малой изученности санитарно-гигиенических условий работы в хлопководстве. Наблюдались также поздние сроки взятия на диспансерный учет больных, страдающих хроническими болезнями. При организации диспансерного обслуживания необходимо было обеспечить роль и место ее в работе районных лечебно-профилактических учреждений, сельских участковых больниц, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов. Это связано с организацией системы медицинского руководства, повышением квалификации медицинских работников и изучением ими условий труда хлопководов.

Медико-санитарное обслуживание в период сезонных сельскохозяйственных работ затруднялось тем, что в этих случаях отдаленность мест работы доходила до 10 км. В связи с этим возникла необходимость организации медицинского обслуживания в 7-ми бригадах на полевых станах, а на территории центральной бригады развернуть пятикочный стационар, сезонные ясли с привлечением медицинского персонала не только села, но и райцентра.

Обеспечение нуждающихся в стационарной помощи основано на безотказном приеме жителей сельских местностей в стационары райцентра. В 1960 году коечный фонд районной больницы использовался сельскими жителями на 66,7%, детской больницы—64,6%, туберкулезного диспансера—88,9%, кожнодиспансера—60,2% и трахоматозного диспансера—71,2%.

Для повышения качества хирургической помощи населению число врачей хирургов увеличено с 1,5 должности в 1954 году до 5-ти в 1960 году. Для приближения хирургической помощи к населению она была организована непосредственно в участковых больницах. Так, если в 1954 году все 16 хирургических коек были сосредоточены в райцентре, то в 1960 году число хирургических коек достигло 42 и, в том числе, 17 коек были развернуты в сельских участковых больницах. В связи с этим число проведенных операций с 158 в 1954 году увеличилось до 258 в 1960 году. Улучшилась также экстренная хирурги-

ческая помощь и число случаев оказания такой помощи, при сравнении за те же годы, возросло с 12 до 59. Показателем повышения качества хирургической помощи является снижение летальности с 3,0% до 1,93%.

Особое внимание было обращено на лечебно-профилактическое обслуживание женщин и, в том числе, на родовспоможение. Если в 1954 году было развернуто только 13 родильных коек, а колхозных роддомов не было вовсе, то в 1960 году было уже 43 родильных коек и организованы 8 родильных домов. В связи с этим увеличился % родов, принятых медицинским персоналом, с 88,2% в 1954 году до 99,8% в 1960 году и, в том числе, в те же годы процент родов, принятых в стационарах увеличился с 34,7% до 62,7%. Можно указать также, что число акушерок возросло с 24 до 82. Значительно улучшилось использование коечного фонда как в родильном отделении районной больницы (с 276 до 358 дней), так и в сельских участковых больницах (с 182 до 230 дней). Число женщин, прошедших профилактический осмотр увеличилось в 4,3 раза, а своевременный охват беременных женской консультацией достиг 68,0%.

В отношении обслуживания детей основное место занимала профилактика смертности новорожденных путем патронажа детей в возрасте до одного года. Об итогах работы в этом направлении можно судить по таблице № 3.

Показатель детской смертности в 1954 году составлял на 1000 родившихся 72, а в 1959 году 36,5, что близко к показателю по СССР в целом (40,6).

Число врачей педиатров в районе увеличилось до 8 человек; госпитализация детей в районной больнице возросла в 3,3, а в участковых больницах в 21, раза, причем удельный вес детей из сельских местностей, госпитализированных в районной детской больнице, возрос с 35,3 до 64,6%. Летальность в детской больнице составляла в 1955—1956 гг. — 1,97, а в 1959—1960 гг. — 1,13.

Увеличился охват детей профилактическими осмотрами для выявления кожных заболеваний и туберкулеза, при этом рентгенологическому обследованию подверглось в 6,4 раза больше детей.

Для улучшения амбулаторно-поликлинического и стационарного обслуживания как взрослого, так и детского

Таблица 3

Динамика детской смертности по Физулинскому району
за 1913—1959 г.г.

Показатели		1913 г.	1940 г.	1954 г.	1955 г.	1957 г.	1959 г.
Показатель на 1000 родившихся	Физулинский район	—	—	72,0	50,0	39,0	30,5
	Московская область (данные только для 1954 и 1955 гг.)			60,0	48,0		
	СССР (в целом)	273,0	184,0	68,0	60,0	45,0	40,6
Динамика (1955 г. 100,0%)	Физулинский район				100,0	78,0	—
	Азерб. ССР (данные только для 1955—57 гг.)				100,0	86,0	

населения положительное значение имела проведенная реорганизация районного звена здравоохранения.

В этом отношении можно отметить следующие положительные результаты проведенной реорганизации: 1) районная больница стала центром, который методически руководит всем здравоохранением района по единому плану; 2) в результате проведенной реорганизации медицинский персонал района получил больше возможности для проведения широкой диспансеризации населения (теперь участковые больницы и фельдшерско-акушерские пункты, на которых ложатся определенные задачи при проведении диспансеризации населения, включились в единую систему диспансерного обслуживания); 3) в результате реорганизации была достигнута более тесная связь между лечебной и санитарной работой; 4) специалисты районной больницы (педиатры, акушер-гинекологи, окулисты, ото-ларингологи и другие специалисты стали организаторами лечебно-профилактических мероприятий, проводимых на селе во всех лечеб-

но-профилактических учреждениях (в участковых больницах, фельдшерско-акушерских пунктах).

Таблица 4

Сдвиги в показателях инфекционной заболеваемости сельского населения б. Карягинского уезда (1911 г.) и Физулинского района (1959 г.) за 48 лет

Заболелание	Показатели на 1000 населения		
	1911 г.	1959 г.	Во сколько раз показатель в 1911 г. был выше
Брюшной тиф	1,6	0,08	в 20,0 раз
Дизентерия	3,3	0,06	в 55,0 раз
Воспаление тонких кишек	21,9	0,43	в 50,9 раз
Диспансия	10,8	2,13	в 5,1 раз
Малярия	177,5	0,00	в 1957 г. ликвидирована
Сифилис	7,9	0,00	
Гоноррея	8,4	0,20	в 42,0 раз
Трахома	276,0	5,32	в 51,9 раз
Всего по 8 выделенным формам	507,4	8,22	в 61,7 раз

Достижением сельского здравоохранения является успешная борьба с эпидемическими заболеваниями, малярией, трахомой, которые были настоящим бедствием для сельского населения в прошлом. В таблице № 4 приведены показатели заболеваемости по восьми нозологическим формам в сравнении 1959 года с 1911 годом.

К 1959 году показатели заболеваемости на 1.000 населения уменьшились по дизентерии в 55 раз, по трахоме в 51,9 раза, по гоноррее в 42 раза, по брюшному тифу в 20 раз, а сифилис и малярия полностью ликвидированы.

Динамика показателей заболеваемости малярией свидетельствует о результатах проводимых мероприятий по ликвидации этого заболевания. Если показатель по этому заболеванию для 1953 г. принять за 100,0%, то для 1954 года он составлял 73,7%, для 1955 года — 24,7%, для 1956 года — 7,4%; в 1957 году случаев малярии не было зарегистрировано. Такая благоприятная динамика явилась следствием таких мероприятий, как увеличение

обработки водоёмов в 4,8 раза и обработки помещений в 2,2 раза в 1955 г. по сравнению с 1953 годом.

Если в 1936 году показатель заболеваемости трахомой был равен 448,0 на 1000 населения, то в 1954 году он снизился до 21,3, а в 1960 г. — до 4,5. Такая благоприятная динамика заболеваемости трахомой явилась следствием улучшения профилактической и лечебной работы окулистов, число которых с 1,5 было доведено до 5,5. Если в 1954 году из 26,6 тысяч обследованного населения было выявлено 18% больных трахомой, то при последующих осмотрах вновь заболевших не было выявлено. В 1960 году число обследованных членов семей больных трахомой увеличилось в 15,7 раза по сравнению с 1954 годом. Кочный фонд трахоматозного диспансера был широко использован и составлял 360 дней в 1960 году.

Переходным этапом в обслуживании туберкулезных больных явилась организация в 1955 году туберкулезного диспансера, что значительно улучшило проведение лечебных мероприятий. Увеличилось число посещений больных на дому фтизиатрами в 3 раза; улучшилось также обслуживание больных стационаром — число дней работы койки в год с 315 возросло до 325, увеличилось пребывание больных на койке с 41,2 до 45,1 дня, уменьшилась летальность в стационаре с 4,21 до 2,78.

Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом и повышение качества лечебно-профилактического обслуживания их привело к значительному снижению частоты выявления больных активными формами туберкулеза при групповых обследованиях населения с 6,67 до 3,10 на 1000 осмотренных.

Изучение заболеваемости гриппом и воспалением верхних дыхательных путей показало, что если показатель по этим заболеваниям для населения райцентра принять за 100%, то показатели для сельской местности колеблются от 14,2% до 32,4%. Более высокие показатели заболеваемости гриппом и воспалением верхних дыхательных путей объясняется более тесным контактом населения. Показатели заболеваемости по этим болезням за 5 лет показали, что в то время как в районном центре динамика благоприятна и заболеваемость уменьшается, в сельской местности снижение не обнаруживается.

Для правильной организации медико-санитарного-

обслуживания сельского населения имеет значение обращаемость за медицинской помощью. Такой показатель по району в целом составлял 749 на 1000 населения. Однако, как это видно из таблицы № 5, показатели обращаемости значительно колеблются в зависимости от территориального расположения лечебных учреждений.

Если в районном центре показатель обращаемости составляет 1021, то в селах, где расположены фельдшерско-акушерские пункты, показатели обращаемости выше — 1035, в селах расположенных далеко от фельдшерских пунктов (2—3 км) — 592,6.

О значении расположения учреждений в оказании медицинской помощи сельскому населению может служить и такой показатель, как процент лиц не обращающихся вовсе. Если в селении, где расположен фельдшерско-акушерский пункт, не обращалось за медицинской помощью 19,1% населения, то в селах, расположенных вблизи фельдшерско-акушерского пункта, не обращалось 37,9%, а в селах далеко расположенных — 52,0%.

Такой же результат получен при изучении обращаемости детского населения к педнатрам районной больницы (таблица № 6).

Если число обращений на 1000 детского населения райцентра составляет 450, то для жителей пригорода — 221, для близко расположенных сел, обслуживаемых районной больницей — 122, для жителей обслуживаемых врачебным участком, расположенным на расстоянии 20 км от райцентра, — 49, а при расстоянии до 50 км — только 28.

Приведенные данные анализа обращаемости сельского населения за медицинской помощью имеют значение при решении организационных вопросов сельского здравоохранения.

Успешная борьба с эпидемическими заболеваниями явилась результатом также и улучшения работы санитарно-противоэпидемической службы района. В связи с проводимыми противоэпидемическими мероприятиями число обследованных объектов возросло в 8,6 раза, а число обследованных лиц в 21,7 раза. Значительно усилена работа по дезинфекции и дезинсекции, а также по обследованию населения на гельминты и бациллоносительство, что потребовало усиления деятельности лабораторий. В 1958 году в райцентре проведен водопровод,

Таблица 5

Показатели обращаемости в лечебные учреждения района в зависимости от территориального расположения селений

Местожительство больных	% обратившихся (% к населению)	Показатель обслуж. на 1000 населен.	Показатель обслуж. на 1 жителя	Распределение обращений (в %)			Всего
				только в ФАП	в участков больн.	в районные лечеб. учреж.	
Пунктовое селение Пирахметлы (месторасположение ФАП)	80,9	1035,2	1,4	89,0	1,5	9,5	100,0
2 селения (Менды и Мусабейлы), близко располож. от ФАП (1—1,5 км), но более далеко расположенные от участковой больницы (5—6 км)	62,1	794,8	0,6	93,1	6,9	—	100,0
2 сел. (Нижние Рафеденлы и Нижний Кюзбек), более далеко расположенные от ФАП — 2—3 км, но ближе к участковой больнице (1,5—2 км)	48,0	592,6	0,7	46,2	50,0	3,8	100,0

протяженностью 8 км, проведен водопровод также в одном из колхозов, построены три колхозных бани. Улучшению санитарно-эпидемического состояния района содействовал также рост самостоятельности колхозников. Так, в 1959 году большое число улиц было асфальтировано и замощено, вырыты шахтные колодцы, построена типовая баня, открыто пять новых парикмахерских, посажено 43,4 тысячи деревьев, организованы двенадцать полевых станков, проведена работа по переустройству различных помещений и т. д.

Зависимость обращаемости населения за медицинской помощью от территориального расположения сел (обращения детей к педиатрам районной больницы в 1959 году)

Местожительство больных	% обратившихся к общей численности населения	Число обращений на 1000 детского населения	% обращений 2 и более раза в общем числе обращений
Жители райцентра	33,3	450	24,1
Жители пригорода	18,5	221	11,8
Жители близлежащей территории обслуживаемой районной больницей	10,8	122	10,0
Жители, проживающие на территории обслуживаемой врачами участками более близко расположенными (19—20 км)	4,5	49	7,7
Жители, проживающие на территории, обслуживаемой врачами участками, более далеко расположенными до 50 км	2,7	28	2,5

В связи с ростом в районе промышленных предприятий, перед органами здравоохранения появились задачи по предупредительному санитарному надзору, а текущий санитарный надзор осуществлялся на таких предприятиях как электростанция, хлопзавод, кирпичный завод, промкомбинат, типография, предприятия пищевой промышленности, общественного питания, торговли продовольственными продуктами, за жилыми и общественными объектами, за детскими и подростковыми учреждениями и т. д. В период с 1955 по 1960 гг. число объектов санитарного надзора увеличилось на 38,4%, а число обследований — на 98,8%.

Если в 1955 году только 16,4% обследований проводилось врачами, то в 1960 году, в связи с увеличением числа врачей-специалистов с 3,5 до 6,5, врачами проведено 44,5% обследований.

Достижения советского сельского здравоохранения

Таблица 7

Детская смертность, обеспеченность врачами сельского населения Физулинского района Азербайджанской ССР и пограничных с СССР стран (1959 г.)

	Детская смертность		Число врачебных единиц, приходящихся на 10000 сельского населения		
	Показатель на 1000 родившихся	Во сколько раз показатель для Ирана выше	Показатель	Во сколько раз показатель Физулин. района выше	
				Ирана	Турции
Физулинский район Азербайджанской ССР	36,5	—	5,8	в 58 раз	в 29 раз
Иран	600,0	в 16,4 раза	0,1	—	—
Турция	—	—	0,2	—	—

на примере Физулинского района Азербайджанской ССР особенно видно при сравнении с граничащими с этим районом Ираном и Турцией по таким показателям, как детская смертность и обеспеченность врачами (таблица № 7).

В Иране детская смертность составляет 600 на 1000 родившихся, а по Физулинскому району — 36,5. Следовательно, в Иране детская смертность в 16,4 раза выше. Обеспеченность врачами в Физулинском районе в 58 раз выше, чем в Иране и в 29 раз выше, чем в Турции.

При выполнении работы результаты ее были использованы в практике здравоохранения и они служили основанием для разработки перспективного плана дальнейшего развития сельского здравоохранения Физулинского района.

Заключение

1. Изучение организации медицинского обслуживания населения Физулинского района Азербайджана за 40 лет (1920—1960 г.) его истории (особо выделен пе-

риод 1954—60 гг.) и современного состояния показало, что в районе планомерно осуществлялись на практике основные принципы советского здравоохранения: государственный характер; бесплатность и общедоступность; профилактическое направление; единая научно-обоснованная система лечебно-профилактических и санитарных мероприятий; плановость, самостоятельность трудящихся.

Осуществление на практике этих принципов можно проследить на весьма многих показателях, что и является предметом данного исследования.

2. В результате планомерного осуществления на практике Физулинского района основных принципов Советского здравоохранения, а также в результате всех мероприятий, проводимых партией и правительством по улучшению условий жизни и труда советских людей по охране здоровья народа:

а) Детская смертность с 500,0 (на 1000 родившихся) в 1913 г. снизилась к 1954 г. до 72,0 (сравнительные данные: по СССР в целом 68,0; по Московской области 60,0), а к 1959 г. до 36,5 (СССР в целом — 40,6).

б) Кочный фонд в 1913 г. характеризовался показателем 0,7 койки на 10.000 населения; в 1955 г. (сельские местности) — 40,3 (сравнительные данные: СССР в целом — 44,0; Азербайджанская ССР — 39,0); в 1960 г. — 70,9 коек.

в) Численность врачей с 2-х (1920) возросла до 47 (1960); число коек — с 20 до 361.

г) Резко улучшилось родовспоможение — наиболее массовая отрасль лечебно-профилактического обслуживания колхозниц: в 1954 г. только 34,7% родов были приняты в стационарах, а в 1960 г. — 62,7%.

д) Резко уменьшилась инфекционная заболеваемость. По 8 выделенным нозологическим формам заболеваемость в 1911 году была в 61,7 раза выше чем в 1959 году. Одним из достижений здравоохранения района является ликвидация еще в 1957 г. малярии.

3. Лечебно-профилактическое обслуживание колхозников района резко повысилось после 1955 года, когда партией по инициативе Н. С. Хрущева был проведен ряд мероприятий по подъему сельскохозяйственного производства. Так, к 1955 г. (за 35 лет) в участковых больницах удалось организовать 25 коек, а с 1955 г.

15 лет) вновь организовано 105 коек (коечный фонд в 1960 г. — 130 коек).

4. Основным принципом Советского здравоохранения является широкое участие народа, что широко осуществляется в районе: за последние годы по инициативе и за счет средств колхозов проведено 19строек (три 25-коечные сельские больницы, в которых могут быть развернуты 35 коек; 6 сельских участковых больниц и амбулаторий; 10 фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов).

5. Одним из принципов советского здравоохранения является плановость. Приведенные в исследовании материалы дали возможность составить семилетний план развития здравоохранения в районе (1959—1965 гг.). Согласно этого плана в 1965 году в районе должно быть 438 коек; проверка выполнения плана за 2 года (на 1960 г.) показала, что план перевыполнен на 8,1%. Изучение показало некоторые особенности планирования на селе; так, выявляется, что фактор территориального расположения имеет еще определенное значение: число обращений на 1000 населения в пунктовой селении — 1035; для жителей вблизи расположенных сел (1—1,5 км) — 795, для жителей далеко расположенных селений (2—3 км) — 593.

6. Как показывает изучение развития здравоохранения в Азербайджане, а также в районе, существенная помощь была оказана азербайджанскому народу в деле здравоохранения со стороны русского народа. Можно отметить, что одним из первых врачей в дооктябрьский период в Карягинском уезде (ныне Физулинский район) была русская врач — Людмила Назаревич, самоотверженно работавшая в исключительно тяжелой эпидемиологической обстановке.

7. Достижения Физулинского района в отношении уменьшения смертности, повышения уровня медицинского обслуживания сельского населения могут быть наглядно показаны путем сравнения с пограничными с СССР странами — Ираном (границит с районом) и Турцией. Так, детская смертность в Иране в 16,4 раза выше, чем в районе; число врачей, приходящихся на 10.000 сельского населения в районе в 58 раз выше, чем в пограничном Иране и в 29 раз выше, чем в Турции.

8. В настоящее время, в период строительства ком-

мунизма преодолеваются существенные различия между городом и деревней, в частности и в области здравоохранения. Этот процесс можно видеть и в районе: до 1955 г. обнаруживался резко различный уровень медицинского обслуживания города (райцентр) и села: в 1940 году в городе на 10.000 населения было 35,2 койки, а на селе 9,3; разница составляла 25,9, т. е. 73,6% от показателя города. К 1955 г. эта разница уменьшилась до 37,2%, а к 1960 г. — до 15,9% (город 81,9 койки, село — 68,9).

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФИЗУЛИНСКОМ РАЙОНЕ

1. Хотя в отношении амбулаторно-поликлинического обслуживания населения имеется ряд достижений, однако в этом направлении необходимо проведение следующих мероприятий:

а) специалисты райбольницы еще в большей степени должны стать руководителями всех разделов лечебно-профилактической работы на селе, направлять и консультировать всю работу;

б) сезонное обслуживание сельскохозяйственных работ на сельских участках (кроме села Городиз, где оно организовано на должном уровне) должно быть улучшено (обеспечение колхозников на полевых станах медицинской помощью, отдыхом, питанием; организация стационаров, сезонных детских яслей и т. д.);

в) колхозники-механизаторы должны быть полностью охвачены систематическим диспансерным обслуживанием;

г) необходимо резкое усиление стоматологической помощи (в каждой участковой больнице должен быть стоматолог или зубной врач, необходимо оснастить кабинеты оборудованием).

2. При организации лечебно-профилактического обслуживания детского населения должна быть усилена работа по профилактике смертности детей от, так называемых, болезней новорожденных. Весь персонал участковых больниц и фельдшерско-акушерских пунктов должен быть вовлечен в эту работу; для персонала фельдшерско-акушерских пунктов — это один из основных разделов их деятельности.

3. Реорганизация участковых больниц в 35-кочные (и с большим числом коек) — одна из важнейших задач в области педиатрического обслуживания, ибо в 35-кочных больницах могут быть предусмотрены должности педиатров.

Инициатива колхозников в деле здравоохранения должна быть направлена в значительной мере на этот участок работы, т. е. на реорганизацию больниц в 35-кочные и с большим числом коек.

4. Достигнутые успехи в деле родовспоможения колхозницам (в 1960 г. 62,7% родов принимались в стационарах) не является пределом. На ближайшие годы должна быть поставлена задача довести этот процент до 70—80 и выше.

5. Наряду с достижением в работе санитарно-противоэпидемического отдела, имеется ряд нерешенных задач:

а) медицинские работники района должны ликвидировать случаи заболеваний дизентерией, бруцеллезом и эпидемическим гепатитом;

б) окончательная ликвидация трахомы должна явиться целью самых ближайших лет;

в) необходимо совместно с республиканской СЭС и в контакте с научно-исследовательскими институтами и кафедрами проводить широкую работу по санитарно-гигиеническому изучению особенностей труда хлопкоробов и работающих в области механизации сельского хозяйства;

г) хотя в целях предупреждения возможных случаев отравлений при применении в хлопководстве ядохимикатов санитарно-противоэпидемический отдел проводил ряд мероприятий, все же эта работа должна быть усилена (определение концентрации вредных веществ и т. д.);

д) поскольку в сельскохозяйственном профиле района большой удельный вес занимает животноводство, задача руководства здравоохранением района заключается в постановке вопроса о механизации труда доярок в молочно-товарных фермах, связывая данное мероприятие с диспансерным обслуживанием этих групп колхозниц.

6. Проведенное в районе изучение заболеваемости, хотя и дало ряд практически ценных выводов, однако

необходимо эту работу поднять на более высокий уровень. Поскольку силами медицинских работников района невозможно проводить на должном уровне анализ статистического материала порядка 50 тыс. карт в год, необходимо войти в контакт с научно-исследовательскими институтами и кафедрами вузов г. Баку, обладающими соответствующими кадрами для проведения совместной углубленной работы. Изучение причин смертности населения, особенно детской смертности, должно явиться одним из важнейших разделов этой совместной работы.

7. Должна быть продолжена и углублена работа по планированию здравоохранения в районе:

а) регулярная проверка выполнения семилетнего плана развития здравоохранения;

б) необходимо провести работы в районном масштабе в связи с перспективным двадцатилетним планированием здравоохранения в Азербайджанской ССР.

8. В целях повышения квалификации сельских врачей необходимо: а) издавать специальный журнал, посвященный вопросам организации сельского здравоохранения;

б) издавать тематические сборники, посвященные сельской медицине;

в) издать в Азербайджане библиографический справочник по литературе, касающейся организации сельского здравоохранения, с краткими аннотациями работ;

г) издать как по СССР в целом, так и в Азербайджане статистический сборник с основными показателями сельского здравоохранения;

д) широко знакомить врачей всех профилей с литературой по организации здравоохранения при прохождении сельскими врачами курсов усовершенствования;

е) шире освещать (реферировать) литературу по организации сельского здравоохранения в «Азербайджанском медицинском журнале».

9. Реализация практических мероприятий по улучшению сельского здравоохранения района фактически осуществлялась в течении семи лет, когда проводилось данное исследование, что имело своим результатом: рост сети и кадров; улучшение родовспоможения и оказания лечебно-профилактической помощи детям; ликвидация малярии; резкое снижение трахомы; рост активности

колхозников в деле здравоохранения и другие. Реализация практических мероприятий должна быть продолжена, для чего необходимо:

а) провести в районе расширенную научно-практическую конференцию медицинских работников района, где обсудить вопросы реализации практических предложений;

б) желательно, чтобы Министерство здравоохранения Азербайджанской ССР издало на основе материалов данной работы типовую расширенную схему — программу изучения сельского здравоохранения (с приведением показателей по Физулинскому району), что дало бы возможность конкретного сопоставления достигнутых показателей.

Основное содержание диссертации опубликовано в следующих работах:

1. Диспансеризация сельского населения по материалам Карягинского района (ныне Физулинского) Азербайджанской ССР за 1954—1956 гг. в кн. «Материалы I съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционеров Азербайджанской ССР, Баку, 1958 г.

2. Опыт проведения работы по диспансеризации сельского населения Карягинского (ныне Физулинского) района Азербайджанской ССР. Азерб. мед. журнал 1958 г. № 8.

3. К вопросу об использовании демографических данных в практике здравоохранения на селе. Азерб. мед. журнал 1959 г. № 9.

4. Организация здравоохранения в Физулинском районе Азербайджанской ССР за 10 лет советской власти в Азербайджане. В кн. «Сборник трудов Азерб. Гос. мед. института им. Н. Нариманова, т. 8, г. Баку, 1960 г.

Сдано в набор 22/1-63 г. Подп. к печ. 16/11-63 г.
Зак. 24 ФГО4931. Тираж 200.

Типография «Красный Восток» Министерства культуры
Азербайджанской ССР, Баку, ул. Ази Асланова, 80.