

© Андреев В.Ю., Нагирная Л.Н., Бектасова М.В., Шепарев А.А., Скварник В.В., 2019

УДК 616–053.2:613.95:614.2(571.63)(091)

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2019.1.98–100

Медико-санитарная помощь детскому населению Приморья в послевоенные годы (исторический экскурс)

В.Ю. Андреев, Л.Н. Нагирная, М.В. Бектасова, А.А. Шепарев, В.В. Скварник

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Организация и оказание медицинской помощи детям в послевоенный период, когда был утвержден 4-й пятилетний план развития народного хозяйства СССР (1946–1950) характеризовались рядом мер по улучшению здоровья детского населения Приморского края. Материалы Государственного архива Приморского края и другие источники литературы позволяют оценить развитие детского здравоохранения в Приморье после Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: дети, педиатрическая служба, инфекционные заболевания, санитарно-эпидемиологическая обстановка

В 1948 г. промышленное производство в Приморье достигло довоенного уровня. Здравоохранение края в 1946–1947 гг. испытывало дефицит кадров, так как за годы войны из края выбыло более тысячи врачей и средних медработников. Санитарно-эпидемиологическая служба из-за неукомплектованности кадрами, слабой материальной базы, отсутствия специального транспорта не могла в должной мере обеспечить благополучие территорий. Ухудшилось санитарное состояние и водоснабжение городов и сел. Производственные мощности банно-прачечных предприятий не обеспечивали потребности населения [2, 7]. Все это способствовало созданию неблагоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки. В крае отмечался рост заболеваемости брюшным тифом, скарлатиной, дизентерией, корью, дифтерией. Значительную долю в инфекционной заболеваемости занимали детские инфекции. Их подъем был обусловлен недостаточной профилактической работой с пациентами группы риска (недоношенные, дети на искусственном вскармливании, с заболеванием рахитом и др.). Из-за дефицита коечного фонда не все заболевшие дети поступали в стационарные инфекционные отделения, в ряде случаев отмечалась поздняя госпитализация. Среди беспризорников Владивостока появились случаи брюшного тифа [7].

Несмотря на сложную послевоенную санитарно-эпидемиологическую обстановку в Приморье усилия органов здравоохранения были направлены на совершенствование медицинской помощи населению. С 1948 г. детские больницы и отделения объединяются с консультациями и поликлиниками. Такая объединенная больница превращалась в научно-методический центр района. В ее задачу входило не только улучшение работы всех видов детских учреждений, но и повышение квалификации врачей-педиатров, в первую очередь

участковых. Теперь участковые врачи часть времени работали в детском стационаре, а часть времени вели прием в поликлинике (консультации) или оказывали помощь на дому. Так создалась трехзвеньевая система обслуживания (при двухзвеньевой системе врач-педиатр работал либо в больнице и в консультации, либо в больнице и на участке). При этом участковая сеть по обслуживанию детей в возрасте до 14 лет на дому была разукрупнена, что укрепило связь врача и медицинской сестры с семьей, улучшило качество медицинской помощи на дому, способствовало раннему выявлению начальных стадий заболеваний и своевременной госпитализации больных. Но новая система медицинского обслуживания имела ряд недостатков. В городах стационары находились на расстоянии 3–4 км и более от консультаций, поэтому работа врача сильно затруднялась из-за большой потери времени на дорогу, что отражалось на ее качестве.

В 1948–1950 гг. коечная сеть в детских больницах увеличилась на 116 единиц, но детская специализированная медицинская помощь в 1950 г. еще была слабо развита. Только во Владивостоке и Уссурийске проводились приемы детей оториноларингологом, окулистом и невропатологом. Для детей с хроническими формами дизентерии функционировали четыре специализированных детских сада на 340 мест. Дети с туберкулезной интоксикацией находились в двух детских яслях и группах детского сада (115 мест). В 1950 г. были развернуты: детская туберкулезная больница (50 коек), детский туберкулезный санаторий для детей раннего возраста (50 коек), костно-туберкулезная больница (75 коек), детский противотуберкулезный санаторий (75 коек) и санаторный детский дом на 100 мест. Сеть зубоврачебных кабинетов в крае была недостаточной, как правило, детские поликлиники не имели своих зубных кабинетов. В 1950 г. при стоматологической поликлинике г. Владивостока открылось детское зубоврачебное отделение на два кресла. В этом же году для оздоровления детей, больных ревматизмом,

при детском соматическом санатории организовано специальное отделение на 15 коек [7].

В марте 1951 г. на 5-м пленуме Совета лечебно-профилактической помощи детям МЗ СССР и РСФСР подведены итоги работы по объединению детских больниц с поликлиниками и консультациями. Было отмечено снижение внимания врачей-педиатров к профилактической работе, а также большое число детей, обслуживаемых на одном участке (1500 и более). Поэтому в качестве основной в педиатрии приняли двухзвеньевую систему медицинской помощи. По этой системе врачи детских консультаций, поликлиник и участковые врачи каждые 2–3 года в течение 5–6 месяцев должны были работать исключительно на базах детских больниц. В 1956 г. значительно усилилась профилактическая работа среди детей первого года жизни, произошло разукрупнение педиатрических участков [1, 8].

За 5-ю пятилетку (1951–1955) в Приморье по сравнению с 1940 г. на 146 % увеличилось количество мест в детских яслях, но и этого было недостаточно особенно в городах. Лишь 29 % детских яслей и садов находились в типовых учреждениях, к тому же повсеместно наблюдался дефицит в обеспечении твердым и мягким инвентарем, мебелью. Питание детей в дошкольных учреждениях осуществлялось без учета их физиологических потребностей. Плановый лабораторный контроль питания детей был организован только во Владивостоке, Уссурийске, Сучане и еще в четырех районах края [7].

В неудовлетворительном состоянии находились сезонные ясли, которые, как правило, развертывались в приспособленных помещениях, а в качестве обслуживающего персонала часто привлекались подростки и пенсионеры. Ясли были переполнены, не имели достаточного количества твердого и мягкого инвентаря, игрушек, неудовлетворительно снабжались продуктами питания [5]. Нарушение санитарно-гигиенических условий воспитания в яслях и садах способствовало росту детских инфекций, острых желудочно-кишечных заболеваний.

Санитарно-эпидемиологическая служба края испытывала значительные трудности в работе. В 1955 г. функционировало 38 санитарно-эпидемиологических станций (СЭС), но их кадровая обеспеченность была недостаточной. Объединение СЭС с районными больницами отрицательно сказалось на их работе и тормозило проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий [1, 8].

В 1955 г. под контролем СЭС находилось 1003 школы, в которых обучались 209,6 тыс. учащихся. Медико-санитарное обслуживание школ осуществляли 34 школьных врача, остальные должности были заняты средними медработниками. Обследование школ края, проведенное СЭС в 1956 г., выявило ряд нарушений: несоблюдение сменности занятий, режима проведения, рассаживания учащихся, недостаточность

освещения. Низким оставалось качество медицинского обслуживания, отсутствовал динамический контроль физического развития, неудовлетворительно было организовано гигиеническое обучение и воспитание. Углубленные медицинские осмотры учащихся проводились только в городских школах. В сельской местности школьники осматривались средними медработниками. Результаты медицинских осмотров не обобщались и не анализировались [6].

С 1956–57 учебного года в городских школах организуются группы продленного дня для 1–4 классов. В школах городов и поселков городского типа вводятся горячие завтраки для всех учащихся и соответствующее питание для групп продленного дня. Каждое лето в крае в 39 загородных пионерских лагерях и 11 оздоровительных площадках отдыхало более 22 тысяч детей и подростков.

В 1955 г. из осмотренных медкомиссией 3557 работающих подростков, у 34,4 % обнаружены отклонения в состоянии здоровья. Среди хронических заболеваний преобладали кариес зубов (35 %) и заболевания ЛОР-органов (14,4 %). Из 1000 учащихся фабрично-заводского ученичества и горно-промышленных школ осмотрены 812 (81,2 %), у 30 % выявлены нарушения в состоянии здоровья, в том числе: кариес зубов (38 %), хронический отит (26 %), заболевания носоглотки (24 %). У учащихся ремесленных училищ (2044 человека) хронические заболевания установлены у 46,5 %, в том числе кариес зубов (50 %), заболевания носоглотки (19 %), глистные инвазии (7,5 %) хронический отит (3,4 %). Все подростки с патологией были взяты на диспансерный учет [4].

В 15 детских домах Приморья находилось 954 воспитанника. Условия воспитания и обучения в них специалистами СЭС оценивались как удовлетворительные. 11 детских домов обслуживали врачи, в остальных работали фельдшеры и медицинские сестры. Углубленный медосмотр детей проводился один раз в год. Ослабленные и дети с туберкулезной интоксикацией ставились на диспансерный учет и получали дополнительное питание, рыбий жир, витамины [3].

Знаменательным событием для Приморья стало открытие в 1958 г. во Владивостоке медицинского института (ВМИ), сыгравшего важную роль в обеспечении края врачами-педиатрами, эпидемиологами, санитарными врачами, а в г. Лесозаводске – медицинского училища, которое вместе с Владивостокским и Уссурийским медучилищами решили проблему обеспечения края средними медицинскими работниками [1, 8].

Таким образом, в послевоенные годы (годы 4-й и 5-й пятилеток) в организации медицинского обслуживания детей и подростков края произошел ряд позитивных изменений. Окрепла и продолжала развиваться государственная система охраны материнства и детства, были заложены основы детской специализированной медицинской помощи. Все это позволило несколько снизить инфекционную заболеваемость

и детскую смертность. Вместе с тем в организации медицинского обслуживания детей и подростков оставался ряд нерешенных вопросов. Неудовлетворительно, с низким качеством проводились профилактические медицинские осмотры в детских учреждениях, сравнительно медленно развивалась специализированная медицинская помощь. Санитарно-эпидемиологическая служба не обеспечивала в должной мере контроль за условиями воспитания и обучения детей и подростков [1].

Внеочередной XXI съезд КПСС (1959) утвердил программу дальнейшего улучшения охраны здоровья трудящихся, предусматривавшую комплекс санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности населения, особенно детской. С 1959 г. реализуется идея строительства объединенных детских учреждений – ясли-сад. Объединение детей дошкольного и дошкольного возраста в одном учреждении наряду с положительными сторонами (преемственность в воспитании и обучении, удобство для родителей, единый персонал воспитателей и медработников, снижение напряженности процессов адаптации при переходе детей из ясельных групп) имели и отрицательные (основная – нарушение принципа групповой изоляции), которые способствовали увеличению общей и инфекционной заболеваемости. Медицинское обслуживание «организованных» детей в детских яслях-садах осуществлялось, как правило, средними медработниками.

В 1959 г. детские консультации реорганизируются в детские поликлиники. Расширение их сети и улучшение материально-технического оснащения дало возможность организовать во всех районах края базовые детские поликлиники со специализированными кабинетами узких специалистов (хирургов, логопедов, фтизиатров, невропатологов, окулистов). Улучшилось медицинское обслуживание новорожденных и детей первого года жизни. Так например, показатель числа новорожденных, матери которых были на дорожном патронаже, увеличился в 1960 г. до 60,1 % (1956 г. – 58,3 %). Показатель врачебного осмотра детей первого года жизни вырос до 93,9 % (1956 г. – 74,5 %), сестринского наблюдения – до 99,7 % (1956 г. – 86,6 %). Количество детей первого года жизни, находившихся на искусственном вскармливании снизилось до 7,7 % (1956 г. – 15,3 %). Отмечалось некоторое уменьшение заболеваемости дизентерией, дифтерией, скарлатиной, корью, пневмонией. Вместе с тем нельзя признать удовлетворительными темпы снижения детской инфекционной заболеваемости в крае в 1956–1960 годах. Низкой оставалась культура медицинского обслуживания детей в лечебных учреждениях.

Таким образом, медико-санитарное обеспечение детского населения Приморского края в послевоенные годы испытывало значительные трудности. В условиях перестройки промышленности на производство «мирной» продукции, недостаточного финансирования, здравоохранение и санитарно-эпидемиологическая служба прилагали немалые усилия для снижения детской заболеваемости и сохранения здоровья детей и подростков.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература / References

1. Андреев В.Ю. Охрана материнства и младенчества в Приморье // Здравоохранение РСФСР. 1981. № 3. С. 37–39.
Andreyanov V.Yu. Ohrana materinstva i mladenchestva v Primorye // Zdravoohranenie v RSFSR. 1981. No. 3. P. 37–39.
2. Государственный архив Приморского края (ГАПК). Ф. 91. Оп. 1. Д. 37. Л. 2–19.
State Archives of Primorsky Region (SAPR). F. 91. Inv. 4. File 37. P. 2–19.
3. ГАПК. Ф. 113. Оп. 1. Д. 24. Л. 10–14.
SARP. F. 113. Inv. 1. File 24. P. 10–14.
4. ГАПК. Ф. 268. Оп. 7. Д. 303. Л. 14–16.
SARP. F. 268. Inv. 7. File 303. P. 14–16.
5. ГАПК. Ф. 318. Оп. 1. Д. 39. Л. 8.
SARP. F. 318. Inv. 4. File 39. P. 8.
6. ГАПК. Ф. 318. Оп. 1. Д. 39. Л. 27.
SARP. F. 318. Inv. 4. File 39. P. 27.
7. Лухта П.А. Краткий очерк о здравоохранении Приморского края // Советское здравоохранение. 1957. № 1. С. 41–47.
Luhta P.A. Kratky ocherk o zdravoohranenii Primorskogo kraja // Sovetskoye Zdravoohranenie. 1957. No. 1. P. 41–47.
8. Маслов Д.В., Будаева И.Б., Васильева Н.А. История развития государственной санитарно-эпидемиологической службы Приморского края: мат. юбил. науч.-практ. конф., посвящ. 95-летию Госсанэпидслужбы России. Владивосток, 2017. С. 7–16.
Maslov D.V., Budaeva I.B., Vasilyeva N.A. Istoriya razvitiya gosudarstvennoy sanitarno-epidemiologicheskoy sluzhby Primorskogo kraja: materialy nauchno-prakticheskoy konferencii. Vladivostok, 2017. P. 7–16.

Поступила в редакцию 29.05.2018.

HEALTH CARE FOR THE CHILDREN OF PRIMORSKY TERRITORY IN THE POST-WAR YEARS (HISTORICAL DIGRESSION)

V.Yu. Andreyanov, L.N. Nagirnaya, M.V. Bektasova, A.A. Sheparev, V.V. Skvarnik
Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690002 Russian Federation)

Summary: Health care management and services for children during post-war period, when the 4th five-year-plan of the USSR national economy development was approved (1946–1950), was characterized by a range of measures to improve the health of the children's population of Primorsky territory. Materials of State archive of Primorsky territory enable to assess the development of children's health care in Primorsky territory after the Great Patriotic War.

Keywords: children, pediatric service, infectious diseases, health and disease control