

© Коллектив авторов, 2003

Р. А. Дубинский, В. П. Боряк, М. И. Павлюк, Л. В. Михайленко

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ В ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ

Пятигорская фармацевтическая Академия (ректор проф. Е. Н. Вергейчик), Пятигорский санаторий «Родник» (дир. — главный врач, д.м.н. В. П. Боряк), Пятигорский НИ Центр «Фитопрофилактика» (рук. проф. Р. А. Дубинский), РФ

Выступая на последнем съезде врачей СССР (1988) министр здравоохранения академик Е.И.Чазов в своем докладе сказал: «Объявленная основным принципом советского здравоохранения профилактика, сыгравшая большую роль на первом этапе развития здравоохранения в борьбе с эпидемиями, постепенно обрела лозунгами и благими пожеланиями, на деле перестала быть основным методом активной борьбы за сохранение здоровья народа». Далее, определяя приоритеты в различных областях здравоохранения, Е. И. Чазов сказал: «Если прежде главной задачей гигиены была профилактика заболеваний, то, не снижая внимания к этому направлению, приоритетом должна стать работа по повышению уровня здоровья».

Несмотря на жесткую и четкую характеристику проблемы и пути ее решения, ситуация за прошедший период продолжает ухудшаться. В настоящее время в детских садах и школах работают, в основном, бывшие участковые врачи, а ныне пенсионеры. Вся свою профессиональную жизнь они диагностировали и лечили. Но профилактика — это суверенная часть медицины со своими принципами, методами, критериями, которые школьным врачам не знакомы. Вне периода, когда под контролем СЭС делают детям профилактические прививки, школьный врач проводит «углубленный» осмотр, хотя, по имеющимся у школьного врача возможностям, — это фонендоскоп и, в лучшем случае, исправный тонометр, подобный осмотр назвать «углубленным» нельзя. Но «углубленный» осмотр — это только констатация сложившейся ситуации — здоров, болен, ослаблен. Для работы по повышению уровня здоровья детей у школьных врачей в настоящее время нет ни знаний, ни методов, ни специального оборудования, ни критериев оценки эффективности подобной работы.

В настоящее время из гигиены начала выделяться наука о здоровье — валеология. Служба СЭС проблемами валеологии не занимается, поскольку они принципиально отличаются от той профилактики, которая входит в круг обязанностей и проводится СЭС. Что же касается детских больнично-поликлинических объединений, то они вообще работают по обращаемости, т.е. тогда, когда ребенок уже болен и поступает на лечение. Поэтому ситуация складывается

так, что в функционирующей ныне системе организации медицинской помощи детям, т.е. педиатрии, здоровьем и его повышением заниматься некому. Лечить болезни — вот единственное направление деятельности педиатрической службы и профилактика инфекционной заболеваемости совместно со службой санэпиднадзора.

Все это привело к ситуации, которая в «Государственном докладе о состоянии здоровья населения России» охарактеризована следующим образом: «По-прежнему привлекают внимание длительно и часто болеющие дети, которые впоследствии становятся хроническими больными. Число их не снижается, и они составляют 20% от общего числа детей раннего и дошкольного возраста и при этом формируют 46% общей заболеваемости». «Среди детей, поступающих в школу, 20% уже имеют хронические заболевания и не могут быть признаны здоровыми». «Около 53% учащихся общеобразовательных школ имеют ослабленное здоровье. Доля здоровых детей к концу обучения в школе не превышает 20—25%».

Итак, в школу приходят 20% уже больных детей, а заканчивают школу только 20—25% здоровых или 75—80% больных. Отсюда и следующая тревожная констатация.

«Только 20% юношей призывного возраста имеют уровень здоровья, который позволяет им служить в армии, если пользоваться мировыми стандартами годности к военной службе».

У девушек ситуация со здоровьем не лучше, чем у юношей. «Данные многочисленных исследований показывают, что к 14—17 годам, когда в целом завершается формирование девочки как будущей матери, и девушки вступают в детородный период, практически у каждой десятой отмечено дисгармоничное развитие, у каждой четвертой — нарушения формирования скелета, в 14% случаев выявлена артериальная гипертензия. Изменения в состоянии здоровья более 30% девушек позволяют их отнести в группу с хроническими болезненными состояниями (III группа здоровья)». Когда мы обратились в Минздрав России с просьбой оказать содействие в организации и проведении в любом регионе с ухудшенной экологией, в том числе и в зоне «чернобыльского следа», работы по повышению уровня здоровья детей и на этой

основе снижения общей заболеваемости, то в присланном ответе отмечалось: «Одновременно сообщаем, что в настоящее время в перечне врачебных специальностей нет специалиста-валеолога».

Решение предельно простое: нет в перечне соответствующей специальности — нет и проблемы. Но при такой позиции первичная профилактика в детских дошкольных и школьных коллективах сама по себе не организуется и проводиться не будет. Проблему надо решать, начиная с организационных вопросов: кто должен организовывать, проводить и отчитываться за результаты этого вида деятельности? В чем должна заключаться медицинская работа по повышению уровня здоровья?

Тем не менее жизнь нуждается в такой работе, и поэтому Министерство образования России при Академии повышения квалификации работников образования создало «Федеральный центр общей и педагогической валеологии», который активно работает над проблемами валеологии не только в России, но имеет отдел «Международных программ» и одновременно готовит педагогов-валеологов. Но без врача-валеолога эффективность работы педагога-валеолога очень мала.

Поэтому возникает вопрос: нужна ли и что может дать в детских организованных коллективах медицинская работа по повышению уровня здоровья детей для снижения очень высокой общей заболеваемости и связанным с ней экономическим и социальным ущербами? В ответе на этот вопрос мы приведем материалы нашей исследовательской работы, выполненной совместно с энтузиастами врачами и педагогами в различных регионах России.

При разработке технологии «Фитоаэроионизация» мы исходили из следующих известных научных фактов. В климатолечебных местностях порознь или совместно всегда имеются в числе других два позитивно действующих компонента — природный фитофон и естественная аэроионизация. В городах, особенно крупных, с их асфальтовыми покрытиями, промышленными выбросами в атмосферу и выхлопами автотранспорта эти жизненно необходимые компоненты частично или полностью отсутствуют [1]. Эти два биологически активных природных компонента мы и объединили в единый физическо-химический биологически активный комплекс — фитоаэроион. Фитоаэроионы генерируются разработанным нами прибором — фитоаэроионизатором.

Генерируя в помещении фитоаэроионы, вне зависимости от климатической и ландшафтной зоны, можно

создавать любые сочетания фитофона с аэроионизацией, даже отсутствующие в природе [2]. Например, одновременное сочетание в школьном классе или игровой комнате детского сада фитофона кедровых массивов сибирской тайги или цветущего среднерусского весеннего пойменного луга с высокой аэроионизацией в районе кавказского высокогорного водопада. Альпинистам хорошо известно, как быстро проходит усталость от маршрута, когда привал делают вблизи горного водопада.

Отлично известно и многие испытали на себе, что короткий сон на сеновале, даже без дополнительной высокой аэроионизации, только за счет фитофона энергично снимает усталость и придает бодрость значительно большую, чем длительный сон в городской квартире на поролоновом матрасе [3]. Поэтому, чтобы получить дозу фитофона, дополненную аэроионами, те, кто имеет такую возможность, несмотря на прекрасные квартиры в элитных домах в Москве, ежедневно выезжают за десятки километров от Москвы на дачу в хвойном бору, чтобы за ночь снять усталость от рабочего дня и одновременно повысить уровень здоровья.

Действие фитоаэроионизации общеорганизменное и, в основном, заключается в активизации механизмов регуляции гомеостаза, что ведет к повышению резистентности и адаптационного потенциала организма, вследствие чего общая заболеваемость снижается [4, 5].

Как видно из табл. 1 и 2, количество случаев заболеваний сократилось на 30—40%, что является свидетельством возрастания резистентности организма детей. Снижение количества дней, пропущенных по болезни, в процентном отношении всегда несколько больше, чем снижение количества случаев заболеваний. Отсюда следует, что средняя длительность одного заболевания, как показатель тяжести болезни, снижается, что означает, что дети стали болеть не только реже, но и легче.

Несомненный интерес представляют результаты анкетирования родителей, дети которых страдали хроническим назофарингитом и бронхитом (табл. 3).

Общую положительную оценку действия процедур фитоаэроионизации дали 91,6% опрошенных родителей. Остальные 8,4% не имели определенного мнения. Отрицательных результатов никто не отметил.

Главный и основной эффект, получаемый при курсовом применении в детских садах фитоаэроионизации, — это повышение адаптационного потенциала организма и возрастание защитных функций иммунитета [6].

Таблица 1

**Динамика показателей общей заболеваемости в некоторых детских садах
Пятигорска под действием фитоаэроионизации**

Наименование сада	Число	Контрольная группа	Фитоаэроионизация		% снижения показателей
			1-й год	2-й год	
«Красная гвоздика» № 36	случаев	185,6 ± 0,08	152,8 ± 0,07	104,1 ± 0,09	43,9
	дней	2338,8 ± 0,35	1686,8 ± 0,39	1192,8 ± 0,47	49,0
«Аленушка» № 37	случаев	181,2 ± 0,07	174,0 ± 0,07	132,0 ± 0,08	27,2
	дней	2239,4 ± 0,36	2046,4 ± 0,12	1530,0 ± 0,42	31,7
«Дружба» № 40	случаев	204,4 ± 0,06	158,0 ± 0,07	134,4 ± 0,08	34,3
	дней	2346,8 ± 0,43	1801,6 ± 0,38	1351,6 ± 0,41	42,2

Контрольная группа — дети тех же детских садов, но за один год до начала проведения фитоаэроионизации.

Таблица 2

Динамика заболеваемости ОРВИ (грипп) у наблюдаемых детей

Наименование сада	Число	Контрольная группа	Фитоаэроионизация		%, снижения показателей
			1-й год	2-й год	
«Красная гвоздика» № 36	случаев	129,6 ± 0,08	107,2 ± 0,09	78,8 ± 0,10	39,2
	дней	1476,0 ± 0,43	1226,4 ± 0,46	852,4 ± 0,54	42,2
«Аленушка» № 37	случаев	115,6 ± 0,08	108,0 ± 0,09	77,2 ± 0,10	33,2
	дней	1332,0 ± 0,45	1242,0 ± 0,46	854,0 ± 0,55	35,9
«Дружба» № 40	случаев	147,2 ± 0,07	118,8 ± 0,08	106,4 ± 0,09	27,7
	дней	1667,6 ± 0,40	1335,2 ± 0,44	1056,4 ± 0,47	36,7

Таблица 3

Результаты эффективности фитоаэроионизации по данным анкетирования родителей часто и длительно болеющих детей

Диагноз	Симптом	Частота, %		
		отсутствии	уменьшение	без изменений
Хронический назофарингит	Насморк	54,8%	25,8%	19,4%
Хронический бронхит	Кашель	57,1%	21,4%	21,5%

Обратило на себя внимание резкое снижение не только тяжести течения болезней, но и количества осложнений после них. Так, достаточно часто встречающееся заболевание — отит, обычно, как первичное, бывает редко, а, как правило, является осложнением после гриппа или некоторых заболеваний носоглотки. В результате проведения курсов фитоаэроионизации отиты практически прекратились. По результатам анкетирования родителей выяснилось также и следующее. Такой тяжелый недуг, влияющий отрицательно на физический и психический статус ребенка, как энурез, а этим заболеванием страдают до 10% детей, значительно уменьшается и облегчается. При этом около 20% детей, болеющих энурезом, вообще избавляются от этого недуга, около 40% получают значительное облегчение, без изменений — у 40%. Естественно, что последние две группы необходимо лечить у специалистов, а фитоаэроионизация, несомненно, повысит эффективность лечения.

В детских садах есть группа «длительно и тяжело болеющих». В соответствии с приказом в эту группу относят всех детей, которые в течение года болеют 4 и более раз. Мы вели персональное наблюдение за такими очень ослабленными детьми. После первого года проведения курсов фитоаэроионизации в этой группе из бывшего состава ни в одном из садиков никого не оставалось, а некоторые дети переходили в альтернативную группу, которая в приказе названа «индекс здоровья». Участники группы «индекс здоровья» за второй год ни разу не болели с пропуском посещений сада [7].

Фитоаэроионизация обладает мощным антиаллергическим действием, блокируя в 90% случаев начавшиеся поллинозы при цветении амброзии и других растений [8].

Экономические расчеты, выполненные нашим коллективом, а затем подтвержденные экспертными оценками экономистов, показывают, что на 1 рубль затрат на организацию и проведение фитоаэроионизации снижение экономического ущерба, вызываемого расходами на лечение заболеваний детей, оплаты матерям больничных листов «по уходу за больным» и другие экономические потери, уже в первый год уменьшаются на 30—40 руб.

Расходы на организацию и проведение фитоаэроионизации в одной средней школе в ценах конца 2001 г. следующие. В первый год затраты на приобретение оборудования, обучение персонала, методические пособия, фитопрепараты составляют 15 тыс. руб. Количество обслуживаемых реципиентов одной установкой до 1000 человек или 15 руб. в год на одного ребенка. В последующие годы расходы предстоят только на фитопрепараты — это не более 2,5—3 тыс. рублей на год или не более 3 руб. на ребенка. При этом следует учесть, что снижается заболеваемость и учителей, что способствует повышению успеваемости школьников.

В г. Верхняя Пышма (Свердловская область) с очень тяжелой экологической обстановкой работа была проведена в 30 детских садах и школах. Общая заболеваемость детей была снижена на 20—25% при одновременном повышении успеваемости.

Мы имеем многочисленные отзывы из Москвы, Санкт-Петербурга, Владикавказа, Сибири, Дальнего Востока, но это применение фитоаэроионизации отдельными энтузиастами врачами и педагогами. Настоящую медицинскую, экономическую и социальную эффективность можно получить только при системном проведении работы по повышению уровня здоровья детей, особенно в городах с ухудшенной экологией, в том числе и «чернобыльского следа». Дело в том, что ухудшенная экология вследствие постоянного прессинга на адаптационный потенциал и резистентность организма приводит к их угнетению и, как следствие, повышению и утяжелению заболеваемости. Фитоаэроионизация повышает защитные силы организма и этим частично блокирует неблагоприятное действие внешней среды на организм и, как результат, снижает заболеваемость, одновременно облегчая ее.

Для проведения системной работы по первичной профилактике необходимо пересмотреть функциональные обязанности педиатрической службы в детских коллекти-

вах, определить субъекта, ответственного за эту работу и исполнителя; провести большую организационную работу, в том числе и обучение медицинского персонала; создать в школах и садах «кабинеты здоровья и реабилитации». Кабинеты здоровья и реабилитации должны быть не в поликлинике, а в садах и школах. Для этого необходимо ввести прогностические осмотры детей с последующей работой по повышению адаптационного потенциала их организма [9].

Нам представляется, что эта работа должна быть проведена следующим образом. Существующая, но несколько модернизированная и реорганизованная педиатрическая служба в детских садах и школах под контролем СЭС, выполняет эту работу примерно так, как сейчас педиатры проводят профилактические прививки под контролем СЭС. Если работу по повышению уровня здоровья, т.е. по первичной профилактике, поручить только педиатрам, т.е. клиницистам, то в силу своей профессиональной идеологии и подготовки, а в наших краях это ныне пенсионеры, а ранее участковые врачи поликлиник, будут продолжать делать то, что делали всю свою профессиональную жизнь — «осматривать, выявлять и лечить» уже больных, — а заболеваемость будет по-прежнему возрастать с одновременным ухудшением здоровья детей. Об этом свидетельствует многолетняя реальность.

Однако, даже работая под контролем профилактической службы СЭС, педиатры-клиницисты должны пройти подготовку по первичной профилактике или как ее сейчас начинают называть — валеологии. Кроме понимания проблемы, следует обучить методикам выполнения необходимых процедур, проведению не только диспансерных осмотров для выявления уже больных детей, как это делают ныне, но также прогностических осмотров с определенным групп здоровья, введение данных в компьютер и отслеживание динамики уровня здоровья и не только коллектива, но и каждого ребенка в соответствии со специализированными компьютерными программами.

Кроме того, уже организаторы здравоохранения на уровне небольших городов или районов крупных городов должны подготовить, хотя бы в первом приближении, материалы по оснащению «кабинетов здоровья и реабилитации» и порядке их обслуживания, соответственно определив обязанности врачей и медсестер. Мы понимаем, что создавать самостоятельную новую службу здоровья, действующую одновременно с существующей службой лечения, нельзя, да и смысла в этом нет. Педагоги стали в пределах своих штатов готовить педагогов-валеологов, а это тот опыт, который медикам необходимо использовать. Все перечисленное и многое другое потребует начинать работу с организаторов здравоохранения. Наш НИИ Центр «Фитопрофилактика» попытался начать такую совместную работу, но, к сожалению, не нашел понимания и партнеров среди организаторов здравоохранения различных уровней. С отдельными энтузиастами — врачами и педагогами — мы очень успешно работаем, о чем есть много отзывов, но проблему решать можно только через систему. Тогда станет видна не только медицинская, но социальная и экономическая части проблемы.

Затронутая нами проблема дискуссионна, и может быть решена многовариантно, но время для рассуждений давно ушло и надо начинать работу. Поэтому, если будут желающие совместно с нами практически решать поставленные в статье вопросы, мы готовы безвозмездно передать не только наши разработки, но и оказать необходимую научно-методическую и консультативную помощь. Условие только одно — это не должно быть отдельное учреждение с энтузиастом-директором школы или заведующим детским садом. Этот этап уже давно нами пройден. Необходима организация системы, а это обязательно несколько десятков детских учреждений с участием педагогов, организаторов медицинской педиатрической службы и школьно-дошкольного образования, школьных и дошкольных врачей, сотрудников профилактической службы, гигиенисты и санитарные врачи. После того, как будет получен положительный результат, можно надеяться, что Минздрав России обратит внимание на необходимость решения этой проблемы и начнет оказывать содействие развитию и расширению работы по повышению уровня здоровья детей.

Мы полагаем, что наилучшим вариантом было бы создание «Федерального центра валеологии» при службе санэпиднадзора, которая ближе всех должна быть к профилактической работе. Этот центр должен быть аналогичным и сразу же начать сотрудничество с «Центром педагогической валеологии» Министерства образования.

Если не начать эту новую для педиатрической службы работу по повышению уровня здоровья детей без поддержки и участия организаторов здравоохранения и работников профилактической службы Госсанэпиднадзора, то профилактика, по образному выражению академика Е.И. Чазова, «останется лозунгом и не станет основным методом активной борьбы за сохранение здоровья народа».

ЛИТЕРАТУРА

1. Минх А. А. Ионизация воздуха и ее гигиеническое значение. — М., 1963. — 353 с.
2. Боряк В. П., Дубинский Р. А. Способ повышения резистентности организма человека. — Патент № 2043112. Приоритет от 04.02.94.
3. Макарьчук Н. М., Лецинская Я. С., Акимов Ю. А. и др. Фитонциды в медицине. — Киев, 1990. — 211 с.
4. Брехман И. И. Человек и биологически активные вещества. — Л., 1976. — 112 с.
5. Дубинский Р. А., Боряк В. П., Павлюк М. И. Способ повышения адаптационного уровня детей (Методические рекомендации). — М., 1996. — 16 с.
6. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма. — Ростов-на-Дону, 1990. — 224 с.
7. Сердюковская Г. Н., Сухарев А. Г. Гигиена детей и подростков. — М., 1986. — 495 с.
8. Дубинский Р. А. Способ профилактики поллинозов. — Патент № 2056114. Приоритет от 13.05.95.
9. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. — М., 1979. — 295 с.