

Публикации, посвящённые сохранению жизни и здоровья детей в период военного лихолетья 1941-1945 гг., конечно же, существуют. Но они, как правило, фрагментарны, отражают региональную ситуацию и не лишены субъективизма. Потребность в обобщающем исследовании остаётся актуальной. Попытку удовлетворить её предприняли профессор Валерий Альбицкий и доктор медицинских наук из НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Научно-клинического центра № 2 Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского Стелла Шер, поднявшие архивные документы. И сегодня мы представляем результаты их труда.

Ответственные задачи

Говоря о Великой Отечественной войне, нельзя не вспомнить о скромном, будничном подвиге российских педиатров. На фронте наши отцы, деды и прадеды, в том числе фронтовые медики, защищали право России на существование, а в тылу детские врачи сберегали её будущее – жизни детей. К началу Великой Отечественной войны в Советском Союзе функционировала уже достаточно эффективная государственная система охраны здоровья матери и ребёнка, которой выделяли четверть часть от общих расходов на здравоохранение, а в её учреждениях работал каждый пятый врач в стране.

Приоритетными направлениями медицинского обеспечения детского населения в период военного лихолетья стали сбережение жизни детей во время эвакуации их в тыл; организация медицинской помощи детскому контингенту, прежде всего эвакуированному; восстановление педиатрической службы на освобождённых от оккупантов территориях. Наиболее важными и сложными задачами являлись борьба с детскими инфекциями и социальной патологией, а также обеспечение детей рациональным питанием в условиях явной нехватки, а то и отсутствия необходимых продуктов.

В работе с эвакуированными детьми были очень серьёзные трудности, связанные в первую очередь с недостатком снабжения топливом, оборудованием, пищей, одеждой, обувью, с дефицитом квалифицированных медицинских и педагогических кадров. Большая часть детей находилась в тяжёлом физическом и моральном состоянии, с трудом адаптировалась к худшим жилищным условиям, страдала от разлуки с родителями или потери семьи. Несмотря на сложнейшую ситуацию и невероятные испытания, проведённая во время войны эвакуация детского населения и организация медицинского обеспечения эвакуированных позволили оберечь здоровье и жизнь сотням тысяч детей.

В областных отделах здравоохранения для руководства медицинским обслуживанием детских эвакуированных учреждений и контроля за их деятельностью были выделены специальные работники. В районах размещения учреждений с общим числом детей более 500 назначались врачи-инспекторы. Так, в Челябинской области работали 37 таких специалистов.

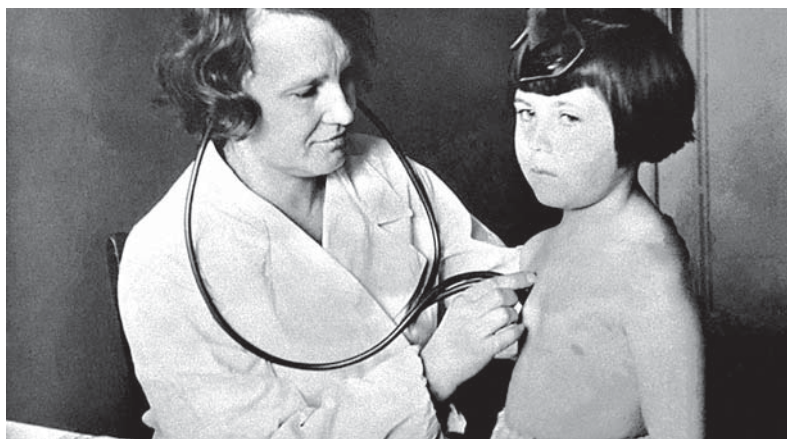
Да, в IV квартале 1941-го и в 1942 г. наблюдался значительный подъём заболеваемости среди эвакуированных детей. Но уже во второй половине 1942 г., когда все учреждения были укомплектованы медицинскими кадрами, заболеваемость начала снижаться.

Одним из значимых центров приёма эвакуированных стала Чувашская АССР. Её правительство принимало все возможные меры по срочному расширению лечебно-санитарных учреждений, что позволило увеличить количество детских коек. В городах республики были открыты молочные кухни, пункты по организации питания. Создавались детские сады и ясли

Былое

Спасители будущего

Охрана здоровья детей в годы Великой Отечественной войны



для эвакуированных. Для детей-реконвалесцентов, нуждавшихся в особом наблюдении и питании, организовывали санитарные группы.

В Горьковской области, несмотря на дефицит медицинского персонала, проводилась большая санитарно-гигиеническая и оздоровительная работа. Во всех эвакуированных детских домах и интернатах были организованы изоляторы для инфекционных больных, осуществлялась вакцинация воспитанников. Летом 1942 г. в области открыли 50 пионерских лагерей, в том числе санаторного типа.

Эвакуация детского населения вглубь страны потребовала развёртывания дополнительной сети детских учреждений. Увеличилось число штатных должностей. Если в 1940 г. укомплектованность врачами и патронажными сёстрами составляла 0,8, ранний охват детей консультациями – 50%, то в 1944 г. эти показатели увеличились соответственно до 1,4 и 80%. Широкое развитие получили дневные стационары при детских консультациях. Только за лето 1943 г. в РСФСР были развёрнуты дневные стационары почти на 29 тыс. коек. До войны они открывались преимущественно в летний период для детей с диспепсией. Поскольку возникла необходимость оказания помощи матерям в выхаживании недоношенных и ослабленных детей, то консультации переключили работу дневных стационаров по обслуживанию маленьких пациентов на зимний период. В дневных стационарах дети получали лечение, питание и квалифицированный уход. Чётко очерчивались функции врача и патронажной медсестры на участке и их роль в оздоровлении детей и предупреждении эпидемических вспышек. Работники консультаций брали на учёт всё детское население до 4 лет, проводили среди них профилактические прививки, организовывали оздоровительные мероприятия для ослабленных.

Заслон инфекциям

Буквально с первых месяцев войны принимается ряд нормативных документов, направленных на профилактику инфекционной патологии. Уже в августе 1941 г. выходит директивное письмо Наркомздрава СССР «О мерах по сохранению противотуберкулёзной сети и улучшению фтизиатрического обеспечения населения». А в январе 1942 г. появляется распоряжение Совнаркома СССР «О мероприятиях по предупреждению вспышек эпидемических заболеваний», согласно которому при эпидемическом комитете учёного медицинского совета Наркомздрава создаётся комиссия по детским инфекциям. Она принимает срочные меры по организации противозидемических и дезинфекционных

отрядов и увеличению противозидемических коек в больницах. Уполномоченные Наркомздрава СССР и госинспекторы проверяют в республиках и областях работу медицинских пунктов и эвакуопунктов на узловых железнодорожных станциях.

В 1942 г. по сравнению с 1940 г. на 28% увеличивается количество детских больничных коек. Причём почти половину из них составили инфекционные. Это позволило госпитализировать детей с дифтерией и скарлатиной. Для больных корью и коклюшем впервые открыли специализированные отделения.

Заместитель наркома здравоохранения СССР М.Ковригина 14 ноября 1942 г. утвердила инструктивно-методические указания «О проведении противозидемической работы городских детских консультациями, детскими поликлиниками и детскими амбулаториями». В документе указывалось, что детские амбулаторно-поликлинические учреждения несут полную ответственность за организацию и проведение всех противозидемических



мероприятий на прикрепленной территории. Подчеркивалось, что первоочередное внимание должно уделяться вакцинации; своевременному выявлению инфекционных больных и подозрительных на заболевание; своевременной и обязательной госпитализации больных скарлатиной, дифтерией, брюшным тифом и другими инфекциями; систематическому наблюдению за санитарно-эпидемическим состоянием.

Руководитель учреждения был обязан контролировать работу по серопротекции каждого участкового врача своего учреждения, разъяснять участковым врачам и медсёстрам, что случаи упорного отказа родителей от прививок являются результатом недостаточной санпросветработы с населением и не освобождают участковый персонал от необходимости своевременного проведения прививок. О случаях небрежно-

го отношения медперсонала к вакцинопрофилактике, особенно против кори, руководитель должен был незамедлительно сообщать в гор- и райздравотделы. При диагностировании инфекционного заболевания у ребёнка участковые врачи должны были принимать все необходимые меры для срочной госпитализации.

Большое внимание в документе отводилось проведению противозидемической вакцинации. Учёт детей в возрасте от 0 до 8 лет осуществлялся путём подворного обхода, выявления по записям в домовых книгах. Детские консультации должны были охватить прививками всех малышей первого года жизни. Ревакцинация детей в возрасте 4-5 и 10-11 лет возлагалась на детские поликлиники и амбулатории. Ребятам, посещавшим ясли, детсады, а также школьникам вакцинация проводилась в детских учреждениях.

В результате проведения системных противозидемических мероприятий был поставлен заслон эпидемиям детских инфекций: они не стали типичным явлением военного времени! Отмечался незначительный для этой ситуации, не приобретший характера эпидемии рост заболеваемости туберкулёзом, венерическими болезнями, малярией, но дальнейшее распространение этих социальных патологий было предотвращено.

В 1942 г. Наркомздрав СССР утвердил приказ по организации борьбы с туберкулёзом, в частности об обязательной вакцинации новорождённых БЦЖ. В циркулярном письме того же года «По раннему выявлению туберкулёза в поликлиниках, амбулаториях, детских консультациях и боль-

Накормить и обогреть

Для решения проблем питания советское правительство приняло целый ряд постановлений, причём попечение о ребёнке начиналось с заботы о будущей матери. В июле 1942 г. было введено дополнительное питание сверх установленной по карточкам нормы для будущих матерей, организовано снабжение донорским молоком детей младенческого возраста, а также обеспечение продовольственными карточками доноров грудного молока наравне с беременными. Созданы пункты сцеживания грудного молока, которые вели учёт младенцев, получавших молоко, и доноров, находившихся под врачебным контролем. В 1943 г. в промышленных центрах РСФСР было открыто 376 донорских пунктов, которые собирали большое количество грудного молока, почти полностью удовлетворяя потребность в нём. Число доноров в СССР в 1945 г. достигло 44 тыс.

С целью улучшения ситуации с детским питанием НКЗ СССР разработал и утвердил в декабре 1944 г. два положения: о молочной кухне и городской детской пищевой станции. Согласно первому, молочные кухни обязаны были обеспечивать питанием и лечебными смесями детей до года, допускать отпуск лечебных смесей детям до 3 лет по медицинским показаниям. Согласно второму положению, детские пищевые станции в системе детских ЛПУ являлись вспомогательными учреждениями, обеспечивающими по рецептам врачей полноценным общим и лечебным питанием здоровых и больных детей в возрасте до 4 лет.

Подъём младенческой смертности, обусловленной в значительной степени повышением заболеваемости острыми детскими инфекциями, удалось снизить уже в 1943 г., а в 1944-1945 гг. она уменьшилась в 2 раза по сравнению с довоенным 1940 г.

Переломный период

Осень 1942 г. можно обозначить как переломное время в деятельности советской системы охраны здоровья детей в годы Великой Отечественной войны. В августе было утверждено положение о филиале (отделении) городской детской консультации. Оно стало важным документом, направленным на укрепление здоровья детей раннего возраста. Согласно ему, в городах и городских посёлках организовывались филиалы детских консультаций для приближения медицинского обслуживания к населению, с целью разукрупнения консультаций, обслуживающих районы с общим количеством свыше 5 тыс. детского населения в возрасте 3 лет, для охвата разбросанных и отдалённых участков.

Филиалы предназначались для медицинского обследования больных и здоровых детей в возрасте до 3 лет с патронажем в первую очередь детей до года; все прочие виды обслуживания (помощь специалистов, физиотерапия и др.) проводились в основном в районной консультации. В филиале предусматривался отдельный приём больных и здоровых детей, фильтр для обратившихся, а также бокс для приёма заболевших.

Можно признать как центральное организационное событие в сфере охраны здоровья детей в период, когда наши войска вели ожесточённые бои в районе Ста-

линграда и казалось, не до других важных проблем, принятие 27 октября 1942 г. Совнаркомом СССР постановления «О мероприятиях по улучшению работы органов здравоохранения и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей». Данным документом Наркомздраву поручалось восстановить участковую систему обслуживания детей в городских детских консультациях и поликлиниках.

Нарком здравоохранения СССР Г.Митерев 13 ноября 1942 г. подписал Положение о детском враче города, городского района, рабочего посёлка, на которого возлагалось методическое руководство всеми детскими учреждениями. В документе указывалось, что городской (районный) педиатр является организатором и руководителем лечебно-профилактической помощи детям, несёт ответственность за медобслуживание детей всех возрастов. В его обязанности входили контроль рождаемости, заболеваемости и смертности, анализ деятельности детских ЛПУ,

разделам педиатрии, особенно по физиологии и патологии раннего возраста; обслуживание детских организованных коллективов поручить специально выделенным для этого врачам; максимальное внимание уделять 100-процентному охвату новорождённых с первых дней выписки из роддома, систематическому патронажу, грудному вскармливанию, своевременной вакцинации, борьбе с рахитом, гипотрофией.

Положение о республиканском, краевом, областном методическом кабинете по вопросам детского здравоохранения вышло 7 мая 1944 г.

В феврале 1945 г. М.Ковригина утвердила Инструктивное письмо по организации постоянных дневных стационаров. История проблемы такова. В ряде городов начиная с 1943 г. некоторые сезонные дневные стационары были переведены в функционирующие круглый год. Они показали свою эффективность. Поэтому было рекомендовано реорганизовать все сезонные дневные стационары в постояннодействующие.



разработка конкретных мероприятий по повышению качества помощи. В должностные обязанности городского педиатра входило также повышение квалификации сотрудников детских учреждений.

Новые формы

В июле 1943 г. утверждается Положение о стационаре для недоношенных. Такой стационар представлял собой небольшую самостоятельную структуру на 1-2 поста (10-20 коек) либо находился в составе родильного дома, дома младенца, яслей или детской больницы при полной своей изоляции. Наиболее целесообразным считалась организация стационара в составе роддома. Это был важный шаг для создания в будущем советской системы неонатологической помощи.

М.Ковригина 3 июля 1943 г. утвердила разработанную Центральным институтом педиатрии Инструкцию об организации в городах лечебно-профилактического обслуживания детей до 14 лет одним педиатром на участке. Напомним, ещё в середине 1930-х годов Г.Сперанский публично озвучил идею о необходимости объединения в педиатрической практике детей различных возрастов. Впервые же широко метод обслуживания единым педиатром детского населения в возрасте от 0 до 16 лет стали применять в блокаде Ленинграда в 1942 г.

В инструкции указывалось на необходимость объединения детской поликлиники с консультацией. Вся территория делилась на участки из расчёта 1500-2000 детей. Каждому участковому педиатру поручалось полное обслуживание детей амбулаторно и на дому. В помощь ему выделялись 2 медсестры. В едином внебольничном учреждении создавалась единая регистратура. Специализированная помощь детям всех возрастов организовывалась в районе в одном месте. При переходе на систему обслуживания детей единым педиатром необходимо было соблюдать следующие условия: обеспечить повышение квалификации участковых врачей по всем

К ним предъявлялись более высокие требования: помещение должно быть хорошо утеплённым, обеспеченным соответствующим оборудованием, с изолированным входом. Врачебное наблюдение поручалось наиболее квалифицированному врачу.

Одним из важнейших направлений системы охраны здоровья детей продолжало оставаться сохранение уровня медицинского обслуживания детей в организованных коллективах. На совещании, проведённом М.Ковригиной в сентябре 1943 г., обсуждались два вопроса: как организовать медико-санитарное обслуживание школ в условиях военного времени и как шире вовлечь в работу по санитарному просвещению педагогов и самих школьников. М.Ковригина отмечала, что у школьных медицинских работников часто отсутствовала связь с педагогами.

В нормативном документе от марта 1945 г. указывалось: «Для обслуживания школ и детских садов, находившихся в районе деятельности поликлиники, амбулатории, в штате последних устанавливаются дополнительно врачебные и медсестринские должности из расчёта 1 врач на 2500-3000 школьников и 600-800 дошкольников и 1 медсестра на 800-1200 школьников и 100 дошкольников».

Экстремальные условия военного времени потребовали внедрения новых неординарных организационных технологий, оперативно повышающих качество лечебно-профилактической помощи детскому контингенту. Эти технологии не только оказались эффективными в тех условиях, но и стали обязательными, важными составляющими детского здравоохранения в послевоенные годы. Переход в конце 1940-х годов к поликлиническому обслуживанию детей всех возрастов одним врачом-педиатром осуществлялся с опорой на организационные основы, которые в значимой степени были разработаны и апробированы в военные годы.

Подготовила
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».