

ПРОФИЛАКТИКА РИСКА СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ У РУССКОГОВОРЯЩИХ ШКОЛЬНИКОВ, ПРИБЫВШИХ ИЗ ЗОНЫ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Дербенев Д.П., Жуков С.В., Рыбакова М.В., Шатохина Н.А.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Авторами разработана межведомственная медико-социальная модель профилактики снижения уровня здоровья у русскоговорящих детей и подростков, прибывших из зоны боевых действий.. В ее основе лежит концепция детерминированности вегетативных нарушений негативным влиянием микросоциального окружения подростка. Двухэтапная схема и использование электронных экспертных систем позволяет снизить нагрузку на врача в ходе диспансеризации. Предназначена для врачей первичного звена здравоохранения. Исследование проведено в рамках поддержанного РФФИ и Правительством Тверской области научного проекта № 17-16-69001-ОГН.

Ключевые слова: дети; подростки; хронический социальный стресс; формирование здоровья, боевой стресс, вынужденные переселенцы

Значительным преимуществом Тверской области является ее расположение между двумя федеральными центрами – Москвой и Санкт-Петербургом [1]. Это обуславливает приток мигрантов и вынужденных переселенцев с сопредельных территорий. Особую озабоченность вызывает резко возросший приток русскоговорящих мигрантов и членов их семей из зоны вооруженного конфликта на Украине. К моменту прибытия в Тверскую область они уже имеют российское гражданство. В настоящее время учреждения здравоохранения Тверской области не имеют опыта выявления, медицинского и психологического сопровождения детей и подростков, прибывших из зоны боевых действий. Это значительно увеличивает затраты на медицинское обслуживание данной категории населения (заболевания выявляются не на ранних этапах, а после их хронизации). Отсутствие своевременной профилактики последствий боевого стресса может привести к манифесту насильственных и противоправных действий со стороны таких детей и подростков, формированию у них хронического социального стресса [4, 5].

В ходе исследования было проведено сравнение 244 пар детей подросткового возраста, являющихся носителями русского языка, выровненных по полу, возрасту, уровню здоровья и социальному статусу и отличающихся по факту пребывания в зоне боевых действий. На основании анализа полученных данных была разработана организационно-функциональная модель профилактики снижения уровня здоровья у русскоговорящих детей и подростков, прибывших из зоны боевых действий. Она предусматривает на основе межведомственного медико-социального принципа оказание медицинской помощи в первичном

звене здравоохранения с программой ранней диагностики возникновения и прогрессирования хронического социального стресса у детей и эффективной диспансеризации детей с факторами риска [2]. Согласно предложенной модели на отделение медико-социальной помощи поступает информация от структурных подразделений, в задачи которых входит выявление контингентов, находящихся в условиях хронического социального стресса (разработана, и зарегистрирована программа для экспресс-диагностики) [3].

Сбор информации о группах риска в отношении лиц, находящихся в условиях хронического социального стресса поступает от медицинских работников первичного звена здравоохранения (участковых педиатра, терапевта и врача общей практик), школьных психологов и социальных работников, врачей-специалистов (кардиолога, функционалиста и др.), медицинских работников образовательных учреждений, врачей кабинетов и центров здоровья, а также консультативно-диагностических центров и кардиологического диспансера. Передаче на следующий этап наблюдения подлежат дети с функциональными отклонениями, выявленными на фоне хронического социального стресса, дети с пограничной патологией, в основе которой лежат факторы риска развития психосоматической болезни. В отделении медико-социальной помощи проводится учет детей, компрометированных по риску снижения уровня здоровья и находящихся в условиях хронического социального стресса и, при необходимости, направляют их в реабилитационный блок (или санаторий) для проведения профилактических, оздоровительных или коррекционных мероприятий. Информация из отделения медико-социальной помощи передается в ведомственные учреждения (общественные фонды, комиссии исполнительной и законодательной власти, структуры труда и занятости, ТФОМС и страховые компании, военкомат) для проведения мероприятий социальной направленности и социальной защиты детей, находящихся в условиях хронического социального стресса. Следует заметить, что в отношении подразделений амбулаторно-поликлинической службы, военкомата, санаторно-курортных заведений и школ передача информации носит взаимный характер. В подразделениях амбулаторно-поликлинической службы предусматривается два этапа ранней диагностики риска снижения уровня здоровья детей, находящихся в условиях хронического социального стресса.

Оба этапа проводятся непосредственно в образовательном учреждении в период профилактического осмотра или по назначению врача при непосредственном обращении самого ребенка или его родителей к врачу поликлиники или школьному врачу по поводу симптомов дезадаптации — эквивалентов клинических признаков снижения уровня здоровья ребенка, подвергающегося воздействию хронического социального стресса, или случайно выявленного по снижению уровня здоровья в сочетании с воздействием хронического социального стресса при оформлении подростка в спортивную секцию, оздоровительный лагерь или санаторий.

Необходимость первого этапа ранней постановки на диспансерный учет детей, находящихся в условиях хронического социального стресса, как подготовительный этап сбора данных, в значительной мере определяет ранние, а иногда и донозологические, клинические аргументы, на основе которых предоставляется возможность прогнозировать риск снижения уровня здоровья ребенка. В силу этого диагностический объем первого этапа должен предусматривать: выкопировку из медицинских документов подростка: амбулаторной карты развития ребенка (ф-112), медицинской карты школьника (ф-26) с выборкой факторов генетического груза, перинатальной и постнатальной патологии и других факторов риска снижения уровня здоровья ребенка; анкетирование ребенка, его родителей и преподавателей школы и их опрос с целью выявления факторов риска возникновения хронического социального стресса социально-средового характера, психологического портрета подростка, его характерологических особенностей; антропометрию с целью выявить отклонения соматотипа и дисгармоничности развития подростка с использованием разработанной нами программы; определение уровня артериального давления тонометрией с регистрацией запредельных значений в зависимости от роста; проведение электрокардиографии (признаки высокой симпатикотонии, гиперамфотонии, вегетозависимых аритмий и нарушений проводимости); определяется также частота сердечных сокращений с целью установить факт её выраженных отклонений и снижения величины двойного произведения (деленный на 100 результат произведения величины систолического артериального давления на ЧСС); оценку данных кардиоинтервалографии с клиноортостатической пробой и определением основных параметров (M_0 , A_{M_0} , ΔX , $ИН$) и целью выявить наличие вегетативного дисбаланса в сторону симпатико- и парасимпатикотонии, гиперсимпатикотонической и асимпатикотонической вегетативной реактивности; кистевую эргометрию с целью выявить снижение толерантности к статической нагрузке, а с учетом корреляции параметров изометрического теста получить представление и о переносимости подростком динамической нагрузки. Кроме того, снижение толерантности к физической нагрузке может служить тестом для оценки вегетативного обеспечения деятельности — избыточного или недостаточного; клинический осмотр предусматривает не только оценку общего состояния здоровья подростка, но и направленную визуализацию ранних признаков синдрома вегетативной дистонии, как маркера высокого риска снижения уровня здоровья ребенка.

На втором этапе врач проводит дифференциальную диагностику состояния вегетативной нервной системы ребенка и выявление варианта вегетативной дисрегуляции: гипертензивного варианта синдрома вегетативной дистонии с ранними проявлениями гипертонической болезни. С этой целью проводится консультирование окулистом, неврологом, кардиологом, УЗС диагностика и биохимическое исследование крови для выявления факторов риска гипертонической болезни, в частности наличие нарушений липидного обмена; гипертензивного варианта синдрома вегетативной дистонии с вторичными

артериальными гипертониями: нефрогенной, вазоренальной, связанной с феохромоцитомой, первичным альдостеронизмом, болезнью Иценко-Кушинга, синдромом юношеским базофилизма, коарктацией аорты и др.; артериальной гипотензии с Аддисоновой болезнью, гипопитуитаризмом, гипотиреозом, гипотонией кардиогенного происхождения (дистрофии миокарда, кардит), при анемии, язвенной болезни 12-перстной кишки и желудка и др.; сердечно-болевого синдрома с заболеваниями органов дыхания и желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата грудной клетки и позвоночника, с тонзиллокардиальный синдром, органическими заболеваниями сердца сосудов. Сроки диспансерного наблюдения и кратность с учетом выраженной индивидуальности подростков в периоде пубертата определяются клиническим вариантом, степенью выраженности клинических проявлений, скорости прогрессирования снижения уровня здоровья и характера микросоциального окружения ребенка. Для детей с гипертензивным вариантом синдрома вегетативной дистонии: клинический осмотр — 1 раз в 3 месяца; измерение артериального давления — ежедневно; ЭКГ, КИГ — 1 раз в 3-6 месяцев; осмотр глазного дна — 1 раз в 6 месяцев; УЗС сердца — 1 раз в 6 месяцев; толерантность к физическим нагрузкам — 1 раз в год; биохимическое исследование крови — 1 раз в год (холестерин и его фракции, сахар крови, гормоны щитовидной железы, катехоламины). Для детей с гипотензивным вариантом синдрома вегетативной дистонии: клинический осмотр — 1 раз в 6 месяцев; измерение артериального давления — ежедневно; ЭКГ, КИГ — 1 раз в 3-6 месяцев; УЗС сердца — 1 раз в год; толерантность к физическим нагрузкам — 1 раз в 6 месяцев. Для детей с кардиалгическим вариантом синдрома вегетативной дистонии: клинический осмотр — 1 раз в 3 месяца; измерение артериального давления — 1 раз в неделю; ЭКГ, КИГ — 1 раз в 6 месяцев; толерантность к физическим нагрузкам — 1 раз в 6 месяцев; консультация психоневролога 1 раз в год.

Таким образом, на ранних этапах диагностики риска снижения уровня здоровья у русскоговорящих школьников, прибывших из зоны боевых действий огромное значение имеет превентивная, донозологическая диагностика нарушений вегетативной регуляции, и выявление синдрома вегетативной дистонии.

Список литературы.

1. Дербенев Д.П., Коваленко И.Л., Орлов Д.А. Распространенность функциональных психических отклонений среди 15—17-летних учащихся средних учебных заведений Тверской области // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2006. № 5. С. 22-24.
2. Жуков С.В., Королюк Е.Г. Программа для экспресс-диагностики хронического социального стресса у детей школьного возраста //

Свидетельство государственной регистрации на ПрЭВМ №. 2011619397 от 12.10.2012.

3. Жуков С.В., Королук Е.Г. Патогенетическая модель формирования уровня здоровья подростков-вынужденных переселенцев, находящихся в условиях хронического социального стресса // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17 № 1. С. 71-74.
4. Медико-социальный портрет подростков 12–16 лет, проживающих в городе Твери // Жуков С.В., Дербенев Д.П., Королук Е.Г., Рыбакова М.В., Петров В.П., Беляева Е.В., Иванова Н.И., Шарый Н.В. // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-8. С. 1581-1585.
5. Майоров Р.В., Дербенев Д.П. Комплексная оценка влияния медико-социальных факторов риска на увеличение частоты респираторных заболеваний у детей // Здоровье населения и среда обитания. 2014. № 6 (255). С. 15-17.