

гипертензий, ожирением, риском развития травм и т.д [4]. Исходя из выше сказанного, мы поинтересовались у женщин: насколько они удовлетворены своим сном? Варианты ответов в разных группах отличаются. В первой группе полностью удовлетворены сном 68% опрошенных, 32% полностью не удовлетворены сном. Количество и качества сна не утраивает 25% респондентов из второй группы. Для третьей группы данный вопрос был не совсем уместен, но все же не удовлетворенными во сне оказалось лишь 13%.

Выводы. Оценка качества жизни женщин остается весьма актуальной проблемой. Качество жизни отличается у всех трех групп. Наиболее «отрицательные» ответы мы получали у представительниц первой группы, а наиболее «положительные» у женщин из второй группы. Исходя из этого, мы можем сделать вывод что, беременность и роды улучшают качество жизни и здоровье женщины.

Литература

1. Говоров С.В. Индивидуальный подход к оценке качества жизни беременных женщин, находящихся под наблюдением женских консультаций, и его прогнозирование по медико-социальным характеристикам: методические рекомендации / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко, П.Е. Чесноков, М.Н. Аль Шараа. – Воронеж: Издательство «Истоки», 2008. – 33 с.
2. Чесноков П.Е. Компоненты качества жизни беременных и их оценка в сравнении с данными женщин, зарегистрировавших брак / П.Е. Чесноков, С.В. Говоров, Г.Я. Клименко // Институт последипломного медицинского образования – 25 лет: сб. науч. тр. – Воронеж: Издательство «Консилиум», 2008. – С. 52-54.
3. Green D. R., Wegmann T. G. – The immunotrophic role of T cells in organ generation and regeneration. *Ptogr. Immunol.*, 1986, 6, 1100–1112.
4. James W.P., Ferro-Luzz A., Waterlow J.C. Definition of Chronic Energy Deficiency in Adults. Report of a Working Party of the International Dietary Energy Consultative Group // *European Journal of Clinical Nutrition*. 1988. 42. Pp. 969-81.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ В БЕЛАРУСИ НА РУБЕЖЕ XIX-XX ВЕКОВ

Е. М. Тищенко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

На рубеже XIX-XX веков в Беларуси возникает частная форма в системе многоукладности организационных форм медицинской помощи. Действительно, высокая стоимость частных медицинских услуг делала их доступными только конкретным слоям населения, а именно лицам с большими доходами. С другой стороны, в открывающихся частных лечебницах (1887-гинекологическая, 1904 – зубная, Гродно; 1889 – акушерская, Бобруйск; 1903 – глазная, Минск) зарождалась и оказывалась не столько общая, сколько специализированная помощь, а зубоврачебная помощь носила исключительно частный характер. Кроме того, вслед за аптеками организуемые частные кабинеты (Витебск, 1894; Минск, 1902) проводились химико-бактериологические, а затем (Минск, 1904) и патолого-гистологические исследования.

В 1907-1910 гг. в Минске организованы частные лечебницы: акушерско-гинекологическая, зубная, физических методов лечения и ортопедии. Частные лечебницы имели небольшое число коек. Так, в 1912 г. в Минске действовали 7 хирургических лечебниц на 8 и одна на 10 коек; 2 гинекологические на 14, 2 на 9, одна на 6 коек; родильный приют на 2 койки; офтальмологическая на 6 коек. В Гродно сохранились два жилых дома врачей (1906, 1911), в которых проводился прием больных.

В период нэпа была введена плата за медицинскую помощь в городах и для конкретных социальных групп. Так, с 1 мая 1922 г. в Витебской губернии плату вносили «Страховой Совет – за рабочих и служащих, Губэвак – за беженцев, Помгол – за прибывающих голодающих, индивидуально – кустари, земледельцы, нетрудовой элемент». Коечный фонд распределялся на три группы: хозрасчетный, застрахованный и бесплатный. К примеру, 10 июня 1922 г. совещание главных врачей больниц Витебска постановило больницы еврейскую и Красного Креста перевести на хозрасчет, оставив 40% коек для бесплатной помощи. В мае-июне 1922 г. доход больницы Красного Креста образован на 63,4% за счет платной помощи, 31,3% - из страховой кассы, 5,2% - из средств губздравицы. Во второй половине 1922 г. в больницах Витебска койко-день стоил от 3 до 6 млн. руб., а амбулаторное посещение – 500 тыс. руб. Несдерживаемая инфляция влияла на величину тарифов на медицинские услуги. Так, если в мае цена за роды составляла 10 млн., то в ноябре – 75 млн. руб. Укажем для сопоставления месячный доход врача 300-500 млн. руб.

От оплаты также освобождались красноармейцы и члены их семей, безработные члены профсоюза, иждивенцы и беднейшее население по справкам социального обеспечения. Лечение инфекционных, венерических, психических больных тоже было бесплатным.

В Западной Беларуси соответствии с распоряжением от 28 марта 1928 г. в общественных больницах вводился принцип самокупаемости, в том числе за счет взимания оплаты стоимости лечения от больных. При этом, что оплату лечения государственных служащих производило государство. Так, с 1 января 1929 г. в городской больнице Бреста была установлена оплата за койко-день 7 злотых для местных жителей и 8,5 злотых для иногородних. Однако уже к 1934 г. такса снизилась до 4-5 злотых. Размер тарифов за стационарное лечение устанавливался в пределах себестоимости. Тарифы утверждали местные органы власти, которые и обеспечивали их оплату. Они были переменными и зависели от вида помощи. Так, в 1930-е годы хирургический и акушерско-гинекологический койко-день стоил в Полесском воеводстве 5-10, Белостокском 4,5-6,5; соответственно терапевтический 4,8 и 3,5-5,5; инфекционный 2-5 и 2,5-4,5 злотых. Для сопоставления приведем зарплату врача государственных больниц Новогрудского воеводства (1931): 370-440 злотых, а также цены на некоторые продукты питания (1939): 1 кг хлеба – 0,29, сахара – 1, говядины – 1,05, животного масла – 3,8 злотых. Необходимо также констатировать, что стоимость лечения покрывалась из нескольких источников (например, в 1938 г. в 6 из 14 больниц Белостокского

воеводства больные оплачивали до 40% стоимости). Так, в 1938 г. в Гродненской городской больнице в 40,8% средства поступали из общественных страховых учреждений, 34,2% оплачивали больные, 25% - территориальные самоуправления. При этом средняя длительность лечения самооплачиваемых была самая низкая, что можно расценить и как результат воздействия на отношение больного к нахождению в больнице.

В ряде городов открывались частные лечебницы. Так, к 1938 г. в Гродно действовали 4 такие лечебницы акушерско-гинекологического и хирургического профиля по 5-10 коек. А в 1936 г. в Полесском воеводстве 40,3% всех врачей являлись вольнопрактикующими. Тарифы устанавливались по договорам или использовались принятые органами власти для данной территории.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО И ПЯТОГО КУРСОВ

***В. К. Третьякевич, Е. М. Тищенко, Г. И. Заборовский, О. В. Чечков,
Е. И. Трусъ, А. С. Балбатун.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Особенно актуальной является проблема здоровья студенческой молодежи. Студенты относятся к числу наименее социально защищенных групп населения, в то время как специфика учебного процесса и возрастные особенности предъявляют повышенные требования практически ко всем органам и системам их организма. Анализ научной литературы, посвященной здоровью студенческой молодежи, показывает, что за время обучения в вузе здоровье студентов не только не улучшается, но и в ряде случаев ухудшается. Сами студенты практически не предпринимают никаких мер к укреплению своего здоровья, хотя в рейтинге ценностей ставят здоровье на второе место после образования, вполне понимая, что высокий уровень здоровья дает конкурентные преимущества на рынке труда. Многие авторы обращают внимание на крайне высокую интенсивность современного учебного процесса, при котором студенты испытывают серьезный рост учебных нагрузок, который происходит при одновременном снижении физической активности и отсутствия сформированной приверженности к здоровому образу жизни. Указанные факторы негативно сказываются на состоянии физического и психического здоровья студентов.

Нами было изучено отношение студентов медицинского университета к здоровому образу жизни. В опросе с помощью специально разработанной анкеты принимали участие студенты 1 (179 человек) и 5 (262 человека) курсов лечебного факультета. На наш взгляд, такая подборка респондентов позволила сравнить осведомленность о данной проблеме у студентов как недавно начавших обучение в вузе, так и тех, кто через год станут выпускниками. В оценке состояния своего здоровья большинство