

© 2008 г. Е.А. Байер

## **ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В СИСТЕМЕ ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

*Раскрываются особенности выявления начальных неблагоприятных изменений в состоянии здоровья детей-сирот, которые являются патологическими, но в дальнейшем приводящие к заболеваниям. Практическая значимость заключается в разработке формы индивидуального паспорта здоровья и спортивно-оздоровительной программы, внедрении их в образовательную деятельность, которая может найти применение в системе интернатских учреждений, направленных на коррекцию психологического и психического здоровья детей-сирот и успешную адаптацию их в обществе. Контингент испытуемых – дети-сироты дошкольного, школьного, старшего школьного возраста.*

*Ключевые слова: Мониторинг, концепция оценки рисков, дети – сироты, индивидуальное здоровье, эффективность, психологическая и физическая коррекция, диспансеризация, дифференциация, программа профилактики.*

Концепция оценки риска развития заболеваний получила значительное методологическое обеспечение в комплексе современных наук об общественном здоровье: профессиональный, экологический риск, риск экстремальных ситуаций количественно определены для различных регионов страны. В то же время, если руководствоваться перечнем факторов здоровья, указанным ВОЗ, то вышеперечисленные позиции ответственны не более, чем за 25% общего уровня здоровья, но для получения общественно значимых позитивных сдвигов в этих областях требуются значительные экономические затраты. Между тем, учет рисков образа жизни, определяющих не менее 50% уровня здоровья, не включен ни в одну федеральную профилактическую программу, несмотря на то, что оптимизация образа жизни предполагает в первую очередь индивидуальные усилия и может проводиться на базе существующего экономического потенциала при определенном уровне культуры населения.

В современной истории отечественного здравоохранения была предпринята реальная попытка разработки модели медико-социальной первичной профилактики, оценки качества профилактической работы (приказ МЗ РФ №770) [1], в плане реализации которого в стране в амбулаторно-поликлинических учреждениях было открыто около 2-х тысяч отделений профилактики, призванных «объединять и координировать работу лечебных учреждений, санитарно-эпидемиологических станций, домов санитарного просвещения, с привлечением медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, профсоюзов, других общественных организаций».

Однако в последующие годы профилактические отделения прекратили свое существование, а приказ № 770 не был реализован. Причины этого многообразны, и раскрывать их не является целью данной работы, но принципы приказа № 770, наполненные современным содержанием, могут и должны быть использованы в деятельности отделений социально-гигиенического мониторинга, созданных в центрах госсанэпиднадзора. Именно эти структуры, по-нашему мнению, могут быть связующим звеном, в задачи которых должна входить паспортизация индивидуального здоровья.

Нами разработан «Паспорт индивидуального здоровья» – документ, характеризующий сумму общественных и индивидуальных усилий по сохранению здоровья, оптимизации образа жизни. В отличие от «Карты учета диспансеризации» (приказ №770) [1], записи в которой «могут быть использованы только непосредственно в лечебно-профилактическом учреждении при планировании и организации диспансеризации и составлении отчетов установленной формы», паспорт здоровья должен находиться у каждого гражданина, а записи в нем, отражающие уровень индивидуального здоровья и рекомендации врача, служат ориентиром для самооценки индивидуальных усилий по оптимизации здоровья, повышению его уровня.

Предложенная форма учета индивидуального здоровья была апробирована в интернатских учреждениях (дети-воспитанники детских домов). Наиболее целесообразно создавать императив здоровья, в первую очередь, здорового образа жизни в детских коллективах. Наш опыт проведения паспортизации индивидуального здоровья среди воспитанников детских домов (№ 1 г. Ростова-на-Дону и г. Азова – программа осуществлялась при поддержке Администрации Ростовской области) продемонстрировал, что активное участие детей в контроле за уровнем своего здоровья и проведением оздоровительных мероприятий облегчают и социальную адаптацию. Всего в программе участвовал 101 человек. Каждый из обследуемых получил «Паспорт здоровья», в котором по четырем позициям: заболеваемость, адаптация, физическое развитие, психоэмоциональный статус, количественно (по 7 бальной шкале) оценен уровень здоровья и получена формула здоровья. Преимуществом этого способа измерения здоровья является, с одной стороны, комплексность, так как формула здоровья разработана с учетом официально признанного определения «здоровья», данного ВОЗ: «здоровье – это не только отсутствие заболеваемости, но и состояние полного физического, психического и социального благополучия», но, с другой стороны, предлагаемый механизм оценки уровня здоровья позволяет измерить дифференцированно каждый компонент здоровья, что имеет принципиальное значение для разработки профилактических активационно-восстановительных мероприятий. В основе формулы здоровья находится разработанный тест «Здоровье» [2] и соответственно «Ключ» для расшифровки теста. Форма теста и ключа позволяет создать программное обеспечение, существенно упрощающее методику обследования с целью количественной характеристики здоровья.

Результаты тестирования представлены в таблице 1. Можно сделать вывод, что 57 % в группе обследованных имели хронические заболевания, а еще у 19% обследуемых по

клинической картине состояния организма можно прогнозировать наличие преморбидной фазы. Низкий уровень адаптации по показателям общих неспецифических адаптационных реакций организма (ОНАР) имели 25%, еще 30 % обследованных, по-нашему мнению, находились в 1 фазе донозологических состояний. В то же время 16 % обследованных имели хорошую адаптацию, а 15 % - удовлетворительную адаптацию, т.е. были отмечены лица, имеющие хроническое заболевание в компенсированной (а иногда и в субкомпенсированной) стадии, но обладающие достаточно высокой способностью к адаптации.

Таблица 1

Заболеваемость		Адаптация		Физическое состояние		Психозмоциональный статус	
Наименование уровня (баллы)	В %	Наименование уровня (баллы)	В %	Наименование уровня (баллы)	В %	Наименование уровня (баллы)	В %
Здоровые (7)	4	Очень высокий уровень (7)	1	Отличное (7) Очень хорошее (6)	0 8	Очень высокий уровень (7)	1
Практически здоровые (6) (5)	7 12	Хороший уровень (6) (5)	11 5	Хорошее (5)	12	Высокий уровень (6) Хороший уровень (5)	19 15
Клинические симптомы недомоганий (4)	19	Удовлетворительная (4)	15	Удовлетворительное (4)	34	Удовлетворительный (4)	34
Хр. забол. в компенсиров. состоянии (3)	45	Донозол. состояние: (2) (3)	17 13	Низкое (3)	34	Низкий уровень (3)	17
Хр. забол. в субкомпен. состоянии (2)	12	Низкий уровень (1)	25	Очень низкое (2)	12	Очень низкий уровень (2)	13

Общий анализ количества неблагоприятных ОНАД среди обследуемого контингента, представленный в таблице 2, показал, что в количественном отношении «группы риска» по показателям адаптации практически одинаковы среди изученных детских домов. Этим детям и подросткам, включенным в «группу риска», показано проведение активационной антистрессовой профилактики. В качестве природных адаптогенов будут использованы продукты пчеловодства (фирмы «Тенториум»): прополис, перга, пчелиная обножка, обладающие выраженной биологической активностью, так как состав препаратов включает природный комплекс витаминов, минеральных веществ, незаменимых аминокислот, ферментов, иммуномодуляторов в оптимально сбалансированном соотношении.

**Характеристика «группы риска» по показателям адаптации  
(воспитанники детского дома г.Азова и № 1 г.Ростов-на-Дону)  
до проведения активационных мероприятий**

Возрастная группа (лет)	Лиц из «группы риска» в %			
	г. Азов		г. Ростов-на-Дону	
	м	ж	м	ж
До 10	17,4	6,5	1,9	5,7
11-12	0	4,2	3,8	5,7
13-14	8,5	4,2	9,4	11,3
15-18	4,2	14,9	9,4	7,5
Всего из числа воспитанников	30,1	29,8	23,7	30,2

Уровень физического развития и состояния организма в группе обследуемых не может не настораживать: только 17% лиц имели хорошее физическое состояние, а 46% находились в плохой физической форме. Среди всех отклонений, указанных в таблице 3, 1-2 место занимают низкие показатели индекса Руфье (ИР) и индекса Скибинского (ИС): они встречались у 31,6% детей, причем, как правило, сниженные показатели отмечаются у детей по обоим индексам, одновременно. Как известно, низкие значения индекса ИС, рассчитанного по показателям жизненной емкости легких (ЖЕЛ), результатам пробы Штанге (задержка дыхания на вдохе) и частоты сердечных сокращений, позволяют выявить недостаточные функциональные возможности органов дыхания и кровообращения, а также свидетельствуют о сниженной устойчивости организма к гипоксии.

**Показатели физического здоровья обследуемых воспитанников детских домов**

Показатели	Среди мальчиков (в %)	Среди девочек (в %)	Всего (в %)
Снижение ЖЕЛ	9,8	15,1	12,3
Пониженный ИР	9,5	34,0	31,6
Пониженный ИС	29,5	34,0	31,6
Сниженная общая выносливость	18,0	24,5	21,1
Дефицит массы тела	13,1	15,1	14,0
Порок сердца	-	1,9	0,9
Энурез	-	1,9	0,9
Курение	14,8	1,9	8,8
Низкий рост	1,6	-	0,9
Общая задержка биологического развития	3,3	-	1,8
Низкая задержка дыхания	3,3	-	1,8

Низким показателям ИС, как правило, сопутствует сниженное значение ЖЕЛ и задержки дыхания на вдохе, а также повышенная частота сердечных сокращений.

Таким образом, сочетание низких значений ИС и ИР свидетельствует о низких возможностях кардио-респираторной системы воспитанников, особенно в условиях выполнения физической работы, и таких детей в детских домах – 31,6%. При этом среди девочек

детей с низкими величинами ИР и ИС несколько больше –34%, чем среди мальчиков – 29,5%, хотя эти различия статистически недостоверны ( $p>0,05$ ). В свою очередь низким значениям ИР сопутствуют низкие показатели общей выносливости: по частоте встречаемости это отклонение в целом стоит на 3 месте – 21,1%, причем у девочек опять несомненно чаще – 24,5%, чем у мальчиков –18% ( $p>0,05$ ). У 14,8% мальчиков одновременно и с низкими показателями ИР и ИС в половине случаев встречается курение – безусловный фактор риска для формирования отклонений в кардио-респираторной системе. Среди девочек лишь одна курит и у нее также выражены низкие значения ИР, ИС и ЖЕЛ, а также дефицит массы. Наконец, на 4 месте по частоте встречаемости стоит дефицит массы тела – у 16 детей (14%), практически поровну у мальчиков и девочек: соответственно, 13,1% и 15,1%. Дефицит массы встречается, как правило, у тех же детей- со сниженными показателями ИР и ИС.

Исходя из результатов обследования и оценки физического здоровья воспитанников, можно рекомендовать прежде всего изменение двигательного режима у детей, поскольку сниженные показатели общей выносливости, ЖЕЛ, ИР и ИС сами по себе оценивают кардио-респираторное обеспечение двигательной активности ребенка и, соответственно, совершенствуются и тренируются при увеличении двигательных физических нагрузок на организм. Существенным моментом является воспитание сознательного, самостоятельного стремления у детей повысить свою двигательную активность, используя для этого личное время и любую возможность. В связи с этим, рекомендуется медико-педагогическому составу обоих детских домов пересмотреть программы физкультурно-оздоровительных мероприятий и организацию двигательного режима детей с целью повышения их интенсивности и оздоровительной эффективности. Дело в том, что результаты обследования выявили здесь 31 ребенка с низким уровнем физического здоровья, что составило  $47,7\pm 6,2\%$ , тогда как в Д.доме (г.Азов) таких детей было всего 11 ( $22,4\pm 6,0\%$ ) и, таким образом, доля детей с низким уровнем физического здоровья в Д.доме №1 вдвое выше, чем среди их сверстников из Д.дома г.Азова ( $p < 0,05$ ), в котором функционирует программа воспитания личностных качеств ребенка путем сознательного увеличения физической активности.

Показатели психосоциального благополучия были более оптимистичны: низкий уровень имели только 30%. Может быть это связано с тем, что обследуемые дети и подростки неосознанно выдавали желаемое за действительное, что является, в какой-то мере защитной реакцией, а, возможно, их нынешнее положение в детском доме более привлекательно, чем нахождение в социально неблагополучной «семье. Однако, кстати, можно отметить, что плохое физическое состояние не являлось причиной для психического беспокойства. Это косвенно также свидетельствует о малой роли, которую дети отводят физическому состоянию организма как объективной ценности. По результатам полученных формул здоровья были сформированы «группы риска», охватывающие более 70% всех обследованных детей, причем большинство из них было включено в 2-3 «группы риска».

Провести подобное распределение обследуемых на основании имеющейся в детских домах лечебной документации (амбулаторные карты, карты индивидуального развития,

карты диспансеризации, психологические характеристики) не предоставляется возможным, так как вся эта информация разрознена и поэтому практически не служит основанием для разработки комплексных профилактических восстановительных мероприятий.

Нами была подготовлена программа по коррекции психологического и физического здоровья на каждую возрастную группу, которая включает в себя:

- дозированную физическую нагрузку (комплексы упражнений для развития кардиореспираторной систем);
- употребление природных адаптогенов по программированным режимам: экспоненциальный и режим новизны (использовались препараты на основе продуктов пчеловодства – прополис, пчелиная обножка, перга);
- профилактика нарушений осанки, вегетососудистой дистонии, снижения неспецифической резистентности;
- антистрессовые методики коррекции психоэмоционального состояния.

Одним из преимуществ учета уровня здоровья с помощью «Паспорта здоровья» является обязательная самооценка выполнения и эффективности профилактических мероприятий, т.е. еженедельное ведение «Дневника самонаблюдений». Это дисциплинирующая процедура, так как четко ориентирует воспитанника на его личное участие в повышении уровня здоровья. Разработанная и апробированная технология, которая может найти применение в системе интернатских учреждений направлена на коррекцию психологического и психического здоровья детей – сирот и успешной адаптации их в обществе.

### **Литература**

1. Жукова Т.В., Айдинов Г.Т., Шапошникова И.В. Гигиенические вопросы диагностики здоровья индивидуума. // Гигиеническая наука и практика на рубеже XXI века. Материалы IX Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. М., 2001.
2. Жукова Т.В., Жижин КС., Байер Е.А. Комплексная оценка уровня индивидуального здоровья и умственной работоспособности приемы и методы их повышения адаптированные к подростковому и юношескому возрасту. Ростов-на-Дону, 2006.
3. Байер Е.А. Программа коррекции и развития психологического и физического здоровья средствами физической культуры детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Ростов-на-Дону, 2006.