

УДК 613. 955

О ПРОБЛЕМАХ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АСТРАХАНИ

Сухарев А.Е.

Астраханское региональное общественное учреждение по содействию научным исследованиям «ГРАНТ», Астрахань, e-mail: alexandr.suharev2010@yandex.ru

Приводятся результаты социально-гигиенических и психосоматических исследований здоровья подрастающего поколения в Астраханском регионе. В последние годы отмечено повышение показателей рождаемости и снижения материнской и младенческой смертности. Однако с неблагоприятными экологическими факторами и социально-бытовыми стрессами ассоциируются риски развития гестозов, а также – врождённых пороков развития, аллергозов, дизбактериозов, соматоформных вегетативных дисфункций и пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков. Изучаются факторы риска девиантного поведения и нарушений репродуктивного инстинкта. Разрабатываются методики психосоматической адаптации молодых людей к современным условиям жизнедеятельности.

Ключевые слова: психосоматическое здоровье, адаптация, дети, подростки

ABOUT HEALTH AND PSYCHOSOMATIC ADAPTATION OF CHILDREN AND TEENAGER IN ASTRAKHAN

Suharev A.E.

The Astrakhan regional public institution on assistance to scientific researches «GRANT», Astrakhan, e-mail: alexandr.suharev2010@yandex.ru

The results of social- hygienic and psychosomatic investigation of young people health are present in Astrakhan. The birth rate increase but maternal and baby mortality decrease in last years. However the risks of gestosis, innate defective, allergosis, bacterial disorders, vegetative and central nervous systems dysfunction of infants have relation for ecologic unfortunate and social stress of manners. The risk factors of behaviour deviation and reproductive instinct violation are undergoing of search. The psychosomatic adaptation modern methods prepare for young people.

Keywords: psychosomatic health and adaptation, children, teenager

Реформы социально-экономической структуры общества выдвигают на первый план проблемы здоровья и психофизической адаптации молодых людей. Среди первокурсников вузов РФ обнаруживается значительное число лиц с хроническими заболеваниями, приобретенными в школьном возрасте, и до 65% студентов имеют ослабленное здоровье. Нами обследовано более 35000 сельских и городских детей и подростков в возрасте 0–14 лет. Наличие глазной патологии выявлено в 26,6% случаев [15]. В современной городской среде, в отличие от сельской, преобладают антропогенные экологически неблагоприятные факторы и стрессовые нагрузки на здоровье. Соответственно в городе в два раза больше среди взрослого населения и подростков и в четыре раза больше среди детей, по сравнению с сельским населением, выявляются заболевания кожи, подкожной клетчатки, мочеполовой, костно-мышечной, нервной систем, травм и отравлений, психических и эндокринных расстройств, врождённых аномалий, то есть, первые места занимают органы мишени, в первую очередь контактирующие с факторами внешней среды [13].

Это обуславливает актуальность основных направлений научно-исследова-

тельской работы в Астраханском регионе в определении факторов морбидного риска и путей оздоровления подрастающего поколения. В данной работе приводится обзор публикаций в основном из «Астраханского медицинского журнала» за 2011 г. по указанной проблеме.

Обобщённым отражением демографических процессов является сокращение численности детского населения (от 0 до 17 лет включительно), которое в 1990 составило 29% от населения области, а к 2009 году – 20,4% и рост удельного веса лиц старших возрастов – старение населения [16]. Очевидно, что здоровье детей и подростков, в первую очередь, зависит от наследственности и социально-бытовых факторов риска, в том числе экологических, сопровождающих беременность и перинатальные процессы.

По данным медицинской статистики, более трети поступающих в роддом беременных, страдают гестозами различной степени тяжести на фоне анемии, нарушений липидного обмена, заболеваний почек, органов пищеварения и репродуктивной системы, что, в свою очередь, приводит к явлениям фетоплацентарной недостаточности, нарушениям внутриутробного и постнатального развития [2]. Указанные факторы не могут

не отражаться на показателях рождаемости и младенческой смертности, а также на заболеваемости детей и подростков.

Так, за период 1990–1999 гг. показатель рождаемости снижался с 15,1 до 9,5‰, но с 2000 г. отмечена тенденция к росту до 14,2‰ (в 2009 г.). Это несколько выше, чем в среднем по РФ (12,4‰). Показатель младенческой смертности снижается с 16,4‰ в 1990 г. до 8,2‰ в 2009 г., что соответствует аналогичному показателю по РФ. Структура младенческой смертности в регионе не отличается от общероссийских показателей. Ведущими причинами явились «отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» – до 43,8%, «врождённые аномалии развития» – до 29,0% и «заболевания органов дыхания» – до 11,3%. Улучшение перинатальной статистики организаторы здравоохранения связывают со своевременной иммунизацией детей и повышением эффективности оказания неотложной помощи новорожденным, которая сложилась в области за последние годы [9]. Вместе с тем в соседнем Ставропольском регионе в результате неблагоприятной экологической обстановки первые места среди врождённой аномалии занимают пороки развития мочеполовой системы (32%), аномалии органов чувств (19,7%) и желудочно-кишечного тракта (13,6%) [6]. Резкий подъём в 2007–2008 годах показателей заболеваемости атопическим дерматитом, псориазом, экземой и алопецией также связывают с экологическим неблагоприятием в соответствующих районах Астраханской области [11].

Полагают также, что одним из факторов риска развития гестоза является патология щитовидной железы, обусловленная дефицитом йода на техногенно-нагруженных территориях с геохимическими аномалиями [3]. В условиях сочетанного биотехногенного воздействия происходит формирование устойчивых патогенетически значимых дизадаптивных взаимосвязей между тиреоидной, иммуно-аллергологической и метаболической системами, что способствует развитию сочетанной тиреоидной и аллергической патологии. Особенно чувствительной к дефициту йода оказывается фетоплацентарная система. У беременных с патологией щитовидной железы чаще отмечаются анемия, гестозы, угроза невынашивания беременности, что, в конечном итоге, способствует росту соматической, в том числе – аллергической и инфекционной патологии у детей первого года жизни. При гестозах в плаценте возникают иммунопатологические реакции, вызывающие нарушение кровообращения и гипоксию

плода. С этим связывают появление впоследствии аллергических болезней, которые регистрируются у 25% детского населения РФ. При этом у одной трети детей раннего возраста развивается атопический дерматит, а на его фоне – бронхиальная астма и другая сочетанная аллергическая патология. У детей раннего возраста часто возникают реакции непереносимости лекарственных препаратов, ксенобиотиков и физических факторов, которые по симптомам не отличаются от таковых при атопических дерматозах [3]. В сочетании с техногенными факторами значительный рост показателей аллергических заболеваний вызывает также высокоаллергенная пыльца моревых, сложноцветных и злаковых растений [17].

Другим фактором риска аллергических заболеваний, приводящим к дисбактериозу кишечника, является искусственное вскармливание новорожденных. Дисбактериозы выявляются практически у всех больных с гастроэнтерологической патологией и у 98% детей с пищевыми алергодерматозами. В дальнейшем у детей дошкольного возраста дисбактериоз выявляется в 8–50% случаев, при этом его частота меньше в экологически чистых районах России [1].

По данным ВОЗ, около 25% пациентов ежегодно имеют также симптомы воспалительных заболеваний дыхательных путей, а из 1000 детей пневмония регистрируется у 10. Микробиологический анализ респираторного тракта у детей в Астраханском регионе подтвердил, что серьёзную роль в этих заболеваниях играет грамположительная микрофлора (стафилококки и энтерококки), на долю которой приходится 80,6%. Грамотрицательные возбудители: клебсиелла, кишечная палочка, гемофильная палочка, кандидоз составили 13,6–5,8%. Проблемой лечения бронхолёгочной патологии является подбор адекватной антибиотикотерапии в связи с ежегодной меняющейся чувствительностью к антибиотикам указанной микрофлоры [4].

К числу причин, влияющих на уровень условно-патогенной флоры, относят климато-географические и экологические факторы, состояние общей и местной иммунологической реактивности ребёнка, условия пребывания в роддоме, инфекционные и соматические болезни, нарушения в режиме питания, медикаментозную терапию и наличие иммунодефицитов [1].

Наряду с этим, у 5–6% детей дошкольного и младшего школьного возраста выявляются нарушения остроты зрения, сколиоз, нарушения осанки с тенденцией к увеличению этих нарушений и появлению других функциональных нарушений и хрониче-

ских заболеваний уже к концу первого года и последующие периоды обучения в школе. До 52% выявленной патологии у школьников приходится на заболевания опорно-двигательного аппарата, ЦНС, ЛОР-органов, органов зрения, пищеварения, сердечно-сосудистой и мочевыводящей системы. До 22,2% детей имеют соматоформные вегетативные дисфункции и пограничные нервно-психические расстройства [12].

В этой связи, актуально исследование качества жизни детей и подростков с первичными цефалгиями, изучение состояния качества их жизни, повседневной активности, учебной и социальной адаптации. Показано, что головная боль напряжения и мигрень встречается у 40–60% детей, распространённость её увеличивается с началом школьного обучения и достигает к подростковому периоду 75%. Неудовлетворённость текущей жизненной ситуацией отмечается у 95,5% обследованных с хроническими формами головной боли; повышенная тревожность и подавленность – у 90,9%; снижение физической активности – у 63,3%; снижение самооценки – у 54,5%, уменьшение социальных контактов – у 36,4% и ухудшение отношений с родителями – у 31,8%. Утверждается, что качество жизни пациентов, страдающих головными болями, является интегративным показателем, который обусловлен взаимным влиянием многих медико-социальных факторов: частотой и интенсивностью головных болей; спектром и выраженностью коморбидных нарушений; особенностями личности; семейным и школьным микроклиматом [8]. При этом выявлена большая неустойчивость адаптационных механизмов в младшем школьном возрасте у мальчиков, а в подростковом возрасте – у девочек. Поэтому в программах школьного образования необходимо учитывать как биологические изменения в пубертатном периоде, так и гендерный компонент развития [5].

По существующему мнению, экологические загрязнения, социально-бытовые стрессы, психологический дискомфорт инициируют девиантное поведение [10]. Аналогичная точка зрения существовала ещё в начале прошлого века [18]. Так, с началом реформ постсоветского периода отмечается рост количества зарегистрированных случаев хронического алкоголизма с 647,5 на 100000 населения в 1976 г. до 1796,7 – в конце 90-х гг. и 1619,8 – к 2007 г. Та же динамика характерна для показателей наркомании. В десятки раз возросло число выявленных заболеваний, передающихся половым путем (сифилис с 27,5 до 347,8, гонорея со 101,8 до 180,4 на 100000 насе-

ления, и другие), пик которых приходится на 90-е гг. Лишь с 2004 г. намечилось снижение числа зарегистрированных случаев венерических заболеваний [13, 15]. Отражением девиантного поведения может служить и рост показателей криминальной статистики в периоды реформ и революций, что также является фактором социально-бытовых стрессовых ситуаций для наиболее психологически уязвимых групп населения, к которым относится подрастающее поколение [10].

Так, анкетирование школьников, студентов, женщин репродуктивного возраста (более 500 человек) показало, что алкоголь и наркотики употребляют эпизодически и курят табак до 59% подростков обоего пола. На плохой аппетит, боли в области сердца, раздражительность, беспричинный страх указывают до 49,2% школьников. У 28% из них неполная семья (один родитель). Курящие женщины составили 34, а до 80% из них указывают на привычное употребление алкоголя «по праздникам». Число разводов к настоящему времени составляет более 50% от числа заключённых браков [14, 15].

В РФ наблюдается феномен отказа матерей от собственных детей. В г. Астрахани, от новорожденных детей отказались в 2002 г. 15 матерей, в 2003 – 38, в 2004 – 32, в 2005 – 42, в 2006 – 49, а в 2007 г. – 27. В 2008 г. – 36. Анкетирование 54 беременных женщин у трети из них выявило потенциальную готовность оставить ребенка по заболеванию или инвалидности в роддоме. В анкетах у 243 женщин и 37 мужчин репродуктивного возраста выявлено до 52% латентных мотиваций к возможному отказу от детей, среди которых первые места занимают «социально-экономические причины», «тяжелая болезнь» и «инвалидность» ребенка [14].

Полученные данные могут косвенно отражать состояние морально-психологического потенциала в общественном самосознании и степени мобилизации общества. Информированность об этих изменениях необходима для государственных структур всех уровней и общества, как условие для успешного взаимодействия по коррекции девиаций поведения и адаптации к изменяющимся условиям жизнедеятельности, а также – в образовательном и воспитательном процессе с целью пересмотра программ воспитания и уклада жизни подрастающего поколения [10, 14].

Одним из важных звеньев в системе психологической помощи детям с проблемами в развитии является психологическая коррекция. Однако в настоящее время существует множество противоречивых взглядов

на проблему психологической коррекции, не разработаны её теоретические и методологические аспекты, не раскрыты её основные направления и механизмы воздействия при различных вариантах нарушений физического и психического развития у детей и подростков. Для успешного осуществления психологической помощи психологупрактику необходима совокупность знаний при овладении многообразными психокоррекционными технологиями. В этой связи, важной является проблема подготовки компетентных специалистов для психокоррекционной работы с такими детьми. С этой целью в Астраханском государственном университете издано учебно-методическое пособие «Ранняя диагностика отклонений в психофизиологическом развитии детей» (автор – доцент Т.Н. Ермолаева). В книге представлены основные понятия, общие теоретические положения и методы медицинской и психолого-педагогической диагностики отклонений психического развития у детей, психопатологические и психосоматические расстройства периода новорожденности, младенчества и раннего детства, диагностика некоторых синдромальных форм психического дизонтогенеза. Собрана информация по клинико-психологической характеристике детей с психическим недоразвитием и прилагаются методики исследования памяти, мышления, интеллекта у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Пособие подготовлено в соответствии с программой учебно-методического комплекса по дисциплине «Специальная психология» [15].

Таким образом, социальной базой нарушений здоровья и отклонений в психофизическом развитии и адаптации детей являются современные социально-экономические отношения, порождающие загрязнение окружающей среды, несправедливое расслоение общества, социальное и реальное сиротство, детскую беспризорность, высокий процент распадающихся семей, а также – пропаганду культа наживы и насилия, формирование у подрастающего поколения меркантильных мотиваций и потребностей, искажение семейных ценностей [6, 10, 11, 13, 14, 15].

*Научный проект № 10-06-00621а под-
держан грантом РГНФ.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нарушения микробиоценозов у детей: многоцентровое исследование / В.А. Алёшкин, Х.М. Галимзянов, С.С. Афанасьев, А.В. Караулов и др. // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 124–128.
2. Антошина Н.Л., Михалевиц С.И.. Современные представления об этиологии и патогенезе гестоза // Медицинские новости. – 2005. – №3. – С. 23–28.
3. Безрукова Д.А., Степина Н.А. Современные аспекты прогнозирования атопического дерматита у детей // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – № 2.– С. 22–25.
4. Особенности микробиоценоза респираторного тракта у детей с хронической бронхолегочной патологией / Н.А. Белопасова, Д.Ф. Сергиенко, Х.М. Галимзянов, Н.В. Петрова // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – № 2.– С. 170–173.
5. Великанова Л.П., Костина Л.А.. Сравнительно-возрастные характеристики стрессоустойчивости у школьников // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 281–283.
6. Врождённые пороки развития у детей как критерий экологического неблагополучия региона / Д.М. Дементьева, Ю.Н. Михайлова, С.М. Безроднова, С.В. Минаев // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 259–260.
7. Елизарова И.С., Сердюков В.Г., Антонова А.А. Мониторинг состояния здоровья школьников 6–15 лет в Астрахани // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 285–287.
8. Измайлова И.Г. Качество жизни детей и подростков с первичными цефалгиями // Астраханский медицинский журнал. – № 2. – С. 56–60.
9. Квятковский И.Е., Гальцева Л.А., Халтурина И.Л.. Рождаемость и младенческая смертность в Астраханской области // Астраханский медицинский журнал. – № 2. – С. 151–155.
10. Майсак Н.В. Проблема систематизации девиантного поведения // Астраханский медицинский журнал. – № 2. – С. 85–89.
11. Создание медико-географических карт для анализа дерматологической заболеваемости / В.Н. Пекин, В.Н. Голикова, И.В. Телешева, Р.Б. Зязиков, Д.М. Никулина // Астраханский медицинский журнал. – № 3. – С. 269–272.
12. Динамика показателей здоровья детей младшего школьного возраста в Астрахани / В.Г. Сердюков, И.С. Елизарова, А.А. Антонова, Г.Л. Шендо, В.Р. Рябкин // Астраханский медицинский журнал. – № 3. – С. 291–292.
13. Сухарев А.Е., Булах Н.А., Ермолаева Т.Н., Крупнов П.А., Крылов Г.Ф., Оганесян Ю.В. // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 11. – С. 121–128.
14. Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Беда Н.А. Отказы от детей: могут ли быть оправданными причины? // Успехи современного естествознания. – 2009. – № 7. – С. 119–120.
15. Реформы, здоровье и образование подрастающего поколения / А.Е. Сухарев, Т.Н. Ермолаева, Н.А. Булах, П.А. Крупнов, О.В. Марфина // Международный журнал экспериментального образования. – 2011. – № 3. – С. 36.
16. Халтурина И.Л., Сердюков А.Г. Демографические процессы в Астраханской области // . – 2011. – № 2. – С. 162–165.
17. Шамгунова Б.А., Заклякова Л.В. Календарь цветения аллергенных растений Астрахани // Астраханский медицинский журнал. – № 2. – С. 201–204.
18. Ющенко А.И. Основы учений о преступнике, душевнобольном и психологии нормального человека // Введение в курс судебной психопатологии. – СПб.: Издание К.П. Риккера, 1913. – 72 с. // Allpravo.Ru – 2004.