

УДК616-053.2(=1-81):614.2(571.1/6)

В. Т. Манчук, Л.А. Надточий

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ И СЕВЕРА

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН
(г. Красноярск)

Ключевые слова: коренные малочисленные народы, дети, демография, заболеваемость.

Для коренных малочисленных народов Сибири и Севера характерным становится ухудшение демографических показателей — увеличение смертности, снижение рождаемости и снижение продолжительности жизни. Показатели общей заболеваемости за последние десять лет здесь превышают общероссийские в среднем на 20—30%. Анализ демографических данных Долгано-Ненецкого, Эвенкийского, Ханты-Мансийского и Корякского автономных округов, республик Тыва, Алтай, Бурятия и Хакасия показал, что количество детей у коренных народов ежегодно уменьшается. Исключением являются ханты, манси и ненцы, проживающие в Ханты-Мансийском АО, где численность детей за эти годы увеличилась на 20%. По сравнению с положительной динамикой рождаемости в России (в 1995 г. — 9,3 и в 2004 г. — 10,5 на 1000 населения), рождаемость у коренных народов в автономных округах и республиках ежегодно снижается, однако уровень показателей остается довольно высоким (рождаемость в 2004 г. в Ханты-Мансийском, Эвенкийском, Корякском и Долгано-Ненецком АО — 20,4, 22,0, 22,4 и 28,7 на 1000 населения соответственно).

За последнее десятилетие высокий прирост показателей общей заболеваемости у детей коренных малочисленных народов наблюдается в Эвенкийском АО (32%), республиках Алтай (42%) и Хакасия (63%). На 14% снизилась общая заболеваемость у детей в Долгано-Ненецком и на 5% — в Ханты-Мансийском АО. В отличие от структуры заболеваемости детей и подростков в России, где 1-е место занимают болезни костно-мышечной системы, 2-е — болезни органов пищеварения, 3-е — болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ, в структуре заболеваемости детей коренных народов 1-е место принадлежит болезням органов дыхания. Наблюдаются высокие показатели инфекционной заболеваемости детей в республиках Тыва и Хакасия, в Эвенкийском и Корякском АО, заболеваемости органов пищеварения в республиках Алтай, Хакасия и в Корякском АО, заболеваемости нервной системы в Эвенкийском АО, заболеваемости мочеполовой системы в Республике Алтай, заболеваемости кожи и подкожной клетчатки в Корякском АО и в Республике Алтай, заболеваемости костно-мышечной системы и врожденных аномалий

в Ханты-Мансийском АО, травм и отравлений в Корякском АО.

С 1995 г. произошло снижение показателей уровня психических расстройств и умственной отсталости в целом у всего детского населения, в том числе и у детей коренных малочисленных народов в Республиках Алтай и Хакасия, Эвенкийском и Корякском АО. Однако показатели по данной патологии у детей малочисленных народов превышают таковые по всему детскому населению в несколько раз: уровень психических расстройств у всех детей в Республике Алтай составлял в 1995 г. — 467,2, а у детей малочисленных народов — 4875,2, в 2003 г. — 192,5 и 3622,6 соответственно (на 100 тыс. детского населения).

У детей-северян онкологическая заболеваемость, болезни крови и эндокринной системы на протяжении 10 лет остаются на одном уровне или снижаются (Ханты-Мансийский, Корякский и Эвенкийский АО), тогда как у детей, проживающих в республиках, наблюдается 2-кратный рост заболеваемости болезнями крови за тот же период времени. Эндокринная заболеваемость у детей, проживающих в северных и сибирских регионах страны, носит разнонаправленный характер, однако в республиках этими болезнями дети коренных малочисленных народов болеют чаще. Так, например, в Республике Хакасия в 2003 г. по сравнению с 1999 г. заболеваемость новообразованиями у детей увеличилась на 81,8%, болезнями крови и кроветворных органов — на 54%, болезнями эндокринной системы у подростков — на 57%.

У коренных малочисленных народов отмечают высокие показатели младенческой смертности, превышающие среднероссийский уровень в 1,5—2,7 раза. Ведущими причинами в структуре младенческой смертности являются состояния, возникающие в перинатальном периоде и врожденные аномалии развития. Так, в 2003 г. младенческая смертность от состояний, возникающих в перинатальном периоде, у населения России составила 66,4, а в Республике Хакасия — 81,8, от врожденных аномалий развития — 34,4 и 55,6 соответственно (на 10000 родившихся). Кроме того, дети коренных малочисленных народов часто погибают в результате несчастных случаев, от аспирации рвотных масс и пищи.

Таким образом, за последнее десятилетие в показателях демографии, заболеваемости и смертности у детей коренных малочисленных народов произошли изменения, свойственные, с одной стороны, для России в целом, с другой стороны — для каждого региона со своей спецификой реагирования детского организма на комплекс негативных факторов.

Комплексные научные исследования по изучению состояния здоровья коренных малочисленных народов, проживающих на территории России, проводятся с учетом значимости воздействия на организм человека факторов внешней среды (климатогеофизических, техногенных, социальных) и генетически обусловленных факторов. Более детально изучено

состояние здоровья населения северных территорий, где гармония с природой и лучшая приспособленность к условиям среды у коренных малочисленных народов Севера происходят за счет соблюдения определенных ритмов биологического развития: адаптированности к белково-жировому типу питания [5], сбалансированности функциональной активности полушарий головного мозга, синхронности биоритмов с ритмами внешней среды и устойчивости к негативным проявлениям психоэмоционального стресса [6–8].

Генофенотипически обусловленные механизмы успешной адаптации к экстремальным условиям среды у коренных малочисленных народов на Крайнем Севере сопровождаются формированием необратимых конституционально-морфологических изменений и обратимых функциональных нарушений. Такие особенности экологического напряжения для аборигенов стали «нормой» или «вариантом нормы», и характеризуются они как наиболее адекватные и климатическим условиям, и этнической принадлежности. Сюда можно отнести функциональную активность мембран эритроцитов, изменения гемодинамики, внутриутробное формирование «северного легкого», особенности антропометрических показателей, особенности активности гипофизарно-гонадного звена эндокринной системы, особенности габаритного и компонентного составов тела, особенности психических процессов и др.

С появлением пришлого населения на территории Севера, Сибири и Дальнего Востока определяющее значение в формировании демографических процессов и заболеваемости стали принадлежать комплексу экологических, экономических и социально-гигиенических факторов, изменивших стереотип адаптации аборигенов не в лучшую сторону [6]. Произошло снижение качества здоровья коренных народов за счет нарушения биологических и функциональных процессов в организме, за счет изменения в социально-профессиональной структуре и за счет изменений социально-культурных и этнических ритмов. Изменился и один из ведущих критериев состояния здоровья детей — физическое развитие. У детей коренных малочисленных народов произошло увеличение мышечной и костной ткани практически во всех возрастных группах, независимо от пола [2]. Характерным стало отклонение от физиологической нормы различных систем организма из-за родового травматизма (в виде последствий натальных травм). У детей хантов выявлена высокая частота (11,83%) врожденных пороков сердечно-сосудистой системы [1]. Установлена зависимость уровня физического развития детей коренной национальности от типа питания. Более высокие показатели физического развития оказались у детей с традиционным питанием (с повышенным содержанием в пище жира). Чаще всего вирусные болезни возникают у детей коренных народов при контакте с поселковыми жителями.

Нарушение биологических и функциональных процессов в организме детей выражается в иммунодефицитной направленности, в изменении ряда биохимических показателей, белкового, липидного, минерального и витаминного обмена, антиоксидантного и тиреоидного статусов. Наблюдается дисбаланс перекисных процессов, антиокислительной активности и изменения реологических свойств крови, выявлена высокая распространенность геморрагических синдромов. Алиментарно-зависимые состояния среди детей-эвенков (в основном гиповитаминозы) зарегистрированы в 97,9% наблюдений (железодефицитная анемия — в Эвенкийском АО и врожденный гипотиреоз — в Республике Тыва).

Предполагается наличие этнических различий иммунного ответа на инфекцию у детей Севера. Имеющаяся определенная периодичность функциональных иммунодефицитных состояний приводит к неэффективной вакцинации. В связи с возросшей антигенной нагрузкой на лимфоидную ткань у детей Севера изменились и параметры иммунного статуса.

К дисбалансу психического здоровья приводит смена сложившегося устойчивого жизненного стереотипа, утрата привычных социокультурных традиций, отрыв от семейного окружения (обучение в школе-интернате, приобретение профессии, не соответствующей типологическому складу). Этнические особенности проявляются в снижении темпов и уровня психомоторного развития [3].

Изучение региональных этнических особенностей функционального состояния организма в норме и патологии у коренных малочисленных народов в автономных округах и республиках показало, что для народов, проживающих на Севере, определен одинаковый морфотип. Для коренных малочисленных народов Сибири характерен свой морфотип, отличный от северного и имеющий свои специфические генетические и фенотипические особенности.

Учитывая этнические особенности состояния организма детей коренных малочисленных народов, учеными-медиками учреждений СО РАМН и МЗ России разработан комплекс профилактических мероприятий по сохранению и укреплению их здоровья. Пересмотрен и систематизирован комплекс лечебных и профилактических мероприятий для каждой территории с учетом морфофункциональных особенностей различных систем организма человека и клинических проявлений заболеваний. К основным можно отнести мероприятия по улучшению генетического здоровья этносов Севера и Сибири, разработку эффективного мониторинга и регистра врожденных пороков развития, использование научно обоснованных нормативов питания детей, использование информационного банка по методам народной медицины Севера. При этом формированию профилактических программ должна предшествовать совокупная оценка экологических рисков [4].

Таким образом, для улучшения и развития здоровья детей коренных малочисленных народов требуется комплексный подход к изменению экономической, социальной и демографической политики. Такие изменения должны учитывать индивидуальность каждого народа, а выбор метода должен быть научно обоснованным.

Литература

1. Ахмадишин А.Ю. *Эпидемиология врожденных пороков развития в Сургутском районе Ханты-Мансийского автономного округа: оценка эффективности дородовой диагностики и профилактики* : автореф. дис.... канд. мед. наук. — Томск, 2004.
2. Годовых Т.В., Фефелова В.В., Годовых В.В. // *Вопросы сохранения и развития здоровья населения Севера и Сибири : материалы итоговой научно-практической конференции с международным участием*. — Вып. 4. - Красноярск, 2005. - С. 29-31.
3. Инденбаум Е.Л., Манчук В. Т. *Дети Севера: проблемы психического здоровья*. — Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2006.
4. *Медико-экологические основы формирования, лечения и профилактики заболеваний у коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа : методическое пособие для врачей* / В.И. Хаснулин, В.Д. Вильгельм, М.И. Воевода и др. — Новосибирск, 2004.

5. Панин Л.Е. *Биохимические механизмы стресса*. — Новосибирск, 1983.
6. *Современный взгляд на народную медицину Севера* / В.И. Хаснулин, В.Д. Вильгельм, Г.А. Скосырева, Е.П. Поворожнюк. - Новосибирск : СО РАМН, 1999.
7. Хаснулин В.И. // *Концепция сохранения здоровья человека на Крайнем Севере*. — Норильск, 1994. — С. 12-20.
8. Хаснулин В.И. *Введение в полярную медицину*. — Новосибирск, 1998.

Поступила в редакцию 16.04.06.

ACTUAL QUESTIONS OF HEALTH PROTECTION OF CHILDREN OF SMALL NATIONALITIES OF SIBERIA AND NORTH

V.T. Manchuk, L.A. Nadtochy

Scientific research institute of medical problems of the North Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Science (Krasnoyarsk)

Summary — The analysis of the data of demography, morbidity and mortality at children of aborigine nationalities of Dolgano-Nenets area, Evenki area, Hunty-Minsinsk area, Koryak area, Republics of Tyva, Altai, Buryatiya and Khakassia for last ten years is presented. For the aborigine nationalities living in the North, the identical morphotype is determined. For aborigine nationalities of Siberia the morphotype is different from northern. Suggested recommendations of the physicians, administrators and scientists to solve the problems concerning preservation and development of health of children of aborigine nationalities are presented.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 3, p. 83-85.

УДК616.24-002-022.363-036.22:[616.714+616.83]-001.5

В.Б. Туркутюков, В.Б. Шуматов, Э.В. Слабенко,
А. П. Терех

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 2
(г. Владивосток)

Ключевые слова: внутрибольничные пневмонии, черепно-мозговая травма.

Госпитальные инфекции приводят к ухудшению прогноза для больных, увеличивают длительность госпитализации и стоимость лечения, снижают эффективность антибактериальной терапии и способствуют распространению в стационаре резистентных к антимикробным химиопрепаратам штаммов микроорганизмов. Они регистрируются, по меньшей мере, у 5% пациентов, поступающих в лечебные учреждения США, а по данным специальных исследований, проведенных в разных странах Европы, частота внутрибольничных инфекций у стационарных больных колеблется в пределах 5—15% [7].

По данным международной статистики, среди всех внутри больничных инфекций первое место (около 50%) занимают поражения органов дыхания, второе — мочеполовой системы (до 20%), третье — органов кровообращения (10%) [4]. В структуре инфекций органов дыхания внутрибольничные пневмонии характеризуются наиболее высокой смертностью, достигающей 32%, в том числе 28% у больных общих отделений и 39% у больных отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [6].

Среди внутрибольничных пневмоний наиболее распространена вентилятор-ассоциированная пневмония — на ее долю приходится от 30 до 50% всех инфекций, развивающихся у пациентов в ОРИТ. Пребывание в стационаре больных с оротрахеальной или назотрахеальной интубацией или трахеостомой в сочетании с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) удлиняет госпитализацию в среднем на 13, а по другим данным — на 4—9 дней [5, 6]. Вентилятор-ассоциированная пневмония сопровождается высокой частотой смертельных исходов: у тяжелых пациентов с данной инфекцией показатель атрибутивной летальности составляет около 10% [3].

Среди различных подгрупп больных наиболее высокая летальность регистрируется при бактериемиях, достигая 50—60%, а при пневмониях, вызванных *Pseudomonas aeruginosa*, — и 70%. Частота же развития синегнойной инфекции во многом определяется нозологической структурой, тяжестью исходного