

Выводы: данный метод имеет высокую эффективность и его следует шире рекомендовать для амбулаторной практики. Пикфлуометр – простой портативный прибор, который желательно иметь каждому больному БА для наблюдения за колебаниями степени бронхиальной обструкции в течении дня, за реакцией на бронходилататоры в домашних условиях и прогнозированием обострения БА. По литературным данным 15% пациентов с БА не имеют ощущения развивающегося бронхоспазма так как субъективное восприятие отстаёт от реального. В этом случае измерение ПСВ даёт возможность усиления терапии для предотвращения приступа.

ШПИТАЛИ БЕЛАРУСИ

Романюк В.А

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.

Актуальность состоит в том, чтобы показать историю развития медицины Беларуси среди медицинского общества. Знание истории медицины позволяет делать выводы о причинах следственной связи между возникновением болезней и необходимостью создавать структурные подразделения, которые позволят ликвидировать те или иные актуальные патологии у людей.

Целью данной работы является изучение истории развития первых структурных медицинских подразделений с XV века на территории Беларуси.

Главной задачей работы является донесение до слушателя представления о первых шпиталях Беларуси и четкого хронологического их описания.

В XIV-XV вв. для оказания стационарной медицинской помощи создаются приюты для больных и раненных, назывались они “шпитали”. Впервые на территории нынешней Беларуси в 1495 г был открыт местной еврейской общиной в Бресте для бедных, престарелых и больных. В Бресте в 1503 г. открывается шпиталь при одной из христианских церквей. 5 июля 1624 г. открывается “шпиталя” Божьего Милосердия [1,2,4].

Подобно брестскому “шпиталю” в Минске в 1513 году был открыт первый шпиталь при Вознесенском монастыре. Первый шпиталь в Гродно был открыт в 1550 г., последующие два были открыты в 1561 и 1563 гг. В городе Зельве первый шпиталь был открыт в 1508 году, он был рассчитан на 10 коек. В Мозыре был открыт в 1513 г., в Поствах в 1522г., в Каменце 1534г., в Пинске в 1552 г., в Бобыничах в 1559 г., в Полоцке, Витебске не позднее 50-х годов XVI в., Пружанах в 1563 г., Слуцке в 1586 г., Логишине в 1634 г., в д. Вольно в середине XVII в. в местечке Щучин, в 1742 г., был основан “шпиталь” и первый конвент сестёр милосердия, в Гродно в 1775 году. В XVI веке начали часто появляться “братские шпитали”, которые содержались за счёт различных братств. По неполным сводкам на территории нынешней Беларуси в 1780 г. их располагалось 370. В них размещалось около 2 918 человек [3].

Вывод. Структурные медицинские заведения возникли в период вспышек эпидемий, так же во время других заболеваний. Шпитали, возникнув как учреждения со смешанными задачами, в дальнейшем претерпели значительные изменения. Одни из них превратились в богадельни, другие сохранили

функции приюта и больницы, третьи стали больницами. Они сыграли, таким образом, значительную роль в последующем развитии лечебных учреждений.

Литература.

1. Ващуковна-Каменеца, Д. Брест – город незабываемый / Данута Ващуковна-Каменеца ; пер.с пол. В. Линевиц. — Брест : Изд-во С. Лаврова, 2000. — 282 с
2. Грицкевич, В.П. С факелом Гипократа: Из истории белорусской медицины / В.П.Грицкевич. — Минск : Наука и техника, 1987. — С. 57.
3. Ишутин, О.С. Исторический очерк зарождения и становления военно-госпитального дела на территории Беларуси. Середина XV –конец XVIII столетия.
4. <http://www.oborudka.ru/handbook/391.htm>

ЭВТАНАЗИЯ: ЗА ИЛИ ПРОТИВ

Рубель А.В., Климович Е.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
д.м.н., профессор Тищенко Е.М.

Актуальность. Вопрос добровольного ухода из жизни с помощью врача - один из сложнейших морально-этических и юридических вопросов человечества. Существуют противоположные взгляды на проблему эвтаназии, и каждый из них имеет сторонников и противников [2]. Первые считают, что с моральной точки зрения, "страдания неизлечимо больного человека может остановить только смерть. Есть ли смысл обрекать на неимоверные муки обреченного больного?"; с юридической, - что "каждый человек имеет право принимать собственное решение о действиях, имеющих отношение непосредственно к нему". Вторые приводят иные доказательства: "умерщвление больного, как и непротивление его смерти, аморально и противоречит христианской морали. Что, если свершится "чудо" и человек, обреченный на смерть, выздоровеет? Применение эвтаназии стирает грань между милосердием и преднамеренным убийством. [1].

Цель и задачи исследования. Выяснить, кто же должен принимать решение и, кто должен осуществлять процедуру.

Методы исследования. С помощью специально разработанной анкеты, состоящей из 18 вопросов, нами был проведен опрос 142 врачей городских учреждений здравоохранения (из них мужчин – 64, женщин – 78). Для обработки данных была использована программа Статистика 6.0. Средний возраст опрошенных: 35,7 лет $\pm$ 0,45. Все анкетированные проживают в городе.

Результаты и выводы. Анализ анкет показал, что 42,5% врачей поддерживают, а 37,6% отвергают эвтаназию. Число врачей, затруднившихся с ответом как в целом, так и в отдельных возрастных группах, составило примерно 20%. Отношение врачей к эвтаназии меняется с возрастом в пользу противников последней: молодые врачи чаще поддерживают эвтаназию, врачи в возрасте старше 50 лет чаще высказываются против. Врачи-мужчины чаще поддерживают мысль о возможности эвтаназии, в то время как среди женщин количество поддерживающих и отвергающих ее распределилось примерно поровну. Мужчины в основном за активную, а женщины за пассивную. Соотношение готовых к эвтаназии к числу неспособных осуществить ее составило среди врачей 1:2,9. Четко прослеживается мнение, что больным в бессознательном состоянии проведение эвтаназии недопустимо. На вопрос о причи-