

ГЛАВА 18

ПРИРОДНЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ. ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ В СЕВЕРНЫХ РАЙОНАХ И СИБИРИ

З. М. Загдын

Коренные народы мира

Приступая к раскрытию темы стабилизации демографических показателей и состояния здоровья коренных жителей северной и восточной Евразии, мы будем говорить о коренных народах, в том числе малочисленных, населяющих эти территории в пределах современных границ Российской Федерации.

Коренные народы (*indigenous peoples*) — устойчивая группа или общность людей, населяющая определенные земли тысячелетиями, укоренившаяся на той или иной территории нашей планеты раньше других и сохранившая прочную потомственную историческую связь с этими землями. Термин «коренные народы» («*indigenous peoples*») происходит от латинского слова *indigen* («врожденный», «унаследованный»).

Проблемы коренных народов, возникшие в период освоения Нового Света, особенно интенсивно стали подниматься и изучаться со второй половины XIX века, приобретая общественно-политический резонанс на международном

уровне. В настоящее время в мире создано множество крупных международных организаций, деятельность которых направлена на изучение культурно-этнических особенностей, исторического развития и защиту прав коренных народов. При Организации Объединенных Наций (ООН) разработаны три главных направления по проблемам коренных народов с формированием соответствующих структур: Экспертного механизма по правам коренных народов (Expert Mechanism on the Rights of Indigenous Peoples), Специального вестника прав коренных народов (Special Rapporteur Rights of Indigenous Peoples) и наиболее авторитетного — Постоянного форума по проблемам коренных народов ООН (United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues).

Сегодня в 90 странах мира насчитывается более 476 млн представителей коренных народов, что составляет лишь 6,2% населения нашей планеты. Наибольшее количество коренных этносов проживает в Китае — 125,3 млн, где государством признаются 55 этнических национальностей, в дополнение к ханьскому китайскому большинству, которое составляет 92% его населения [49].

Затем идет Индия, как отдельное государство, где количество коренных народов, состоящих из 77 этнических групп, составляет 104,0 млн жителей, далее — Индонезия и часть юго-восточной Азии с суммарным количеством коренных народов свыше 100,0 млн человек. В США число коренных народов составляет 6,6 млн, Канаде — 1,7 млн, Мексике — 16,9 млн человек. В Южной Америке количество коренных этносов в целом в различных государствах не превышает 15,0 млн жителей. На африканском континенте проживают более 100,0 млн различных коренных народов: этническая группа хауса, преимущественно локализуемая в Нигерии, представляет наибольшее количество индигенов Западной Африки численностью 70,0 млн человек; большая концентрация коренных этносов отмечается в Эфиопии (16,5 млн), Алжире (12,0 млн) и Марокко (10,0 млн). В Австралии и Новой Зеландии численность коренных народов не превышает 1,0 млн человек. Наименьшее количество коренных этносов проживает в западноевропейских странах, составляя менее 100 000 человек (баски, ениши и др.).

Историческое формирование коренных народов северной и восточной евразийской части России

В России народы, населяющие современные северные, сибирские и дальневосточные территории, имеют длительную историю формирования как современных этносов, пройдя множество переселений, генетических смешений, создавая и разрушая целые государства, ханства, каганаты, претерпев крупные захватнические и оборонительные войны, междоусобицы и т.д. По этой причине сложно сказать, какой народ на той или иной территории был первопереселенцем или же «предыдущим завоевателем».

Известно, что Сибирь уже была заселена на заре формирования человечества в современном его виде: на Алтае следы жизни *Homo sapiens altaiensis* — денисовцев, людей, живших в каменном веке (около 300 тысяч лет назад) обнаружены в Денисовой пещере (рис. 18.1).

и нормами международного права, введено понятие «коренные малочисленные народы» (КМН), и дано его разъяснение как этносов, населяющих территории традиционного проживания своих предков, сохраняющих самобытный уклад жизни и имеющих численность не более 50 000 человек, утвержденные Федеральным законом от 1999 г. [23, 39].



Рис. 18.2. Коренные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, численностью более 50 000 человек¹

К КМН в РФ, согласно государственному перечню, отнесены 47 этносов. Среди них 7 этносов проживают в европейской части России: абазины, бесер-

¹ https://yandex.ru/images/search?Img_url=https%3A%2F%2Fwww.rsuh.ru%2Fupload%2Fpress%2Fphotos%2F2022-09-21-news-01-11

мяне, водь, ижорцы, нагайбаки, сету, шапсуги. Другие 40 этносов, населяющие территории Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ (ССДВ РФ), соответственно определены как коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока (КМНС) (рис. 18.3) [30]. Правительством России в 2009 г.



Рис. 18.3. Коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации¹

разработана «Концепция устойчивого развития коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации» [32].

Демография коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ

В табл. 18.1 представлены численность коренных народов современной северной и восточной евразийской части России и их динамика за 30-летний период как за интервал рождения одного поколения, по итогам переписи населения в 1989, 2010, 2021 гг. [5, 10, 19].

Среди коренных народов ССДВ РФ наибольшую численность имеют якуты, проживающие преимущественно в Республике Саха (Якутия). Их количество за 1989–2020 гг. увеличилось более чем на 25%, в основном в 1989–2010 гг., составив к 2020 г. 478 409 человек. Почти равными по количеству якутам являются буряты, проживающие преимущественно в Республике Бурятия: их

¹ http://arctic-megapedia.s-vfu.ru/wiki/Капра_КМНС_РФ.

Таблица 18.1
Изменение численности некоторых коренных народов северной и восточной евразийской части России за 1989–2010–2021 гг. (по итогам переписи населения)

Этносы/годы	Численность				Темп прироста/снижения (%)			Доля от КМНС в 2021 г.
	1989	2010	2020	1989/2010	2010/2021	1989/2021		
1	2	3	4	5	6	7	8	
Алтайцы	71 000	74 238	78 125	4,6	5,2	10,0	—	
Буряты	421 000	461 389	460 053	9,6	-0,3	9,3	—	
Карелы	131 000	60 815	32 422	-53,6	-46,7	-75,3	—	
Коми	345 000	228 235	143 516	-33,8	-37,1	-58,4	—	
Тувинцы	207 000	263 934	295 384	27,5	11,9	42,7	—	
Хакасы	80 000	72 959	61 365	-8,8	-15,9	-23,3	—	
Якуты	382 000	478 085	478 409	25,2	0,1	25,2	—	
Алеуты	700	482	397	-31,1	-17,6	-43,3	0,2	
Алоторцы	—	—	96	—	—	—	0,0	
Вепсы	13 000	5936	4534	-54,3	-23,6	-65,1	1,7	
Долганы	6900	7885	8157	14,3	3,4	18,2	3,1	
Ительмены	2500	3193	2596	27,7	-18,7	3,8	1,0	
Камчадалы	—	1927	1547	—	-19,7	—	0,6	
Кереки	—	4	23	—	475,0	—	0,0	
Кеты	1100	1219	1088	10,8	-10,7	-1,1	0,4	
Коряки	—	7953	7485	—	-5,9	—	2,9	
Кумандинцы	—	2892	2408	—	-16,7	—	0,9	
Манси	8500	12 269	12 228	44,3	-0,3	43,9	4,7	
Нанайцы	12 000	12 003	11 623	0,0	-3,2	-3,1	4,5	

Продолжение таблицы 18.1

1	2	3	4	5	6	7	8
Нганасаны	1300	862	687	-33,7	-20,3	-47,2	0,3
Непидальцы	600	513	481	-14,5	-6,2	-19,8	0,2
Ненцы	35 000	44 640	49 646	27,5	11,2	41,8	19,0
Нивхи	4700	4652	3842	-1,0	-17,4	-18,3	1,5
Ороки (уйльта)	200	295	268	47,5	-9,2	34,0	0,1
Орочи	900	596	527	-33,8	-11,6	-41,4	0,2
Саамы (лопар)	1800	1771	1530	-1,6	-13,6	-15,0	0,6
Селькупы	3600	3649	3458	1,4	-5,2	-3,9	1,3
Сойоты	—	1770	4368	—	146,8	—	1,7
Тазы	—	274	235	—	-14,2	—	0,1
Теленгиты	—	2581	2730	—	5,8	—	1,0
Телеуты	—	2643	2217	—	-16,1	—	0,8
Тофалары	700	762	719	8,9	-5,6	2,7	0,3
Тубалары	—	—	3620	—	—	—	1,4
Тувинцы-год жищы	—	1858	7278	—	291,7	—	2,8
Удэгейцы	200	1496	1325	648,0	-11,4	562,5	0,5
Ульчи	3200	2765	2472	-13,6	-10,6	-22,8	0,9
Ханты	23 000	30 943	31 467	34,5	1,7	36,8	12,1
Челканцы	—	—	1290	—	—	—	0,5
Чуванцы	1500	1002	900	-33,2	-10,2	-40,0	0,3

Окончание таблицы 18.1

1	2	3	4	5	6	7	8
Чукчи	15 000	15 908	16 200	6,1	1,8	8,0	6,2
Чулымцы	—	355	382	—	7,6	—	0,1
Шорцы	170 000	12 888	10 507	-92,4	-18,5	-93,8	4,0
Эвенки	30 000	37 843	39 226	26,1	3,7	30,8	15,0
Эвены	17 000	22 383	19 913	31,7	-11,0	17,1	7,6
Энды	200	227	201	13,5	-11,5	0,5	0,1
Эскимосы	1700	1738	1657	2,2	-4,7	-2,5	0,6
Юкагиры	1100	1603	1802	45,7	12,4	63,8	0,7
Всего КМНС	356 400	251 780	261 130	-29,4	3,7	-26,7	100,0
ИТОГО	2 349 800	2 143 215	2 071 534	-8,8	-3,3	-11,8	—

Примечание: КМНС — коренные малые народы Севера.

численность в первые два межпереписных периода с 1989 по 2010 гг. увеличилась на 9,6%, в целом за 1989–2021 гг. — на 9,3%. Наибольшее увеличение численности коренных жителей наблюдается в Республике Тыва: за 1989–2020 гг. их прирост составил 42,7%: с 20 700 до 295 384 человек. Другой особенностью Республики Тыва является то, что коренные этносы — тувинцы представляют более 80,0% населения этого субъекта РФ. Численность коренных жителей Республики Алтай (алтайцы) имеет медленную, но стабильную тенденцию к росту, увеличившись на 10,0% за 1989–2020 гг. Наблюдается выраженное и стабильное снижение численности карелов, коренных этносов, проживающих в Республике Карелия: на 75,3% за 30 лет. Схожая ситуация отмечена в Республике Коми, где численность северных коми за указанный период уменьшилась на 58,4%. Численность хакасов также имеет тенденцию к снижению, сократившись на 23,3% за 1989–2020 гг., особенно в последний, 2010–2021 гг., межпереписный период.

Другие приведенные в таблице группы этносов формируют КМНС, которые преимущественно расселены на северных, в том числе арктических, территориях России, составившие более 75,0% от всех представителей малочисленных коренных народов ССДВ РФ. Наиболее многочисленными среди них являются ненцы (19,0%), эвенки (15,0%), ханты (12,1%), эвены (7,6%), чукчи (6,2%), манси (4,7%), нанайцы (4,5%), суммарная доля которых по итогам переписи населения в 2021 г. была равна почти 70,0% от всех КМНС. Доля других этносов, отнесенных к КМНС, в 2021 г. составила от 0,01% кереков до 3,1% долганов. Численность ненцев за 30 лет достигла почти 50 000 человек, с выраженным положительным сальдо за 1989–2021 гг. (41,8%). Численность эвенков составляет почти 40 000 человек и продолжает расти, увеличившись на $\frac{1}{3}$ часть за указанный период. Количество народа ханты превышает 30 000, имея выраженную тенденцию к росту (на 36,8%) за 1989–2021 гг. Численность эвенов составляет почти 20 000 человек, увеличившись за 30 лет на 17,1%.

Количество чукчей, преимущественно населяющих ЧАО, не превышает 17 000 человек, с умеренной тенденцией к росту (на 8,0% за 1989–2021 гг.). Численность манси, составив выше 12 000 человек, за 1989–2021 гг. выросла почти в 2 раза; количество нанайцев, не превышая 12 000 жителей, имеет медленную тенденцию к сокращению (–3,1% за 30 лет).

К исчезающим «этносам» КМНС можно отнести кереков, численность которых в 2020 г. составила всего 23 человека; алыторцев — численностью 96 человек; энцев с отрицательным сальдо за 2010–2021 гг. и численностью 201 человек в 2021 г. Численность алеутов сократилась на 43,3% с 700 до 397 человек за 1989–2021 гг. Численность чулымцев, тазов, ороков не превышала 400 человек к 2021 г.

Наибольшая депопуляция среди КМНС наблюдается у шорцев, численность которых за 30-летний период сократилась на 93,8%, снизившись с 170 000 до 10 507 человек за 1989–2021 гг., что приравняло когда-то крупный коренной этнос к малочисленным народам. Настолько выраженное снижение численности шорцев вероятнее всего связано с распадом Союза Советских Социалистических

Республик (СССР) и отходом части этого народа в приграничную Республику Казахстан. Еще одной причиной указанных изменений может быть продолжающаяся ассимиляция и метисация шорцев с другими народами как следствие урбанизации. Также не исключается изменение своей этнической принадлежности при самоидентификации. Схожая ситуация наблюдается и у вепсов, численность которых за 30 лет снизилась на 65,1%, составив 4534 человек в 2021 г. Вепсы — этнос, живущий в Республике Карелия, Ленинградской области, малочислен, что предполагает их тенденцию к ассимиляции с представителями других народов, преимущественно русскими. Существенно снизилась численность нганасанов, чуванцев, орочи, негидальцев, ульчи, нивхи, составив от 18,3 до 47,2% за 1989–2021 гг.

В целом численность КМНС за одно поколение (1989–2021 гг.) сократилась почти на $\frac{1}{3}$, в основном в 1989–2010 гг., доля которых среди всего населения России в 2010 г. составляла 0,3%, а в 2020 г. — 0,2%. За последние 10 лет (2010–2021 гг.) среди КМНС наблюдается умеренный прирост их численности, составивший 3,7%, в ежегодном перерасчете — 0,4%. Соответственно, несмотря на рост численности крупных коренных народов (якуты, буряты, хакасы, тувинцы, алтайцы), также более многочисленных северных этносов (ненцы, эвенки, эвены, ханты, чукчи, манси), сохраняется тенденция к депопуляции всего коренного населения, проживающего в ССДВ РФ, количество которых в целом за 20 лет (1989–2010 гг.) снизилось на 8,8%, за 2010–2021 гг. — на 3,3%, а за одно поколение (1989–2021 гг.) — на 11,8%.

Кроме естественного прироста населения, на численность коренных народов ССДВ РФ могут иметь влияние, как мы уже упоминали выше, ассимиляция, метисация, урбанизация, миграция, включая эмиграцию, а также процессы самоидентификации. Например, в Республике Алтай численность теленгитов за 2002–2010 гг. увеличилась на 54,7% с среднегодовым их приростом 5,6%. Эти изменения преимущественно были связаны с сменой национальности с алтайцев на теленгитов, такая же ситуация наблюдалась и среди челканцев, среднегодовой прирост которых за эти же годы составил 4,2% [25]. По данным нашего анализа (см. табл. 18.1) вызывает вопросы резкий рост и такое же резкое снижение численности ительменцев с 27,7% в 1989–2010 гг. до 18,7% в 2010–2021 гг. Также, наряду с шорцами, возникают вопросы о причинах выраженной убыли численности крупных северных народов — коми и карелов. Чем вызвана такая резкая депопуляция этих коренных этносов: ассимиляцией, влиянием процесса самоидентификации, эмиграцией в соседние северные страны (Финляндию, Норвегию)? Приведенные примеры указывают на необходимость получения дополнительных сведений и проведения исследований с оценкой основных факторов, влияющих на формирование численности, демографических показателей каждого коренного этноса в отдельности, с учетом его социально-культурных, экономических, географических и других особенностей на современном этапе.

В России демографические показатели коренных этносов являются наиболее достоверными до 1997 г. — до периода законодательной отмены в паспорте

гражданина страны пункта о национальности. Затем, до 2007 г., информация о национальности учитывалась в других актах гражданского состояния (о рождениях, браках, смертях и пр.). После 2007 г. в государственной статистике и таким путем получаемые сведения перестали учитываться [4].

Сегодня единственным официальным источником информации об этнической принадлежности населения России, где можно найти минимальные демографические данные по отдельным народам, являются публикуемые Росстатом итоги переписей населения, которые проводятся один раз в 10 лет. Последняя перепись населения состоялась в 2021 г. Другим источником сведений о состоянии демографии и здоровья отдельных этносов могут выступать публикации по результатам социологических или эпидемиологических исследований. Однако такие данные не системны, отрывочны, порой противоречивы, ограничены по временным характеристикам и географическим ареалам. Также о демографии коренных этносов можно судить косвенно, анализируя показатели по муниципальным образованиям и выделяя административные деления компактного проживания коренного населения.

Согласно данным всероссийской переписи населения 2021 г., среди КМНС преобладало население в возрасте от 0 до 14 лет, составившее 30,0% от всей их численности, косвенно свидетельствуя о достаточно высокой рождаемости, когда по России в целом этот показатель был равен 17,6% (рис. 18.4).

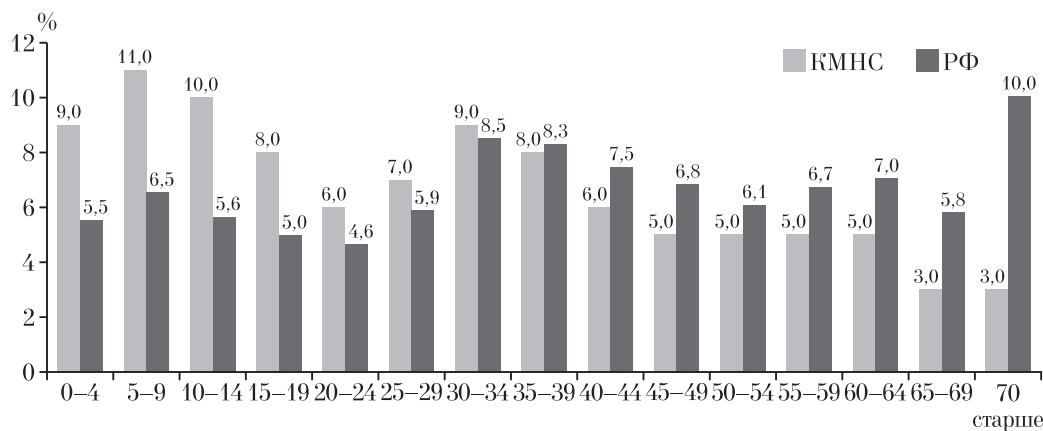


Рис. 18.4. Возрастной состав коренных малочисленных народов Севера, Сибири, Дальнего Востока и всего населения Российской Федерации по итогам всероссийской переписи населения в 2021 г. (%)¹

Далее отмечается снижение доли возрастной группы от 15 до 29 лет, составившей 21,0% и оказавшейся выше аналогичного показателя по РФ в целом (15,5%). Среди группы населения работоспособного возраста от 15 до 59 лет наблюдается повозрастное снижение долевых значений с пиком показателя в возрастной группе от 30 до 34 лет (9,0%), соответствующее тенденциям

¹ Росстат, <https://rosstat.gov.ru/vpn/2020>.

по России в целом, за исключением доли возрастной группы от 55 до 59 лет, которая имела тенденцию к росту среди всего населения РФ. Доля населения от 60 лет и старше среди КМНС составила 11,0%, когда по России этот показатель был равен 22,8%.

По уровню урбанизации КМНС значительно уступают всему населению России: почти в 2 раза реже проживая в городах, чем жители России (рис. 18.5).

При этом женское население среди КМНС преобладает над мужским, как и в целом по России. Тем не менее если среди всего населения РФ доли горожан и сельских жителей, как мужчин, так и женщин, являются почти равными (46,5% и 45,9%; 53,5% и 54,1% соответственно), то среди КМНС мужчины чаще проживают в сельской местности, нежели в городах (48,0% и 43,0%), а женщины чаще являются горожанками, чем сельскими жительницами (57,0% и 52,0%).

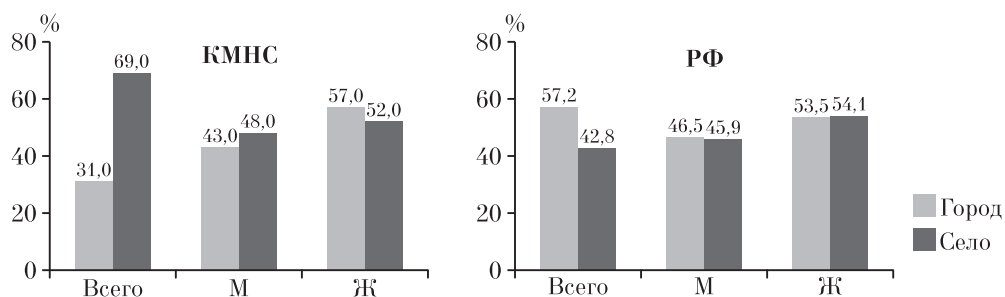


Рис. 18.5. Городские и сельские жители по половому составу среди коренных малочисленных народов Севера, Сибири, Дальнего Востока и всего населения Российской Федерации по итогам всероссийской переписи населения в 2021 г. (%)¹

Информация о естественном воспроизводстве и других демографических показателях (рождаемость, смертность, ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении, младенческая смертность и пр.) в разрезе этнической принадлежности населения России в открытом доступе практически отсутствует, кроме как некоторых сведений в научных публикациях. Приведем данные В. Г. Логинова по рождаемости, смертности и естественном приросте среди наиболее многочисленных представителей КМНС за 1996–2008 гг. (табл. 18.2) [25].

Из таблицы виден положительный естественный прирост всех представителей КМНС, за исключением коряков, где коэффициент естественного прироста за исследуемый период имел отрицательное сальдо (–1,1). Положительный естественный прирост среди всех КМНС обусловлен относительно высокой рождаемостью при почти равных показателях смертности (не выше 13,0 промилле), кроме коряков и манси, среди которых смертность составила 18,8 и 15,8.

Наиболее высокий положительный естественный прирост (17,2) отмечается среди ненцев, где рождаемость в 2,6 раз превышает показатель смертности. Также высокий положительный естественный прирост наблюдается среди эт-

¹ Росстат, <https://rosstat.gov.ru/vpn/2020>.

носов ханты и манси, с коэффициентами 10,9 и 10,4 промилле соответственно, с выраженным превышением рождаемости над смертностью.

Таблица 18.2

Среднегодовые показатели естественного прироста некоторых малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока, 1996–2008 гг.¹

Этносы	Коэффициент, промилле (1996–2008 гг.)		
	рождаемости	смертности	естественного прироста
Ненцы	27,9	10,7	17,2
Эвенки	16,2	12,3	3,9
Ханты	23,1	12,2	10,9
Эвены	20,3	12,3	8,0
Манси	22,6	15,8	6,8
Чукчи	24,2	13,8	10,4
Нанайцы	11,8	11,3	0,5
Шорцы	11,4	11,2	0,2
Коряки	17,7	18,8	–1,1
Всего	20,1	12,1	8,0

Низкие коэффициенты естественного прироста отмечены среди шорцев (0,2), нанайцев (0,5) и эвенков (3,8). Вероятно, низкая рождаемость среди шорцев становится еще одной из причин выраженной депопуляции данного этноса. В региональном разрезе высокие показатели рождаемости и, наоборот, низкие показатели смертности, уменьшившиеся на 11,0% за последние годы, отмечены в Якутии. В этой республике ОПЖ при рождении увеличилась на 2,5 года, коэффициент естественного прироста вырос за 2014–2015 гг. на 25,0%, отдавая регион на 8-е место по этому показателю в России и на первое место в Дальневосточном федеральном округе [26].

Сведения о младенческой смертности среди КМНС в научных публикациях противоречивы по причине технической сложности расчетов из-за малочисленности этносов и высоких статистических «ошибок»: у кольских саамов младенческая смертность в 1998–2003 гг. составила 10,0 на 1000 живорожденных детей (умер один ребенок за этот период), при этом коэффициент ошибок был равен ± 10 . Тем не менее отмечается снижение смертности младенцев среди коренных этносов за 1996–2008 гг. почти в 2 раза, с показателем в 1996 г. 36,2 промилле [22]. По данным Росстата среди субъектов РФ наибольшая младенческая смертность, с сохранением такой тенденции в течение ряда лет, регистрируется на Чукотке,

¹ http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140095345328.

составившая в 2023 г. 19,3 случая на 1000 родившихся живыми детей при среднем показателе по России 4,2 [15].

Согласно результатам исследований большинства авторов ОПЖ при рождении среди КМНС на 10–12 лет ниже, чем среди жителей России в целом: в 1990-х и в середине 2000-х годов продолжительность жизни коренных северян была близка к 50 годам, тогда как в среднем по России показатель был на 11–12 лет выше [11, 44, 47]. К сожалению, сведения по ОПЖ при рождении среди КМНС за ближайшие 5–10 лет весьма ограничены. По данным Роспотребнадзора в арктических регионах России, где, известно, что проживает более 70,0% КМНС, за последние 12 лет ОПЖ при рождении имеет устойчивую тенденцию к росту. В 2018 г. наибольшая ОПЖ при рождении среди всего населения была отмечена в НАО (74,07 года), наименьшая — на Чукотке (63,58 года). Однако при анализе по полу и месту жительства экстремально низкая ОПЖ при рождении установлена среди мужчин сельской местности Чукотки, составившая 46,85 года в 2018 г. [35]. Между тем, в НАО и Чукотке доля коренных этносов составляет не более $\frac{1}{4}$ части от всего населения регионов, которые преимущественно проживают в сельской местности (более 60,0%). Также, исходя из данных рис. 18.4, где доля жителей в возрасте 60 лет и старше среди КМНС в 2021 г. была в 2 раза ниже аналогичного показателя среди всего населения России, можно предположить, что ОПЖ при рождении среди коренных этносов значительно ниже, чем средний показатель по стране.

Из проведенного анализа следует, что в течение последних 30 лет численность КМНС в целом, за исключением последних 10 лет, сокращается на фоне низкой ОПЖ при рождении, по сравнению с показателями среди всего населения России. Основой такой демографической нестабильности среди КМНС является столкновение двух противоположных факторов в их жизнедеятельности: эволюционно выработанных медико-биологических особенностей организма, тесно связанных с традиционным укладом жизни и окружающей средой, и процессов модернизации, приводящих к ослаблению связи с окружающей средой по причине урбанизации, роста миграции, индустриализации, изменений экологии, и как следствие, естественной генетической трансформации важных характеристик здоровья [21].

Здоровье и народосбережение коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ

Сохранение здоровья КМНС, населяющих преимущественно северные и приполярные территории России, приобретает особую значимость в период интенсивного промышленно-индустриального освоения Арктики — стратегического будущего нашей страны. Между тем в настоящее время никто не располагает полноценной и достоверной информацией о состоянии здоровья КМНС. Централизованный сбор и анализ статистических медико-демографических сведений, проводившиеся в 1960–1980-е гг. среди северян, сегодня полностью утрачены. О состоянии здоровья и уровне распространения той или

иной патологии среди коренных этносов ССДВ мы можем судить в основном по результатам научных публикаций, в том числе информационно-аналитических обзоров, в большинстве которых медицинские показатели представлены в региональном или муниципальном разрезе без конкретизации этнических групп, в лучшем случае с выделением территорий с компактным проживанием коренных народов, в худшем — без таковых.

По данным Л. А. Надточий и соавт., за 2005–2013 гг., среди всего населения России в структуре смертности на первом месте стоят сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), на втором — злокачественные новообразования, на третьем — внешние причины (травмы, несчастные случаи, отравления). На Чукотке, Таймыре, в ХМАО-Югре смертность от внешних причин занимает второе место. Республики Алтай, Бурятия, Тыва, Хакасия относятся к числу 14 территорий России с очень высокой смертностью, вызванной внешними факторами, доля которой в структуре всех причин смертности составляет более 20,0%. Первичная заболеваемость всеми болезнями за 2005–2013 гг. в Якутии увеличилась на 26,0%, на Таймыре — на 18,4%, Чукотке — на 10,3%, тогда как по России в целом показатель составил 7,4%. Показатели общей заболеваемости у детей северян (0–14 лет) превышают среднефедеральный уровень в 1,2–1,3 раза. В структуре общей заболеваемости в Якутии, ЯНАО, ХМАО-Югре выявлен рост показателей инфекционных, онкологических заболеваний, патологий глаза, ЛОР-органов, болезней крови и кроветворных органов, дыхательной, пищеварительной и эндокринной систем, кожи и подкожной клетчатки [28]. В Якутии в структуре причин смертности в 2005–2011 гг. среди трудоспособного населения на первом месте были внешние причины (в том числе суициды), которые преобладали среди коренных малочисленных этносов, на втором месте — болезни системы кровообращения, на третьем — злокачественные новообразования. Ишемические болезни сердца (ИБС) чаще встречались у пришлого населения, нежели у коренных жителей, тем не менее, у последних имелась тенденция к росту ССЗ, особенно среди горожан [14]. В этом же регионе заболеваемость злокачественными новообразованиями за 1991–2010 гг. выросла с 148,7 до 213,8 на 100 000 населения с ведущими локализациями онкологического процесса в легких, молочных железах, желудке, печени [36]. Заболеваемость сахарный диабет (СД) в Республике Саха (Якутия) в 2015 г. среди всех субъектов РФ была наибольшей, составив 312,8 на 100 000 населения, против наименьшего показателя 62,8 в Чеченской Республике [43]. В ХМАО-Югре в 2015 г. заболеваемость СД 1-го типа значительно превышала показатель в среднем по России, составив 26,8 на 100 000 детского и подросткового населения и увеличившись за 2010–2016 гг. на 19,0% [17].

Другой немаловажной проблемой здоровья коренных этносов ССДВ является распространенность генетически детерминированных заболеваний, актуальность которых возрастает в период интенсивных социально-экономических, климатических и экологических изменений в окружающей среде. В якутской популяции и среди других этносов Крайнего Севера наиболее частыми этноспецифическими наследственными заболеваниями являются: окулофарингеальная миодистрофия,

спинально-бульбарная амиотрофия Кеннеди, в сотни раз превышающая по частоте мировые показатели, аутосомно-рецессивная атаксия Фридрейха, низкорослость и глухота IA типа, врожденная гиперплазия надпочечников. Часть этих патологий ранее не была характерна для якутского этноса. Предполагают, что они возникли под влиянием внешних факторов, в том числе метисации [31, 40, 46]. Среди северных регионов наиболее высокая заболеваемость врожденными пороками детей в 2018 г. была зарегистрирована в Архангельской области, составившая 3597,1 на 100 000 детского населения, в НАО показатель составил 2350,9. ЯНАО — 1590,4 [35].

Одной из острейших проблем среди коренных этносов ССДВ, особенно малочисленных, является алкоголизм и потребление других психоактивных веществ (ПАВ). О. С. Литвякова и Н. Л. Белопольская сравнивают алкоголизм на Чукотке с эпидемией, которая втягивает в свою «воронку» все возрастные слои населения, включая женщин и детей: в некоторых семьях дети пробуют алкоголь уже в 6–7-летнем возрасте. При этом особую настороженность вызывает очень низкая эффективность профилактических и лечебных мер борьбы с алкоголизмом [24]. В Республике Тыва заболеваемость алкоголизмом за 2014–2017 гг. выросла на 60,3%: с 48,1 на 100 000 населения до 77,1, превысив средний показатель по России в 2017 г. в 1,9 раз [45]. В Якутии в 2015 г. уровень заболеваемости алкоголизмом составил 235,8 на 100 000 населения, при среднефедеральном показателе 85,0, и каждое пятое преступление было связано с алкогольным опьянением при одновременном нарастании употребления наркотиков, несмотря на отдаленность территорий республики [26]. Заболеваемость алкоголизмом среди регионов с проживанием КМНС в 2020 г. была наименьшей в Республике Бурятия (19,3 на 100 000 населения), наибольшей — на Чукотке (274,1) [37].

Особняком стоят вопросы о распространении среди КМНС социально значимых инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, в том числе парентеральные, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), и др. В России, где заболеваемость и смертность от туберкулеза были очень высоки, активная борьба с распространением заболевания началась в годы становления Советской власти и последующий период с продуманной организацией оказания противотуберкулезной помощи населению в целом, созданием территориальных противотуберкулезных диспансеров (ПТД), в том числе в регионах ССДВ (рис. 18.6) [16]. В 1923 г. был организован ПТД в Архангельской области, 1934 г. — окружной ПТД, объединяющий ХМАО-Югру и ЯНАО, 1948 г. — в Мурманской области, в 1950 г. был создан Якутский филиал института туберкулеза Академии медицинских наук СССР, 1970 г. — окружной ПТД на Чукотке. Риск заболевания туберкулезом среди жителей Крайнего Севера в 1970-е годы был в 3–4 раза выше, нежели среди населения центральных регионов РФ. Заболеваемость туберкулезом детей коренных этносов была в 8 раз выше, чем среди детей некоренных жителей, инфицированность населения Чукотки и Якутии составляла до 91,0%.

В результате беспрецедентных мер, предпринятых для борьбы с туберкулезом среди северных народов, заболеваемость туберкулезом населения Якутии сни-



Рис. 18.6. Один из первых противотуберкулезных диспансеров, созданных в северных регионах в советский период, и выездная работа медицинских работников (архивный материал)

зилась с 454,9 на 100 000 населения в 1970 г. до 134,1 в 1980 г. и до 74,3 — в 1990 г. На Чукотке за 1980–1990-е годы показатель стал в 2 раза меньше, чем в РФ в целом, составивший 65,6–50,6 на 100 000 населения соответственно [7, 34, 38]. В течение последнего десятилетия, согласно сведениям федерального статистического наблюдения и Росстата, стойкое лидерство по распространению туберкулеза удерживают Чукотка и Республика Тыва, где заболеваемость в 2022 г. составила 142,0 на 100 000 населения и 111,4, а смертность от туберкулеза — 8,4 и 29,1, при средних показателях по России 30,1 и 3,8 соответственно. Необходимо отметить, что на Чукотке в начале 2000-х гг. окружной ПТД был ликвидирован и вновь был организован в составе окружной больницы лишь в 2017 г.

Высокая смертность от туберкулеза среди регионов ССДВ также отмечена в 2022 г. в Амурской области (13,0 на 100 000 населения), Приморском крае (12,5), Алтайском крае (10,0). Между тем заболеваемость туберкулезом была значительно меньше среднего показателя по России в 2022 г. в НАО (2,4 на 100 000 населения, несколько ниже в ЯНАО (25,4). Сохранялась равная или с незначительным превышением среднероссийского показателя заболеваемость туберкулезом в республиках Якутия (31,3), Алтай (34,6), Бурятия (37,2, ХМАО-Югре (30,8). Смертность от туберкулеза в 2022 г. отсутствовала в НАО, составляла 0,9 на 100 000 населения в Архангельской области, республиках Карелия и Коми — 2,3 и 2,1 соответственно, ХМАО-Югре — 2,1, ЯНАО — 2,2, Якутии — 2,4, республиках Бурятия, Алтай, и Хакасия — 3,8, 6,6 и 7,0 соответственно.

ВИЧ-инфекция, сохраняя высокую пораженность населения в России, продолжает вовлекать в эпидемический процесс все регионы, в том числе территории с компактным проживанием коренных народов ССДВ [3]. Тем не менее в отличие от ТБ, распространение ВИЧ-инфекции среди КМНС исследуется значительно меньше. В ЯНАО, где доля коренных жителей, представленных преимущественно ненцами составляет 7,2% и около половины которых ведут кочевой образ жизни, ВИЧ-инфекция впервые была зарегистрирована в 2000 г.,

а к 2014 г. пораженность коренных этносов составила 326,0 на 100 тысяч населения (темп прироста 21,1%), а в отдельных районах достигла 2946,4 (село Ныда) при среднем показателе по России 494,6. ВИЧ-инфекцией преимущественно заболевали женщины (68,7%), соответственно среди коренного населения преобладал половой путь передачи инфекции 89,8%. Авторы этих исследований озабочены возможностью неконтролируемого распространения эпидемии ВИЧ-инфекции среди КМНС в условиях замкнутой тундровой территории, близких родовых связей этносов и низкой доступности профилактических мер [9, 18].

Согласно нашим предыдущим исследованиям, в НАО и на Чукотке ВИЧ-инфекцией заболевали преимущественно местные постоянные жители, в отличие от других арктических территорий, где доля заболевания ВИЧ-инфекцией постоянного населения по отношению к общему населению была ниже, что косвенно указывает на быстрое распространение эпидемии ВИЧ-инфекции среди коренных этносов упомянутых регионов [50].

По данным официальной федеральной статистики и Росстата наибольшая пораженность населения ВИЧ-инфекцией среди территорий ССДВ с компактным проживанием коренных этносов в 2022 г. была отмечена в ХМАО-Югре, составившей 826,5 на 100 000 населения и Республике Бурятия — 620,4. В других регионах пораженность населения ВИЧ-инфекцией в 2022 г. была ниже среднего показателя по России (505,2 на 100 000 населения), особенно в Республике Тыва, составившей 72,0, в Якутии показатель был равен 106,5, Хакасии — 368,9, Республике Алтай — 354,4, на Чукотке — 401,3. Смертность от ВИЧ-инфекции в 2022 г. была наиболее высока в ХМАО-Югре, составив 15,0 на 100 000 населения, при среднефедеральном показателе 10,8, Республике Бурятия — 10,3, на Чукотке — 10,4, Республике Алтай — 8,1. В НАО смертности, связанной с ВИЧ-инфекцией, в 2022 г. не было установлено, в Республике Тыва показатель составил 1,2, Якутии — 1,7, Хакасии — 7,3 [50].

Распространение вирусных гепатитов, в том числе парентеральных, среди КМНС изучены еще меньше, чем пораженность ВИЧ-инфекцией. Имеются отдельные сведения по регионам, преимущественно по Якутии. Этот регион считается гиперэндемичной территорией России по распространенности гемоконтактных вирусных гепатитов В, С и D, пораженность которыми в 2011 г. составила 1502,5 на 100 000 населения и не имела тенденции к снижению. Данный показатель был определен как самый высокий в стране [33]. На Чукотке заболеваемость острыми формами вирусного гепатита В регистрировалась на высоком уровне в 2000–2007 гг., составив 7,9–13,3 на 100 тысяч населения соответственно. В 2011, 2013–2016 гг. не было выявлено ни одного случая этого заболевания, что связано с введением в национальный календарь профилактических прививок вакцинации против гепатита В. Близкая ситуация наблюдается по динамике распространения вирусного гепатита С в регионе: за 2000–2007 гг. отмечался рост заболеваемости хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) с 27,6 до 139,1 на 100 тысяч населения, с 2011 г. наблюдается ее стойкая

тенденция к снижению с регистрацией 12–30 случаев в год при средних данных по России 35–40 случаев в год на 100 тысяч населения. Территориями риска ХВГС на Чукотке являются г. Анадырь, Билибинский и Чукотский районы. Основным путем инфицирования является половой путь [20].

Сведения по распространению ИППП среди КМНС практически отсутствуют. Заболеваемость ИППП в Республике Коми за 2013–2022 гг. имеет тенденцию к снижению, равно как и в России в целом, поражая преимущественно репродуктивную группу населения. Доля заболевших гонореей в 2022 г. среди возрастной группы населения 20–29 лет в этом регионе составила 57,9%, доля сифилиса среди возрастной группы 40 лет и старше — 38,0% [2].

Среди паразитарных заболеваний в регионах с компактным проживанием КМНС наиболее распространенным является энтеробиоз, его доля в структуре паразитарных заболеваний составляет более 60,0%. На Чукотке заболеваемость энтеробиозом в 2017 г. составила 85,7 на 100 тысяч населения, с преимущественным (более 90,0%) поражением детского населения. Эндемичными для территорий ССДВ являются описторхоз, трихинеллез, дифиллоботриоз и эхинококкоз, связанные с сыроедением коренных жителей и повышенной циркуляцией данных биогельминтозов в окружающей среде среди промежуточных хозяев (медведи, псовые, морские млекопитающие, различные виды рыб) [20]. Уровень заболеваемости описторхозом в 2018 г. был наиболее высок в ЯНАО (155,6 на 100 тысяч населения), при среднем показателе по России 12,99. Неблагополучными регионами по заболеваемости дифиллоботриозом являются Якутия (99,8) и НАО (84,1), при показателе по России 2,75. Случаи трихинеллеза и эхинококкоза в северных регионах стали регистрироваться реже. Тем не менее в 2018 г. уровень заболеваемости эхинококкозом был выше среднероссийского показателя (0,33) в НАО, ЯНАО, Якутии и на Чукотке, составив от 29,8 до 40,6 в некоторых районах этих регионов. Авторы проведенных исследований предполагают несоответствие получаемых данных по паразитарным заболеваниям реальной ситуации, часть которых по разным причинам не учитывается [35].

Из представленного анализа очевидно превышение показателей большинства заболеваний среди КМНС и/или в регионах с их компактным проживанием над средними данными по России, особенно социально значимых инфекционных и неинфекционных патологий. Каковы же факторы такой неравнозначной ситуации?

Факторы риска и парадигмы, определяющие состояние здоровья коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ в современных условиях

Основная особенность коренных этносов ССДВ заключается в генетической обусловленности антропологических и медико-биологических характеристик, определяющих морфологические, анатомо-физиологические, биохимические функции различных органов и систем (иммунная, нервная, пищеварительная, дыхательная), микробиоту, питание, эволюционно выработанных и адаптированных

к природно-климатическим, световым и иным условиям среды их обитания. Значительная роль в возникновении различных заболеваний отводится социально-психологическим процессам и эмоциональной устойчивости коренных народов, связанных с их культурой, укладом жизни, восприятием окружающего мира, вернее, нарушением исторически сложившихся представлений и ценностей их жизни в современных условиях. Высоко влияние на состояние здоровья КМНС экологических и климатических изменений, наблюдаемых сегодня в северных и приполярных территориях, равно как в сибирских и дальневосточных регионах.

У коренных этносов Севера в течение тысячелетий развились конституционно-морфологические изменения в организме, определяющие их высокую устойчивость и жизнеспособность в экстремальных климатогеографических условиях. Эти адаптационные процессы связаны с генетическим изменением обмена белков, жиров, углеводов, микроэлементов, витаминов, с переходом организма на новый уровень гомеостаза с иными показателями здоровья. Для коренных северян характерны брахиоморфный тип телосложения, эффективно обеспечивающий терморегуляцию и сохранение энергетических ресурсов организма: меньшие габариты тела, низкорослость, значительное преобладание костно-мышечной массы над жировой. Кардиореспираторная система у коренных жителей Севера имеет особенность, определяемую как «северная легочная гипертензия», которая функционально направлена на усиление теплопродукции, снижение теплопотерь и обеспечение кислородом организма в экстремальных условиях.

Регуляторные системы (нервная, эндокринная, иммунная) обеспечивают синхронность биоритмов организма со световыми и иными ритмами окружающей среды, с которыми согласованы уклад жизни и работа коренных этносов высоких широт. Веками у коренных народов ССДВ выработан специфичный белково-липидный или «азиатский»/«арктический» тип питания, который направлен на экономное использование энергетических и обменных процессов организма в суровых климатических условиях и кочевом укладе жизни. Особенностью обменных процессов организма у этносов с «азиатским» белково-липидным типом питания является быстрая активация липолитических ферментов, низкое содержание в крови общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, преобладание липопротеидов высокой плотности, которые редко приводят к развитию ИБС и желчнокаменной болезни. При высокой физической активности с сохранением традиционного вида питания у коренных народов Севера установлена низкая потребность в инсулине и низкое или полное отсутствие заболевания СД [28]. Однако в настоящее время замена традиционного белково-липидного типа питания на белково-углеводный при употреблении завозных продуктов и снижение физической активности в связи с утратой традиционного уклада жизни приводят к изменению микробиоты, росту поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), заболеваемости ССЗ, СД, ожирением и другими патологиями среди КМНС. Например, в ЯНАО нормальный индекс массы тела у хантов, ведущих урбанизированный образ жизни, был в 2 раза ниже, с высокой частотой гиперхолестеринемии, чем у хантов, ведущих традиционный уклад жизни, у которых он составил 75,4% [29].

Нарушение экологической системы оказывает существенное влияние на здоровье КМНС, в том числе на репродуктивные возможности организма. Наряду с загрязнением окружающей среды предприятиями нефтегазового, горнодобывающего комплексов, исследования по экотоксикологии ясно показывают продолжающееся накопление в окружающей среде стойких токсичных веществ (СТВ) на арктических территориях, которые, переносясь на огромные расстояния из других частей планеты, впитываются растениями и поглощаются животными, являющимся пищей для жителей циркумполярных регионов. СТВ переносятся атмосферными потоками, речными, океаническими течениями, перелетными птицами, мигрирующими рыбами, животными, достигая арктических прибрежных берегов Тихого океана. Определенную опасность представляют палеопатогены, которые могут восстановиться из многолетнемерзлых арктических почв и грунтов на фоне наблюдаемых и ожидаемых климатических изменений. Накопление в окружающей среде таких контаминантов, как ртуть, свинец, стойкие органические загрязнители (полихлорированные бифенилы — ПХБ), перфторированные соединения — ПФС) оказывают нейротоксическое действие, к которым особо чувствительны внутриутробный плод и дети, что приводит в последующем к снижению слуха, когнитивных и интеллектуальных способностей ребенка. Также СТВ, содержащиеся в морепродуктах и других источниках пищи коренных жителей приполярных территорий, угнетают иммунитет, приводя к уменьшению выработки сывороточных антител у детей на стандартные прививки. ПХБ и ПСБ кроме влияния на рост эмбриона в утробе матери и темп развития ребенка в детском возрасте, снижает мужскую фертильность, изменяя качество спермы. СТВ влияют на эндокринную систему, повышая риск развития СД 2-го типа, нарушений функции щитовидной железы, также обладают канцерогенным эффектом, увеличивая риск заболевания коренных северян злокачественными новообразованиями различных локализаций, являются модификаторами развития генетически обусловленных заболеваний. На примере традиционных продуктов, употребляемых коренными этносами прибрежной Чукотки, наиболее часто СТВ накапливаются в китовом и тюленьем жире, мясе морских млекопитающих и морепродуктах [6, 12, 48].

Эволюционно выработанными особенностями иммунной системы у КМН являются изначально низкое количество Т и В-лимфоцитов, лимфоцитопения, низкий уровень кортизола, определяющие высокую подверженность их к инфекционным заболеваниям, особенно к туберкулезу. Туберкулез легких у коренных этносов ССДВ, по сравнению с пришлыми, протекает тяжелее, более склонен к деструкции с быстрым формированием фиброза из-за меньшей воздушности легочной ткани, более частым бактериовыделением, торпидным течением, малыми признаками интоксикации на фоне выраженной иммунодепрессии Т-клеточного звена иммунитета и низкого содержания иммуноглобулина [8, 38].

Важным адаптивным механизмом, повышающим устойчивость к экстремальным внешним условиям, у КМНС является особенность деятельности высшей и вегетативной нервной системы, проявляющаяся в эволюционно фенотипически

закрепленной асимметричности функционирования полушарий головного мозга с преобладанием функций правого полушария. Правое полушарие играет ведущую роль в адаптационной перестройке организма в ответ на экстремальное воздействие окружающей среды, экономно активируя нейроэндокринные, метаболические, иммунные и другие механизмы гомеостаза. Функции левого полушария в большей степени направлены на социальную и эмоциональную адаптацию человека. Таким образом природа естественным путем отсеивает пришлых жителей на высокоширотные территории с преобладанием функций левого полушария. Преобладание функций правого полушария головного мозга у КМНС определяет их физическую выносливость, стрессоустойчивость, медлительность в действиях, мыслительной деятельности, неторопливость в укладе жизни, выполнении физических работ.

Психосоциально коренные этносы северных и сибирских широт имеют своеобразную культурно обусловленную алекситимию, связанную с преобладанием функций правого полушария: с усилением его вегетативного компонента и редуцированием вербального. Они немногословны, эмоционально сдержанны, редко показывают и говорят о своих внутренних переживаниях. При этом чувствительность к распознаванию чужих эмоций на интуитивном уровне и уровне языка тела сохраняется на высоком уровне. Такой коммуникативный диссонанс между невозможностью адекватно выразить собственные переживания при высоком распознавании чужих переживаний в современном эмоционально насыщенном мире приводит к психологическому стрессу, неуверенности в себе, отчужденности. Кроме того, разрушение тысячелетиями устоявшегося уклада жизни: ритма сна, отдыха, работы, воспроизводства нового поколения, культурных и жизненных ценностей, тонко и гармонично встроенных в экстремальные условия окружающей среды и полностью обеспечивающих выживаемость человека в этих условиях, вызывает чувство безысходности, ненужности, сужение временной перспективы, пассивность и равнодушное отношение к своему будущему.

Также устранение сезонных традиционных ритуальных праздников, совместных танцев, пения, обеспечивающих общение и объединение коренных этносов, усугубляет «растерянность» и чувство потери ими своего места в современном мире.

Таким образом, в современном постиндустриальном, высокотехнологичном мире у большинства КМНС развивается своего рода психоэмоциональная травма, которая восполняется употреблением алкоголя и других ПАВ. Высокое распространение и восприимчивость к алкоголю и наркотикам у коренных этносов ССДВ определяется как неадекватная реакция на популяционном уровне в ответ на изменения традиционного образа жизни и среды обитания [1, 41, 42]. У большинства коренных этносов наблюдается замедленный метаболизм этанола. Исторически, в культуре употребления спиртных напитков коренными народами Сибири никогда не было алкоголя крепостью выше 16,0–20,0%. Пили натуральный молочный алкогольный напиток «аракы» или «архи» только по ритуальным праздникам, во время сватовства, свадеб, при приеме

гостей. Массовое беспричинное его употребление обществом порицалось, что говорит об отсутствии пристрастия коренных этносов к алкоголю и сформированной «генетической» зависимости от него.

Еще одна сложная социально-психологическая проблема среди КМНС — это высокий уровень суицида среди них, который недостаточно освещается в научном мире. Суицидальные наклонности распространены у финно-угорских народов, у инуиатов Северо-Запада Аляски, где суициды — ведущая причина смертности. Суицидальный индекс в 2010 г. в Республике Алтай составил 65,6, республиках: Бурятия — 64,6, Калмыкия — 39,7, Коми — 40,5, Тыва — 71,7, НАО — 75,1, на Чукотке — 88,7, в Якутии — 40,8 при среднем уровне показателя по России — 23,4 на 100 000 населения. Высокое распространение суицида среди населения национальных республик и округов говорит об этнокультурных основах происхождения самоубийств. К сравнению, самые высокие в мире уровни самоубийств были зафиксированы у коренных народов северного полушария Земли — в частности, у гренландских, канадских и американских инуитов, метисов и др.

Исследуя этнокультурные факторы риска высокого распространения суицидов среди коренных народов Севера и Сибири, М. П. Дуткин объединил психологические, социально-экономические, религиозные, генетические (преобладание функции правого полушария) причины, а также «пассионарность» и алкоголизм, приводящие к самоубийствам, в одно понятие — «культурно-психологическая травма». Сущность «культурно-психологической травмы» КМНС, в отличие от «исторической травмы» коренных американцев, подвергавшихся массовому уничтожению, является отчуждение от собственной культуры под влиянием «европоцентризма». Европоцентризм — особый вариант этноцентризма с положительным представлением о собственной культуре как о ядре, вокруг которого группируются другие этнические общности. Развитию «европоцентризма» способствуют недостаточная осведомленность людей об обычаях, верованиях, традиционных занятиях представителей малочисленных этносов, которые освещаются средствами массовой информации очень ограниченно, а также социально-сформированные психологические стереотипы по отношению к коренным народам, зачастую приводящие к конфликтам. Привлечение представителей коренных этносов к ведению популярных телепрограмм, по аналогии Запада, где наравне с европейцами выступают представители этнических меньшинств, привило бы населению больше толерантности, осознания мультикультурности и чувства единства народов России. Отказ от традиционного образа жизни, сложности адаптации к современным условиям у коренных народов ведет к потере смысла жизни, и тогда самоубийство является единственным выходом из социально-психологического тупика [13].

Другие факторы, снижающие показатели здоровья коренных этносов ССДВ, такие как суровые климатогеофизические условия, низкая плотность населения, номадизм (кочевничество) и ограничения в оказании медицинской помощи, выделяемые частью исследователей, на наш взгляд, являются второстепенными. К экстремальным природно-климатическим условиям КМНС эволюционно

адаптированы, номадизм является традиционным образом их жизни, низкая плотность населения всегда имела место в истории развития северных и сибирских этносов, а низкая доступность медицинской помощи из-за удаленности проживания равнозначна для коренных и пришлых жителей, хотя коренные этносы чаще живут в сельской местности, в отличие от пришлых. По нашим неопубликованным данным в Республике Карелия 65,0% респондентов, проживающих в арктических районах, где более 80,0% были русскими, отметили отсутствие врачей различного профиля (узких специалистов), более половины указали на плохие дороги, удаленность и низкую доступность медицинской помощи. К тому же в настоящее время интенсивно развиваются на арктических территориях телемедицина, выездные формы оказания медицинской помощи, увеличивается парк медицинского авиатранспорта и пр. (рис. 18.7).



Рис. 18.7. Арктическая телемедицина и полярная авиация в помощь коренным северянам¹

Заключение

В заключение можно сказать, что в настоящее время, в условиях технического прогресса и промышленного освоения полярных и приполярных территорий, которые имеют стратегическое значение для России, одной из основных проблем государства становится состояние демографии и народосбережения КМНС, особенно коренного населения циркумполярной зоны, протяженностью более 11 млн км², или почти $\frac{2}{3}$ территории нашей страны.

Между тем в настоящее время отсутствует единый междисциплинарный подход к изучению социально-экономических, психоэмоциональных, культурных, антропологических и биомедицинских особенностей коренных этносов, а также не организован централизованный мониторинг их численности и состояния здоровья с отдельными данными по каждой этнической группе. Для стабилизации демографии и сохранения здоровья коренных этносов ССДВ необходимы:

1) интеграция коренных народов в современное общество, в том числе с широким освещением уклада жизни различных этносов в средствах массовой информации (телевидение, радио) и сохранением их самобытности;

¹ https://yandex.ru/images/search?img_url=https%253A%252F%252Fhelimed.Aero.

- 2) экологическая, ментальная и социальная безопасность;
- 3) обеспечение занятости населения с вовлечением коренных этносов в промышленные процессы;
- 4) мониторинг правового обеспечения социальных и медицинских проблем на территориях проживания коренных народов;
- 5) единый междисциплинарный подход к изучению социально-экономических, психоэмоциональных, культурных, антропологических и биомедицинских особенностей коренных этносов с последующей разработкой и реализацией программ по сохранению их самобытности и здоровьесбережения;
- 6) централизованный мониторинг численности и состояния здоровья каждой этнической группы в отдельности.

Список литературы

1. Абрютина Л.И. Народы Севера России: право на здоровье // *Здоровье и доступное здравоохранение коренных малочисленных народ Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации как элемент права, стратегия решения проблем физического, психического и социального возрождения*. М., 1999. 45 с.
2. Андреева Л.С., Санников А.Л., Наумова К.М., Дитяев Г.Г., Калинин А.Г. Характеристика заболеваемости инфекциями, передающимися преимущественно половым путем, в Республике Коми // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2024. № 1 (139). С. 105. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_59938382_93889901.pdf.
3. Беляков Н.А., Рассохин В.В., Розенталь В.В., Огурцова С.В., Степанова Е.В., Мельникова Т.Н. и др. Эпидемиология ВИЧ-инфекции, место мониторинга, научных и дозорных наблюдений, моделирования и прогнозирования обстановки // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2019. Т. 2, № 11. С. 7–26.
4. Богоявленский Д.Д. Демография народов Севера России в начале XXI столетия. URL: <https://www.csipn.ru/glavnaya/actual/4117?ysclid=lsqhmqmtdzl995362808>
5. Болдырев В.А. Итоги переписи населения СССР. Население СССР. По данным всесоюзной переписи населения 1989 г. М.: Финансы и статистика, 1990. 49 с.
6. Вайе П., Бонефельд-Йоргенсен Е., Дебес Ф. и др. Эффекты воздействия контаминантов на здоровье человека в Арктике. Отчет АМАП-2015 // *Здоровье человека в Арктике*. Осло, 2015. С. 77–100.
7. Васильев А.В., Галкин В.Б. Динамика распространения туберкулеза на Севере России // *Новые технологии в диагностике и лечении туберкулеза различных органов и систем*: науч. тр. и мат.-лы Всероссийской конференции XV. Т. II. СПб., 1998. С. 12
8. Винокуров И.И., Эминова Л.М., Николаев Ю.Я., Самсонова К.П. Особенности формирования, клинического течения и тактики хирургического лечения деструктивных форм туберкулеза легких на Севере // *Проблемы туберкулеза*. 1997. № 2. С. 30–32.
9. Волова Л.Ю., Родина Е.В. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции среди представителей коренных малочисленных народов Севера // *Журнал инфектологии*. 2014. № 6 (2). С. 76–82.

10. Всероссийская перепись населения, 2010. Т. 4. Национальный состав населения и владение языками, гражданство. Росстат. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/perepis2010/sroc/perepis_itogi1612.htm.
11. Гаврилова И.Н. Проблемы малочисленных народов Севера России // *Представительная власть: мониторинг, анализ, информация*. 1997. Т. 1, № 18. С. 60–71.
12. Горбанев С.А., Моргунов Б.А., Никанов А.Н., Чашин В.П. Экологические факторы риска нарушений устойчивого демографического развития арктической зоны Российской Федерации // *Проблемы сохранения здоровья и обеспечения санитарно-экологического благополучия населения в Арктике*: мат-лы III международной научно-практической конференции. СПб., 2021. С. 57–66.
13. Дуткин М.П. Этнокультурные факторы суицидального поведения у коренных народов // *Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М. К. Аммосова. Серия «Медицинские науки»*. 2018. Т. 4, № 13. С. 1–12. doi: 10.25587/SVFU.2018.4(13).20747.
14. Егорова А.Г., Романова А.Н. Сравнительный анализ причин смертности трудоспособного населения РС(Я): этнические различия // *Якутский медицинский журнал*. 2016. Т. 3, № 55. С. 72–76.
15. Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации за декабрь 2023 года. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/EDN12-2023.html>
16. Загдын З.М., Кобесов Н.В., Русакова Л.И., Васильева Т.П., Александрова О.Ю., Галоян А.С. Глобальное бремя туберкулеза в России и в мире как проблема общественного здоровья (историко-аналитический обзор) // *Туберкулез и болезни легких*. 2023. Т. 5, № 101. С. 78–88. <http://doi.org/10.58838/2075-1230-2023-101-5-78-88>.
17. Исаков Д.А., Гириш Я.В. Эпидемиологические особенности сахарного диабета I типа у детей в г. Сургуте // *Материалы IV Всероссийской конференции молодых ученых «Наука и инновации XXI века»*. Сургут, 2017.
18. Истомин П.В., Волова Л.Ю., Мефодьев В.В., Романова А.А. Факторы риска ВИЧ-инфекции среди коренных малочисленных народов и мигрантов Крайнего Севера // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2017. Т. 22, № 3. С. 128–133. doi: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9529-2017-22-3-128-133>.
19. Итоги ВПН-2020. Т. 5. Национальный состав и владение языками. Росстат. URL: https://rosstat.gov.ru/vpn/2020/Том5_Nacionalnyj_sostav_i_vladenie_yazykami.
20. Ковшов А.А., Новикова Ю.А., Федоров В.Н., Тихонова Н.А., Кирич В.Н. Мониторинг инфекционных и паразитарных болезней в Чукотском автономном округе // *Здоровье населения и среда обитания*. 2019. Т. 10, № 3019. С. 27–33.
21. Козлов А.И. Факторы, определяющие современное состояние здоровья аборигенов Севера // *Материалы 13-го Международного конгресса по приполярной медицине*. 12–16 июня 2006 г. Новосибирск, 2006.
22. Козлов А.И., Козлова М.А. Здоровье коренного населения Севера РФ: на грани веков и культур // *Экологическое планирование и управление*. 2008. Т. 8–9, № 3–4. С. 58–68.
23. Конституция Российской Федерации, статьи 69,72. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/65ae61da2b59431b4dab0e924718277731bdc3d1.
24. Литвякова О.С., Белопольская Н.Л. Оригинальный «Опросник оценки качества ремиссии в удаленных и труднодоступных регионах» (ООКРУТР) как средство выявления критериев

- оценки качества терапевтической ремиссии больных алкоголизмом // *Национальное здоровье*. 2020. № 3. С. 90–97.
25. Логинов В.Г. Коренные малочисленные народы Севера: динамика и особенности воспроизводства // *Вестник Научно-исследовательского центра корпоративного права, управления и венчурного инвестирования Сыктывкарского государственного университета*. 2019. № 1. С. 136–149. doi: 10.34130/2070-4992-2019-1-136-149.
 26. Матвеева А.А., Семенова А.Г. Социальные проблемы Республики Саха (Якутия) на современном этапе // *Образование и наука в современных условиях*. 2015. Т. 2, № 3. С. 259–264.
 27. Мосолова Л.М., Бондарев А.В., Зыкин А.В. // *Вестник гуманитарного образования*. 2021. Т. 4, № 24. С. 50–59. doi: 10.25730/VSU.2070.24.051.
 28. Надточий Л.А., Смирнова С.В., Бронникова Е.П. Депопуляция коренных и малочисленных народов и проблема сохранения этносов Северо-Востока России // *Экология человека*. 2015. Т. 3, № 22. С. 3–11.
 29. Попова М.А., Граудина В.Е., Палюшкевич А.С. Приоритетные направления профилактики кардиоваскулярной патологии у представителей коренных малочисленных народов Севера, проживающих в условиях урбанизированной среды // *Вестник СурГУ. Медицина*. 2018. № 1 (35). С. 56–62.
 30. Постановление Правительства РФ от 24 марта 2000 г. № 255 «О Едином перечне коренных малочисленных народов Российской Федерации».
 31. Пузырев В.П., Максимова Н.Р. Наследственные заболевания у якутов // *Генетика*. 2008. Т. 10, № 44. С. 1317–1325.
 32. Распоряжение Правительства РФ от 04.02.2009 №132-р «О Концепции устойчивого развития коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации».
 33. Слепцова С.С. Парентеральные вирусные гепатиты и их исходы в Республике Саха (Якутия). М., 2017. 213 с.
 34. Сорокина С.А., Загдын З.М. Социально-экономические, культурные и психологические факторы, влияющие на распространение туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди коренных малочисленных народов России (обзор) // *Медицинский альянс*. 2016. № 3. С. 24–29.
 35. Состояние санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проживающего на территории Арктической зоны Российской Федерации, в 2018 году. Роспотребнадзор. ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья». СПб., 2019. 39 с.
 36. Тарасова С.П. Онкологические заболевания в Республике Саха (Якутия) // *Всероссийский исследовательский форум студентов и учащихся: сб. статей V Всероссийской научно-практической конференции*. Петрозаводск, 2022.
 37. Трапицын С.Ю., Граничина О.А., Агапова Е.Н., Жарова М.В. Здоровье как индикатор качества жизни и субъективного благополучия детей и молодежи коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ // *Арктика и Север*. 2023. № 50. С. 211–233. doi: 10.37482/issn2224-2698.2023.50.211doi: 10.37482/issn2224-2698.2023.50.211.
 38. Тырылгин М.А. Проблемы охраны здоровья населения Крайнего Севера: на примере региона Якутия. Новосибирск: Наука, 2008. 304 с.
 39. Федеральный закон от 30.04.1999 № 82-ФЗ (ред. от 13.07.2020) «О гарантиях прав коренных малочисленных народов Российской Федерации» // *Российская газета*. 12 мая 1999 г. № 90.

40. Федорова С.А., Хуснутдинова Э.К. Генетическая история Якутии и наследственно-обусловленные болезни. Новосибирск: Наука, 2015. 328 с.
41. Хакназаров С.Х. Здоровье народов Севера в контексте социологических исследований // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013. Т. 3, № 31. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/486/30/>
42. Хаснулин В.И., Леутин В.П., Чухрова М.Г., Гафаров В.В. Этнокультурные факторы психической адаптации коренных жителей Сибири и Севера в современных условиях // *Мир науки, культуры, образования*. 2009. Т. 6, № 18. С. 1–7.
43. Цыпленкова М.С., Авдеева М.В. Сахарный диабет как социально значимое заболевание // *Профилактическая медицина-2017*: сб. науч. тр. Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ч. 3. СПб.: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, 2017.
44. Чернуха А.Д., Чернуха А.А., Никитин Ю.П., Богер И.Б. Медико-социальные и демографические проблемы народов Азиатского Севера // *Проблемы соц. гигиены, здравоохран., истор. мед.* 2003. № 2. С. 16–18.
45. Чухрова М.Г., Атаманова Г.И., Хомушку С.Д., Юдина С.Д., Чухров А.С. Этнокультурный подход к превенции алкогольного потребления у тувинцев // *Профессиональное образование в современном мире*. 2019. Т. 4, № 9. С. 3346–3355. doi: 10.15372/PEMW20190423.
46. Яковлева С.Я., Бурцева Т.Е., Шадрин В.П., Синельникова Е.В., Аврусин С.Л., Дьячков А.Н. и др. Распространенность мутаций NT656G и V281L у детей коренных народностей Крайнего Севера России // *Педиатр*. 2015. Т. 2, № 6. С. 45–54.
47. Bogoyavlenskiy D. Demography of peoples of the Russian North in the beginning of XXI century // *Alaska medicine*. 2006. No. 2. P. 269–272.
48. Dudarev A.A., Yamin-Pasternak S., Chupakin V., Vlasov S.V., Pasternak I. Traditional diet and environmental contaminants in Coastal Chukotka I–IV // *International Journal of environmental research and Public health. Special issue Human health in the Arctic*. 2019. Vol. 16, No. 5.
49. United Nations. Department of economic and social affairs indigenous peoples. Available at: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/about-us/permanent-forum-on-indigenous-issues.html>.
50. Zagdyn Z., Zhao Y., Tsvetkov V., Sleptsova S., Vinokurova M., Sokolovich E., Yablonskiy P. Incidence of socially significant infectious diseases (HIV, TB, HIV/TB coinfection) in the Arctic regions of Russia // *International journal of circumpolar health*. 2021. Vol. 80. P. 1966924. <https://doi.org/10.1080/22423982.2021.1966924>.

