

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО ШКОЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ

Т. А. Николаева, Г. Н. Сердюковская

В 1959 г. в Париже состоялся конгресс по школьной гигиене, на котором СССР представляли авторы настоящей статьи. На конгресс приехали делегации от 33 стран — Чехословакии, Польши, ГДР, США, Англии, Италии и др. Всего было около 250 участников и столько же гостей, главным образом школьных врачей Парижа и ближайших населенных мест.

Председателем конгресса был известный французский профессор Робер Дебре.

Конгресс был посвящен трем основным проблемам: причинам пропуска школьниками учебных занятий, режиму школьных занятий, разным вопросам, главным образом проблеме эпилепсии у школьников.

Всего было заслушано 85 докладов и сообщений, в том числе доклад Г. Н. Сердюковской об организации школьно-санитарного дела в СССР. Наибольшее число докладов, естественно, было представлено французскими врачами, в основном практиками. Это объясняется особым отношением во Франции к вопросам охраны материнства и детства и заботой о росте рождаемости в связи с известным фактом резкого падения рождаемости перед войной и во время войны 1940—1945 гг.

Первый день работы конгресса был посвящен проблеме инфекционной заболеваемости школьников и пропуска ими школьных занятий. Основные доклады по этой проблеме были сделаны доктором Вермель (Франция), проф. Янда (Чехословакия), проф. Мациконачи (Франция) и доктором Конти (Италия).

Доклады доктора Вермель «Новые меры профилактики инфекционных болезней у школьников» и проф. Янда «Пропуски школьных занятий в связи с заболеваниями детей инфекционными заболеваниями» были по своему построению и выводам весьма схожими. Оба докладчика подчеркнули общеизвестный факт о том, что в детской патологии имеют значение главным образом инфекционные заболевания, обуславливающие наибольшее число пропусков школьных занятий.

Докладчики подчеркнули значение вирусных инфекций, особенно эпидемического гепатита, кори, краснухи и заболеваний, связанных с гемолитическим стрептококком группы А.

Доктор Вермель выдвинул следующие предложения по борьбе с отдельными инфекциями — длительное в малых дозах применение пенициллина и сульфаниламидных препаратов для профилактики стрептококковых инфекций и для борьбы с рецидивами ревматизма. По существу эту точку зрения поддержали проф. Янда и остальные докладчики.

Однако никто из многочисленных докладчиков, предлагавших широкое и длительное применение антибиотиков, а также выступавшие в прениях по докладу не остановились на вопросах тяжелых последствий неограниченного и подчас нерационального использования антибиотиков. Мы считаем, что в этом отношении участники конгресса были неправильно ориентированы и следовало бы более осторожно и вдум-

чиво отнестись к вопросу о дальнейшем все более широком использовании антибиотиков.

В отношении профилактики брюшного тифа и паратифов доктор Вермель, признавая эффективность вакцинации, считает нежелательным проводить прививки детям до 10 лет. Для лечения и особенно противорецидивного лечения больных брюшным тифом им рекомендуется применение нового антибиотика — хлорамфеникола. Для профилактики эпидемического гепатита предлагается введение гамма-глобулина, особенно ослабленным детям и беременным женщинам. Касаясь полиомиелита, доктор Вермель и проф. Янда, подчеркнув положительное значение прививок убитой вакциной, высказали свое мнение о том, что в период эпидемии полиомиелита роспуск классов и школ, как это практиковалось, следует считать нецелесообразным. Необходимо, что является более важным, оградить детей от физической нагрузки (например, даже занятия спортом могут быть прекращены) и оберегать их от простудных заболеваний. Доктор Вермель указал на недостаточную научную разработку вопросов профилактики кори и коклюша и необходимость развития исследований в этой области. Проф. Янда подчеркнул все возрастающее значение паракклюшных заболеваний, нередко дающих большое число легочных осложнений.

В заключение доктор Вермель указал, что будущее профилактики инфекционных заболеваний у детей лежит в дальнейшем усовершенствовании химиотерапии и серопротекции.

Проф. Янда, кроме отмеченного, считает, что профилактику таких заболеваний определяют социальные условия, общая организация здравоохранения в стране, ее эпидемическое состояние. Однако этого тезиса он дальше не развил и не показал, как улучшение здравоохранения или изменение социальных условий повлияло на снижение детской инфекционной заболеваемости. В своем выступлении проф. Янда провел мысль о том, что профилактику инфекционных заболеваний у школьников нужно начинать с правильной планировки, а также благоустройства и санитарного режима школы. Имея в виду, что в настоящее время наибольшее значение имеют инфекции, передающиеся капельно-воздушным путем, он указал, что необходимо обратить особое внимание на воздушный режим и борьбу с пылью в школах.

Доклады проф. Мациконачи «Острый суставной ревматизм у школьников» и доктора Конти «Организация физического воспитания и школьного режима школьников, больных заболеваниями сердца» были посвящены проблеме ревматизма в детском возрасте. Проф. Мациконачи на основании анкетного материала по 21 стране привел данные, что ревматические кардиопатии составляют от 1 на 1000 до 5 на 100 учащихся. Он подчеркнул, что, несмотря на все недостатки анкетного метода сбора данных и необходимость в последующем ввести единую классификацию ревматических кардиопатий, анкетный метод изучения представляет большой эпидемиологический и социальный интерес. Так, пораженность школьников оказывается больше в городе, чем на селе, в бедных семьях больше, чем в зажиточных, отмечена большая пораженность детей, живущих в перенаселенных квартирах.

В качестве мер предупреждения ревматической атаки и ревматических кардиопатий проф. Мациконачи рекомендовал широко проводить лечение стрептококковых инфекций, считая, что это активное лечение должно применяться с целью профилактики рецидивов ревматической атаки путем длительного приема небольших доз пенициллина или сульфаниламидов. В случаях появления у школьников острых ангинов стрептококковой этиологии требуется также, по мнению автора, энергичное лечение антибиотиками. Больше того, автор полагает, что в подобных случаях только лечение антибиотиками всего школьного коллектива в течение 10 дней способно купировать эпидемическую вспышку.

Далее проф. Мациконачи привел данные исследований хронического носительства стрептококков среди школьников. Эти исследования показывают, что в первый год обучения среди школьников имеется до 30% носителей, т. е. каждый 3-й ребенок по крайней мере раз в год является носителем, на второй год уже каждый 2-й ученик является носителем, а практически все школьники в течение учебы бывают носителями разных штаммов стрептококков. Оценивая это, докладчик снова указал на необходимость активного лечения.

В докладе доктора Конти были поставлены вопросы о тактике школьного врача в отношении детей, перенесших ревматические кардиопатии. Доктор Конти считает, что важнейшим организационным мероприятием является диспансерное наблюдение детей школьным врачом, причем диспансеризацией должны быть охвачены следующие категории школьников: а) школьники, не страдающие ревматизмом, но из «ревматических семей»; б) школьники, перенесшие ревматизм до поступления в школу; в) школьники, заболевшие ревматизмом в период их пребывания в школе.

Если ребенок перенес ревматическую атаку во время пребывания в школе, то наряду с активным лечением антибиотиками и гормональными препаратами обязательно предоставление ребенку длительного отдыха на период нескольких недель или даже месяцев, что приводит к полному выздоровлению. Учитывая, что учебная нагрузка и школьный режим особенно угнетающе действуют на таких детей, докладчик считал целесообразным направление их в лесные школы или в школы на открытом воздухе. Вместе с тем он с сожалением констатировал, что подобная возможность направления в специальные школы для ослабленных детей и в санатории существует пока только в СССР, Чехословакии, Англии и отчасти в США. При невозможности направления детей, больных ревматизмом, с кардиопатиями в специальные учреждения необходим патронаж их на дому с обязательным посещением лечащего врача примерно 2 раза в неделю, организацией тонизирующего лечения, рационального питания, ограничение физической нагрузки и предупреждение заболевания ангинами и катарами верхних дыхательных путей.

Докладчик критиковал старые представления о полном запрещении физической нагрузки для детей с кардиопатиями и рекомендовал посильную физическую нагрузку и занятия спортом в соответствии с состоянием ребенка.

Остальные доклады, заслушанные в первый день работы конгресса, были посвящены этим же темам, ничего нового не внесли, лишь приводили данные по разным странам. Поэтому все выступавшие согласились с основными положениями докладчиков.

Второй день работы конгресса был посвящен вопросам режима школьников. Основные доклады докторов Дельти, Аслера, Гадди и Виллерда были посвящены проблеме режима учебных занятий школьников. На основе проведенных экспериментальных исследований, повторяющих в основном исследования советских ученых, а также на основании критического анализа существующего режима авторами был предложен новый режим занятий, который, по имеющимся у нас данным, с 1959/60 учебного года введен во Франции.

Не останавливаясь на изложении экспериментальных данных, а также на существовании критики школьного режима, так как это хорошо известно (перегрузка школьников, неправильное чередование учебы и каникул, недостаточность перерывов в течение учебного года, длительность занятий в младших классах и т. д.), необходимо отметить выводы и предложения, к которым пришли авторы и которые внедряются в практику. Во Франции школьный год начинался 1 октября и был продолжительностью 163 дня, остальные 202 дня составляли каникулы, в том числе 3-месячные летние с 1/VII по 1/X и 32 четверга, как и теперь

Четверг дается для отдыха, занятий спортом и самообразования. Этот день выбран потому, что проведенные исследования показали нарастающее утомление школьника через 2—3 дня занятий, т. е. к среде, четвергу. Кроме того, на основании физиологических тестов установлено резкое нарастание утомляемости, снижение восприятия и усвоения материала через 5—6 недель непрерывных школьных занятий.

С учетом всех этих исследований в настоящее время вводится следующий школьный календарь. Учебный год начинается с 15 сентября, через каждые 6 недель вводятся четыре каникулярных перерыва продолжительностью 5—15 дней, летние каникулы сокращаются до 77 дней. Таким образом, с учетом дополнительных свободных дней в середине недели продолжительность учебного года будет составлять 182 дня (вместо 163), а остальное время приходится на каникулы и выходные дни.

Рекомендуется следующий режим школьного дня: для учащихся 7—8 лет — не более 4 уроков по 30 минут, для учащихся 9—10 лет — 5 уроков по 40 минут; для учащихся 11 лет продолжительность урока составляет уже 45 минут. В день рекомендуется 6 уроков с перерывами на 10 минут, после 3 уроков более длительный перерыв. Для учащихся старших классов оставляется обеденный перерыв на 2 часа, после обеда рекомендуются занятия спортом, искусством и т. д. Не допускается устройство уроков физкультуры между уроками по основным школьным дисциплинам, так как авторы считают, что эти занятия не дают разрядки учащимся, а способствуют лишь их большему утомлению.

Общая нагрузка учащихся в школе и дома не должна превышать 7 часов.

Кроме этих основных докладов, во второй день работы конгресса были заслушаны доклады на разные темы, например, о трудностях пубертатного периода, о совместном обучении девочек и мальчиков, о группировке учащихся в классах, о естественных интересах школьников и т. д.

Вызвало интерес предложение доктора Болтанского (Франция) комплектовать учащихся в классах не только по возрасту, но и по степени умственного развития ребенка, однако научного подхода к решению этой задачи предложено не было.

Последний день работы конгресса был посвящен докладам на самые разнообразные темы, в основном о заболеваемости школьников эпилепсией и необходимости большего внимания школьных врачей к этой проблеме. Кроме того, представители ряда стран докладывали о системе школьного надзора, о борьбе с туберкулезом, о состоянии стоматологической помощи и т. д.

Конгресс имел характер конференции практических врачей и организаторов школьно-санитарного дела. Докладчики из различных стран пытались дать некоторые рекомендации необходимых мероприятий, однако существенных обобщенных выводов сделать не могли, ибо неизбежно упирались бы в необходимость социальных реформ, изменения существующей социальной системы, организации здравоохранения, развития науки и т. д. Так, даже наиболее интересные доклады о режиме школьников, заслушанных во второй день работы конгресса, научно обоснованы весьма слабо и в основном базировались на данных советской науки. Практически наиболее волнующие, например, французов вопросы об изменении системы обслуживания детей школьного возраста и подростков, о ликвидации параллелизма и создании единой системы медико-санитарного обслуживания детей под руководством Министерства здравоохранения, о недостатке и повышении квалификации кадров школьных врачей и другие совершенно не поднимались.

После конгресса делегатам была предоставлена возможность ознакомиться с некоторыми детскими учреждениями и частично с организацией медико-санитарного обслуживания детей Франции.

Этими вопросами занимается в первую очередь Министерство здравоохранения Франции, так называемая главная инспекция министерства, в состав которой входит отдел социальной гигиены, занимающийся вопросами охраны материнства и детства, борьбой с туберкулезом, раком и венерическими заболеваниями. В каждом департаменте имеется отдел охраны материнства и детства.

Для повышения рождаемости правительством были приняты чрезвычайные меры. В 1945 г. был принят закон о материальной помощи при рождении ребенка с определенными ограничениями при рождении до трех детей и без особых ограничительных условий при рождении четырех и более детей, а также матерям-одиночкам моложе 25 лет. Пособие это дается при рождении ребенка и через 6 месяцев. Беременная женщина, если она застрахована, получает пособие в размере примерно половины ее заработка за 6 недель до родов и через 8 недель после родов в том случае, если она оставляет работу и если она регулярно посещает консультацию. Кроме того, небольшие премии выдают матерям, кормящим детей грудью, а также за регулярное посещение детской консультации. Врачебное обслуживание в консультации бесплатное, но посещение ребенка врачом на дому и лечение в стационаре платное.

Каждый новорожденный имеет «паспорт здоровья», куда заносят все данные о развитии ребенка, прививках, заболеваниях и т. д. Введены обязательные прививки против оспы, дифтерии, столбняка и коклюша. Прививки БЦЖ не обязательны формально, но по существу их делают всем детям, так как в детские учреждения и школу детей без прививок БЦЖ не принимают.

Медицинские учреждения для женщин и детей примерно те же, что и у нас — детские и женские консультации, ясли, детские сады, детские дома, дома матери и ребенка, пункты по сбору молока и т. д., но количество их явно недостаточно. Кроме того, имеются (правда число их мало) специальные консультации по борьбе с бесплодием.

Помимо слабого развития сети детских медицинских учреждений, во Франции отмечается большой недостаток врачей и средних медицинских работников. Врачей всего 9 на 10 000 населения, т. е. почти в 2 раза меньше, чем у нас, а положение с педиатрами особенно плохо, так как, например, оплата школьных врачей ниже, чем врачей других специальностей, поэтому школьными врачами работают почти исключительно женщины. Кроме того, следует учесть, что при низкой оплате врачей, состоящих на государственной службе, срок обучения в медицинских институтах 7 лет, из них год так называемый подготовительный и год обязательной работы интерном. Интересно также отметить, что практические занятия студентов в клинике начинаются с первого года обучения: каждый день студент до полудня работает в больнице или клинике, а после полудня до 6—7 часов вечера проходит теоретический курс.

Дети до 6 лет обслуживаются врачами и медицинскими учреждениями Министерства здравоохранения, а все школьники, учащиеся технических школ, ремесленных училищ и студенты институтов — врачами, находящимися в системе Министерства народного просвещения, где имеется специальный департамент школьной и университетской гигиены.

Специальных детских поликлинических учреждений нет. Школьный врач осматривает школьников и в случае надобности направляет ребенка к специалистам в медицинские учреждения района или департамента. Кроме того, школьный врач также контролирует лечение детей и через своего помощника, так называемую социальную сестру, проводит патронаж детей на дому.

Профилактической работы в нашем понимании этот врач не ведет. Прививки делают районные врачи общемедицинской сети. Надзор за

санитарным состоянием школы врачи не осуществляют, считая, что это дело дирекции и педагогов школы. Специального раздела работы по обслуживанию подростков также нет. И в этом случае врач проводит только медицинский осмотр. Даже профессиональная ориентация и консультация подростков, идущих на производство или в специальные училища и школы, осуществляются комиссиями, имеющимися в районах и состоящими из педагогов и психологов. Нагрузка школьного врача в среднем официально от 6000 до 10 000, фактически же 8000 учащихся при большом радиусе обслуживания. На среднего медицинского работника полагается 2000 учащихся.

Первый медицинский осмотр проводят в 6 лет при поступлении ребенка в школу, а затем ежегодно до 10—11 лет, после чего ребенка, если он практически здоров и не находится под особым наблюдением, осматривают в 14—15 лет по окончании средней школы (соответствует нашим 8 классам, так как 1-й, или по французскому исчислению 9-й, класс — это подготовительный, куда ребенок поступает 6 лет; этот класс является как бы переходным между детским садом и школой).

Кроме официальных учреждений, имеются еще общественные организации, различные комитеты и т. д. Так, например, в Париже функционирует международный детский центр. Обслуживает он главным образом Францию, однако на 70—75% субсидируется ООН.

Принятая во Франции система организации охраны матери и ребенка позволила улучшить медицинское обслуживание. Объективные показатели здоровья и физического развития детей во Франции имеют за последние годы благоприятные сдвиги: смертность детей в возрасте до года по сравнению с довоенной снизилась в 2 раза и составляет в 1959 г. 24 на 1000, в 4 раза снизилась смертность от туберкулеза и т. д.

Поступила 26/XII 1959 г.

☆ ☆ ☆