

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ, ПРИБЫВШИХ ИЗ ЗОНЫ ОСЛОЖНЕННОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Дербнев Д.П., Степанова Ю.Е.

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России*

Публикация осуществляется в рамках исследования выполняемого при финансовой поддержке ФГБУ "Российский фонд фундаментальных исследований" и Администрации Тверской области - проект № 17-16-69001 а(р) «Медико-социальная характеристика русскоговорящих школьников, прибывших из зоны боевых действий».

На протяжении последних десятилетий во всем мире резко увеличилась частота чрезвычайных ситуаций природного и антропогенного генеза. Значительную проблему представляет рост терроризма и немотивированной агрессии среди отдельных категорий населения. Данная тенденция не обошла стороной и Россию [3]. В последние годы значительно возросла частота осложненных чрезвычайных ситуаций на территории РФ. В этот же период резко возрос поток мигрантов, вызванных политической и экономической нестабильностью на сопредельных территориях [4]. Следовательно, на территории РФ формируется целая категория населения, в той или иной мере испытавших длительное воздействие выраженного стресса [1, 5, 6].

С целью изучения динамики здоровья детей пубертатного возраста, прибывших из зоны осложненной чрезвычайной ситуации обследовано 1320 подростка обоего пола в возрасте 10 – 16 лет, из них 176 ребенка I – II группы здоровья (основная группа) прибыли из зоны осложненной ЧС 5 и более лет назад, остальные дети I – III группы здоровья (контрольная группа) не были, в течении жизни, подвержены действиям ЧС. Обследование проводилось на базе общеобразовательных школ и ЛПУ г. Твери [2].

По нашим данным длительное пребывание ребенка в зоне осложненной ЧС ведет к значительному снижению темпов физического развития и уровня резистентности индивидуума, зачастую физическое развитие остается гармоничным, и лишь при значительной потере массы тела дисгармоничным. В первые месяцы после прибытия ребенка из зоны осложненной ЧС данная тенденция сохраняется, развивается ПТСР.

К концу первого года после прибытия ребенка из зоны осложненной ЧС наблюдается восстановление, а чаще ускорение темпов роста и развития организма ребенка; физическое развитие зачастую дисгармоничное или резко дисгармоничное. Однако, на фоне повышения уровня резистентности организма ребенка и улучшения его функциональных резервов, происходит кажущееся повышения уровня здоровья. Учитывая, что на данный период приходится максимум оздоровительных мероприятий, складывающаяся

ситуация рассматривается участковым педиатром как положительная динамика уровня здоровья и ребенок переводится в I – IIa группу здоровья.

В течение второго года после прибытия ребенка из зоны осложненной ЧС происходит стабилизация динамики и темпов роста и развития организма ребенка, гармоничности физического развития. Уровень резистентности стабилизируется на средних и высоких значениях, функциональные резервы организма значительно восстанавливаются. Ребенок исключается из группы повышенного наблюдения, дальнейшая диспансеризация проводится, так же как и с представителями коренного населения.

Именно в этот период, происходит компенсаторное превалирование внесемейной социализации, начинают формироваться новые стереотипы поведения. В то же время, ребенок испытывает нарастающие трудности в общении со сверстниками – слабое знание языка, незнание морально-этических норм поведения на данной территории, особенностей межполовых и межвозрастных взаимоотношений, несоответствие имеющихся стереотипов поведения новой жизненной ситуации. Все это ведет к постоянному ограничению ребенка в общении, т.е. является, по сути, этно-культуральной депривацией.

Через пять лет после прибытия ребенка из зоны осложненной ЧС подросток соматически не отличается от своих сверстников, а иногда и превосходит их по ряду функциональных показателей и уровню резистентности. Однако, именно на этот период, создается парадоксальная ситуация: с одной стороны подросток соматически здоров, а, по некоторым показателям уровня здоровья, даже превосходит представителей коренного населения, с другой стороны имеется выраженный микросоциальный и психологический диссонанс, формируются выраженные внутриличностные конфликты дефицитарного характера. Следовательно, создаются все условия для формирования большинства психосоматических заболеваний. Именно в этот период психологическая и социальная коррекция даст максимальный эффект.

Через десять лет после прибытия подростка из зоны осложненной ЧС продолжается дальнейшая реализация негативных тенденций формирования здоровья вынужденного переселенца. По нашим данным все 117 подростков имели выраженный метаболический дисбаланс: увеличение концентрации общих липидов и ацилгидропериксидов в конденсате выдыхаемого воздуха свыше 30% возрастной нормы, почти двукратное увеличение концентрации кальция, увеличение концентрации калия и лактата свыше 25% от возрастной нормы, снижение концентрации магния на 15% от возрастной нормы и концентрации натрия на 10% от возрастной нормы, что позволило отнести их в группу высокого риска по снижению уровня здоровья до III группы здоровья. Более 90% обследованных подростков в этот период имеют те или иные функциональные отклонения психосоматической этиологии – синдром вегетативной дистонии легкой степени выраженности клинических проявлений встречался у 29,22% обследованных, средней и тяжелой степени

– у 61,7% переселенцев. Характерным является двукратное увеличение частоты ДЖВП, как маркера высокого риска снижения уровня здоровья до III группы (+15 баллов по Ю.А.Алексеевой, 2004). Для этих подростков более характерна ваготония и асимпатическая вегетативная реактивность, что так же является маркером снижения уровня здоровья до III группы.

Одновременно происходит усугубление психологического дисбаланса, вплоть до развития ППР; для данного периода характерно появление замкнутости и немотивированной агрессии против коренного населения, что особенно опасно при формировании этнического анклава или подростковой этнической группы.

Следует подчеркнуть, что все обследованные в этот период переселенцы имени I-II группу здоровья, проходили диспансеризацию по обычной схеме и не участвовали в оздоровительных мероприятиях по месту жительства или учебы. Таким образом, несмотря на кажущееся благополучие, через 10 лет после пребывания в зоне осложненной чрезвычайной ситуации практически все подростки являются угрожаемыми по риску формирования хронической патологии (высокая группа риска по переходу из II в III группу здоровья). У этой категории детей наблюдаются негативные сдвиги как уровня микросоциального, так психологического здоровья, сопровождающиеся стойкими изменениями на метаболическом уровне. В связи с вышеизложенным представляется наиболее целесообразным не только продолжить психокоррекционную и социальную работу с данными детьми в течении первых десяти лет пребывания ребенка на новом месте жительства, но и изменить нормативную базу по диспансеризации данной категории населения - дополнить схему комплексной оценки уровня здоровья подростка оценкой уровня микросоциального и психологического здоровья в соответствии с предложенными критериями, выделить в отдельную диспансерную группу детей и подростков, прибывших из зоны осложненной чрезвычайной ситуации.

Литература

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации. // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2012. №3. С. 9-14.
2. Дербенев Д.П., Коваленко И.Л., Орлов Д.А. Распространенность функциональных психических отклонений среди 15-17-летних учащихся средних учебных заведений Тверской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2006. № 5. С. 22 - 24.
3. Жуков С.В. 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..
4. Королук Е.Г., Калинин М.Н., Жуков С.В. Хронический социальный стресс: этиология и патофизиология. Монография. Тверь, 2011. 102 с.

5. Рыбакова М.В. Особенности самооценки материально-бытового положения семьи у подростков, находящихся под воздействием хронического социального стресса // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. № 2. С. 455-458.

6. Рыбакова М.В. Роль медико-социальных факторов в снижения уровня здоровья у детей с хроническим социальным стрессом // Тверской медицинский журнал. 2016. № 3. С. 141-142.