

Сидукова О. Л.

К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В СССР И РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Первопричиной возникновения детского лечебно-оздоровительного движения стала катастрофическая ситуация, связанная с ростом детской беспризорности, после событий Первой мировой, гражданской войн, революционными событиями 1917 года. В начале двадцатых годов XX века в медицинских кругах и правительственных инстанциях развернулась острая дискуссия по поводу создания государственной системы детского отдыха. Инициатором и теоретиком этого направления в советском здравоохранении был первый замнаркома здравоохранения СССР, З.П. Соловьев. В его деятельности дети занимали особое место. По его инициативе сразу же по окончании гражданской войны в СССР стала создаваться разветвленная сеть детских оздоровительных учреждений. Венцом его деятельности в этом направлении стал «Артек» – Всесоюзная экспериментальная детская здравница нового типа. Первые лагеря 20-х гг. были палаточными. В них не было водопровода и электричества, поэтому функционировали только в теплый период года. В таких лагерях дети должны были

фактически самостоятельно обустраивать свой быт, пренебрегая основными благами цивилизации. Для размещения детей на летний период проводилась также аренда школ, частных домов и дач в местных населенных пунктах. С 1937 года постепенно увеличиваются объемы строительства специальных отдельных зданий и целых поселений – детских городков – под дачи для маленьких детей и пионерские лагеря для школьников. В строительстве новых загородных учреждений активное участие принимают органы санитарного надзора. В 1959 году были утверждены Государственным комитетом Совета Министров СССР по делам строительства «Нормы проектирования лагерей» /Н 131-55/.

В 1930-1940-х годах в основе воспитательной работы в лагерях была идеологическая направленность. В основе организации пребывания детей в лагерях был заложен сельскохозяйственный труд и труд по самообслуживанию, привитие детям навыков личной и общественной гигиены, а досуговые мероприятия были направлены на повышение образовательного уровня детей, развитие их коммуникативных способностей. Так же уделялось внимание выработке правил внутреннего распорядка с акцентом на оздоровительную работу.

Великая отечественная война 1941-1945 годов перечеркнула все то, что годами создавалось, формировалось, зарабатывалось в пионерских лагерях. В этот период большое место в воспитательной работе отводилось шефским мероприятиям в госпиталях, помощи семьям фронтовиков, местным колхозам и совхозам, сбору металлолома, дикорастущих лекарственных трав, грибов, ягод, а также средств на строительство танков и самолётов.

В послевоенные годы число детей, охваченных оздоровительными мероприятиями, по СССР достигло огромных цифр. Только в пионерских лагерях в 1950 г. отдохнуло 24099 тыс. детей, в 1964 г. на отдых было направлено более 5 миллионов пионеров и школьников. Наряду с воспитательной и идеологической работой, внимание уделялось и оздоровительным мероприятиям. Обязательным для контроля за эффективности оздоровления начиная с 1953 г. у была оценка физического развития детей, масса тела, спирометрия, динамометрия, определение гемоглобина в крови, эритроцитов, лейкоцитов.

С 1960 по 1990 гг. в лагерях большое внимание уделялось оздоровительной работе. Участие органов здравоохранения по обслуживанию школьников во время летних каникул начиналось задолго до открытия оздоровительного сезона. Для проведения летней оздоровительной работы среди детей, осуществления постоянного контроля и оказания систематической помощи пионерским лагерям в феврале-марте городской исполнительный комитет утверждал городскую лагерную комиссию, в состав которой в обязательном порядке входит главный врач санитарно-эпидемиологической станции. На совещании главный врач санитарно-эпидемиологической станции (СЭС), по итогам предыдущего сезона, давал полную санитарную и эпидемиологическую характеристику всех территорий пионерских лагерей, сообщал о ходе выполнения плановых заданий по ремонту и благоустройству этих территорий, давал оценку уровня инфекционной заболеваемости среди местного населения и загрязнения местных водоемов, если это имело место, для принятия соответствующих мер по обеспечению безопасности пребывания на данной территории.

Для оказания лечебно-консультативной помощи детям и для обеспечения санитарно-эпидемиологического контроля за пионерскими лагерями и другими учреждениями городской отдел здравоохранения на период с 1 июня по 5 сентября в местах наибольшей дислокации детских летне-оздоровительных учреждений организует детские оздоровительные секторы.

Впервые детские оздоровительные секторы были организованы в г. Ленинграде в 1935 г. В каждый детский оздоровительный сектор входили:

- 1) поликлиника с приемами врачей-специалистов: консультанта-педиатра, хирурга, дерматолога, отоларинголога, окулиста и стоматолога;
- 2) работники санитарно-эпидемиологической службы: врач-эпидемиолог, санитарный врач, помощник эпидемиолога и помощник санитарного врача;
- 3) дезинфектор;
- 4) санитарный транспорт.

В тот период детские оздоровительные секторы являлись наиболее полезной формой организации медицинского обслуживания детей в летних условиях. Руководство сектора возлагалось на его главного врача. Контроль за работой медицинского персонала в пионерском лагере и методическое руководство, помимо сектора, осуществляются районными отделами здравоохранения города, откуда дети выехали в лагерь.

Разрешение на вывоз детей в пионерский лагерь выдавалось главным врачом санитарно-эпидемиологической станции, после предоставления акта комиссионной проверки готовности лагеря. В состав комиссии входил представитель санитарно-эпидемиологической станции, и других документов. Период пребывания детей в пионерском лагере составляло 26 дней. Летний отдых школьников Заполярья в пионерских лагерях Черноморского побережья Кавказа составлял 24, 40 и 50 дней (1974). В оздоровительном лагере Артек (1984) срок пребывания детей в летнее время – 30 дней. Наряду с оценкой санитарного состояния лагеря, оценкой питания, изучалась эффективность пребывания детей. Критериями оценки были:

- 1) антропометрические данные – масса тела, рост, окружность грудной клетки;
- 2) физиометрические данные – жизненная емкость легких (ЖЕЛ) и динамометрия;
- 3) данные общего анализа крови – уровень гемоглобина и эритроцитов;
- 4) соматические данные (жалобы, самочувствие, аппетит, сон, тургор тканей и др.) и заболеваемость анализируемой группы.
- 5) функциональная способность сердечно-сосудистой системы оценивалась путем проведения функциональной пробы.

Прибавка массы тела являлась абсолютно достоверным признаком эффективности пребывания детей в лагере. Предлагалось оценивать прибавку в весе по 5 группам: до 0,5 кг, от 0,5 до 1 кг, от 1 до 1,5 кг, от 1,5 до 2 кг, свыше 2 кг [2]. После проведения медицинского осмотра в 60-х оформлялись обменные карточки и направлялись для анализа в СЭС или в детскую поликлинику по месту жительства по договоренности [3].

В конце 1970-х годов появляются публикации о росте избыточной массы тела среди детей и подростков. В 1977 г. в организуются группы при пионерских санаторных лагерях для детей, страдающих ожирением [4]. В 80-х годах для оценки эффективности оздоровления по окончании пребывания в лагере врач определял в динамике, на 2-3 день после заезда и повторно за 1-2 дня до отъезда, массу тела, ЖЕЛ, мышечную силу, а также показатели развития двигательных качеств: бег на короткую дистанцию, прыжок в длину, дальность метания мяча. Длину тела не измеряли, так как за сравнительно короткий период пребывания ребенка в лагере динамику такого изменения выявить невозможно. При оценке показателей массы тела использовался дифференцированный подход с учетом исходного состояния. Так, для детей с избытком массы тела, улучшением являлось снижение, а ухудшение – прибавка массы тела. [5]

В связи с практически ликвидацией пионерской организации в начале 1990-х годов большинство лагерей прекратило свое существование; их финансирование оказалось практически прекращенным. Тем не менее, отдельные предприятия нашли способы материально обеспечить свои лагеря. Бывшие пионерские лагеря стали называть летними оздоровительными лагерями. В Республике Беларусь, начиная с 90-х годов количество стационарных летних лагерей постепенно сокращается. Так в 2015 г. было задействовано 155 (2014 г. – 164) стационарных оздоровительных лагерей и 20 (2014 г. – 27, 2013 – 40) санаторно-курортных и оздоровительных организаций. Уменьшается продолжительность пребывания детей в летних оздоровительных лагерях, которая составляет 18 дней. Это не всегда дает какой-либо ощутимый эффект в улучшении состояния здоровья детей. Более того, по данным государственного доклада о санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Беларусь за время обучения уменьшается количество детей первой группы здоровья наряду с увеличением наполняемости третьей группы здоровья, при этом в большей степени, чем 10 лет назад. [1] И это при этом на подготовку и функционирование стационарных оздоровительных лагерей выделяются значительные финансовые средства (в 2016 г. планируется 5,350 млрд рублей, в 2015 г. затрачено более 4,65 млрд рублей, в 2014 г. – более 3,7 млрд рублей, в 2013 г. – более 3,1 млрд рублей).

Таким образом, проблема повышения эффективности оздоровления детей в летний период продолжает оставаться актуальной. В настоящее время оценка эффективности пребывания детей в летнем лагере включает динамику таких показателей как: длины и массы тела, ЖЕЛ, мышечная сила и мышечная выносливость правой руки, функциональная способность сердечно-сосудистой системы. Несмотря на упрощение, данная методика достаточно трудоемка, не исключает ошибок при ее проведении, отсутствует единый реестр учета эффективности оздоровления контингента. Поэтому, одной из важных задач профилактической медицины является совершенствования методологии гигиенической оценки оздоровления детей в условиях пребывания в летнем оздоровительном лагере на стационарной основе с выявлением приоритетных проблем в состоянии здоровья школьников, факторов формирующих здоровье и разработкой конкретных мероприятий по его коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке.* 2015. 418 с.
2. *Вендель, С.М.* Справочное руководство по медицинскому обслуживанию детей в пионерских лагерях / С.М. Вендель. Л.: Медицина, 1966. 207 с.
3. *Корсунская, М.И.* Гигиенические требования к организации пионерского лагеря / М.И. Корсунская // Лекции для заочного обучения школьных врачей и врачей, обслуживающих школы и детские учреждения. М., 1961. 59 с.
4. *Лечение ожирения у детей в условиях пионерского санаторного лагеря : метод. рекомендации.* Караганда, 1977. 14с.
5. *Каневская, Л.Я.* Организация работы медицинского персонала в загородном пионерском лагере / Л.Я. Каневская. М., 1990. 30 с.