

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИАМУРЬЯ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Позиция признания здоровья, как высшего национального приоритета России, находит понимание и поддержку руководства России, которое считает, что в современных условиях охрана здоровья – это проблема государственного масштаба. Уровень здоровья детей является залогом материального, экономического, творческого потенциала государства, определяет его независимость и место в мировом сообществе [Л.А. Щеплягина, 2002; В. Р. Кучма, Л.М. Сухарева, 2005; М.А. Тырылгин, 2008].

Кризисная ситуация в социальной, экономической, экологической и других сферах жизни оказывает негативное влияние на здоровье детей. Ухудшение состояния здоровья школьников подчеркивает актуальность проведения фундаментальных исследований процессов роста и развития детей в критические периоды жизни [Е.А. Васильева, В.Н. Шестакова, В.А. Доскин, 2005; Е.Д. Целых, 2008]. В настоящее время среди школьников выражен рост распространенности морфофункциональных отклонений, хронических заболеваний, нарушений физического и полового развития, снижение функциональных возможностей и состояния здоровья по мере обучения в школе.

Особую тревогу вызывает состояние здоровья детей и подростков коренного населения Дальневосточного региона, среди которых высок удельный вес патологии «взрослого периода», а структура заболеваемости имеет свою специфику. Неблагоприятная демографическая ситуация среди коренного населения Приамурья определяется не только социально-экономическими проблемами, такими, как отдаленность, зачастую и недоступность специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, но и интегральным воздействием факторов окружающей среды. В регионах проживания коренного населения вырос уровень техногенного загрязнения, изменились условия проживания, произошла смена исторически сложившегося белково-липидного характера питания на «европейский углеводистый тип», значительно ухудшилось качество продуктов питания и воды.

В течение 2005-2007 гг. проведено клинико-лабораторное обследование 1026 подростков (10-17 лет) коренного (нанайцы) населения Нанайского района Хабаровского края (ХК). Из них 51,5% девочек и 48,8% мальчиков. Обследование в данном районе проводилось ранее (1995-2001 гг.) сотрудниками института – 1202 подростка коренного населения. Результаты свидетельствовали о низком уровне здоровья школьников коренного населения Приамурья, причем среди девочек-нанаек с 1 группой здоровья было всего 2,3%, а мальчиков – 5,6%. Сравнивая уровень здоровья подростков коренного и пришлого населения было показано, что здоровых девочек коренного населения в 3 раза меньше, чем европейцев ( $p < 0,001$ ), а мальчиков почти в 2 раза ( $p < 0,05$ ) [Е. В. Ракицкая, 2002; В. В. Филиппова, 2002]. В последние годы в Нанайском районе ХК увеличилось число детей с 1 группой здоровья (табл. 1), что свидетельствует о позитивных процессах происходящих как в социально-экономическом положении жителей района, так и улучшении медицинского обслуживания. Около половины подростков, как в 90-е годы прошлого столетия, так и в настоящее время со 2 группой здоровья. Подростков с хронической патологией различных органов и систем, компенсированных к моменту обследования (3 группа здоровья) встречалось ранее больше среди девочек коренного населения. В последние годы 1 группа здоровья чаще выявляется у мальчиков коренного населения как в пре-, так и пубертатный периоды развития, в то же время среди них чаще встречается 3 группа здоровья (табл. 2).

Таблица

1.

### Распределение подростков коренного населения Приамурья по группам здоровья (%) в разные периоды обследования

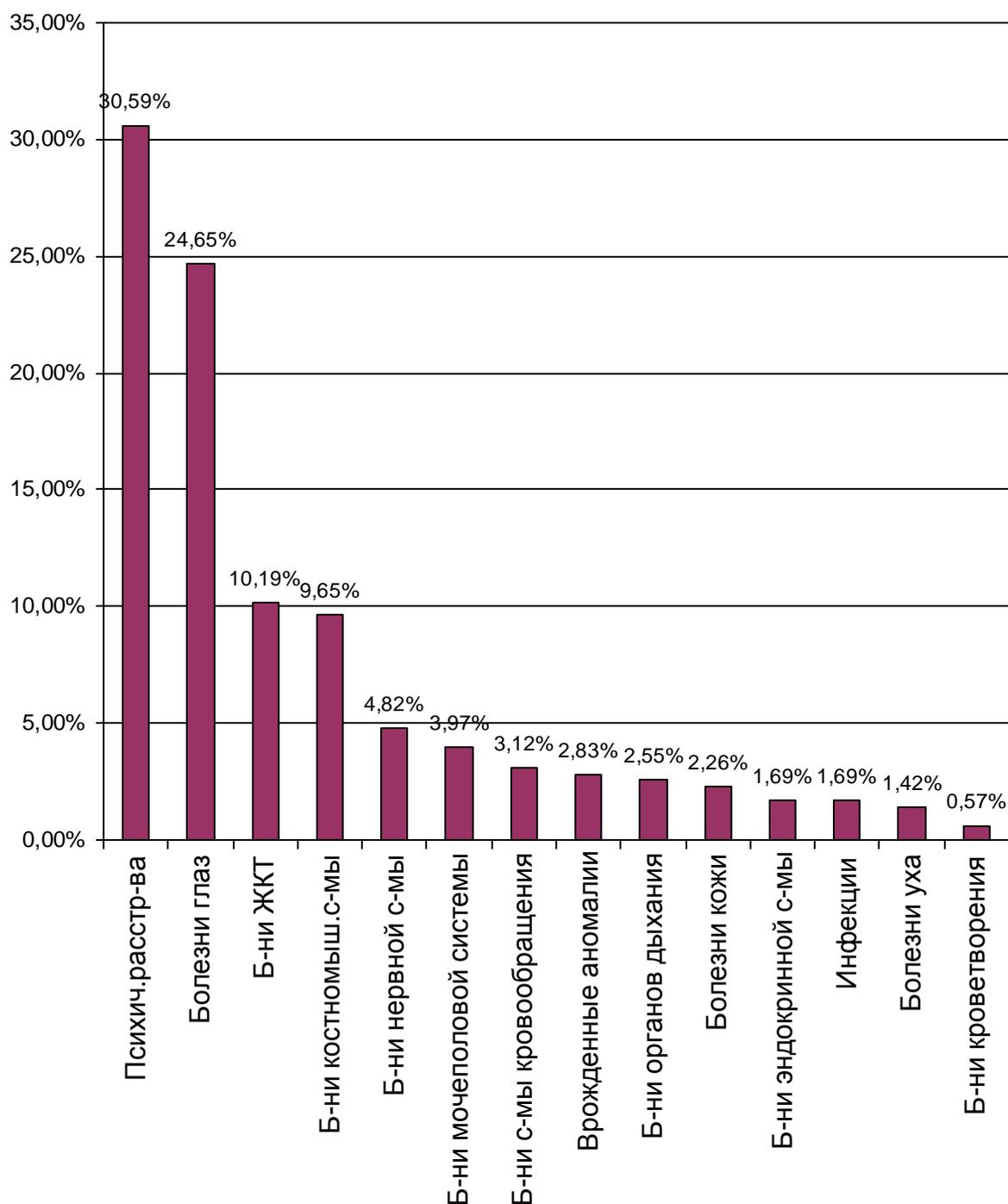
Период обследования	I группа	II группа	III группа	IV группа
2005-2007 гг.	16,93	48,53	31,64	2,9
1995-2001 гг.	3,7	55,1	39,0	2,2

Таблица 2.

**Распределение подростков коренного населения Приамурья по группам здоровья в зависимости от пола (%)**

Период развития	I группа		II группа		III группа		IV группа	
	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики
Препубертатный	17,23	20,53	53,85	44,94	28,92	32,76	0	1,77
Пубертатный	14,9	18,32	53,43	48,8	30,54	32,88	1,13	0

Анализ структуры и распространенности заболеваний у подростков коренного населения Приамурья выявил, как и в 90-е годы прошлого столетия, наиболее часто встречается патология нервной системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), органов зрения, опорно-двигательного аппарата. Болезни нервной системы и психические расстройства у детей коренного населения в настоящее время стоят на первом месте в структуре патологии, зарегистрированы в 31,6% случаев, что имеет некоторую тенденцию к снижению (41% в 90-е годы). На рисунке 1 представлены данные структуры хронической патологии подростков Нанайского района в 2007 году (статистическая отчетность управления здравоохранения).



**Рис. 1. Структура хронической патологии подростков**

По результатам исследований в 90-е годы прошлого столетия 1-е место по частоте распространения занимали заболевания ЖКТ. Установлено, что наиболее распространенной патологией являлся кариес, выявленный у 46,5% обследованных, причем у детей коренного населения преобладали декомпенсированные несанированные формы заболевания. В настоящее время выявлено только 3,4% подростков с кариесом зубов, что можно связать с активной стоматологической помощью и профилактикой, которую проводят органы здравоохранения Нанайского района. Однако хронические воспалительные заболевания ЖКТ выявлены у 23,8 % подростков коренного населения. По показателям органов здравоохранения результат ниже, что объясняется тем, что у них данные по всем подросткам, включая пришлое население. Несомненную роль в развитии заболеваний этой системы органов сыграла замена традиционного характера питания на несвойственный для этниче-

ской группы рацион. Проведенные исследования [Е.Д. Целых, 2008] показали, что содержание белков, жиров и углеводов в суточном рационе фактического питания подростков коренного населения ниже нормативных показателей. Кроме того, нарушено соотношение пищевых веществ, в результате которого содержание углеводов в суточном рационе составляет более 70%, в то время как в традиционном питании только  $\approx 5\%$  от общей калорийности. Значительная часть коренного населения не переносит коровье молоко и продукты на его основе, что вероятно связано с лактазной недостаточностью. Экологическая ситуация, сложившаяся в бассейне реки Амур, сыграла значительную роль в распространности патологии ЖКТ. Кроме того, вредные привычки, усугубляющие её – курение, злоупотребление спиртными напитками, выявляются у коренного населения с раннего школьного возраста [Е. В. Ракицкая, 2002].

В структуре патологии детей, во время предыдущих осмотров, значительный процент (23,6%) приходился на опорно-двигательный аппарат (нарушения осанки, сколиозы, плоскостопие, деформации грудной клетки), количество заболеваний опорно-двигательного аппарата по данным многих исследователей увеличивается в 3-5 раз за время обучения ребенка в школе. В настоящее время среди нанайцев 18,0% имеют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, причем не уточненные системные поражения соединительной ткани встречаются в 4,1% случаев. Данные отчетности по Нанайскому району (табл. 3) указывают, что среди подросткового населения района за последние годы заболеваемость остается высокой.

Особую тревогу вызывают болезни глаз, которые с каждым годом повышаются, особенно среди пришлого населения. Болезни глаза и его придаточного аппарата у школьников нанайцев в 7,2% случаев встречались в 90-е годы, а в настоящее время у 9,9% подростков. Несмотря на высокие цифры заболеваемости подростков коренного и пришлого населения в системе органов дыхания (табл. 3), которые в основном представлены острой патологией, хроническая бронхолегочная патология у нанайцев занимает 5,3%. Однако, если ранее среди подростков коренного населения практически не встречались аллергические заболевания, то в настоящее время у 1% выявлена бронхиальная астма.

Патология эндокринной системы, среди которой первое место занимают заболевания щитовидной железы, в Хабаровском крае за последние годы резко увеличилась. Среди аборигенов заболевания ЩЖ за последние годы увеличились в 2 раза, в основном у девочек. Следует подчеркнуть, что среди девочек-нанайцев ранее они встречались, в основном в Хабаровском сельском районе, а в настоящее время и в Нанайском районе их распространенность составляет 4%. Этот факт подтверждает ухудшение экологической обстановки в бассейне реки Амур.

Таблица 3.

**Заболеваемость подростков Нанайского района (на 1000 подросткового населения)**

<b>Заболевание</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Заболеваемость всего</b>	1752,03	1805,17	1732,03	2022,86
Инфекционные	60,98	74,55	90,51	75,23
Новообразования	2,44	0	0	1,91
Болезни эндокринной системы	9,76	10,17	9,76	15,24
Болезни кроветворной системы	13,01	8,47	8,87	8,57
Психические расстройства	136,59	141,47	132,21	164,76
Болезни нервной системы	54,47	53,37	44,36	53,33
Болезни глаз	134,15	233,79	126,89	237,14
Болезни уха	31,71	41,51	23,96	29,52
Болезни системы кровообращения	30,08	27,11	31,06	34,27
Болезни органов дыхания	720,32	703,09	735,58	888,57
Болезни органов пищеварения	167,48	130,45	129,54	120,95
Болезни кожи	89,43	94,87	98,49	88,57

Болезни костно-мышечной системы	75,61	84,71	68,32	72,38
Болезни мочеполовой системы	73,98	64,38	58,56	68,57
Врожденные аномалии	11,38	9,32	12,42	21,91
Травмы и отравления	101,63	88,09	123,34	77,14

В связи с тем, что у подростков на первом месте стоят психические расстройства и болезни нервной системы (рис. 1) проведено углубленное клиническое и психологическое обследование свыше 300 подростков коренного населения Приамурья (64% девочек и 36% мальчиков). Среди них детей препубертатного возраста 48%, пубертатного – 52%. Контрольную группу составило такое же количество наблюдений подростков пришлого населения.

Изучение распространенности психоневрологической патологии выявило различную заболеваемость у коренного и пришлого населения (табл. 4). Полученные результаты свидетельствуют о преобладании у подростков аборигенов психических нарушений в два раза больше, чем у пришлого населения 36% и неврологической патологии 39% (26% в группе сравнения). В структуре неврологической заболеваемости преобладает резидуальная энцефалопатия чаще перинатального генеза с рассеянной очаговой микросимтоматикой, церебральной астенией, пирамидной недостаточностью и мозжечковыми нарушениями. Ранняя энцефалопатия является благоприятной «почвой» для реализации психических нарушений. Отсутствие адекватного обследования и лечения способствует декомпенсации психоневрологической патологии в критический период развития – пубертатный. У подростков коренного населения регистрируется интеллектуально-мнестическая недостаточность в 14%, у пришлого задержек нервно-психического развития не обнаружено. Органическое расстройство личности с эмоционально-волевыми и психопатоподобными нарушениями диагностировано у 3% нанайцев.

Таблица 4.

#### Распространенность неврологической патологии у подростков (%)

Заболевание	Коренное население	Пришлое население
Резидуальная энцефалопатия	39	26
Гидроцефалия	6	4
Церебро-астенические нарушения	16	6
Пирамидно-мозжечковая недостаточность	18	10
ВБН, переходящие транзиторные ишемические атаки	9	6
Вегето-сосудистая дистония	40	35
Микроцефалия	2	0

Сравнительный анализ психической патологии исследованных групп показал преобладание у подростков коренного населения неврозоподобных и психопатоподобных нарушений, вместе с тем по сравнению с группой контроля у них отмечается меньше невротических, связанных со стрессом и тревожных расстройств (табл. 5). Таким образом, характер психических нарушений у подростков основной группы определяется регрессивно-дизонтогенетическим (задержанным) типом психического развития с сохранением энуреза, патологически привычных действий, нарушений сна и задержки нервно-психического

развития. Органический инфантилизм и церебральная дисфункция является причиной школьной дизадаптации ребенка.

Таблица 5.

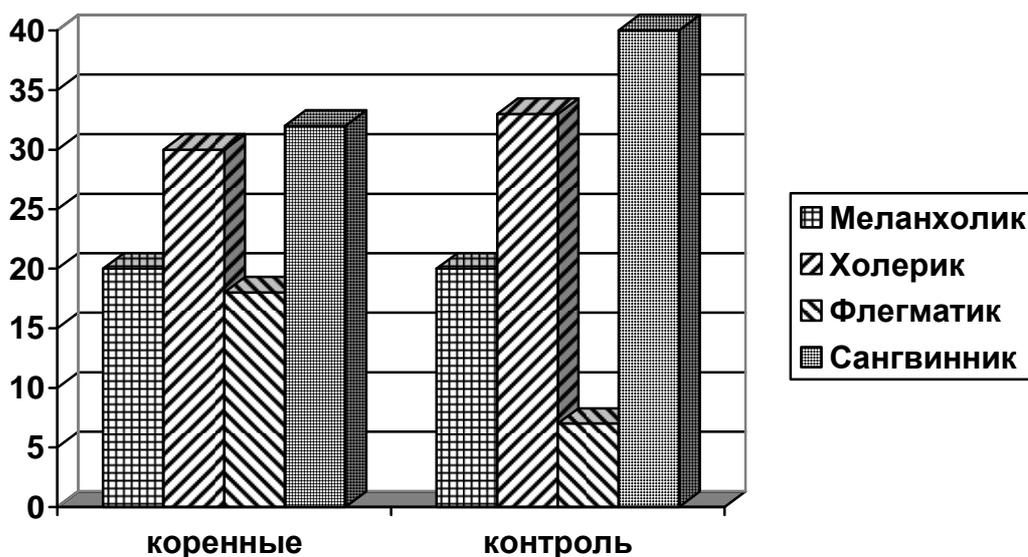
**Распространенность психической патологии у подростков ( %)**

<b>Заболевание</b>	<b>Коренное население</b>	<b>Пришлого население</b>
Интеллектуально-мнестическая недостаточность	14	0
Органическое расстройство личности	3	0
Расстройство поведения	10	4
Тревожное расстройство	3	8
Энурез	4	0
Невротические и соматоформные расстройства	3	6
Психопатоподобный синдром	3	0
Сомнамбулизм	4	0
Патологически привычные действия	10	0

Причиной психоневрологических нарушений чаще выступают перинатальные факторы, связанные с беременностью и родами ребенка. Во многих семьях родители ведут асоциальный образ жизни, употребляют алкоголь, отмечены нарушения внутрисемейных отношений, а также воспитание ребенка в отсутствие родительской семьи родственниками, нахождение родителей в местах лишения свободы. Таким образом, детей из «неблагополучных» семей следует отнести к группе психосоциального риска возникновения и развития психоневрологической патологии, следовательно, они нуждаются в комплексном стационарном обследовании. Наличие микроцефалии и других морфодиспластических проявлений не исключает врожденный характер патологии нервной системы.

Исследование индивидуально-личностных особенностей подростков по методу Айзенка выявило, что дети коренного населения более склонны к интроверсии, замкнутости и некоторой отгороженности от внешнего мира. При такой ситуации им труднее будет адаптироваться в городской среде или новой обстановке, они реже идут на контакт со сверстниками, у них ниже общительность и комфортность, но повышен уровень нейротизма, что характеризует их как эмоционально неустойчивых, склонных к раздражительности по сравнению с группой контроля. Интроверсия регистрируется у 34% детей коренного и 16% пришлого населения. Результаты свидетельствуют о меньшем проценте подростков коренного населения с высоким показателем эмоциональной устойчивости, признаки эмоциональной нестабильности проявляют 53% из них, а в группе сравнения 44% .

По типу высшей нервной деятельности (ВНД) среди подростков обеих групп преобладают сангвиники и холерики, однако по сравнению с группой сравнения отмечается преобладание в основной группе флегматиков 18% и 7% в контрольной группе (рис. 2).



**Рис. 2. Распределение подростков Приамурья по типу ВНД.**

Таким образом, по темпераменту подростки коренного населения характеризуются сравнительно низким уровнем активности поведения, их можно охарактеризовать как настойчивых упорных тружеников, но не проявляющих инициативу, склонных к выполнению лишь привычных действий. Полученные данные свидетельствуют о необходимости выработки различных вариантов поведения ребенка с целью повышения общительности и приспособляемости к другим условиям жизни, что возможно пригодится при смене обычного жизненного распорядка, например при поступлении в учебные заведения, освоении целого ряда профессий. Анализ психологических составляющих поможет снизить адаптацию при знакомстве с новым коллективом или смене места жительства.

Труднообъяснимые поведенческие реакции подростков могут быть следствием заострений, акцентуаций характера. Возрастная динамика акцентуаций характера остается недостаточно разработанной. Все подростки обследованы по методике Леонгарда-Шмишека (акцентуация личности). У подростков пришлое населения лидирует аффективно-экзальтированный, эмотивный и гипертимный типы (табл. 6).

Таблица 6.

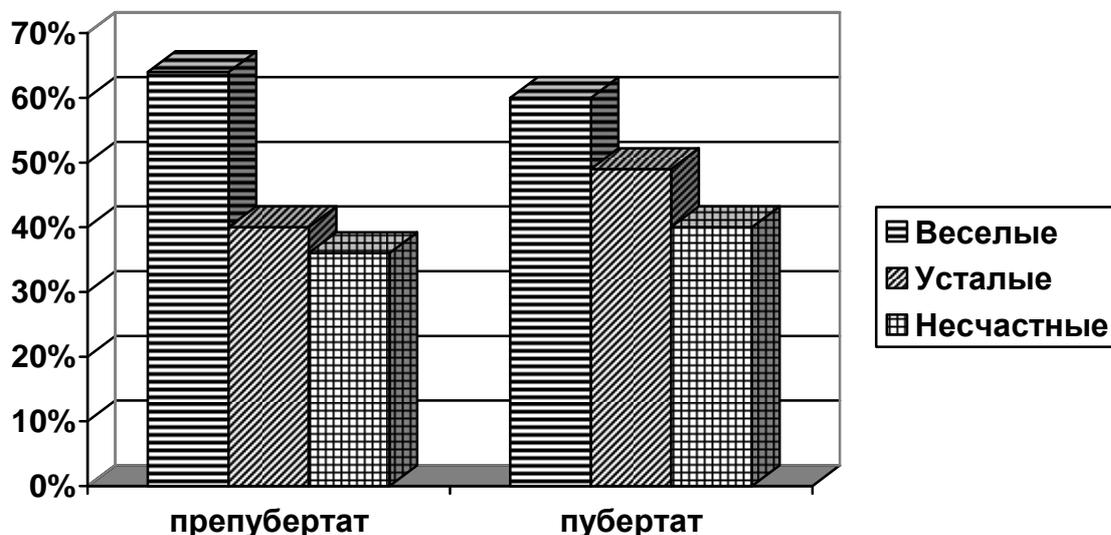
**Средние показатели акцентуации характера (в усл. ед.) у подростков  
коренного и пришлое населения**

№	Акцентуация	Пришлое население	Коренное население
1	Демонстративный	0,36	0,38
2	Застревающий	0,21	0,02
3	Педантичный	0,29	0,30
4	Возбудимый	0,79	0,82
5	Гипертимный	1,0	0,94
6	Дистимный	0,21	0,66
7	Тревожно-возбудимый	0,71	0,38
8	Аффективно-экзальтированный	1,29	0,69

9	Эмотивный	1,21	0,87
10	Циклотимный	1,0	0,43

У подростков коренного населения ведущими являются гипертимный, возбудимый и дистимный тип по сравнению с группой контроля. Преобладание дистимного типа у представителей коренных народов свидетельствует о подавленности настроения, медлительности и слабости волевых нарушений. Для подростков коренного населения характерны пессимизм, заниженная самооценка, а также низкая контактность, заторможенность. Для них свойственна экзальтированность и гипертимность, уменьшение выраженности этих психологических составляющих, что свидетельствует о некоторой «бедности» в выражении чувств и эмоций. При анализе психологических портретов исследованных подростковых групп выявлено, что у подростков коренного населения снижены проявления тревоги, они менее подвержены стрессовым воздействиям, реже вступают в конфликты, не склонны к колебаниям настроения. Тестирования по методу Шмишека показало, что у 55% подростков коренного населения обнаруживается те или иные типы акцентуации характера. Знание индивидуально-личностных особенностей подростка поможет снизить риск психопатизации личности, а также развитие алкоголизма, наркомании и асоциального образа жизни. Каждый второй подросток-нанаец пытался выглядеть в ответах тестов «лучше», чем есть на самом деле, причина этого возможно, в заниженной самооценке, социально-культурной изоляции ребенка, что подавляет его потенциальные возможности.

Оценка качества жизни проводилась на основании самоопределения у подростка счастья, веселья, утомляемости и несчастья (рис. 3).



**Рис. 3. Оценка качества жизни по самоощущению подростков пре- и пубертатного возраста**

Полученные данные свидетельствуют, что процент счастливых детей высокий, однако с наступлением пубертатного периода отмечается появление у ребенка утомляемости, возрастает процент детей, чувствующих себя несчастными. Причинами этого вероятно, служит повышение учебной нагрузки, а также требований к подрастающему поколению. Все дети, вступающие в пубертатный период должны не реже одного раза в год осматриваться врачом психоневрологом с целью выявления риска возможных нарушений здоровья. Знание индивидуально-личностных особенностей поможет провести психолого-коррекционные мероприятия при работе с подростками.

Следовательно, как в 90-е годы прошлого столетия, так и теперь отмечается ухудшение состояния здоровья подростков к окончанию школы, что особенно проявляется в распространенности заболеваний ЖКТ, опорно-двигательного аппарата, эндокринной системы, органов зрения, психоневрологической патологии. Однако, следует отметить, что в целом у подростков Нанайского района Хабаровского края общая заболеваемость имеет тенденцию к снижению, что можно связать с проводимыми мероприятиями органов здравоохранения как на федеральном, так и муниципальном уровнях.

**Kozlov V.K., Uchakina R.V., Krasnova M.A., Kozlov A.V.**  
**AMUR-RIVER REGION INDIGENOUS ADOLESCENTS HEALTH STATUS IN THE**  
**BEGINNING OF XXI CENTURY**

At the period of 2005-2007 years, 1026 indigenous adolescents (nanai) aged 10-17 years living at the Nanaiskiy Region of Khabarovsk krai were examined by clinical and laboratory methods. There were 51,5% of boys and 48,8% of girls. The health status of this group at present time was compared with the results of the investigation of 1202 indigenous teenagers at the same region in 1995-2001. Both, in 90-th years and at present time the health status worsening to the moment of school education period termination. The main problems are the following: high spread of digestive system disorders, orthopedic pathology, endocrine system and vision abnormalities, psycho neurological disturbances. At the same time, the total morbidity rate among the indigenous adolescents of Nanai Region at Khabarovsk krai has the tendency for decreasing, because of health protection organization's activity both at federal and municipal levels.