

*Н.Н. Пилипцевич,
Т.П. Павлович*

Становление государственной медицины в России и Белоруссии

Белорусский государственный медицинский университет

Начало государственной медицины в России положено во второй половине XVI века. В 1581 году указом царя Ивана IV (Грозного) создан Аптекарский приказ. Первоначально приказ предназначался для обеспечения лечебной помощью царского двора. К середине XVII века он превратился в крупное государственное учреждение. В его функции входило руководство аптеками, аптекарскими огородами, создание медицинской службы армии, организация временных госпиталей, подготовка врачей, приглашение на службу иностранных врачей, борьба с эпидемиями и пр.[1].

В XVIII в России произошли многие преобразования в медицине. Часть из них инициирована Петром I. Россия в то время являлась единственной страной, в которой существовал единый орган управления медицинским делом. Преемницей Аптекарского приказа стала Медицинская канцелярия (1721г.). Ее возглавлял архиятр. Эту должность занимали врачи. Наиболее результативной была деятельность на этом посту врача – реформатора П.З. Кандоиди. В 1763г. Медицинская канцелярия преобразована в Медицинскую коллегия. Возглавлял президент, это уже была не врачебная должность.

В 1775 г. в России по указу императрицы Екатерины II произошла реформа гражданского управления. Были созданы приказы общественного призрения. В стране появилась так называемая приказная медицина. Медицинская деятельность регламентировалась «Примерным положением для учреждения больниц». Положение включало три раздела: «Как поступать в приеме и содержании больницы», «Каким людям быть при больнице», «Кому из приходящихся наблюдать» (в последнем разделе речь шла о больничном персонале). В штат больниц приказа общественного призрения входили лекари, сиделки, вспомогательная прислуга.

К числу основных направлений деятельности приказов общественного призрения относились организация больниц, психиатрических учреждений, борьба с эпидемиями, подготовка фельдшеров. Медицинская помощь в системе приказов оказывалась городскому и сельскому населению.

За период с 1775 по 1865 годы были открыты 519 больниц, 81 дом умалишенных, 107 богаделен и инвалидных домов, 4 фельдшерские школы. Большинство больниц не отвечали гигиеническим требованиям. Лечение было платным [1].

Борьба с эпидемиями сводилось преимущественно к бюрократической межведомственной переписке между приказами, губернаторами, правительственными учреждениями, министерствами. Основную работу по ее практической реализации осуществляли врачи, находящиеся на государственной службе в губернских больницах.

Медицинских кадров не хватало. В тех условиях одним из вариантов выхода явилась ускоренная подготовка фельдшеров. Но это негативно сказалось на качестве их обучения. Острой была потребность в обеспечении фельдшерами губернских и городских больниц, фельдшерских пунктов в сельской местности. [2].

Медицина приказов общественного призрения являлась прогрессивным этапом в становлении государственного здравоохранения. Наряду с этим в ее организации было много недостатков: нехватка врачей, больниц, низких доступности и качестве медицинской помощи и пр. Не хватало средств и времени для их адресного вложения в интересах здоровья населения. Но она являлась первым состоявшимся этапом, базисом в дальнейшем развитии государственной медицины.

В начале XIX в. по примеру стран Западной Европы в России произошла реформа государственного аппарата. Были созданы министерства по различным отраслям народного хозяйства. Министерства здравоохранения по этой реформе не предусматривалось ни в одной стране. В 1803 г. создан медицинский департамент в составе Министерства полиции, объединенного в 1819 г. с Министерством внутренних дел. Тем самым положено начало децентрализации управления медико – санитарным делом, сказавшейся утратой прогрессивных традиций.

Особенностью этого периода явилось создание специализированных больниц – глазных, детских, для психических, венерологических больных. В 1803 г. в Петербурге и Москве были открыты Мариинские больницы для бедных. Это название они получили от имени супруги императора Павла I Марии Федоровны, основательницы Ведомства императрицы Марии. Ведомство сосредоточило под своим началом воспитательные дома, приюты для слепых, глухих, увечных, ряд больниц, другие учебно-воспитательные и лечебные учреждения. Во второй половине XIX в. это ведомство имело статус Министерства.

В середине XIX века, в эпоху великих реформ императора Александра II, возникла земская медицина. Эта форма медицинской помощи не имела аналогов в мире, завоевала признание и авторитет, стала национальным достоянием. По образцу земской медицины была создана и действовала городская медицина.

Начало земской медицины в России положено введением в действие в 1864г. «Земского положения» в 34 губерниях. В своем развитии она прошла два этапа. Первый охватывал период с 1864 г. и последующие 26 лет. Он характеризовался разъездной системой оказания медицинской помощи, огромной территорией врачебного участка, недостаточным количеством врачей, фельдшеров, медицинских учреждений. Медицинская помощь была платной.

Второй этап развития земской медицины представляет собой усовершенствованный ее вариант. Он был реализован в 90 – е годы XIX в. в 17 губерниях. Разъездная система сменилась стационарной. Врач, будучи прикрепленным к определенному лечебному учреждению, получил

постоянное место работы. Это явилось важной вехой в деле улучшения медико-санитарной помощи сельскому населению. Медицинская помощь стала бесплатной.

У земской медицины в процессе ее становления имелись определенные преимущества. В пользу земств отошли остатки капиталов и лечебные учреждения приказов общественного призрения, послужившие первоначальной базой для развития земской медицины. Земская администрация в подавляющем большинстве состояла из представителей интеллигенции и образованного дворянства, являющегося социальной базой развития земского либерального движения [3]. Положительное значение для развития земской медицины имел тот факт, что земские врачи как специалисты пользовались высоким авторитетом и самостоятельностью в реализации решаемых задач. Они могли влиять на принимаемые административные решения в области здравоохранения. Земский врач воспринимался как «врач всего населения и должен быть стражем и печальником его санитарных нужд; он их изучает, а потому не только прописывает рецепты, но и регистрирует. Он – врач общества, служитель общего блага, радатель широких народных нужд» [4].

В 70 – е годы XIX века положено начало губернским съездам земских врачей. Съезды определяли направления деятельности земств по совершенствованию здравоохранения в своих губерниях. Успехам земской медицины способствовала атмосфера коллегиальности, в которой протекала вся земско – медицинская работа.

Место земской медицины в системе медицинского обслуживания населения, формы и методы ее работы в значительной степени определились к концу 80 – х годов XIX века. Первичным ее звеном был врачебный участок с амбулаторией или небольшой больницей. На базе амбулатории кроме лечебной постепенно выросли другие элементы земско – медицинской работы. Это родовспомогательная, противоэпидемическая деятельность, санитарная статистика, земская санитария. Присоединение к амбулатории с несколькими койками, родильного отделения, заразного барака превращало ее в земскую лечебницу. Практиковалась карточная регистрация амбулаторных больных. Она послужила основанием для введения статистики заболеваемости населения. Изучение общей и эпидемической заболеваемости определяло потребность и содержание санитарных мероприятий, явилось предпосылкой возникновения земской санитарной организации.

Земская медицина развивалась в лечебном и санитарно – профилактическом направлениях. Стал формироваться этапный принцип предоставления медицинской помощи: фельдшерский пункт, сельская участковая больница, уездная больница, губернская больница.

В 1910 году у земской медицины было более 2 тысяч больниц на 42,5 тысяч коек. В 34 земских губерниях действовало 1715 сельских (в среднем на 13 коек), 331 уездная (в среднем на 45 коек), и 32 губернских (в среднем на 190 коек) больниц, 45 психиатрических больниц на 23,5 тысячи коек. Подготовка среднего медицинского звена осуществлялась в 22 фельдшерских и

фельдшерско – акушерских школах. В 21 губернии функционировали санитарные бюро, в 16 имелись санитарные врачи губернских земств в уездах, в 14 – оспенные телятники, с в 6 – бактериологические институты с пастеровскими отделениями [4].

Земская медицина провозгласила и в значительной степени осуществила на практике принципы, которые впоследствии развивало советское здравоохранение: доступность, бесплатность, профилактический характер, стремление к научному уровню медицинской помощи. Полувековой исторический опыт земской медицины доказал верность положенных в основу ее построения принципов. Межведомственной комиссией по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под председательством академика Г.Е. Рейна (годы работы комиссии 1912 – 1916) модель земской медицины на перспективу была положена в основу проекта организации общедоступной помощи населению [5,6].

Городская медицина в дореволюционной России также зародилась в XIX веке. По сути, она «младшая сестра» земской медицины, у которой переняла от нее все самое лучшее. В связи с ростом и индустриализацией городов, приливом в них рабочего населения к началу XX века резко повысился интерес к проблемам городской жизни. Если раньше деревня и крестьянство были в центре общественного внимания, то теперь на первый план стали выдвигаться город и наиболее многочисленный слой его населения – рабочие.

Термин «городская медицина» появился в конце XIX века. Под ним подразумевалась система медицинского обслуживания населения, организуемая городским самоуправлением. Толчком к развитию городской медицины явилось «Городовое положение» (1870г.), предоставившее право органам городского самоуправления (думы, управы) организовывать медицинскую помощь городскому населению и проводить санитарные мероприятия.

В крупных городах России в конце XIX начале XX веков существовали содержавшиеся городским самоуправлением больницы и амбулатории. В этот период более интенсивно стала развиваться амбулаторная помощь. Амбулатории создавались преимущественно при больницах. Особенностью медицины городского самоуправления явилась крайняя неравномерность ее развития. В столицах – Петербурге и Москве – медико – санитарные мероприятия осуществлялись с 70-х годов, в ряде других крупных городов – с конца 80 – х годов XIX века. В большинстве городов России врачебно – санитарные организации начали формироваться к началу XX века. В малых городах управы мало занимались организацией медицинской помощи населению из – за ограниченных финансовых средств.

По мере расширения сферы действия городской медицины, стали выявляться ее организационные отличия от земской медицины. Более отчетливо это проявилось в крупных городах, где городская медицина получила ускоренное развитие. В земских губерниях всю врачебно – санитарную деятельность возглавляли санитарно – статистические бюро. Городская медицина, в

отличие от земской, управлялась городскими комиссиями, в которые входили гласные дум, врачи, чиновники. В то же время большинство городов, даже губернских и уездных не имели средств на строительство и содержание собственных больниц. Они были обременены так называемыми обязательными расходами, которые несли на содержание полиции, пожарных команд, тюрем, воинских постоев и пр. Расходы на здравоохранение относились к разряду не обязательных. У земств тоже существовали обязанности по содержанию дорог, перевозов, строительству мостов и пр. Но они исполнялись не столько путем денежных затрат, сколько трудом крестьянских обществ.

Социальный статус городских врачей на первых порах был заметно ниже земских. Их значение не выходило за рамки положения наемных служащих городских управлений. Часто врачей не приглашали даже на заседания, посвященные медико – санитарным проблемам. Исключением являлась московская городская санитарная организация, где существовали многочисленные врачебные комиссии, выступавшие в роли экспертов. Из – за низкой оплаты врачебного труда в городах широко практиковалось совместительство, не принятое в земстве. Городские власти были убеждены, что врачей достаточно обеспечивает частная практика.

К началу XX века из 258 городов европейской части России медицинская помощь населению была организована лишь в 68 (26,3%). Только 32 города, причем, не все губернские, располагали городскими больницами. Медицинская помощь в них оказывалась на средства местного самоуправления. Городские управы решали медицинские вопросы с учетом социально – экономических особенностей. Было обязательным предоставление бесплатной лекарственной помощи неимущим больным.

Не имели городских больниц города Варшава, Владимир, Воронеж, Гродно, Курск, Орел, Пермь, Полтава, Самара и др. Городские жители обращались за медицинской помощью в расположенные в городах земские лечебные учреждения.

Большинство медицинских учреждений содержались на благотворительные и частные пожертвования. Наиболее крупным благотворительным обществом в России было Ведомство учреждений императрицы Марии. Имелись также Императорское человеколюбивое и другие общества. Формировалась сословная благотворительность. Каждое сословие заботилось об оказании помощи своим нетрудоспособным гражданам. Открывались дворянские, купеческие, ремесленные, епархиальные благотворительные учреждения. Существовали частные благотворительные учреждения.

Об уровне организации и обеспечения врачебно – санитарного дела в городах позволяют судить финансовые расходы, выделяемые на здравоохранение. В 38 городах они составляли 0,5 – 5% городского бюджета, в 44 – 11,5%, в 37 – 16 – 20 %, в 18 – 21 – 25%, в 9 – 26 – 30%, в 5 – 21 – 45%. Наибольшие суммы выделялись в Москве, Петрограде, Одессе.

Российской городской медицине принадлежит приоритет в организации системы внебольничной (амбулаторной) помощи. Впервые внебольничная

помощь была организована в Петербурге в начале 80 – х годов XIX века. Опыт внебольничной помощи в Петербурге связан с именами С.П. Боткина и видного санитарного деятеля Г.И. Архангельского. Ее развития требовала реальная обстановка, вызванная необходимостью борьбы с эпидемиями дифтерии, скарлатины (1880 – 1881 гг.). Член Государственной думы С.П. Боткин стал одним из инициаторов создания и долгие годы бессменным председателем комиссии общественного здоровья. По его предложению организована постоянная врачебная помощь неимущему населению Петербурга через думских врачей. Петербург был поделен на участки. К 1916 году в городе функционировали 15 амбулаторий. В часы, незанятые приемом думских врачей, в амбулаториях вели приемы врачи – специалисты по глазным, кожным, хирургическим заболеваниям, туберкулезу. Это был первый опыт организации медицинской помощи городскому населению по участковому принципу [7]. На службу городской медицине было поставлено одно из самых больших достижений земской медицины – участковое обслуживание населения.

К концу века в ряде других городов была организована амбулаторная помощь для малообеспеченных слоев городского населения. Прием больных проводился в амбулаториях, на квартирах врачей. Амбулатории создавались при городских больницах, в ряде случаев они были самостоятельными. Лекарства больным выдавались бесплатно. По примеру Петербурга для оказания внебольничной помощи (амбулаторной, на дому) малообеспеченному («недостаточному») населению думские врачи появились в Харькове, Казани, Киеве, Одессе. Наряду с лечебной, ими проводилась профилактическая работа. Например, в их обязанности входило оспопрививание. Одной из отличительных особенностей думского врача являлось то, что при занятии должности он обязывался не заниматься платной практикой, не брать совместительства.

Основанием для введения бесплатной медицинской помощи предоставляемой амбулаторно были не столько общегуманные соображения, но опыт реальной практики. По наблюдениям врачей, установление даже минимальной платы за врачебный совет, лекарство, лечение в больнице снижает обращаемость за медицинской помощью. Это негативно сказывалось на возможностях своевременного выявления инфекционных больных, организации борьбы с эпидемиями. Было установлено, что платность за медицинскую помощь подрывает общественно – санитарное значение всей системы городской медицины.

Центра городской медицины в стране не было. Его роль взяло на себя общество русских врачей, созданное в память Н.И. Пирогова (Пироговское общество). Фактически оно представляло собой своеобразный «коллективный разум» формировавший политику развития медицины. Наиболее актуальные проблемы городской медицины обсуждались на съездах общества.

IX Пироговский съезд (1904г.) принял постановление под названием «Основные начала желательного врачебно – санитарного строя в городах». В

постановлении декларировалась необходимость повсеместно обеспечить общедоступность и бесплатность городской медицины, по примеру земской. У городской медицины, как и самой передовой в то время в мире земской медицины, были и недостатки. Самый существенный – ограниченность ее сферы действия. Как отмечено выше, городские самоуправления, и, соответственно, городская медицина были распространены не во всех городах.

Наряду с различиями, между земской и городской медициной имелись общие черты. В первую очередь это стремление к обеспечению доступности медицинской помощи малоимущему населению. Состоятельные горожане и помещики предпочитали услуги частной медицины. Предоставляемая амбулаторно медицинская помощь в большинстве земств была бесплатной или символической. Плата за лечение в городских больницах была посильной и составляла от 40 копеек до 1 рубля в сутки. В некоторых городах практиковался больничный сбор, равный 7 – 12 рублям в год. Его платили рабочие, ремесленники, мелкие торговцы.

Возникновение санитарной службы в городах происходило независимо от городских лечебных учреждений и диктовалось эпидемической обстановкой. Практически с самого начала деятельности наметилось несколько направлений городской санитарии. Соответственно реальным потребностям возникли школьно – санитарный надзор, коммунальная и пищевая санитария, торговый и ветеринарный надзор, контроль за состоянием промышленных предприятий. Городские санитарные врачи курировали вопросы водоснабжения, канализации, заведовали бактериологическими лабораториями, дезинфекционными станциями.

Однако в большинстве городов специальный санитарный персонал либо отсутствовал, либо его функции исполняли городские врачи. Не смотря на сложную санитарную обстановку, угрозу эпидемий даже в ряде губернских городов (Владимир, Воронеж, Курск, Новгород, Симбирск, Орел, Псков, Ярославль и др.) не было штатных санитарных врачей.

В годы, предшествовавшие Первой мировой войне, в России было несколько тяжелых эпидемий. В это время быстрыми темпами шли индустриализация городов и тесно с ней связанная урбанизация, что обусловило необходимость повышения внимания к вопросам городской санитарии. В 1907 г. при Медицинском совете Министерства внутренних дел была создана комиссия по упорядочению санитарного состояния городов, в 1908 г. – комиссия по оздоровлению поволжских городов. В 1910 – 1911 гг. управлением главного врачебного инспектора было предпринято изучение состояния водопроводов и канализации в городах России. На основании полученных данных в 1912 г. принят закон, регламентирующий эксплуатацию городской канализации.

К 1914 г. из 224 городов, представивших информацию о состоянии медицины, санитарные организации в том или ином виде имелась в 94 (42%). Санитарные станции или лаборатории действовали в 54 городах. В 39 городах имелись санитарно – статистические бюро, 25 издавали врачебно-санитарную хронику. В 103 городах на службе у городских управлений

состояли санитарные врачи. В 121 городе санитарные работники отсутствовали. Водопровод имелся в 227 (21,3%) из 1063 городских поселений.

Приказная, земская, городская медицина в Беларуси. Во второй половине XVIII века после трех переделов Польши (1772, 1793, 1795 гг.), территория Беларуси с численностью населения около трех миллионов человек вошла в состав Российской Империи. На этой территории образованы Витебская, Гродненская, Минская, Могилевская области. По российскому образцу в Беларуси были учреждены приказы общественного призрения. Их задачей являлось открытие и содержание больниц, приютов, аптек в губернских и уездных городах. К концу XIX века в ведении приказов общественного призрения находилось 35 больниц на 1211 коек. Стоимость лечения в больнице составляла 6 – 7 рублей в месяц. Для сравнения, оплата за койко-день в частной лечебнице доходила до 5 рублей.

В губернских больницах уже в то время наметилась дифференциация медицинской помощи по профилям: акушерская, хирургическая, психиатрическая. Приказы сыграли основную роль в зарождении государственного попечительства о детях. С ними связано начало государственного лекарственного обеспечения больниц и открытие государственных аптек.

Медицинские учреждения приказов общественного призрения в Минской, Могилевской, Витебской губерниях существовали вплоть до введения земства, а в Гродненской до Первой мировой войны играли основную роль в оказании лечебной помощи населению [8].

История земской медицины в Беларуси насчитывает менее двух десятков лет (1903 – 1918 гг.). В 1903 г. земство было введено в Витебской, Минской, Могилевской губерниях. С первых лет своего существования земская медицина стала играть определяющую роль в организации медицинского обслуживания населения, а также в различных сторонах социальной жизни. Этому способствовали муниципальное финансирование, территориально – участковый принцип, направленная деятельность санитарной организации, нравственный уровень и общественные позиции земских врачей.

В 1911 г. в Минской губернии работало 56 земских участковых и больничных врачей (45,2% врачей, состоящих на государственной службе), функционировали 43 земские больницы (53,8% от общего числа больниц в уездах) на 703 койки (69,4% от всех развернутых коек). В Минске функционировали 3 земские больницы на 360 коек, земская Пастеровская станция [9].

Роль и место земской медицины в Беларуси наиболее отчетливо представлены в принципах, сформулированных в резолюции съезда земской медицины Витебской губернии, 2 – 4 мая 1917 года [9]. Основополагающими из них явились:

- общественная земская врачебно-санитарная помощь должна быть построена на принципах бесплатности и общедоступности;

- осуществление организации врачебно-санитарного дела должно проводиться в жизнь местными органами самоуправления при непосредственном руководстве коллегиальных врачебно-санитарных органов, построенных на демократических началах с привлечением населения к активному участию в общественной санитарии;
- основной ячейкой общественной земской медицины является врачебный участок, оборудованный и приспособленный для оказания амбулаторной помощи общим и острозаразным больным, обслуживающий территорию не более 315 квадратных верст (радиус 5 – 10 верст; подлежал уточнению в зависимости от плотности населения);
- принадлежностью каждого врачебного участка должна быть санитарная единица, санитарное попечительство, организованные самим населением, объединенные в участковый санитарный совет под руководством местного участкового врача;
- для коллегиального ведения дела весь участковый медицинский персонал объединяется в уездный врачебно-санитарный совет;
- для объединения деятельности участковых санитарных советов в осуществлении предупредительных мер должен быть санитарный врач, специально знакомый с общественной медициной, а для борьбы с эпидемиями – эпидемический отряд;
- борьба с эпидемиями, как и организация санитарной части уездов, должна всецело лежать на уездных земствах;
- в каждом уезде должен быть эпидемиолог и санитарный врач. Санитарный врач должен заведовать санитарно – статистическим бюро при уездной земской управе;
- при губернской земской управе должно быть учреждено врачебно-санитарное бюро, которое в объединительных целях периодически созывает губернский врачебно-санитарный совет. Совет может созывать съезд.

Данные принципы, по сути, представляют в свое время высокую оценку земской медицины и одновременно они программа действий на перспективу. В силу объективных причин, связанных с политическими и военными событиями того времени, реализация этой программы не была осуществлена. Установившаяся советская власть национализировала земские медицинские учреждения.

Городской медицине как системе медицинской помощи населению городов Беларуси за счет городского бюджета предшествовали реформы городского самоуправления (1870, 1892, 1906 гг.). В 1912 г. на медицину расходовалось 3,4 % городского бюджета. В состав медицинских учреждений входили родильный приют (1895 г.), две амбулатории (1899, 1912 гг.), аптека (1912 г.), дезинфекционная камера (1905 г.), санитарная комиссия (1911 г.). На содержании города состояли 10 врачей, 3 фельдшера, 3 акушерки, 1 фармацевт. Другие города также открывали собственные учреждения. Например, в Гродно в 1912 г. была открыта амбулатория, в Пинске в этом же году аптека.

В начале XX века в Беларуси, помимо общественной, продолжали функционировать лечебные учреждения различных организационных форм – частной, ведомственной, фабрично – заводской медицины. Был открыт ряд общественных и частных учебных заведений. Среди общественных учебных учреждений годовые курсы Минской общины сестер милосердия (1902г.), повивальная школа Минского отделения Российского общества защиты женщин (1904 – 1910 гг.). Открытые в указанный период частные школы были представлены зубоврачебной (1907г.), фельдшерско-акушерской (1909г., г. Минск; 1906, г. Витебск), повивальной школой (1906г., г. Гомель) [10].

Опыт земской и городской медицины послужил базой для развития здравоохранения в последующие десятилетия. Система здравоохранения, которая начала формироваться с 1918 года продолжила и развила лучшие их традиции. На вооружение были взяты такие основополагающие принципы, как этапность, бесплатность и доступность медицинской помощи, профилактическое направление, единство науки и практики, участие населения в мерах по охране здоровья. Эти принципы признаны лучшими во всем мире. Они представляют основную суть государственной системы здравоохранения.

Литература

1. Мирский, М.Б. Государственная медицина России (XVI – XX вв.) / Медицина и здравоохранение в дни войны и мира // Материалы научно – практической конференции, посвященной 55 – летию победы в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годов. – Научно – исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской академии медицинских наук. – М., – 2000, – с. 46 – 54.
2. Кузьмин, В.Ю. О медицине приказа общественного призрения / там же/ с. 88 – 89.
3. Петрова, И.А., Медведева, Л.М. Медицинская интеллигенция в истории России / Бюллетень Научно – исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской академии медицинских наук. Выпуск 2. – М., – 2000, – с.187.
4. Мирский, М.Б. Уроки земской медицины / Материалы III симпозиума «Земская медицина и современное здравоохранение» // Научно – исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской академии медицинских наук. Выпуск 2. – М., – 1998, с.23 – 30.
5. Данилишина, Е.И. Основные направления деятельности комиссии Г.Е. Рейна (1912 – 1916) / Медицина и здравоохранение в дни войны и мира // Материалы научно – практической конференции, посвященной 55 – летию победы в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годов. – Научно – исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской академии медицинских наук. – М., – 2000, – с. 60 – 62.

6. Егорышева, И.В., Данилишина, Е.И. Реформирование медицинского законодательства в Российской империи в конце XIX – XX веков / там же с.70 – 71.
7. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – М. – «МЕДпресс – информ». – 2003. – 520с.
8. Тищенко, Е.М. Приказная медицина Беларуси (1795 – 1914) / Материалы научно – практической конференции, посвященной 55 – летию победы в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годов. – Научно – исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской академии медицинских наук. – М., – 2000, – с. 106 – 107.
9. Тищенко, Е.М. Земская медицина Белоруссии (1903 – 1918) / Материалы III симпозиума «Земская медицина и современное здравоохранение» // Научно – исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской академии медицинских наук. Выпуск 2. – М., – 1998. – с. 97 – 99.
10. Тищенко, Е.М. История здравоохранения Беларуси в XX веке. – Гродно, – 2001, 154с.