

На правах рукописи

**ХАЦИЕВА
МАРЕМ САЛМАНОВНА**

**«МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МИГРАНТОВ НА
ТЕРРИТОРИИ РОССИИ
(НА ПРИМЕРЕ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ ИЗ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)»**

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

14.00.01 – акушерство и гинекология

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2006

Диссертационная работа выполнена в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научный руководитель: Доктор медицинских наук, профессор
Цыбульская Инна Сергеевна

Официальные оппоненты: Доктор медицинских наук, профессор
Киселев Александр Сергеевич

Доктор медицинских наук, профессор
Погорелова Алла Борисовна

Ведущая организация: **ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию**

Защита состоится 15 декабря 2006 года в 10 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава) по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

Автореферат разослан _____ 2006 г.

Ученый секретарь
диссертационного Совета
кандидат медицинских наук

Е.И. Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Развал СССР и сопровождающие его политический кризис, образование новых политически разобщенных государств, разрыв культурных, общественных, информационных и экономических связей дестабилизировали в постсоветском пространстве все формы общественной жизни, создавая серьезные предпосылки для масштабных и интенсивных миграционных процессов (Артюнов М.Г., 1991; Злоказов И.А., 1991; Рыбаковский Л.А., 1991; Бабиенко Л., 1992; Анисимов В., 1995; Владимиров В., 1998).

Особую группу мигрантов в Российской Федерации составляли переселенцы из Чеченской республики, вынужденные покинуть родные территории в связи с активизацией в республике военных действий. Наибольшую часть мигрантов из Чеченской республики принимает республика Ингушетия (Елагин В.Н., 1995; «Беженцы», 1994).

Процессы миграции сопровождаются ухудшением эпидемиологической обстановки и состояния здоровья мигрантов (Топилин А.В., 1992; Щепин О.П., 1997, 1998, 1999, 2001; Лимин Б.Б., 1998; Губня Г.Н., 1999; Тишук Е.А., 2000; Курчанов В.Н., 2000).

В условиях миграции в большей степени подвержены риску нарушения здоровья женщины и дети. В первую очередь под влиянием неблагоприятных факторов и недостатка акушерско-гинекологической помощи страдает репродуктивное здоровье, а гинекологическая патология негативным образом влияет на снижение рождаемости, качество потомства и перинатальную смертность (Hargreaves S., 2000; Duezz A., 2003; Delarge P., 2004; McGinn T., 2004).

Несмотря на имеющую место острую проблему миграции в мире, до сих пор не накоплено достаточно опыта по организации вынужденным переселенцам эффективной медицинской помощи. Очень мало работ, характеризующих особенности состояния здоровья различных категорий мигрантов и влияние процессов миграции на здоровье детей, а также предложений, направленных на совершенствование организации медицинской помощи в условиях миграционных лагерей.

Цель исследования:

Определить состояние соматического и репродуктивного здоровья вынужденных переселенцев из Чеченской республики и их потомства и разработать предложения по совершенствованию оказания им медицинской помощи.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать основные проблемы жизнеобеспечения (условия проживания, трудоустройство, материальную обеспеченность) вынужденных переселенцев в местах их компактного проживания в республике Ингушетия.

2. На основании результатов анкетного опроса дать сравнительную характеристику состояния здоровья взрослых членов семей – с учетом гендерных различий – в периоды пребывания их в Чеченской республике в довоенное и военное время и в Ингушетии в условиях их проживания в палаточных лагерях для вынужденных переселенцев.

3. Определить особенности реализации функции воспроизводства у женщин-мигранток из Чеченской республики по этапам их проживания в Чеченской республике и республике Ингушетия и здоровья потомства до и после вынужденного переселения.

4. Провести оценку действующей системы медицинского обеспечения вынужденных переселенцев из Чеченской республики, проживающих в палаточных лагерях на территории Ингушетии и разработать предложения по ее совершенствованию.

Научная новизна исследования

В работе впервые определены основные проблемы жизнеобеспечения вынужденных переселенцев из Чеченской республики в условиях проживания в палаточных лагерях:

- представлены сравнительные данные состояния здоровья женщин и мужчин, а также детского контингента вынужденных переселенцев за периоды до и во время активизации военных действий в Чеченской республике и в различные временные периоды на этапе проживания в палаточных лагерях в республике Ингушетия;
- установлен факт разницы адаптивных реакций мужчин и женщин на кризисную ситуацию в условиях вынужденного переселения, а также особенности здоровья детей, родившихся в различных условиях;
- изучен опыт работы медицинского персонала по обслуживанию вынужденных переселенцев, проживающих в местах компактного пребывания в Ингушетии, и разработаны предложения по совершенствованию организации медицинской помощи со стороны территориальных служб здравоохранения и гуманитарных международных неправительственных организаций и их взаимодействия.

Практическая значимость работы

Практическая значимость работы определяется предложениями автора по улучшению организации медицинской помощи вынужденным переселенцам из Чеченской республики, привлечению психологов к обслуживанию вынужденных переселенцев, внедрению новых форм работы с беременными и кормящими матерями, а также созданию информационных материалов профилактической направленности, изменением первичной медицинской документации, системы учета и составления отчетов о работе с населением и формирования общей базы данных, что сделало возможным не только оказание помощи обратившимся за ней переселенцам, но и оценку ситуации в целом. Такой подход очень важен при работе с большими контингентами вынужденных переселенцев с неустроенным бытом, особо подверженными различного рода заболеваниям. Разработаны также предложения по совершенствованию медицинской помощи вынужденным переселенцам со стороны международных неправительственных организаций и их взаимодействия с местными службами здравоохранения.

Выявленные особенности изменений в состоянии здоровья у переселенцев и их потомства и сформулированные предложения по совершенствованию работы с этими контингентами могут быть использованы в масштабах всей Российской Федерации – в тех местах, куда направляются

вынужденные переселенцы в связи с различными экстраординарными природными и социальными причинами.

Внедрение результатов в практику здравоохранения: Накопленный автором опыт и результаты проведенного исследования успешно используются в практической работе Международной неправительственной организации «Врачи без границ», действующей на территории республики Ингушетия; в работе махачкалинской благотворительной больницы для женщин, а также при подготовке кадров акушеров-гинекологов (на кафедре акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов Дагестанской Государственной Медицинской Академии).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Вынужденные переселенцы из Чеченской республики в местах их компактного проживания пребывают в неблагоприятных условиях отсутствия рабочих мест, недостаточности питания и хронического стресса, вызванного военными действиями, явившимися причиной их исхода из Чеченской республики, и нарушенными условиями жизнеобеспечения в местах их нового местожительства.

2. На фоне воздействия стрессогенных факторов, ставших причиной вынужденного переселения из Чеченской республики, и при измененных условиях жизнедеятельности в связи с этим у переселенцев наблюдаются значительные нарушения здоровья, проявления которых имеют фазовую структуру и характерные гендерные и возрастные различия.

3. В наибольшей мере в ситуации военных действий и миграции страдают женщины и их потомство, что проявляется морфофункциональными нарушениями и снижением компенсаторно-приспособительных возможностей организма в виде ухудшения физического состояния, повышения заболеваемости и смертности.

4. При организации медицинского обеспечения вынужденных переселенцев в местах их компактного проживания необходимы согласованные комплексные меры со стороны местных служб здравоохранения и международных гуманитарных организаций с учетом выявленных особенностей нарушения здоровья контингентов и сформулированных автором предложений по совершенствованию системы их медицинского обеспечения.

Реализация и апробация работы: Результаты работы доложены и обсуждены на:

- Всероссийской научно-практической конференции 30-31 мая 2006 г. по теме «Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения»;

- Апробационном совете ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава 21 июня 2006 г.

Объем и структура работы: Диссертация изложена на 161 страницах машинописного текста, включает 16 таблиц, 17 рисунков, 1 схему; состоит из введения, литературного обзора, методики исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов и предложений, списка литературы (135 отечественных и 73 зарубежных автора).

По теме диссертации опубликовано 5 работ.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении определены цели и задачи, раскрыты научная новизна и практическая значимость, сформулированы положения, выносимые на защиту.

В приведенном **в первой главе обзоре литературы на тему «Проблемы миграции и здоровья вынужденных переселенцев»** рассмотрены проблемы миграции населения в постсоветской России и в ряде зарубежных стран.

В работах отечественных исследователей анализируются современные тенденции миграции, получившие в наши дни интенсивное развитие, ее новые формы и направления. Показана динамика нарастания числа беженцев и вынужденных переселенцев. К концу 1991 года в Российской Федерации их было зарегистрировано около 900 тысяч, к концу 90-х годов – более 1 млн.

Анализ материалов в субъектах Российской Федерации показал неблагоприятную санитарно-эпидемическую обстановку, ухудшение состояния здоровья коренного и прибывающего, в том числе детского, населения и связанную с этим опасность ввоза и распространения массовых инфекционных заболеваний. Беженцы и вынужденные переселенцы подвержены более высокому риску ИППП и заболевания ВИЧ-инфекцией в результате бедности, неконтролируемых половых контактов, недостатка информации и медицинского обеспечения репродуктивного здоровья (Mworozi EA., 1993; Low N, 1993; AIDS Action. 1999 Apr-Jun;(44):2-3.).

Одним из основных факторов, оказывающих влияние на медико-санитарную ситуацию среди вынужденных мигрантов, является отсутствие постоянного жилья и низкий прожиточный уровень.

Многие авторы отмечают, что миграция способствует возникновению невротических и психических расстройств, апатико-депрессивных реакций, гипертонической болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных стрессом, а также учащению язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, холециститов, колитов, бронхиальной астмы. Отмечается значительное ухудшение репродуктивного здоровья женщин. Особое место в структуре заболеваемости женщин занимают инфекционно-воспалительные процессы женских половых органов, непосредственно влияющие на репродуктивное здоровье. Среди женщин-беженек чаще, чем у постоянно проживающих женщин, отмечаются преждевременные роды, рождение детей малой массой тела, более высокие цифры пренатальной и младенческой смертности. У этих женщин чаще возникают воспалительные проявления со стороны органов дыхания, анемия, пиелонефрит, а также туберкулез, гепатит В и другие заболевания. (Артюхов И.П., 1996).

Состояние репродуктивного здоровья женщин-мигранток имеет непосредственное влияние на здоровье новорожденных и последующее их физическое и психическое развитие (Krause S.K., 2002).

Во второй главе «Материалы и методы исследования» приводится описание базы исследования, этапы, методология и методы исследования

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава». Исследование проводилось в 2004-2006 годах поэтапно.

На первом этапе были изучены источники литературы отечественных и зарубежных авторов, касающиеся причин миграции, характеристики мигрантов и организации помощи в новых для них условиях; разработана анкета для опроса вынужденных переселенцев из Чеченской Республики, проживающих на территории Ингушетии, в которую были включены вопросы, касающиеся характеристики семей вынужденных переселенцев, характера их жизнеобеспечения в условиях вынужденного переселения и состояния здоровья различных возрастных групп (мужчин, женщин, детей) до и после миграции и на различных временных этапах миграции, а также вопросы по реализации репродуктивной функции женщин, особенности развития и состояния здоровья потомства.

На втором этапе был проведен анкетный опрос вынужденных переселенцев согласно процедуре рандомизации, предполагающей случайный отбор анкетироваемых субъектов; гинекологический осмотр опрашиваемых женщин и анализ индивидуальных медицинских карт, которые заполнялись терапевтами и педиатрами при осмотре пациентов и оставались в семьях, а также анализ организации медицинской помощи вынужденным переселенцам на основании собственного опыта работы в составе выездных бригад.

На третьем этапе проанализированы, систематизированы, подвергнуты математическому анализу и описаны результаты проведенного исследования.

На заключительном *четвертом этапе* были разработаны предложения по совершенствованию организации медико-социальной помощи вынужденным переселенцам профилактической и коррекционной направленности (схема 2.1).

Объектами исследования явились вынужденные переселенцы, проживающие в специально организованных палаточных лагерях и в других точках их компактного проживания. Единицами наблюдения послужили семьи и члены семей вынужденных переселенцев.

Базами исследования были выбраны территории Малгобекского и Сунженского районов Республики Ингушетия – места, где проживало большее количество вынужденных переселенцев из Чеченской республики. Именно здесь были расположены четыре лагеря с населением от 4 до 11 тысяч в каждом. Это обеспечивало относительно лучшие возможности оказания беженцам гуманитарной помощи и организации медицинского обслуживания.

Методика и организация исследования

Этапы исследования	Задачи этапа	Методы исследования	Источник информации	Объекты и объем исследования
1	1. Изучение проблем мигрантов: - причины миграции; - потребности мигрантов; - организация помощи мигрантам. 2. Разработка методологии и методов исследования. 3. Определение баз, объектов и объемов исследования	Аналитический	Данные отечественной и зарубежной литературы	208 публикаций, в т.ч.: 135 отечественных авторов; 73 зарубежных автора
2	Изучение социально-гигиенической характеристики мигрантов из Чеченской республики	1. Социально-гигиенический (анкетный опрос)	Анкета для мигрантов	Вынужденные переселенцы из Чеченской респ., проживающие в респ. Ингушетия в миграционных лагерях Махгобекского и Сунженского районов 475 семей
	Изучение состояния здоровья взрослого населения (женщин и мужчин)	Анкетный опрос Выкопировка из медицинской документации	Анкета для мигрантов Медицинские карты мигрантов	475 матерей; 399 отцов;
	Изучение репродуктивного здоровья женщин, характера воспроизводства	Анкетный опрос Клинический	Анкета для мигрантов Осмотр женщин акушером-гинекологом	475 матерей (1888 беременностей)
	Изучение состояния здоровья детей	Анкетный опрос матерей Выкопировка из медицинской документации	Анкета для мигрантов Медицинские карты мигрантов	1514 новорожденных (живых и мертвых) и 1499 детей более старшего возраста
	Анализ организации медицинской помощи населению, находящемуся в миграции в Республике Ингушетия	Аналитический и экспертных оценок	Опыт собственной работы	Международная неправительственная организация «Врачи без границ», г. Назрань, республика Ингушетия 2000-2004 гг.
3	Анализ результатов исследования, их систематизация и описание	Аналитический с применением компьютерной математической программы многомерного анализа		
4	Разработка предложений по совершенствованию медицинского обслуживания вынужденных переселенцев	На основании данных международного опыта, пятилетнего опыта работы в МНО «Врачи без границ» и проведенного клинико-социологического исследования		

Формирование выборочной совокупности проводили на основе методических приемов, разработанных О.В. Отдельновой (1991).

Таблица 1

Определение необходимого объема выборки

Вид исследования	Желаемая точность исследования $K=\delta/\Delta^*$	$t=2,0$ $P = 0,95$	$t=2,5$ $P = 0,98$	$t=3,0$ $P = 0,99$
Ориентировочное знакомство	0,5	16	29	36
	0,4	25	39	56
	0,3	44	69	100
Исследование средней точности	0,2	100	156	200
Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

*Вариабельность (δ) и доверительный интервал (Δ) не определяются заранее, а берется ориентировочное отношение, обозначаемое K – коэффициент – показатель точности, уровень которого от 0,5 до 0,1 выбирает сам исследователь.

Всего было опрошено 475 семей, включающих 874 взрослых – матерей и отцов, а также 1499 детей из семей временно переселившихся в Ингушетию. Это дает возможность распространить выводы исследования на всю генеральную совокупность вынужденных переселенцев.

При формировании анкеты каждый вопрос анкеты рассматривался как признак и формулировался так, что допускал лишь единственный ответ из списка возможных. В основном в анкету были включены категориальные признаки с ограниченным числом возможных состояний (ответов на вопросы не более 10-ти). Поскольку списки возможных ответов на вопросы были упорядочены по их усилению или ослаблению, то присвоение номеров ответам позволило рассматривать признаки как порядковые, к которым могут быть применены любые методы статистического анализа данных, используемые для дискретных численных переменных.

Категориальные переменные, состояние которых упорядочить было невозможно, разбивались на несколько бинарных, для которых ответу «нет» было сопоставлено число 0, а ответу «да» 1.

Вопросы анкеты были разбиты по смысловому содержанию на группы, отражающие как социально-демографический статус респондентов (возраст, семейное положение, занятость и прочее) так и общее состояние здоровья опрашиваемых и их детей.

При распределении вопросов анкеты на смысловые группы учитывалась возможность влияния отдельных групп показателей на целевые, отражающие общее состояние здоровья опрашиваемых.

В результате сформировались следующие группы показателей:

- 1) социальный статус родителей семьи;
- 2) условия проживания семьи;
- 3) здоровье матери и отца семейства;
- 4) течение беременности матери, особенности плода;
- 5) особенности физического развития и состояния детей при рождении;
- 6) острые заболевания детей;
- 7) хронические заболевания детей;
- 8) смертность детей.

Анализ результатов полученных первичных данных проводился с помощью специально разработанной компьютерной программы, которая строилась на основе формирования списка показателей и кодирования их состояний с последующей группировкой показателей с определением их внутригрупповых связей.

Поскольку число вопросов анкеты в каждой из сформированных смысловых групп могло оказаться избыточным, была проведена проверка показателей в группе их принадлежности на наличие взаимосвязи. Для этой цели использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена с одновременным расчетом «вероятности справедливости» так называемой нуль-гипотезы, согласно которой связь между парой анализируемых показателей отсутствует. Различия считали достоверными при уровне значимости нуль-гипотезы менее 0,05.

Для выявления сопряженности (взаимосвязи) пары категориальных переменных использовался также "хи-квадрат-критерий" Пирсона при сравнении заболеваемости взрослых и детей в разные периоды их жизни (до миграции и после). Для отклонения или подтверждения нуль-гипотезы использовалась хи-квадрат-статистика анализа многоклеточных таблиц сопряженности переменных (показателей). При изучении динамики массы тела наблюдаемых индивидов для сравнения их массы в разные годы проживания в миграции применяли критерий Duncan'a.

Для компьютерной обработки данных анкетного опроса была сформирована База Данных по мигрантам из Чеченской Республики. Для определения логической структуры Базы Данных было принято решение перейти к построению формализованного списка ответов на все вопросы анкеты и присуждения им цифровых кодов.

Для решения задач пополнения, редактирования и считывания информации в Базе Данных были использованы средства компьютерной системы EpiInfo, свободно распространяемой ВОЗ через Internet.

В третьей главе «Социально-гигиеническая характеристика семей вынужденных переселенцев из Чеченской Республики в Республику Ингушетия» приведены данные о всех обследованных 475 семьях общей численностью 2373 членов. Среди них 360 семей проживали в лагере для беженцев в течение 5 лет; 103 семьи – в течение 3-4 лет; единичными были семьи, проживающие в течение 1-2 лет и 6-7 лет. Как правило, это были многодетные семьи, имеющие от 3 до 9 детей.

Среди взрослого населения матери составляли 54,2%; отцы – 45,8%. Большая часть мужчин и женщин были в возрасте до 40 лет (53,6% и 75,3%, соответственно). Практически все мужчины и 84,6% женщин состояли в браке. Из числа не состоящих в браке женщин (15,4%) 7,8% были вдовами.

Для большинства переселенцев образовательный уровень характеризовался средним и средне-специальным образованием. У женщин этот показатель равнялся 47,4 и 20,8%.

Во время пребывания в лагерях большинство вынужденных переселенцев были безработными или имели временную работу. Среди женщин число безработных составляло 77,2%. Временную работу имели 12,2% из них; 10,5% занимались торговлей. Среди мужчин число безработных было ниже (46,3%), однако большая часть тех, кто работал, имели временные рабочие места (37,0%) и только 16,7% работали постоянно в торговле (предпринимательство).

Практически все переселенцы испытывали крайнюю материальную нужду, а основными продуктами питания для них служили хлеб, картофель, крупы и растительное масло. Молочные продукты (молоко, сыр, творог и сливочное масло) не употребляли вовсе от 70,9% до 84,5% семей; рыбу – 79,6%; овощи и фрукты – от 31,8% до 36,3%; мясо – 26,4%.

Скудный материальный достаток, неблагоустроенное жильё, перенесенный тяжёлый психологический стресс создали предпосылки для возникновения различных болезней и ухудшения психологического и соматического здоровья для данной категории людей. Это подтверждается анализом состояния их здоровья на различных этапах их жизни. Состояние здоровья изучаемых групп анализировали в динамике – до переселения в лагерь для беженцев (в «мирное» время – до 1992 года и при активизации военных действий – с 1992) и после него, а также ежегодно во время всего периода проживания их на территории переселения.

При изучении *состояния здоровья взрослых* переселенцев у женщин и мужчин анализировали динамику весовых показателей, распространенность нервно-психических расстройств и анемии, патологии щитовидной железы, частоты острых и хронических заболеваний органов дыхания и пищеварения, болезней сердечно-сосудистой, мочеполовой и костно-мышечной систем. У женщин исследовались показатели репродуктивного здоровья, в частности, характер течения беременности и родов.

Результаты анализа *состояния здоровья женщин*, находящихся в течение пяти лет в лагере для вынужденных переселенцев, показали, что первое место в общем объёме заболеваемости принадлежит нервно-психическим расстройствам, которые, несомненно, являются проявлением тяжёлого хронического стресса. Этими расстройствами страдали практически все женщины (99,16%).

В первый год миграции после острого стресса, в условиях дезадаптации, связанной с переездом, бытовым неустройством, неуверенностью в будущем, произошёл максимальный «всплеск» частоты большинства заболеваний.

Для большинства из них стабильная тенденция к росту сохранялась во время всего периода пребывания в республике Ингушетия.

В первую очередь это касалось *нервно-психической сферы* и проявлялось головными болями, которыми страдали в период миграции 42,5% женщин (против 3,2% до переселения), раздражительностью – 32,6%; нарушениями сна 19,6% и эмоциональными срывами – 5,2% (0,0% и 1,4% до переселения, соответственно). На втором-третьем годах пребывания в условиях вынужденного переселения эти нарушения нарастали, а начиная с четвертого года миграции этот процесс роста стал замедляться.

Математическая оценка указанных проявлений нервно-психических расстройств, проведенная с использованием хи-квадрат критерия Пирсона, показала высокую их достоверность ($P=0,00$ для показателей «головная боль», «раздражительность», «сонливость», «плохой сон»; $P=0,013$ для «нервно-эмоциональных срывов») и только для показателя «агрессивность» она было недостоверной ($P=0,47$).

На втором месте находились *гинекологические нарушения* (44,9%), в первую очередь, воспалительные заболевания половых органов (26,1%) и расстройства менструаций (12,2%). Гинекологические заболевания у женщин в периоде миграции, по сравнению с домиграционным периодом, увеличились в 2,6 раза; воспалительные заболевания половых органов – в 2,3 раза; нарушения менструального цикла – в 3,0 раза; частота других заболеваний (миома матки, эндометриоз, эрозия шейки матки) – в 2,0 раза. Степень достоверности выявленных изменений высока: P составляет 0,000-0,040 для всех заболеваний, кроме «кровотечений».

Третье место занимали *болезни мочевыводящей системы* (28,1%), главным образом такие воспалительные заболевания, как пиелонефрит и цистит (15,3% и 12,1%, соответственно). Удельный вес пиелонефрита в общем числе этого рода патологии составил 54,6%; цистита – 43,16% и уретрита – 2,24%.

На четвертом месте располагались *болезни пищеварительной системы* (26,4%). Чаще всего это были болезни желудка и кишечника (16,5%), затем болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (9,9%), обусловленные скудным несбалансированным питанием с превалированием углеводных ингредиентов, что, кроме того, приводило женщин к увеличению их массы тела. Частота болезней органов пищеварения после переселения из Чеченской Республики в Республику Ингушетия в первые три года постепенно возрастала, однако с каждым годом интенсивность этого роста замедлялась. На четвертом году вынужденного переселения произошла стабилизация показателей заболеваемости, а затем на пятом году – их снижение. Однако уровень роста желудочно-кишечных заболеваний в первые годы переселения значительно превысил уровень снижения в последующие годы и в связи с этим частота этой категории заболеваний на пятом году миграции оказалась выше домиграционной на 83,5%.

Заболееваемость болезнями желчного пузыря и желчевыводящих путей заметно возросла на втором году вынужденного переселения (+61,0%). В дальнейшем тенденция роста сохранялась в течение всего времени проживания, хотя интенсивность роста в последующие годы была значительно слабее (+7,6% на четвертом и +4,5% пятом году миграции). В целом уровень распространенности болезней желчного пузыря на пятом году миграции в 2,4 раза превысил таковой в домиграционный период.

На пятом месте были *заболевания органов дыхания* (25,2%), уровень которых возрос, по сравнению с домиграционным, равным 12,6%, в 2,0 раза. Из общего числа заболеваний 17,6% приходилось на острые респираторные инфекции и 7,6% – на хронические болезни верхних дыхательных путей, такие как хронический тонзиллит, аденоидит и гайморит. Указанное соотношение свидетельствует о выраженной хронизации патологических процессов дыхательных путей, по сравнению с общей популяцией. Динамика заболеваний острыми респираторными инфекциями была статистически высоко значима (вероятность отсутствия различий $P=0,000$), для хронического тонзиллита тоже значима ($P=0,015$), в то время как показатели динамики хронического отита не были достоверны (вероятность отсутствия различий P составило 0,643).

На шестом месте – *анемия* (17,7%), обусловленная, без сомнения, алиментарным фактором. До миграции эта величина составляла 10,5%. За время пребывания в миграции число женщин, страдающих анемией, ежегодно возрастало и к концу пятого года превысило домиграционный уровень в 2,3 раза. Феномен увеличения числа женщин с анемией на 4-ом году вынужденного переселения обладал максимальной математической достоверностью (вероятность отсутствия различий, $P=0,000$).

На седьмом месте – *болезни сердечно-сосудистой системы* (12,0%), среди которых преимущественное положение занимает артериальная гипертензия, имеющая стрессорно-эмоциональную этиологию. Ею страдали 7,3% женщин (что составило 60,5% от общего числа больных). Число женщин, страдающих сердечно-сосудистой патологией, в условиях вынужденного переселения постоянно возрастало и к пятому году превосходило домиграционный уровень в 2,4 раза. Динамика распространенности артериальной гипертензии была значима (вероятность отсутствия различий $P=0,003$). Распространенность другой сердечной патологии статистически достоверной не была ($P=0,067$).

На восьмом месте стоят *болезни щитовидной железы* (7,4%), которые за время пребывания женщин в условиях вынужденного переселения выросли от домиграционного уровня в 2,6 раза (вероятность отсутствия различий P составило 0,013).

По тем же параметрам, что у матерей, оценивалось состояние здоровья отцов. Результаты этих сравнений представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Сравнительная характеристика заболеваемости женщин и мужчин-
вынужденных переселенцев из Чеченской республики**

Патология	Средний показатель заболеваемости за период миграции (в % к общему числу)		Динамика заболеваемости от домиграционного периода к 5-ому году пребывания в миграции (+% и > в разах)		«Пик» заболеваемости (годы миграции)	
	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.
Нервно-психические заболевания, в т.ч.:	99,2	118,2	> в 21,0	> в 33,8	3	3
- головная боль	42,5	48,5	> в 13,3	> в 21,1	3	3
- раздражительность	32,4	38,7	+46,7%	> в 73,0	5	3
- нарушение сна	19,2	23,8	+29,3%	> в 35,6	3	3
- нервные срывы	5,1	7,6	> в 3,8	> в 2,7	3	5
Анемия	17,1	0,86	> в 2,3	> в 3,8	5	3
Заболевания органов дыхания, в т.ч.:	25,2	12,7	> в 1,7	> в 1,6	3	2 и 3
- острые респираторные инфекции	17,3	7,9	> в 2,2	> в 2,4	3	2
- хронические болезни верх. дыхательных путей (тонзиллит, аденоидит, гайморит)	7,5	3,8	+15,9%	+5,6%	3,5	3
- туберкулез легких	0,33	1,0	+17,4%	+69%		
Сердечно-сосудистые заболевания, в т.ч.:	12,0	10,7	> в 3,0	> в 7,8	5	4
- артериальная гипертония	7,3	7,3	> в 3,1	> в 7,9	5	4
- другие болезни сердца	4,7	3,4	> в 3,1	> в 3,8	4	4
Патология щитов. железы	7,4		> в 2,6		5	
Желудочно-кишечные заболевания, в т.ч.:	26,4	32,7	> в 2,0	> в 2,5	4	4
- болезни желудка и кишечника	16,5	25,7	> в 1,8	> в 2,6	3	4
- бол.желчного пузыря и желчевыводящих путей	9,9	7,0	> в 2,4	> в 3,2	5	4
Болезни мочевыводящей системы, в т.ч.:	28,1	14,5	> в 3,0	> в 4,3	5	3
- пиелонефрит	15,3	10,4	> в 3,0	> в 3,6	5	3
- цистит	12,1	4,1	> в 2,4	> в 12,7	4	3
Простатит у мужчин		6,4		> в 14,6		5
Гинекологические забол.у женщин, в т.ч.:	44,9		> в 2,6		4	
- нарушение менструаций	12,2		> в 3,9		5	
- воспалительные забол. половых органов	26,1		> в 2,3		4	
Новообразования (миома матки)	6,5		> в 2,1		4	

Эти гендерные различия необходимо учитывать при проведении мероприятий по профилактике и коррекции дезадаптационных проявлений у вынужденных переселенцев.

В четвертой главе «Реализация функции воспроизводства у женщин-мигранток и здоровье их потомства» оценивались течение и исходы беременностей и родов у женщин-вынужденных переселенцев из Чеченской

республики по трем изучаемым периодам их жизни, а также показатели здоровья их детей в периоде новорожденности и в последующие периоды жизни.

Необходимые сведения получены путем анкетного опроса женщин-мигранток за довоенный период жизни в Чеченской Республике (до 1992 года), за время активизации военных действий (1992-1998 гг.) и во время проживания в Республике Ингушетия (с периода массового переселения 1999 г.), а также по данным осмотра женщин и детей терапевтом, акушером-гинекологом и педиатром в процессе выезда врачебных бригад в лагерь вынужденных переселенцев.

Установлено, что число предохраняющихся от нежелательной беременности составляло лишь 38,3%, из них только 9,7% предохранялись регулярно.

При оценке по периодам жизни выявлено, что число беременностей, закончившихся родами, в период военных действий и особенно в условиях вынужденного переселения сокращалось, а число прерываний беременности по периодам достоверно возрастало (в большей степени не по желанию женщины, а в результате самопроизвольных выкидышей на разных сроках вынашивания), составлявших соответственно по периодам наблюдения 7,0; 9,8 и 13,4% от общего числа беременностей.

Сумма невынашивания (самопроизвольных выкидышей) и недонашивания (числа недоношенных новорожденных – живых и мертвых) также по периодам наблюдения увеличивалась и определялась максимальной в условиях вынужденного переселения (18,5% от числа всех беременностей, за исключением аборт по желанию женщины). В то же время мертворождения наблюдались максимально часто в период активации военных действий в Чеченской республике (табл.3).

Таблица 3

Исходы беременностей у женщин-вынужденных переселенцев из Чеченской республики по этапам наблюдения
(в % от общего числа беременных по группам)

Время рождения и место проживания новорожденных	Обозначения	Исходы беременностей					Всего беременных (1888)
		аборты	выкидыши	мертворождения	живорождения	Σ невынашивания и недонашивания	
1. В Чеченской респ. (1985-1991 гг.)	абс.	39	36	7	431	57 (из 474)	513
	%	7,6	7,0	1,4	84,0	11,4	100,0
2. В Чеченской респ. (1992-1998 гг.)	абс.	69	69	17	550	103 (из 636)	705
	%	9,8	9,8	2,4	78,0	16,2	100,0
3. В миграции (1999-2004 гг.)	абс.	71	90	4	505	111 (из 599)	670
	%	9,6	13,4	0,6	75,4	18,5	100,0
Соотношение	2/1	+28,9	+40,0	+71,4	-7,2	+42,1	
	3/2	+8,2	+36,72	-75,0	-3,7	+14,2	
	3/1	+39,8	+91,4	-57,2	-10,3	+62,3	
Вероятность отсутствия различий P = 0,000							

Результаты опроса показали также, что процент осложнений беременности в условиях вынужденных переселенцев превысил исходный уровень до 1992 г. на 18,4% (70,1% против 59,2%, соответственно).

В довоенные годы первые ранговые места среди общего числа осложнений беременности занимал поздний токсикоз беременности (33,5%), второе место – анемия (17,9%, в т.ч. их сочетание составляло 7,8%); угроза выкидыша встречалась в 7,8%.

После 1992 г. в Чеченской республике (во время активации военных действий) такое ранговое распределение осложнений беременности сохранялось, но при этом число анемий, в т.ч. комбинаций анемии с токсикозом, возросло на 36,2% и 20,5%, соответственно, показатель частоты угрозы прерывания беременности увеличился на 30,8%, а число токсикозов несколько снизилось (на 11,6%) – табл.4.

Таблица 4

Осложнения беременностей у женщин-вынужденных переселенцев из Чеченской республики по этапам наблюдения (в % от общего числа беременных по группам)

Периоды проживания		Осложнений нет	Осложнения есть	из них:				Всего беременностей (за исключ. абортов)
				анемия	токсикоз	в т.ч. анемия+токсикоз II пол.бер	Угроза выкидыша	
1. В Чеченской респ. (1985-1991 гг.)	абс.	193	281	85	159	37	37	474
	%	40,8	59,2	17,9	33,5	7,8	7,8	100,0
2. В Чеченской респ. (1992-1998 гг.)	абс.	228	408	155	188	60	65	636
	%	35,8	64,2	24,4	29,6	9,4	10,2	100,0
3. В миграции (1999-2004 гг.)	абс.	179	420	190	188	64	42	599
	%	29,9	70,1	31,7	31,4	10,7	7,0	100,0
Соотношение	2/1	-12,0	+7,9	+36,3	-11,6	+20,5	+30,8	
	3/2	-16,5	+9,2	+29,9	+6,1	+13,8	-31,4	
	3/1	-26,5	+18,4	+77,1	-6,3	+37,2	-10,3	
Вероятность отсутствия различий P = 0,000								

Общее число женщин с осложненной беременностью на протяжении трех изучаемых периодов постоянно увеличивалось (59,9-64,2-70,1%) а число женщин с неосложненной беременностью соответственно сокращалось (40,8-35,8-29,9%) – всего на **26,5%**. Динамические изменения указанных показателей были статистически значимы.

Еще более было выражено у женщин во время «нагрузки беременностью» обострение или возникновение экстрагенитальной патологии, максимально в период миграции (табл. 5).

Таблица 5

Проявления экстрагенитальной патологии у женщин-вынужденных переселенцев из Чеченской республики по этапам наблюдения (в % от общего числа беременных по группам)

		Заболевания								Число берем.
		щитов. железы	орг. дыхания	ССС	пищеварения	мочевывод. сист.	полиартрит	отравлени операц.	Всего	
1. В Чеченской респ. (1985-1991 гг.)	абс	7	31	0	7	6	0	0	51	474
	%	1,5	6,5	0,0	1,5	1,3	0,0	0,0	10,8	
2. В Чеченской респ. (1992-1998 гг.)	абс	8	61	4	11	7	1	2	94	636
	%	1,3	9,6	0,6	1,7	1,1	0,2	0,3	14,8	
3. В миграции (1999-2004 гг.)	абс	14	83	11	17	27	6	2	160	599
	%	2,3	13,9	1,9	2,8	4,5	1,0	0,3	26,7	
Соотношение	2/1	-13,4	+47,7	0,6/0	+13,3	-15,4	1,6/0	0,3/0	+37,0	
	3/2	+76,9	+44,8	+216,7	+64,7	+309,0	+400,0	=	+80,4	
	3/1	+53,3	+113,8	1,9/0,0	+86,7	+246,2	1,0/0,0	0,3/0,0	+147,2	

При этом общее число заболеваний увеличилось в 2,5 раза. В наибольшей степени возросли проявления патологии мочевыводящей и сердечно-сосудистой систем, полиартрита и заболеваний органов дыхания.

Участились также осложнения родовой деятельности – в целом во время миграции, по сравнению с довоенным уровнем, в 2,5 раза, в т.ч. по периодам: слабость с 5,7 до 8,1 и 11,2%; кровотечения с 0,2 до 0,9 и 4,4% и трансабдоминальное родоразрешение – с 0,7 до 1,9 и 7,2%.

Все приведенные показатели были значимы (вероятность отсутствия различий $P=0,000$).

Состояние здоровья детей оценивали по данным их физического развития, заболеваемости и смертности.

Сведения о физическом развитии новорожденных были получены у матерей о 1826 новорожденных. Из них родились за 7 лет, предшествующих активации военных действий в Чеченской республике, 506 детей; за период 7 военных лет 701 ребенок и за время нахождения вынужденных переселенцев в республике Ингушетия – 619 детей (табл. 6).

Таблица 6

Распределение новорожденных по массе и длине тела в зависимости от времени и места рождения (в % отношении к числу детей в группе)

Время рождения и место проживания новорожденных		Число детей по весовым группам (в граммах и % от числа рожденных в группах)					Средняя длина тела (в см и в % от числа рожденных в группе)
		500-2499	2500-2999	3000-3999	4000 и более	Всего (1826)	
1. Рожденные в Чеченской респ. (1985-1991 гг.)	абс.	95	44	274	93	506	262
	%	18,8	8,7	54,1	18,4	100,0	54,2
2. Рожденные в Чеченской респ. (1992-1998 гг.)	абс.	193	64	329	115	701	197
	%	27,5	9,1	47,0	16,4	100,0	53,9
3. Рожденные в миграции (1999-2004 гг.)	абс.	171	50	300	98	619	290
	%	27,6	8,1	48,5	15,8	100,0	53,6
Соотношение	2/1	+46,3	+4,6	-13,1	-10,9		-0,6
	3/2	+0,4	-13,2	+3,2	-3,7		-0,6
	3/1	+46,8	-9,2	-10,4	-14,1		-1,1
Вероятность отсутствия различий $P=0,056$							$P < 0,05$

Различия массы тела по группам сравнения не обладают высокой достоверностью, однако оценка показателей физического развития в динамике четко показывает, что число детей массой тела 3000-3999 и 4000 и более г в период активации военных действий и в условиях вынужденного переселения ниже, чем в мирный чеченский период, а число маловесных детей (500-2499 г) в эти же периоды увеличивается.

Выявлена важная закономерность – изменение такой устойчивой константы развития, как длина тела плода. В среднем этот показатель в базовый период (у детей, рожденных до 1992 года) был равен 54,2 см; у рожденных в период военных действий (с 1992 года до исхода из Чеченской республики) – 53,9 см и в условиях вынужденного переселения – 53,6 см.

Таким образом, зависимость длины тела от периода рождения младенцев налицо и, как показал множественный критерий Дункана, она статистически значима (уровень значимости 0-гипотезы ниже 0,05).

Отставание физического развития детей в возрасте до 1 года и старше фиксировалось крайне редко. По всей вероятности, это связано с недостаточным медицинским обслуживанием и отсутствием фиксации данного явления (вероятность отсутствия различий в этих возрастах $P = 0,098$).

Данные о заболеваемости новорожденных детей представлены в табл.7.

Таблица 7

Частота патологических состояний у новорожденных детей
в зависимости от времени и места рождения (в ‰)

Патология	Число больных новорожденных (период первых 28 суток жизни)						Соотношение		
	1.Рожденные в Чеченской республике (1985-1991 гг.)		2.Рожденные в Чеченской республике (1992-1998 гг.)		3.Рожденные в миграции (1999-2004 гг.)		2/1	3/2	3/1
	абс.	‰	абс.	‰	абс.	‰			
Недоношенность	18	41,8	26	47,3	20	39,6	+13,2	-12,7	-5,3
Гипотрофия	54	125,3	77	140,0	71	140,6	+11,7	+0,4	+12,1
Расстройства дыхания	2	4,6	5	9,1	1	2,2	+97,8	-78,0	-56,6
Родовая травма всего	5	11,6	4	7,3	7	13,8	-37,1	+78,0	+19,0
в т.ч.: внутричерепная	2		3		4				
др. родовая травма	3		1		3				
Врожд. аномалии: всего	4	9,3	8	14,5	10	19,8	+55,9	+36,6	+112,9
из них: -spina-bifida					1				
-гидроцефалия			1		1				
-врожд. порок сердца	2		5		2				
-«заячья» губа					1				
-пор. разв. кишечника					1				
-аномалии развития	2		2		4				
-нижн. конечностей									
Инфекции, специфические для перинатальн. периода	1	2,3	3	5,5	1	2,0	+139,1	-63,7	-13,1
Отравления			1	1,8	1	2,0			
Всего заболеваний детей	84	194,9	124	225,5	111	219,8	+15,7	-2,5	+12,8
Всего исследуемых детей	431		550		505				

Всего новорожденных с патологией, по далеко не полным данным анкетного опроса матерей, выявлено 194,9‰ в базовом (довоенном) периоде проживания семей в Чеченской республике; 225,5‰ – в период активации там военных действий и 219,8‰ в условиях миграции.

Особенно частыми патологическими состояниями, на которые указывали матери в процессе опроса, были гипотрофия плода и недоношенность (максимально 140,6 и 47,3‰).

Для периода активации военных действий наиболее характерны рост числа недоношенных, расстройств дыхания и инфекций, специфических для перинатального периода, а в условиях миграции – увеличение числа гипотрофии плода, родовой травмы и врожденных аномалий, которые, по сравнению с базовым периодом, увеличились более, чем в 2 раза.

Важнейшим условием оптимального роста и развития является полноценное *грудное вскармливание*. Если группа детей, находящихся на грудном вскармливании до года, в довоенное время составляла 51,7%, то во время военных действий в Чеченской республике (до миграции) она была равна 46,7%, а в миграции только 33,5%. Это, несомненно, влияло негативно на последующее развитие детей и способствовало повышению их заболеваемости.

Своевременное прорезывание первых зубов (один из показателей зрелости и правильности развития) у детей, рожденных в Чеченской республике до 1992 г., составляло максимальное значение (77,3%), а в последующие периоды наблюдения снижалось до 75,4% в период военных действий и до 68,9% в условиях миграции. Соответственно частота запоздалого прорезывания зубов по периодам возрастала от 22,9% к 24,5 и 31,1%.

При оценке *острой заболеваемости у детей* прежде всего анализировали частоту *заболеваний органов дыхания* как наиболее распространенных для данного возраста. В миграции заболеваемость острыми болезнями органов дыхания (ОРВИ, пневмония, бронхит) резко увеличилась и составила в среднем для данных нозологий 60,0%, 5,3% и 1,85%, соответственно, что в кратном измерении превысило исходный уровень (до миграции) в 8,2 раза, в 18,3 раза и 4,7 раза. Применение хи-квадрат критерия подтвердило достоверность полученных данных ($P=0,017$; 0,001 и 0,001, соответственно).

Дети, рожденные после переселения в Ингушетию, часто болели ОРВИ (59,5%) и еще более часто болели пневмонией (91,9%).

В домиграционный период *детскими инфекциями* переболело 265 детей из 503, что составило 52,7% от общего числа детей обследованной когорты того

времени, тогда как в период вынужденного переселения детскими инфекциями переболело 379 детей из 533. Преимущественное число детей (315) болело корью и ветряной оспой.

У детей, родившихся в условиях вынужденного переселения в Республике Ингушетия, наблюдалась эпидемия ветряной оспы, которую перенесли практически все дети этой группы.

У детей, рожденных до миграции, обратно пропорционально возрасту увеличивалась заболеваемость гепатитом «А». Частота данного заболевания была особенно высокой у детей также в период миграции.

Особенность детей, обусловленная неблагоприятными условиями проживания и жизнеобеспечения, предполагала развитие не только острой, но и *хронической патологии*. В процессе исследования это нашло подтверждение. Уровни показателей всех, без исключения, анализируемых нозологий, имеющих хроническое течение (хронический тонзиллит, энурез, аллергические нарушения, в том числе экссудативный диатез, анемия) были в кратном измерении большими у детей в миграции, чем до нее.

Максимальное число детей-инвалидов регистрировалось среди рожденных в период активации военных действий (3,6% по сравнению с 2,8% в базовый период и 1,8% в условиях миграции). При этом четко просматривается более ранняя инвалидизация детей как в «военный», так и особенно в миграционный период (табл. 8).

Таблица 8

Сроки инвалидизации детей

Сроки инвалидизации детей	% детской инвалидности, установленной	
	первые 2 года жизни (из них с рождения)	в 3 и более года
Рожденные в Чеченской респ. (1985-1991 гг.)	35,7 (28,5)	64,3
Рожденные в Чеченской респ. (1992-1998 гг.)	52,6 (31,6)	47,4
Рожденные в респ. Ингушетия (1999-2004 гг.)	87,5 (75,0)	10,5

О *смертности* детей судили на основании анкетных данных (опроса матерей), которые свидетельствовали о факте смерти и времени, когда она произошла, но практически ничего не сообщали о ее причине. Относительно более полно представлены данные о смертности плодов и детей первого года жизни (табл. 9).

Таблица 9

Смертность детей вынужденных переселенцев на первом году жизни

Периоды проживания	Перинатальная		в том числе				Младенческая		Всего новорожденных	из них живорожденных
			мертворождаемость		ранняя неонатальная					
	Абс.	‰	абс.	‰	абс.	‰	абс.	‰		
1.Рожденные в Чеченской респ.(1985-1991 гг.)	16	36,5	7	16,0	9	20,9	18	41,7	438	431
2. Рожденные в Чеченской респ.(1992-1998 гг.)	35	61,9	17	30,0	18	32,7	27	49,1	565	550
3.Рожденные в миграции (1999-2004 гг.)	15	29,5	4	7,9	11	21,8	12	23,8	509	505
Соотношение	2/1	+69,6		+87,5		+56,5		+17,7		
	3/2	-52,4		-73,7		-33,4		-51,5		
	3/1	-19,2		-50,6		+4,3		-43,0		

При анализе полученных данных выявлено, что внутриутробная гибель плода и мертворождения у женщин-вынужденных переселенцев из Чеченской республики, относительно высокая в исходный период (16,0‰), максимально (на 87,5% - до 30,0‰) увеличилась в период активации военных действий и значительно уменьшилась после вынужденного переселения во время проживания на территории республики Ингушетия (до 7,9‰).

В этот период максимально увеличивались также показатели ранней неонатальной смертности (с 20,9 до 32,7‰) и соответственно – уровень перинатальной и младенческой смертности, в основном формирующейся за счет перинатальной смертности.

Значительное снижение в условиях миграции показателей перинатальной смертности за счет мертворождений объективно свидетельствует о серьезном улучшении работы с беременными женщинами в палаточных лагерях на территории республики Ингушетия, в частности акушерско-гинекологической бригады МНГО «Врачи без границ». В то же время показатели ранней неонатальной смертности в миграции, уменьшившиеся по сравнению с периодом активных военных действий в Чеченской республике, но остающиеся выше исходного довоенного уровня, также объективно свидетельствуют о недостатках акушерско-неонатальной помощи в акушерских стационарах республики Ингушетия чеченским женщинам-вынужденным переселенцам, состояние здоровья которых при беременности в условиях вынужденного переселения было максимально плохим.

Причинами мертворождения в базовом чеченском периоде были задержка роста и развития плода на фоне позднего токсикоза (у 3 из 7 мертворожденных); в период активации военных действий – преимущественно сочетание недоношенности, гипотрофии и угрозы прерывания беременности и сочетание недоношенности, гипотрофии и кровотечения (в целом у 7 из 17 мертворождений, а в условиях миграции – сочетание токсикоза и анемии (у 2 из 4).

Причинами ранней неонатальной смертности во все три исследуемые периоды также была глубокая недоношенность и гипотрофия (7 из 9; 7 из 17 и 8 из 11). При этом в «военный» период дети максимально часто умирали от нарушений дыхания (4 из 17) и родовой травмы (3 из 17).

Причинами смерти детей на первом году жизни в постнатальном периоде были: в довоенное время гипотрофия и грипп (5 из 9); в период активации военных действий в основном – кишечная инфекция и гипотрофия (5 из 9). В условиях вынужденного переселения в постнатальном периоде умер один ребенок с глубокой задержкой роста и развития.

В главе 5 «Оценка действующей системы медицинского обеспечения вынужденных переселенцев из Чеченской республики, проживающих в палаточных лагерях на территории республики Ингушетия», дана объективная оценка организации медицинской помощи, оказываемой вынужденным переселенцам принимающей стороной (органы и учреждения здравоохранения республики Ингушетия) и гуманитарными международными организациями.

Являясь наемным сотрудником подобной организации (бельгийской секции «Врачи без границ»), автор на протяжении 2000-2004 гг. непосредственно участвовала в работе специально оборудованной выездной акушерско-гинекологической бригады, обслуживающей вынужденных переселенцев из Чеченской республики в районах Ингушетии, прилегающих к городу Назрань. Всего за эти четыре года в терапевтической и гинекологической мобильных клиниках было осмотрено и пролечено 161.746 пациентов (111.414 терапевтических и 50.332 гинекологических). При необходимости больных направляли в ближайшую больницу для углубленного обследования или госпитализации, обеспечивали их лекарственными препаратами и перевязочным материалом.

Самостоятельная работа и постоянные контакты с аналогичными терапевтическо-педиатрическими мобильными клиниками, а также проведенное специальное исследование, составившее основу данной диссертации, дали автору возможность анализировать, обобщать и формулировать предложения не только в отношении показателей здоровья, но и организации медицинского обслуживания переселенцев из Чеченской республики. Так, было предложено:

- активизировать первичную медицинскую и создать первичную психологическую помощь переселенцам непосредственно в лагерях и на крупных компактных точках их проживания в виде круглосуточно работающих медицинских пунктов, где мигранты могли бы получить необходимую им медицинскую и психологическую помощь в любое время суток;
- модифицировать индивидуальные медицинские документы для пациентов-мигрантов; создать единую базу учета пациентов для всех гуманитарных медицинских организаций;

- усилить профилактическую помощь, в которой особенно нуждаются беременные женщины;
- выдавать гуманитарную помощь женщинам при деторождении в виде наборов необходимых предметов ухода для рожениц и новорожденного отдельно при двукратном посещении женщиной врача акушера-гинеколога (в 32 недели беременности и в послеродовом периоде) при условии их раннего обращения к врачу в случаях беременности и регулярном посещении его до родов и после выписки из акушерского стационара, что будет способствовать повышению качества дородового и послеродового обслуживания беременных;
- обеспечить специальными продуктовыми пайками беременных женщин, составленных с учетом потребности беременной;
- организовать выдачу питательных смесей для детей до 1 года.

Большинство этих предложений реализовано:

- в одном из обслуживаемых районов развернут медицинский центр непосредственно на территории компактного проживания вынужденных переселенцев, где они могут получать медицинскую и психологическую помощь ежедневно;
- разработана и внедрена единая медицинская карта для амбулаторного приема больных мигрантов, что сделало возможным проводить анализ и составлять отчеты о заболеваемости вынужденных переселенцев и явилось основой создания компьютерной базы данных о их здоровье и оказываемой им помощи;
- внедрено раздельное вручение женщинам дородового и послеродового социального набора;
- создано учебное пособие «Для будущих мам».

В Заключении обобщены и обсуждены данные, изложенные по главам, При этом основной акцент сделан на изучение влияния комплексного воздействия факторов трех последовательных этапов жизни вынужденных переселенцев (в Чеченской республике в относительно «мирное» время до 1992 г. и при активации военных действий с 1992 г. по 1998 г., а также в период их пребывания в миграционных лагерях в республике Ингушетия) на их репродуктивное здоровье, характер воспроизводства населения и качество потомства (его физическое развитие, заболеваемость и смертность).

Выявленные у взрослых гендерные и фазовые изменения жизнедеятельности находят объяснение в общефизиологических закономерностях эволюционно обусловленных различий функционирования мужского и женского организмов и согласуются с теоретическими положениями В.П. Казначеева о фазовых проявлениях адаптивных реакций при воздействии факторов, оказывающих массивное стрессорное влияние на организм человека.

ВЫВОДЫ

1. Вынужденные переселенцы из Чеченской республики проживали в республике Ингушетия, главным образом, в лагере для беженцев. Более 75% семей жили там в течение 5 лет, остальные – в течение 3-4 лет. Взрослые переселенцы преимущественно были в возрасте до 49 лет, владели в прошлом профессиями, имели работу. В условиях миграции около 90% женщин и 80% мужчин были безработными или в значительно меньшем числе имели временную работу. Условия жизни и жизнеобеспечение мигрантов было крайне неблагоприятным: 75,5% из них проживали в палаточном городке, 23% снимали частное жилье без удобств; 14,1% имели плохой и 84% очень плохой материальный достаток. Для подавляющего большинства мигрантов основными продуктами питания были хлеб, картофель, крупы и растительное масло. Молочные продукты не употребляли вовсе от 70,9 до 84,5% семей, рыбу – 79,6%, мясо – 26,4%, овощи и фрукты – от 31,8 до 36,3%.

2. Неблагоприятное жизнеобеспечение, тяжелый хронический стресс вследствие военных действий и условий жизни в миграции явились причиной резкого ухудшения состояния здоровья вынужденных переселенцев. Уровень заболеваемости в период миграции возрос в разы и десятки раз. Специфическими для всех мигрантов являлись нервно-психические расстройства, число которых увеличилось за время миграции в 21,0-33,8 раза. Второе ранговое место заняли заболевания мочеполовой системы, регистрируемые у 20,9-73,0% мигрантов, третье – заболевания органов пищеварения (26,4-32,7%), четвертое – органов дыхания (12,7-25,2%). Характерной особенностью динамики заболеваемости был стабильно высокий ее рост – максимальный в первый и достаточно высокий в последующие 2 года для большинства нозологий с последующим очень незначительным их снижением или стабилизацией, а для ряда нозологий – с относительным умеренным их подъемом на четвертом-пятом годах миграции.

3. В характере заболеваемости мигрантов мужчин и женщин имелись существенные различия, которые необходимо учитывать при оказании им медико-социальной и психологической помощи. Женщины (вне беременности) в 20,0 раз чаще мужчин страдали анемией; в 2,0 раза чаще имели заболевания органов дыхания и мочевыводящих путей; почти 45,0% женщин страдали гинекологическими заболеваниями. У мужчин преобладали нервно-психические и желудочно-кишечные расстройства (+27,3 и +23,9% по сравнению с показателями у женщин), а также была выражена потеря массы тела в среднем на 7,0 кг от домиграционного уровня (при слабо положительной динамике массы тела у женщин). У мужчин интенсивность роста заболеваемости в первые годы вынужденного переселения была более значительной, чем у женщин, но снижение её уровня происходило раньше и практически по всем нозологиям; у женщин большинство заболеваний не имели тенденции к снижению, а в отношении анемии отмечен полуторакратный новый подъем на 4-5 гг. их пребывания в условиях миграции.

4. Репродуктивная функция и её реализация у женщин при активации военных действий в Чеченской республике и в условиях вынужденного переселения были значительно нарушены на всех ее этапах. По сравнению с базовым (довоенным) уровнем возросло число аборт соответственно на 28,9% и 39,8%, (с 7,6 до 9,8 и 10,6%); самопроизвольных выкидышей – на 40,0% и 91,4% (с 7,0 до 9,8 и 13,4%), а суммарный показатель невынашивания и недонашивания беременности увеличился на 42,1% и 62,3% (с 11,4 до 16,2 и 18,5%). В миграции до 26,7% женщин имели экстрагенитальные заболевания и 70,1% – осложнения во время беременности (что в 1,5 раза и на 18,4% больше базовых уровней). Число осложненных родов выросло в 2,5 раза, в т.ч. слабость родовой деятельности – с 5,7 до 8,1 и 11,2%; кровотечения – с 0,2 до 0,9 и 4,5% и родоразрешение путем кесарева сечения – с 0,7 до 1,9 и 7,2%. Показатель мертворождения определялся высоким уже в базовом периоде (16,0‰) и становился максимальным при активации военных действий (30,0‰). В условиях не очень удобной, но мирной жизни в миграционных поселениях в республике Ингушетия этот показатель уменьшился, хотя и остается относительно высоким – 7,9‰.

5. В период военных действий и в период вынужденного переселения значительно ухудшилось здоровье детей всех возрастных групп, но в большей степени тех, кто был рожден именно в это время. Об этом, в первую очередь, свидетельствовали максимальные показатели ранней неонатальной смертности: 32,7‰ среди рожденных в «военный» период (по сравнению с 21,8‰ в миграционный период и 20,9 в довоенный период – с 1985 по 1991 г. включительно), а также рост числа маловесных новорожденных и плодов (массой тела 500-2499 г) – с 18,8‰ в базовый до 27,5 и 27,6‰ в последующие периоды и достоверное снижение средней длины тела с 54,2 до 53,5 см. Удельный вес рожденных с той или иной патологией, по сравнению с базовым периодом, увеличился максимально в период военных действий (с 194,9 до 225,5‰) и относительно уменьшился в периоде вынужденного переселения (до 219,8‰). Относительно более высокими среди рожденных в период военных действий были уровни недоношенных детей (47,3‰); расстройств дыхания (9,1‰) и инфекций, специфических для перинатального периода (5,5‰), а для рожденных в период пребывания семей в палаточных лагерях – частота задержки роста и развития плода (140,6‰), родовой травмы (13,8‰) и врожденных аномалий (19,8‰). Все эти данные свидетельствуют о глубоких морфофункциональных нарушениях и снижении компенсаторно-приспособительных возможностей потомства вынужденных переселенцев, что, несомненно, окажет негативное влияние на последующее здоровье и развитие детей.

6. У детей более старшего возраста в период миграции в 18,3 раза возросла частота острого бронхита, на 8,2% острых респираторных инфекций, в 4,7 раз пневмоний, в 6-6,2 раза сальмонеллёза и гепатита «А». Детскими инфекционными болезнями (ветряной оспой, корью и др.) переболели от 70 до 100% детей. Отмечался рост хронических заболеваний (хроническим тонзиллитом, энурезом, аллергическими нарушениями и бронхиальной астмой,

близорукостью, анемией, зубным кариесом) в кратных пределах (от 2 до 10 раз).

7. Тяжелый хронический стресс вследствие экстремальных условий жизни, высокий уровень заболеваемости, снижающий функции многих сфер жизнедеятельности, особенно у женщин и детей, требуют длительной комплексной реабилитации с привлечением различных специалистов в области медицины, психологии, социально-правовой помощи, образования и др. при активной поддержке государственных, общественных и других структур.

8. Медицинское обслуживание вынужденных переселенцев в местах их компактного проживания должно иметь как лечебно-коррекционное, так и профилактическое направление, а организация их медико-социального обеспечения, осуществляемая местными учреждениями здравоохранения и международными неправительственными организациями, должна быть комплексной, взаимосогласованной, с максимальным учетом потребностей вынужденных переселенцев и выявленных гендерных и возрастных особенностей их здоровья, а также длительности проживания (фазы реактивно-адаптационных процессов приспособления к новой среде обитания).

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

При необходимости переселения большого числа жителей в связи с чрезвычайными обстоятельствами с одной территории на другую (природные и техногенные катаклизмы, террористические акты, военные действия и т.п.) в организации этого процесса участвуют не только представители МЧС (обеспечивающие переезд людей, создание палаточных лагерей и других мест временного проживания, получение вынужденными переселенцами необходимой в данный момент медицинской и социальной помощи) но и органы государственной власти принимающей стороны. В обязанности последних входит организация оптимального жизнеобеспечения переселенцев на протяжении последующего вынужденного их пребывания на данной территории. К сожалению, отсутствие реальных местных возможностей удовлетворить насущные потребности пришлого населения в настоящее время препятствует оказанию необходимой помощи в полном объеме.

Улучшению ситуации вынужденных переселенцев могут способствовать следующие мероприятия:

I. Со стороны законодательной власти: Правовое обеспечение (придание мигрантам, согласно Закону, статуса вынужденных переселенцев и при необходимости – обеспечение их медицинскими страховыми полисами и родовыми сертификатами, социальными пособиями при рождении ребенка);

II. Органам государственной власти: Помощь местному самоуправлению по:

- обеспечению рабочими местами, питьевой водой и при необходимости – продуктами и другими видами социальной поддержки;

- обеспечению необходимой медико-санитарной, медицинской и психологической помощью;
- обеспечению детей вынужденных переселенцев школьного возраста возможностью обучения в местных школах (предоставление транспорта и учебных материалов);
- привлечению к оказанию социальной и медико-психологической поддержки вынужденных переселенцев международных гуманитарных неправительственных организаций (МГНО) и осуществление их тесного взаимодействия с территориальными органами и учреждениями на основе совместно разработанного и утвержденного обеими сторонами меморандума о взаимодействии.

III. Органам и учреждениям здравоохранения на территории проживания вынужденных переселенцев:

- создание системы первичного медико-психологического обслуживания вынужденных переселенцев в виде опорных пунктов в местах их компактного проживания (врачебных или фельдшерско-акушерских), а в случаях их отсутствия в виде выездных терапевтических, педиатрических и акушерско-гинекологических бригад;
- обеспечение возможности получения вынужденными переселенцами (как взрослыми, так и детьми) специализированной помощи, оказываемой специалистами принимающей территории (в т.ч. госпитализация и оперативные вмешательства, обследование беременных групп высокого риска, родоразрешение, врачебный и сестринский патронаж новорожденных), консультации специалистами детей в декретированные возраста – в первую очередь на первом году жизни и в подростковом возрасте);
- создание системы учета вынужденных переселенцев, обращающихся за медицинской и психологической помощью (использование системы единого кодирования и специальной медицинской документации);
- привлечение из числа вынужденных переселенцев или местных жителей добровольных помощников для проведения среди переселенцев просветительской, противоэпидемической профилактической работы.

IV. Международным, гуманитарным неправительственным организациям:

При работе на территории компактного проживания вынужденных переселенцев МГНО могут взять на себя проведение части необходимых мероприятий для оптимального жизнеобеспечения вынужденных переселенцев, как-то:

- тесное взаимодействие с местными структурами здравоохранения (амбулатории, стационары, поликлиники), обеспечение данных структур медикаментами и оборудованием первой необходимости;
- предоставление больным при необходимости возможности получения иногороднего лечения;

- организацию и работу выездных медицинских бригад;
- организацию работы добровольных помощников;
- активное проведение санитарно-просветительной работы среди вынужденных переселенцев в виде тренингов, выпуска буклетов, брошюр;
- обеспечение необходимыми социальными наборами для личной гигиены беременных и для ухода за новорожденными;
- обеспечение беременных женщин специальными продуктовыми пайками, составленными с учетом потребностей организма беременной;
- организацию и выдачу питательных смесей для детей до 1 года.

Вся работа различных МГНО в поддержку вынужденных переселенцев на территории их временного проживания должна быть взаимосогласованной.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Черкесова А.У., Хациева М.С., Казиева С.Э. Социально-демографическая характеристика семей вынужденных переселенцев из Чечни // Медицина. Наука и практика. Российская академия медицинских наук. Дагестанский научный центр. – Махачкала, 2006. – № 1. – С. 127-130.
2. Хациева М.С. Показатели физического развития, заболеваемости и смертности потомства вынужденных переселенцев из Чеченской республики // Научные тр. Всероссийской научно-практ. конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения». – М., 2006. – С. 98-103.
3. Для будущих мам (учебное пособие). Автор-составитель Хациева М.С. Международная гуманитарная неправительственная организация «Врачи без границ» -Нидерланды, 2006. – 10 с.
4. Хациева М.С., Черкесова А.У., Казиева С.Э. Особенности состояния репродуктивной системы и репродуктивного поведения женщин в среде вынужденных переселенцев из Чеченской Республики, проживающих в Ингушетии // Мат. научно-практ. конф. «Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в республике Дагестан». – Махачкала, 2006. – С.297-303.
5. Хациева М.С. Медико-социальные проблемы вынужденных переселенцев и возможные пути их решения // Сб. научн. тр. ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава «Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России». – М., 2006. – С. 325-331.