

УДК 614.2 – 053. – 3 – 055.2:316 (1919/1941)

М. Е. Абраменко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В БССР В 1919–1941 ГГ.: СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Введение

С момента образования БССР охрана материнства и детства была направлена на создание необходимых и благоприятных возможностей для рождения, выживания и защиты детей. Эта категория населения нуждается в особой поддержке и заботе со стороны государства, поскольку от этого зависит будущее страны, ее демографический статус и трудовой потенциал. Решение задач сохранения здоровья матерей и их детей проходило в неимоверно тяжелых условиях, порожденных войнами и революцией, когда само существование государственности Беларуси было под большим вопросом. Учитывая, что исследований по проблеме указанного периода в научной литературе белорусских ученых недостаточно, не безынтересна будет деятельность государства по защите здоровья матери и ребенка в этот исторический период, тем более, что демографическая проблема страны и в настоящее время по-прежнему является актуальной.

Цель

Показать в динамике процесс становления специализированного вида медицинской помощи в деле охраны материнства и младенчества.

Материалы и методы исследования

Охрана материнства и детства как социальная проблема в БССР в довоенный период (1919–1941 гг.). Использованы общенаучные и конкретно-исторические методы: историко-генетический, историко-сравнительный, историко-системный.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании впервые привлекаемых источников раскрыто содержание деятельности системы охраны здоровья детей.

Основная часть

Прошедшие в начале века трагические события, связанные с огромными потерями людских и материальных ресурсов, самым негативным образом отразились на состоянии здоровья женского и детского населения. Решениями и декретами СНК РСФСР был создан особый Совет защиты детей, женщины получали право на отпуска по беременности и родам, внебрачные дети были уравнианы с брачными в отношении прав и обязанностей и другие. На освобожденных территориях сразу стали реализовываться меры, направленные на защиту и охрану здоровья детей и женщин.

Уже с 1920 г., времени второго объявления БССР, перед органами здравоохранения встала ответственная задача по изысканию эффективных форм и методов охраны здоровья женщины. До этого на территории республики шли военные действия по освобождению республики от интервентов: сначала, немецких, затем польских. Исходя из этих решений, местные органы здравоохранения направляли свои усилия на организацию питания детей, создание домов ребенка, яслей, улучшение родовспоможения.

Учитывая, что до укрупнения БССР Витебская и Гомельская области были включены в состав России, то здесь, соответственно, уже велась работа по улучшению прежде всего материального положения женщин и детей.

В соответствии с указанием Наркомата внутренних дел РСФСР стали организовываться детские дома, куда помещались в первую очередь дети, родители которых погибли в боях за советскую власть. Летом 1920 г. такие дома были открыты в Червене и в Игнатичах Минского уездравкома.

Советские органы предпринимали усилия по улучшению питания детей. Так, по разнарядке НКЗ, РСФСР в Гомельскую губернию для отдела охраны материнства и детства были выделены 2400 пайков для беременных женщин и детей до 1 года. Женщины освобождались от трудовой повинности, переводились с тяжелых на более легкие работы, и что немаловажно в то время, имели право на дополнительное питание сверх трудового пайка. Это составляло норму 15 фунтов хлеба или муки, 1 фунт крупы, 1 фунт масла, 1 фунт сахара на месяц. Матери после рождения ребенка получали дефицитные мыло и керосин [1, Л.19]. Добавило трудностей и то, что в связи с голодом и волной беженства из южных районов России в Гомельскую губернию по согласованию с правительством, началась эвакуация голодающих и больных детей из Поволжья. Для их приема и лечения была подготовлена одна из городских больниц, куда доставлялись дети из санпоездов и детдомов. С августа по ноябрь 1921 г. в губернию прибыло 6850 детей, из них было передано на иждивение частным гражданам 1570, в организации 1296, в детские дома – 3984. Всего же в губернию прибыло 11465 детей [2, Л.28-29].

Одной из самых сложных задач, которую пришлось решать подотделам охраны материнства и детства, была подготовка кадров. Первоначально детские учреждения республики обеспечивались педиатрами из общего выпуска врачей медицинского факультета БГУ, большинство из которых составляли женщины. После реорганизации медицинского факультета БГУ в самостоятельный медицинский институт в нем наряду с санитарно-профилактическим был также открыт факультет лечебно-профилактический и охраны материнства и младенчества.

Будущие специалисты проходили предварительную стажировку в детских лечебно-профилактических учреждениях. На местах, при Домах грудного ребенка создавались краткосрочные курсы по подготовке медсестер. Такие усилия давали положительные результаты. В 1924 г. в минских консультациях и на дому было обследовано 63,5 % новорожденных. В яслях обслуживалось 90% детей застрахованных работниц, остальные 10% составляли дети безработных. Фабричные же ясли, Дом грудного ребенка и Дома ребенка обслуживали, главным образом, подкидышей, сирот и полусирот, имеющих одного из родителей.

К середине 20-х гг. в республике уже сложилась, хотя и недостаточно мощная, но уже зримая сеть детских дошкольных учреждений. В республике без учета учреждений Гомельского и Речицкого уездов имелось 16 домов ребенка, 7 яслей, 20 консультаций для беременных и грудных детей. Так создавалась действительно гуманная система здравоохранения в которой особое внимание уделялось охране здоровья матери и ребенка.

В начале 30-х гг. в связи с трудностями экономического характера число рожениц стало уменьшаться. К примеру, красноречива динамика количества женщин, рожавших в больнице, сделавших аборт в больницах, и вне больницы в среднем тогда по территории населению Буда-Кошелевском районе. За пять лет. с 1930 по 1934 гг. в больницах района родилось 602 ребенка, сделали аборт в больнице 1416 женщин, и вне больниц – 200. Соотношение родившихся и не родившихся жизней в среднем по территории и населению района просто катастрофическое. Главная здесь причина, это ухудшение жизни людей в начале 30-х гг., вызванное голодом 1933 г. порожденного

коллективизацией. А впереди вполне реально маячила угроза войны, которая требовала от государства наличие многочисленной армии. Реакцией правительства и явилось принятие в 1936 г. закона о запрете аборт.

Компенсируя жесткость закона о запрете абортов, государство принимало возможные меры по оказанию медицинской помощи многодетным семьям на содержание и воспитание детей. И это давало результаты. Выступая на XII Чрезвычайном съезде Советов БССР, Нарком здравоохранения П. П. Бурачевский говорил: «У нас в БССР имеется свыше 10 тыс. счастливых матерей, имеющих по семь и более детей каждая». Насчет счастливых матерей мнение спорное, но их количество факт впечатляющий.

К 1 января 1940 г. со времени выхода закона было выплачено многодетным матерям 134765 тыс. рублей, т.е. столько, сколько составляли в 1932 г. все расходы госбюджета на социально-культурные мероприятия.

Органы здравоохранения республики стали больше внимания уделять здоровью беременных женщин, родовспоможению. Если в 1914 г. только 3,5 % рожениц получали реальную медицинскую помощь, 1925 – 12, то в 1936 – 50,0 % в т. ч. на селе 40%. Но здесь изучая документы по проблеме можно усомниться. На селе родильные дома не пользовались репутацией лечебно-профилактических учреждений. В докладной записке по проверке работы органов здравоохранения в адрес Председателя СНК отмечалось, что родильные дома в республике находятся в неудовлетворительном состоянии. «Хаты-родильни не обеспечиваются питанием, не отапливаются», – указывалось в материалах проверки, – лекарства замерзают в пузырьках, горячую воду и питание акушерки приносят из дома». Так, в Зачищенской хате-родильне Борисовского района за 1938 г. здесь было принято лишь 15 рожениц, 75 родов были приняты акушеркой на дому, а 26 родов «обслужены» бабками [3, Л. 13,14]. Понятно, что такие хаты-родильни были не очень привлекательны для женщин. С укреплением материальной базы учреждений здравоохранения такая практика изживалась.

Наряду с консультациями, обслуживанием детей занимались общие поликлиники и специальные учреждения: детские диспансеры и поликлиники. Значительное развитие получила стационарная лечебно-профилактическая помощь детям. К концу 1932 г., кроме существующих детских больниц в Минске и Гомеле были открыты еще два детских лечебных учреждения и одно отделение в общей больнице. Всего в 1937г. имелось 4 самостоятельные детские больницы на 315 коек и 5 отделений на 127 коек.

Кроме того, в республике развивалось санаторное дело, активно открывались детские санатории. В 1940 г. функционировало 17 детских санаториев, в которых за год получили лечебно-профилактическую помощь 4824 ребенка.

Перед войной обострилась ситуация с детской заболеваемостью. В 1938г. (11 месяцев) в сравнении с 1937 г. 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 революционных показателей. – 180 случаев. По официальным данным, детская смертность в 1940 г. составляла 121 случай, тогда как в 1925 г. – 123, т. е. практически уменьшение показателей детской смертности не произошло. Как видно, ситуация в деле охраны здоровья матери и ребенка была неблагоприятной. Руководители здравоохранения в своих отчетах самокритично указывали причину такого положения – в неудовлетворительной постановке лечебного дела, но на более широкие обобщения не выходили.

Заключение

Таким образом, необходимо, безусловно, отметить внимание государства к проблеме охраны здоровья матери и ребенка: создание системы диспансерно - профилак-

тических и стационарных учреждений, количественный рост педиатрических кадров, поиск и внедрение новых форм работы, как и то, что качество оказываемой лечебной помощи беременным женщинам и детям было не высоким, недостаточно-профессиональный уровень педиатрической службы не способствовал созданию стабильности в этом важном направлении медицины.

В целом, отмечают многие исследователи, в довоенный период здоровье населения не улучшилось и это было связано с уровнем благосостояния, которое в рассматриваемый период обуславливалось условиями труда и быта. Это вполне сочетается с устоявшимися выводами сегодня о том, что здоровье населения зависит не только от уровня здравоохранения, но и их уровня жизни. Таких приемлемых условий в СССР к 1941 г. для подавляющего большинства населения создано не было.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственный архив общественных организаций Гомельской области (ГАООГО) – Ф. 1. – Оп. 1. – Д. 837; Д. – 6.
2. Государственный архив Гомельской области (ГАГО). – Ф. 64. – Оп. 1. – Д. 860.
3. Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Ф. 4. – Оп. 21. – Д. 1634.
4. НАРБ. – Ф. 8. – Оп. 6. – Д. 120.

УДК 796:[616-008.1-055.2:378.6-057.875]

О. П. Азимок, З. Г. Минковская, С. А. Орельская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОК ОСНОВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОМГМУ

Введение

Студенческая жизнь полна чрезвычайных и стрессогенных обстановок, поэтому учащиеся ВУЗов часто испытывают стресс и нервнопсихическое напряжение. Стресс может формироваться в результате большого потока информации, который студентам необходимо освоить, из-за неумения организовать режим труда и отдыха, во время сдачи экзаменов.

Адаптация к новым условиям обучения происходит благодаря мобилизации функциональных резервов организма и требует определенного напряжения регуляторных систем. Физическая нагрузка оказывает выраженное воздействие на организм человека, вызывая изменения в деятельности опорно-двигательного аппарата, обмена веществ, внутренних органов и нервной системы. С помощью физических упражнений повышаются адаптационные возможности организма и вызывают множественные адаптационные реакции сердечно-сосудистой системы. Сердечно-сосудистая система отличается весьма высокой реактивностью и одна из первых включается в адаптационные перестройки функционального состояния организма при мышечной деятельности. Степень стимуляции кровообращения зависит от мощности работы. Физические нагрузки способствуют повышению частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления, систолического и минутного объемов крови [1].