

Стресс - адаптация – заболеваемость

Русские старожилы Закавказья: молокане и духоборцы

Отв. ред. Козлов В.И.

М., 1995. С. 271-295

Биологический процесс приспособления человечества к условиям окружающей среды может быть рассмотрен на нескольких уровнях. Все человечество как биологический вид освоило ойкумену, формируя необходимое число морфо-функциональных комплексов признаков и разнообразные этно-культурные системы. Отдельные популяции человека, приспосабливаясь на протяжении своей истории к условиям окружающей среды, модифицируют свои морфо-функциональные расовые комплексы (в первую очередь в пределах норм реакции), формируя вместе с соседними популяциями в границах ниши тот или иной адаптивный тип (по Т.И. Алексеевой¹); сохраняя традиционные и осваивая при необходимости новые методы ведения хозяйства, создавая жизнеобеспечивающий комплекс хозяйства и культуры, формируют совместно с контактирующими группами хозяйственно - культурный тип (по М.Г. Левину, Н.Н. Чебоксарову, Б.В. Андрианову²) и историко-культурную область (по М.Г. Левину, Н.Н. Чебоксарову³). И, наконец, на индивидуальном уровне, попадая под воздействие стрессора, человек в значительной мере бессознательно соотносит весь свой жизненный опыт с ситуацией, в которой находится. В зависимости от вида и силы действующего стрессогенного агента личность выбирает или реакцию «борьбы» с ним или «бегства» от него⁴. Учитывая вышеприведенные сведения о полиморфности человека по степени реактивности и устойчивости к воздействию стрессоров, а также данные, полученные группой под руководством В.П. Казначеева о связях способности индивидуума противостоять раздражителям с конституциональными особенностями организма⁵, можно сделать вывод о том, что успешность адаптации популяции к условиям существования находятся в большой зависимости от биологических особенностей входящих в нее индивидуумов. Зависимость эта не будет очень жесткой, т.к. ее «смягчает» культурный комплекс, свойственный данной группе, который помогает индивидууму преодолеть воздействие стрессора. Понятно, что упомянутый последним индивидуальный уровень адаптации будет на самом деле самым низшим - первым, т.к. именно индивид является тем субъектом, который первым соприкасается с воздействием стрессора (биологического и социального). Морфо-функциональные свойства всех членов популяции (если мы признаем популяционную структуру человечества, любая личность является членом какой-либо популяции), в определенной мере генетически детерминированные, с одной стороны, сами определяют успешность адаптации всей группы к

¹ Алексеева Т.И. Биологические аспекты изучения адаптации у человека // Антропология 70-х годов. М., 1972; Она же. Адаптивные процессы в популяциях человека. М., 1986.

² Левин М.Г., Чебоксаров Н.Н. Хозяйственно-культурные типы и историко-этнографические области // Советская этнография, 1955, N 4; Андрианов Б.В. Хозяйственно-культурные типы и исторический процесс // Советская этнография, 1968, N2; Андрианов Б.В., Чебоксаров Н.Н. Хозяйственно-культурные типы и проблемы их картографирования // Советская этнография, 1972, N 2.

³ Левин М.Г., Чебоксаров Н.Н. Указ. Соч.

⁴ См.: Дубова Н.А. Биологические аспекты этнической экологии // Этническая экология. Теория и практика. М., 1991, стр. 85-87; Дубова Н.А., Комарова О.Д. Демографическая структура и принятие решения о выезде // Этнографическое обозрение, 1994, N 5, стр. 88-89.

⁵ Казначеев В.П., Казначеев С.В. Адаптация и конституция человека. Новосибирск, 1986, стр. 25-26; Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск., 1980. и др.

сложившейся ситуации, а с другой стороны, - и исторический опыт, который имеет группа, определяет успешность преодоления стресса личностями. Поэтому и адаптация личности наиболее благополучно проходит в составе популяции.

Показателями благополучности адаптации, как это хорошо известно, является состояние психического и физического здоровья человека. Анализу состояния психического здоровья популяций в процессе адаптации посвящена специальная статья в этой же книге. Основное внимание в данной статье уделяется физическому здоровью.

Как уже говорилось, для того, чтобы оценить состояние здоровья человека, необходимо иметь представление о тех показателях, которые могут считаться нормальными для него. Не развивая дальше эту тему, в добавление к сказанному хочу привести в этой связи слова В.П. Алексеева, опубликованные задолго до того как он стал академиком РАН, по поводу, правда медицинской географии, но весьма важные и в контексте того, о чем идет речь: «...медико-географическое направление исследований только тогда выполнит поставленную перед собой практическую цель добиться полной ясности в медико-географическом прогнозировании, когда будет введен учет расового и конституционального фактора в оценку возможностей акклиматизации и адаптации, когда медико-географические исследования будут вестись параллельно с антропологическими. Не человек вообще, а представитель конкретной популяции с определенной амплитудой акклиматизационных возможностей и наследственно закрепленным адаптивным стереотипом должен занять основное место в медико-географическом прогнозировании. Только тогда оно будет практически эффективным и теоретически обоснованным»⁶.

О физическом здоровье популяции в определенном смысле говорить легче, зафиксировав эпидемиологическую картину ее в данный момент и сравнив ее с предыдущим периодом. И в то же время сделать это сложно, т.к. зачастую сведения о «предыдущем периоде» или вообще отсутствуют или не полностью сравнимы с теми, которые собираются сейчас. Кроме того, те данные, которые имеет и собирает медицинская статистика, даже относящиеся в одному периоду времени не в полной мере являются отражением реального состояния здоровья населения. Казалось бы, существует несколько объективных показателей, характеризующих состояние здоровья, фиксируемых в различных регионах страны, как то: число больных хроническими заболеваниями, стоящими на учете в том или ином населенном пункте; структура заболеваемости (т.е. частота встречаемости заболеваний различной этиологии) по выявленным диагнозам за определенный промежуток времени; структура заболеваемости по обращаемости населения в тот или иной медицинский пункт; причины смертности и некоторые другие. Но, если подойти аналитически к этим показателям, то все они оказываются в значительной степени обусловленными многими обстоятельствами, среди которых следует назвать прежде всего степень обеспеченности местности медицинскими работниками, уровень квалификационной подготовки работающих в данной местности медицинских работников; степень удаленности районной больницы от населенных мест, где имеются лишь фельдшерские пункты; степень объективности самооценки состояния здоровья населением и степень доверия с его стороны медикам и связанная с последними причинами посещаемость лечебных учреждений и т.д. Не требуется доказывать, что указанные обстоятельства в разных регионах будут различаться. По-видимому, различными будут показатели в моно- и многонациональных регионах, в районах, различающихся по соотношению местного населения и мигрантов разного времени и пр. Выяснить же в какой степени данные официальной статистики отражают реальное состояние здоровья населения возможно лишь экспериментальным путем, т.е. сопоставлением официальных данных с результатами медико-эпидемиологического обследования в том же регионе, усилив последнее проведением опроса самооценки состояния здоровья жителями.

⁶ Алексеев В.П. География человеческих рас. М., 1974, стр. 50.

Такого рода исследования на территории России, да и в республиках бывшего СССР не проводились. Один из аспектов проблемы: сравнительное медико-биологическое обследование различных этнических групп – был затронут в процессе разработки темы «Комплексное биолого-антропологическое и социально-этнографическое изучение народов и этнических групп с повышенным процентом долгожителей» на территории Закавказья⁷. Но и в этом случае при всей комплексности подхода и уникальности тесной кооперации специалистов различных естественных и общественных наук медицинское обследование в Абхазии охватило старшие возрастные категории. При продолжении работ на территории Азербайджана были получены сведения и о более молодых возрастах. Но до получения выборки, характеризующей всю популяцию, к сожалению, дело так и не дошло. И, хотя при изучении долгожительства не проводилось сопоставления данных медицинской статистики с реальной эпидемической картиной, выясненной при обследовании, полученные материалы заставили задуматься о причинах различий в структуре заболеваемости между этническими группами (ряд параметров анализировался у украинцев, абхазов и азербайджанцев)⁸.

Очередная попытка сбора медицинских сведений под вышеуказанным углом зрения была предпринята при разработке темы, логически вытекающей из предыдущей – «Этническая экология переселенческих групп. Русские старожилы Азербайджана». Русское сельское население Закавказья представляло на момент изучения (1986-1990) все еще в значительной степени замкнутую (имея в виду круг брачных связей) систему популяций, уходящую своими корнями в начале XIX в. Как было показано нашими исследованиями⁹, иммиграция в села русского населения практически отсутствовала. В подавляющем большинстве случаев, даже в тех селах, где доля русского населения была менее 1/3, русские браки заключались внутри села в 70-80% случаев. О наличии внутренней подразделенности популяции русских Закавказья свидетельствуют и предварительные результаты анализа антропологических данных¹⁰.

В одной из предыдущих публикаций автора¹¹ подчеркивалось, что данная субэтническая общность является очень показательной моделью для изучения механизмов социально-культурной и биологической адаптации этнической группы к новым географическим и социальным условиям. В нашем случае - к условиям Закавказья и к жизни среди иноэтничного населения. Те исследования переселенцев, которые проводятся в настоящее время в экстремальных зонах, существенно отличаются от того, которое проводилось в Закавказье. В подавляющем большинстве случаев в районы Крайнего Севера, в Антарктику, засушливые районы, другие области с экстремальными условиями жизни переселяются лишь отдельные личности, редко малые семьи (мать, отец, дети). Прежние социальные связи даже у вынужденных переселенцев последних трех-пяти лет разрушаются, на новом месте жительства

⁷ Феномен долгожительства. М., 1982; Абхазское долгожительство. М., 1987; Долгожительство в Азербайджане. М., 1989

⁸ Воронов А.А., Кузнецова С.М., Касумов Г.Ю., Брюн Е.А. Медицинские исследования в долгожителейских популяциях Западного Азербайджана // Долгожительство в Азербайджане, стр. 171-182.

⁹ Павленко А.П. Об изучении круга брачных связей у русских старожилы Закавказья // Всесоюзная сессия по итогам этнографических и антропологических исследований 1986-1987 гг. Сухуми, 1988, стр. 139; Козлов В.И., Комарова О.Д., Степанов В.В., Ямсков А.Н. Проблема адаптации русских старожилы в Азербайджане (середина XIX - XX вв.) // Советская этнография, 1988, №6; Дубова Н.А., Лебедева Н.М., Оборотова Е.А., Павленко А.П. Адаптация русских старожилы в Азербайджане // Советская этнография, 1989, №5; Комарова О.Д. Демографическая характеристика русских селений Азербайджана. // Русские старожилы Азербайджана. Ч. I, М., 1990, стр. 6-26; Павленко А.П. Семейный состав и брачные связи населения. Там же, стр. 142-150

¹⁰ Дубова Н.А. Особенности антропологического типа русского сельского населения Азербайджана // Русские старожилы Азербайджана. Ч. II. М., 1990, стр. 106-137; Она же Антропологический облик русского сельского населения Закавказья // Духоборцы и молокане в Закавказье. М., 1992, стр. 161-198.

¹¹ Дубова Н.А. Биологические аспекты этнической экологии. Стр. 93

необходимо налаживать новые. Склонность к такого рода перемещениям проявляет далеко не каждый член популяции: как бы ни тяжелы были условия жизни с точки зрения одних, другие не захотят и не смогут изменить свое место жительства¹². В новом месте проживания традиционные механизмы, разработанные этнической группой для коллективной помощи индивидууму в стрессовых ситуациях в этом случае могут иметь место только на индивидуальном уровне, а многих просто уже не будет ввиду отсутствия группы. Личность сможет использовать их, исходя только из своего личного опыта. В то же время другие члены общности, в которую прибыли переселенцы, обладают своими, отличными, стереотипами, новых же, общих для всех, механизмов коллектив еще не выработал. Поэтому в большинстве современных исследований переселенцев имеет место анализ не биологической адаптации группы, популяции, а изучение механизмов приспособления отдельных индивидов к новой природной и социальной среде, а также биологических факторов создания новой социальной общности. Главной же целью темы “Этническая экология переселенческих групп” было исследование механизмов адаптации в новой природной и социальной среде именно группы, с тем, чтобы зная их, можно было бы создать определенные социальные службы и провести необходимые мероприятия для облегчения создания новых общностей в местах концентрации переселенцев.

Как любая биологическая популяция, русские группы, переселившись в Закавказье, должны были отреагировать на резкое изменение среды обитания как единое целое. Целостность популяции в данном случае заключается в стремлении сохранить свой морфофункциональный облик, а также свойственные ей хозяйственно-культурные традиции, при том, что каждый член общности в отдельности обладает своей нормой реакции на действующие раздражители: на факт смены места жительства, нарушение прежних соседских и родственных связей, степень удовлетворенности ландшафтом на новом месте жительства, возможностями строительства нового жилья и в целом обустройства на новом месте, а также резкость смены климатических показателей и еще многие другие. Обстоятельствами, помогающими людям преодолеть эти проблемы без значительных потерь, явилось то, что переселенцы прибыли в Закавказье не по одиночке, а семьями. Селились же они группами семей, зачастую выходцами из близкорасположенных сел южной России. Другими словами группа поселенцев пыталась сохранить и максимально приблизить новые условия существования к привычным не только путем подбора соответствующего ландшафта и микроклимата, но и сохранением возможно большего числа прежних социальных связей. Если первое достигалось нередко методом «проб и ошибок»¹³, то стремление ко второму было изначально осознанным и давно вошло в народную мудрость взаимопомощи.

Что же касается медико-биологических проявлений общего адаптационного синдрома, то здесь необходимо напомнить о фундаментальных законах биомедицины - закона необходимости сохранения постоянства внутренней среды (гомеостаза) для возможности существования организма и закона отклонения гомеостаза - необходимого условия развития живой системы. В соответствии с тремя основными функциями любой живой системы - энергетической, репродуктивной и адаптационной - можно выделить и три супергомеостата. Главную регулирующую функцию в их деятельности внутри организма выполняет гипоталамус. Изменения, происходящие в этих трех системах, делают возможной увеличение их мощности (производительности), а тем самым обеспечивают и потребности роста и развития организма. Если отклонения в гомеостазе вначале служат потребностям развития, то затем, когда программа развития завершается, они, продолжая выполняться с той же последовательной закономерностью, что и раньше, начинают формировать стойкое нарушение гомеостаза. Последнее же по существу является уже состоянием болезни. Главные (неинфекционные, нор-

¹² Дубова Н.А., Комарова О.Д. Демографическая структура и принятие решения о выезде. Стр.89

¹³ Исмаил-Заде Д.И. Русское крестьянство в Закавказье. М., 1982; Русские старожилы Азербайджана. Ч.І. М.,1990

мальные) болезни будут, следовательно, такими: для адаптационной гомеостатической системы – гипердаптоз, т.е. избыточность ответа при стрессе, приводящая к уменьшению жизнеспособности организма; для репродуктивной – климакс (у мужчин, вследствие отсутствия механизма возрастного выключения репродуктивной функции, проявления этой нормальной болезни отсутствуют); для энергетической системы – ожирение, пре-предиабет и атеросклероз. Все другие (неинфекционные) заболевания в той или иной степени оказываются связаны с перечисленными¹⁴. Но и главные неинфекционные болезни взаимосвязаны и взаимно влияют друг на друга. На рис. 1 приведена схема механизмов таких взаимопроникновений¹⁵, которая показывает, что главные внешние патогенные факторы оказывают сходное воздействие на организм человека.

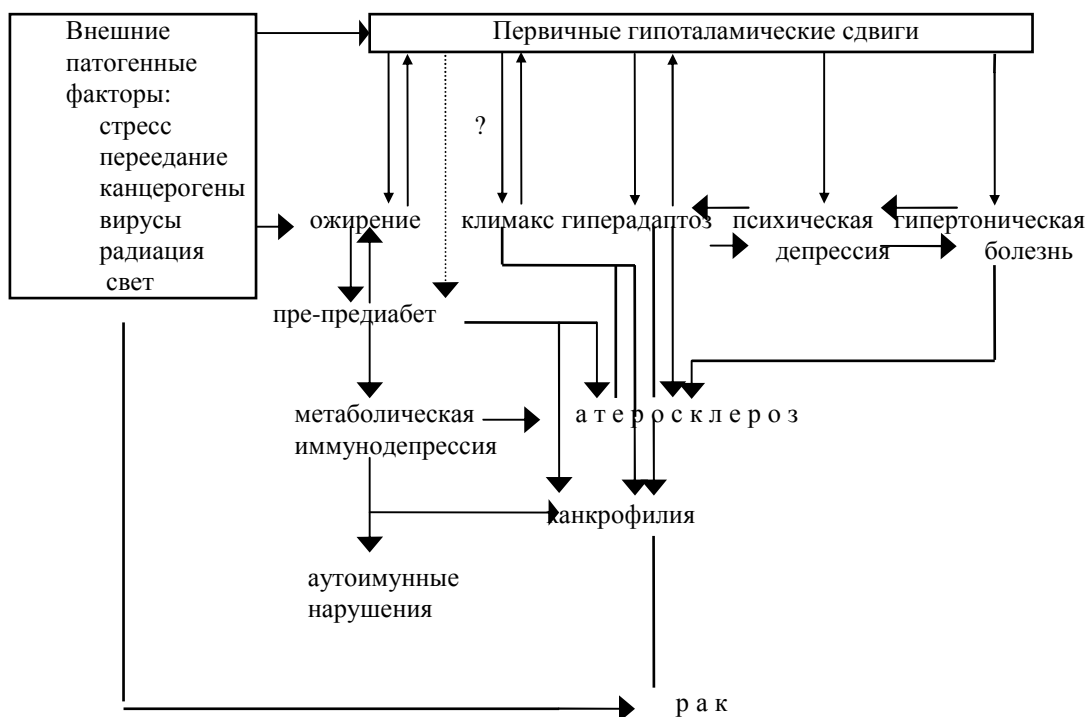


Рис.1 Взаимопроникновение механизмов главных неинфекционных болезней человека (по Дильману В.М., 1987, с. 225)

Они, прежде всего, вызывают сдвиги от нормы в функционировании главного регулирующего центра организма - гипоталамуса, а также ожирение. Последнее (при длительном воздействии патогенных факторов) ведет к сдвигам в обмене веществ, которые могут быть названы «пред-предиабетом», а затем сначала к нарушению, а далее и к подавлению иммунологических реакций и, соответственно, к ослаблению общих защитных свойств организма. Гипоталамические сдвиги приводят к избыточной реакции на действующие частные и комплексные раздражители (гипердаптоз), который, в частности, в результате того, что на уровне центральной нервной системы осознается невозможность справиться со стрессором, является причиной развития психической депрессии и связанных с ней сначала эпизодических, а затем и стойких проявлений гипертонической болезни. Сильное воздействие стрессора и следующие за ним физиологические процессы в организме приводят и к нарушениям, а затем и к приостановке репродуктивной функции организма. Все эти внутренние процессы

¹⁴ См. Дильман В.М. Четыре модели медицины. Стр. 75-78; 81; 92; 97-101.

¹⁵ Под метаболической иммунодепрессией имеется в виду снижение иммунитета организма на уровне обмена веществ, под аутоиммунными нарушениями – общие необратимые изменения иммунологических защитных реакций организма, а под канкрофилией – склонность к развитию злокачественных новообразований.

приводят в конечном итоге к развитию атеросклероза, а он, в свою очередь вместе с результатами подавления иммунологических механизмов являются причинами возможного развития злокачественных новообразований. Последние могут развиваться в необратимую форму (рак).

Таким образом, на уровне личности адаптационный стресс в мигрантной группе должен вызвать прежде всего мобилизацию всех защитных механизмов организма, повышение чувствительности к раздражителям и как плату за использование физиологических механизмов для реализации антистрессорной защиты - повышенную заболеваемость и развитие таких болезней как гипертония, атеросклероз, миокардиальный некроз, а также стимулирование старения и развития рака. Можно было бы полагать, что при полном отсутствии воздействия внешних патогенных факторов здоровье второго поколения мигрантов уже будет формироваться нормально.

Но это не так, ибо оно напрямую связано с тем, насколько сильно и продолжительно было воздействие стрессовой ситуации на их родителей и какие биологические (физиологические) и социальные характеристики они имели для противостояния стрессу и его преодоления. Как пример того, насколько сильное влияние оказывает состояние здоровья матери на рост, развитие и выраженность патологии у ребенка, можно привести следующую схему, касающуюся современных взглядов на акселерацию. Чем выше концентрация глюкозы в крови у беременной женщины (а повышаться она может в результате как экзогенных, так и внутренних причин, в частности при развитии ожирения вследствие воздействия стрессоров), тем выше будет ее содержание в крови у будущего ребенка и тем более будет стимулироваться секреция инсулина у него; чем выше уровень инсулина в крови у плода, тем интенсивнее происходит деление (и образование) жировых клеток, тем выше в них содержание жира и, соответственно, выше масса тела новорожденного. Чем больше будет масса тела новорожденного (*первый* клинический признак акселерации развития), тем интенсивнее накапливается жир в детском возрасте и тем интенсивнее происходит увеличение линейного роста тела (*второй* клинический признак акселерации). Чем раньше масса тела достигает определенного (критического) уровня, тем раньше происходит половое созревание и включение репродуктивной функции (*третий* клинический признак). Чем интенсивнее протекают перечисленные явления и процессы, тем выше в крови у акселерированного индивидуума концентрация холестерина, сахара, триглицеридов, т.е. тем сильнее влияют на организм факторы, которые формируют главные болезни. А это является уже не только *четвертым* клиническим признаком акселерации развития, но и показателем ускорения развития возрастной патологии. Чем выше будет масса тела в период полового созревания, тем больше вероятность возникновения ожирения в зрелые годы, а это означает, что выше вероятность того, что у женщин с избыточной массой тела (вследствие накопления жира) будет наблюдаться превышение уровня необходимой во время беременности гипергликемии. Следовательно, цепь событий может повториться уже и в третьем поколении, способствуя появлению новых индивидуумов с признаками акселерации развития и ускорения проявления возрастной патологии¹⁶.

Исходя из всего вышесказанного, для оценки степени адаптированности части этноса в новой для нее природной и социальной среде было бы желательно сравнить по одним и тем же показателям состояние здоровья мигрантов (в нашем случае - сельских русских Закавказья), местного населения (в нашем случае азербайджанцев, лезгин, армян, грузин) и населения материнской популяции (здесь - русских Центрального Черноземья или хотя бы южных регионов России). К сожалению сопоставимых сведений по состоянию здоровья населения в период поселения русских в Закавказье (XVIII – XIX вв) нет. Сопоставление же показателей здоровья современных сельских русских в Закавказье и в Южной России – не вполне корректно, так как генофонд популяций мог различаться (на Кавказ эмигрировала только

¹⁶ Дильман В.М. Указ. соч. стр. 197-198

часть популяции и не исключено, что в чем-то специфическая¹⁷), условия жизни, социально-экономическая ситуации в этих регионах также были различны, различались и миграционные потоки за прошедшие 150 лет. Но тем не менее, такое сопоставление необходимо потому что это – единственная возможность получить хотя бы относительно сопоставимые сведения о состоянии здоровья и антропологических особенностях населения.

Аспекты социо-культурной адаптации, демографические и социально-психологические факторы ее проанализированы в работах достаточно подробно. Значительно хуже обстоит дело с медико-биологическими. Как отмечалось, предварительные результаты антропологического исследования уже опубликованы¹⁸. Имеются отрывочные сведения и о состоянии здоровья населения¹⁹. Но ввиду различных обстоятельств, в частности, в результате сложностей совместных исследований с научными учреждениями Украины и Азербайджана в настоящее время, информация о медицинских данных выглядит явно не полной. Не претендуя на всесторонность, данная работа и ставит своей целью провести анализ результатов медицинского обследования указанных групп населения, доступных автору.

Описание локальных популяций сельских русских Азербайджана было проведено уже неоднократно в указанных выше работах. Медицинским обследованием было охвачено русское население сел Ивановка Исмаиллинского района, Бёюк-Сёютлы Варташенского района, Новоголовка Джалилабадского района и Чухурюрд Шемахинского района. Первичные сведения по характеристике состояния здоровья населения последних двух сел и частично села Ивановка опубликованы²⁰. Исследования в селе Ивановка проводились в несколько этапов. Первоначально в 1987 году население села было изучено по генетико-демографической (сбор статистических сведений и составление генеалогических схем), антропологической (кефалометрия и кефалоскопия, соматометрия и соматоскопия, определение групп крови, вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду и обонятельной чувствительности, оссеография), медицинской (терапевтическое, невропатологическое, кардиологическое и офтальмологическое обследование, получение функциональных проб) и этнографической (исследование материальной и духовной культуры населения) программам. В работе экспедиции принимали участие сотрудники Института этнологии и антропологии РАН (тогда Института этнографии АН СССР), НИИ и Музея антропологии МГУ (г. Москва), Института геронтологии АМН СССР (г. Киев), Института физиологии АН Азербайджана и Института переливания крови АМН Азербайджана (г. Баку).²¹ Затем в 1989 году специалистами МНЦ «Аэрозоль», Института физиологии РАН (г. Санкт-Петербург) была исследована дыхательная система населения и получена эпидемиологическая выборка, а автором статьи было проведено обследование зубной системы школьников села.

¹⁷ Дубова Н.А., Лебедева Н.М., Оборотова Е.А., Павленко А.П. Указ. соч. Стр. 42-43

¹⁸ Дубова Н.А., Лебедева Н.М., Оборотова Е.А., Павленко А.П. Указ. соч.; Русские старожилы Азербайджана. Ч.2, 1990; Дубова Н.А. Антропологический облик сельских русских Закавказья // Духоборцы и молокане Закавказья. М., 1992.

¹⁹ Воронов А.А., Дубова Н.А. Медико-антропологические особенности адаптации русских старожил в Азербайджане // Всесоюзная сессия по итогам этнографических и антропологических исследований 1986-1987 гг. Тезисы докладов. Сухуми, 1988. Стр. 51-52; Воронов А.А., Кузнецова С.М. Состояние здоровья русских переселенцев в Азербайджане // Русские старожилы Азербайджана. Ч.II. М.1990. Стр. 138-151

²⁰ Воронов А.А., Дубова Н.А. Медико-антропологические особенности адаптации русских старожил в Азербайджане; Воронов А.А., Кузнецова С.М. Состояние здоровья русских переселенцев в Азербайджане.

²¹ Дубова Н.А. Научный отчет о работе Этно-демографического и Эколого-антропологического отрядов Межинститутской комплексной этноэкологической экспедиции // Архив Института этнологии и антропологии РАН. М., 1987; Дубова Н.А., Казаченко Б.Н., Васильев С.В. Антропологическая характеристика русских села Ивановка Исмаиллинского района Азербайджана // Новое в этнографических и антропологических исследованиях. М., 1990 и др.

В 1989 году работы состоялись также в селе Бёюк-Сёютлы. Врачом Н.С. Михальченко была получена эпидемиологическая выборка, проанализированы листы уточненных диагнозов в архиве сельской участковой больницы, а Н.А.Дубовой проведено антропологическое изучение населения по кефалометрической и одонтологической программам. Для сравнения привлечены данные обследования (к сожалению, по несколько более узкой программе, чем в с. Ивановка) населения русского села Пески Паворинского района Воронежской области – одного из районов, откуда в середине XVIII века выезжали предки сельских русских Закавказья. Также как и в с. Ивановка в 1989 году медико-антропологические работы проводились здесь специалистами Института этнологии и антропологии РАН, НИИ и Музея антропологии МГУ и МНЦ «Аэрозоль».

Перейду к описанию полученных данных. В селе Бёюк-Сёютлы на момент обследования в 1989 году проживало 973 человека, из них русских - 505 человек (или 51.9%; еще один русский жил в с. Астрахановка этого же сельсовета). Остальные 48% населения села составили в большинстве своем лезгины (на 1 января 1989 года во всем сельсовете их числилось 1700 человек); здесь проживало несколько азербайджанцев (на 1 января 1989 г. в сельсовете 37 человек - в основном специалисты колхоза), удин (14 человек в сельсовете) и курдов (27 человек соответственно). За медицинской помощью в течение 9 месяцев 1989 года обратились 62 русских (34 мужчины и 28 женщин) и 82 лезгин и азербайджанцев (соответственно 40 и 42)²². Возрастной состав обратившихся в мед. пункт представлен в таблице 1. Обращает на себя внимание, что в возрасте 41-50 лет к врачу обратилась лишь одна русская женщина. Обращаемость за медицинской помощью выше у лезгин и азербайджанцев. Больше всего было обращений к врачам по поводу болезней детей до 10 лет коренного населения.

Таблица № 1

Возрастной состав обратившихся за медицинской помощью в участковую больницу в с. Бёюк-Сёютлы за 9 месяцев 1989 г.

Возраст (лет)	Всего		Русские		Лезгины и азербайджанцы	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
0 - 10	28	11	5	1	23	10
11 - 20	6	3	3	1	3	2
21 - 30	10	19	4	3	6	16
31 - 40	8	11	5	5	3	6
41 - 50	-	1	-	1	-	-
51 - 60	13	12	9	9	4	3
61 - 80	8	10	7	8	1	2
более 80	3	3	3	-	-	3
Всего	74	70	34	28	40	42

Среди русских мужчины чаще, чем женщины обращаются к врачам, среди коренного населения - мужчины и женщины практически в одинаковой степени. На данное число больных приходится 204 выявленных заболевания (поставленных диагнозов): у русских среди мужчин - 47 диагнозов, у женщин - 51. У коренного населения среди мужчин - 56 диагнозов, у женщин - 58. Соответственно общая заболеваемость по обращаемости составила 15,3%. За 1988 год умерло 7 человек (7,2%), за 9 месяцев 1989 года - 3 человека, в том числе 1 ребенок старше 1 года. Заболеваемость среди русского населения составила 19,3%, среди коренных жителей - 19,4%.

²² Все данные частично обработаны и любезно предоставлены автору очень рано ушедшим из жизни Н.С. Михальченко, за что хочу выразить ему глубокую признательность.

Структурная характеристика заболеваемости по нозологиям показана в таблице №2. Наиболее часто встречающейся патологией явились заболевания органов дыхания - у 38,25% обратившихся за мед. помощью (57 случаев или 26,15% из выявленных диагнозов). Чаше эти заболевания встречаются у коренного населения и, прежде всего за счет заболеваемости в раннем детском возрасте (среди детей до 10 лет за отмеченный период 29 случаев у коренного населения и 5 в том же возрасте у русских), что по-видимому можно объяснить различиями между указанными этносами в традициях воспитания детей и в соблюдении гигиенических норм. Также четко выраженные различия выявились в группе сердечно-сосудистых заболеваний: русские заметно превосходят коренное население по числу суммарно взятых случаев гипертонической болезни, вегето-сосудистой дистонии, ишемической болезни сердца и церебросклероза – 36 против 21 (или у 62,07% обратившихся русских против 23,08% лезгин и азербайджанцев). Эти данные вполне соответствуют как полученным в других районах Азербайджана и описанным в выше цитированных работах А.А. Воронова и С.М. Кузнецовой, так и общим статистическим разработкам по данной нозологиям. Так, общеизвестно, что сердечно-сосудистые патологии преобладают в странах Западной Европы и США. Важно также обратить внимание на различия в заболеваемости болезнями почек: из отмеченных 20 случаев, 14 приходятся на лезгин и только 6 - на русских, хотя по проценту обратившихся различия не столь заметны (15,38% против 10,34). Н.С. Михальченко отмечает, что эту разницу трудно объяснить нечеткостью формулировки диагноза (выявление случаев гломерулопатий и тубулопатий) из-за невозможности провести более подробное обследование в полевых условиях. По другим нозологическим группам статистические данные нельзя считать сколько-нибудь достоверными из-за их крайней малочисленности.

В дополнение к анализу материалов амбулаторного учета врачом экспедиции проводился осмотр населения в течение нескольких дней. На примере одного из дней обследования была получена следующая картина: всего пришло на пример 27 человек - 14 русских (4 мужчины и 10 женщин) и 13 лезгин (4 мужчины и 9 женщин). Возраст больных колебался от 1 года 2 месяцев до 72 лет (детей до 10 летнего возраста всего было обследовано 5 человек, остальные - старше 27 лет). У данного числа лиц было выявлено 48 заболеваний (т.е. поставлено диагнозов). Это практически в два раза больше, чем при анализе амбулаторных карт. По-всей видимости это вряд ли свидетельствует о низкой квалификации врачей участковой больницы, скорее всего в данном случае речь может идти о плохом состоянии статистического учета. Значительно более значимо то, что практически все заболевания, диагностированные Н.С. Михальченко даже при поверхностном, а не углубленном осмотре, находятся в стадии развернутой картины клинических проявлений, т.е. находятся в запущенной стадии. Это, наверное, объясняется несколькими причинами. Во-первых, в участковой больнице отсутствует элементарная диагностическая лаборатория для взятия анализов крови и мочи и диагностическая аппаратура для электрокардиографирования и физиологического обследования.

Во-вторых, позднее обращение к врачу - это характерная черта сельской местности в любом регионе страны. И, наконец, в-третьих, - свойственный Азербайджану в целом в те годы низкий уровень медицинского обслуживания.

Кроме того, особо необходимо отметить практически 100% пораженность населения кариесом. Помимо уже отмеченного низкого уровня медицинского обслуживания, здесь надо предполагать недостаточность минерального состава воды в данной местности. О том же свидетельствует и большое число и резкая выраженность заболеваний опорно-двигательного аппарата у лиц молодого и среднего возраста. Последнее, правда, усугубляется и тяжелыми условиями сельскохозяйственного труда (работа на виноградниках в сырую, холодную погоду и на полях, где выращиваются табачные культуры).

Таблица №2

Структурная характеристика заболеваемости населения с. Бююк-Соютлы Варташенского района Азербайджана за 9 месяцев 1989 г.

Зафиксированные диагнозы	Всего	Всего	Всего	Русские	Русские	Русские	Лезгины и азербайджанцы	Лезгины и азербайджанцы	Лезгины и азербайджанцы
	N	%1	%2	N	%1	%2	N	%1	%2
Гипертоническая болезнь (ГБ)	8	3,67	5,55	7	6,73	11,29	1	0,88	1,22
Вегето-сосудистая дистония (НЦД)	11	5,04	7,64	2	1,92	3,23	9	7,89	10,98
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	22	10,09	15,27	15	14,42	24,19	7	6,14	8,53
Церебросклероз	16	7,34	11,11	12	11,54	19,35	4	3,51	4,88
Болезни органов дыхания	57	26,15	39,58	15	14,42	24,19	42	36,84	51,22
Гастриты	3	1,38	2,08	-	-	-	3	2,63	3,66
Хронические холециститы и панкреатиты	18	8,26	12,50	13	12,5	20,97	5	4,39	6,10
Хронические колиты	2	0,92	1,39	2	1,92	3,23	-	-	-
Гепатиты	3	1,38	2,08	2	1,92	3,23	1	0,88	1,22
Болезни почек	20	9,17	13,89	6	5,77	9,67	14	12,88	17,07
Остеохондрозы и спондилезы	16	7,34	11,11	8	7,70	12,90	8	7,02	9,76
Сахарный диабет	4	1,83	2,77	2	1,92	3,23	2	1,75	2,44
Прочие болезни*	38	17,43	26,38	20	19,23	32,25	18	15,79	21,95
Всего выявлено диагнозов	218	100,0		104	100,0		114	100,0	
Всего обратилось за медицинской помощью	144			62			82		
Заболеваемость по обращаемости		148,0 ‰			122,5 ‰			175,6 ‰	

%1 - Процент от общего числа выявленных диагнозов;

%2 - Процент лиц, обратившихся за медицинской помощью, у которых данный диагноз установлен;

* - В «прочие» включены ОРЗ, ангины, доброкачественные опухоли, анемии, нервно-мышечные заболевания, ДЦП и т.д.

Структура заболеваний, выявленных у населения с. Ивановка Исмаиллинского района Азербайджана и с. Пески Паворинского района Воронежской области, представлена в таблицах № 3,4. Наиболее распространенным заболеванием у жителей как с. Ивановка так и с. Пески по данным, приведенным в отчете руководителя группы МИЦ «Аэрозоль» М. В. Маневской, были заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. На втором месте у русских с. Ивановка стоит пиелонефрит, желчекаменная болезнь и бруцеллез; у русских с. Пески - хронический гастрит. Из таблицы 3 видно, что разнообразие патологий, отмеченных при обследовании у жителей Воронежской области шире, чем у жителей с. Ивановка.

Такое заболевание как бруцеллез, вообще не встречается у жителей Воронежской области. Это, по мнению врачей, в первую очередь связано со спецификой сельскохозяйственных работ в с. Ивановка, где расположена крупная молочно-товарная ферма. В то же время в этом селе меньшую распространенность, чем в с. Пески имеют заболевания пищеварительного тракта, что может быть связано с большей витаминизированностью диеты и большим количеством ультрафиолетовых лучей, способствующих стимуляции выработки витаминов в организме человека.

Сравнительный анализ встречаемости патологии органов дыхания на фоне других патологий, проведенный группой МИЦ «Аэрозоль», показал, что число здоровых людей в обе-

их группах достоверно не отличалось. Число людей с патологией органов дыхания в с. Ивановка было вдвое больше, чем в Воронежской области (см. таблицы №№ 4,5), несмотря на то, что обследование в первом из сел проводилось в более теплое время года (сентябрь), чем во втором (вторая половина октября). Данное различие медики склонны связывать с отрицательным влиянием на органы дыхания таких климатических условий предгорья в с. Ивановка как повышенная влажность воздуха и сниженная обогащенность его кислородом.

Таблица №3.

Частота встречаемости хронических патологических состояний у жителей с. Ивановка Исмаиллинского района Азербайджана и с. Пески Паворинского района Воронежской области, обследованных в 1989 г.

Заболевания	с. Ивановка			с. Пески		
	человек	% 1	% 2	человек	% 1	% 2
Инфаркт миокарда	0	0.0	0.00	2	2.1	1.04
Сахарный диабет	1	3.0	1.56	1	1.0	0.52
Хронический гастрит	2	6.1	3.12	5	5.2	2.60
Хронический холецистит	0	0.0	0.00	4	4.1	2.08
Хронический панкреатит	0	0.0	0.00	1	1.0	0.52
Пиелонефрит	3	9.1	4.69	1	1.0	0.52
Полиартрит	1	3.0	1.56	1	1.0	0.52
Язвенный колит	0	0.0	0.00	1	1.0	0.52
Остеохондроз	0	0.0	0.00	2	2.1	1.04
Ревматизм	2	6.1	3.12	0	0.0	0.00
Туберкулез	1	3.0	1.56	0	0.0	0.00
Бруцеллез	2	6.1	3.12	0	0.0	0.00
Желчекаменная болезнь	2	6.1	3.12	0	0.0	0.00
Воспаление предстательной железы	0	0.0	0.00	1	1.0	0.52
Ангина	0	0.0	0.00	9	9.3	4.69
Хронические тонзилит, гайморит, отит, ринит	4	12.1	6.25	8	8.2	4.17
Патология органов дыхания	19	57.6	29.69	22	22.7	11.46
Всего с наличием патологий	33		51.56	97		21.35
Всего обследовано	64			192		

% 1 - Процент от числа выявленных патологий;

% 2 - Процент от числа лиц, прошедших медицинское обследование

При анализе характера нарушений в дыхательной системе по двум группам населения были получены следующие результаты. 72% обследований жителей с. Ивановка, у которых были отмечены нарушения в дыхательной системе, могут быть отнесены к группе риска по развитию хронических неспецифических заболеваний органов дыхания (наличие жесткого дыхания или хрипов). У обследованных жителей с. Пески наиболее часто встречающейся нозологической единицей является хронический бронхит (50% обследованных, у которых отмечены нарушения в бронхо-легочной системе). Подобные различия по мнению специалистов из МИЦ "Аэрозоль" можно связывать с различиями в климатических условиях. Условия предгорья (с. Ивановка) создают постоянное напряжение бронхо-легочной системы, требующее включения адаптивных механизмов организма. Поэтому большее число людей, которых можно отнести к группе риска развития хронических неспецифических заболеваний органов дыхания, и является проявлением включения этих адаптивных механизмов.

Таблица № 4.

Частота встречаемости хронических патологических состояний органов дыхания у обследованных жителей с. Ивановка и с. Пески

Наименование патологического состояния	с. Ивановка			с. Пески		
	человек	%1	%2	человек	%1	%2
Жесткое дыхание	12	48.0	18.75	0	0.0	0.00
Наличие хрипов	6	24.0	9.37	4	18.2	2.08
Пневмонии	0	0.0	0.00	2	9.1	1.04
Сухой плеврит	0	0.0	0.00	1	4.5	0.52
Эмфизема	1	4.0	1.56	0	0.0	0.00
Хронический бронхит	5	20.0	7.81	11	50.0	5.73
Предастма	0	0.0	0.00	1	4.5	0.52
Бронхиальная астма	1	4.0	1.56	3	13.6	1.56
Всего имеют патологии органов дыхания	25	100.0	39.06	22	100.0	11.46
Всего обследовано	64			192		

%1 - Процент от общего числа патологий органов дыхания

%2 - Процент от общего числа обследованных

Таким образом, сотрудниками МИЦ «Аэрозоль» отмечены явные различия в структуре заболеваемости у жителей с. Ивановка и с. Пески, характер которых позволяет предположить, что основной их причиной являются климатические условия сравниваемых регионов. Предгорье является постоянным провоцирующим фактором для напряжения системы органов дыхания. Т.к. жители предгорий постоянно перемещаются из равнинных районов в слегка возвышенные, постоянно происходит срыв адаптационных механизмов, что значительно расширяет группу риска развития хронических неспецифических заболеваний органов дыхания и полноценной адаптации к снижению процента кислорода во вдыхаемом воздухе не происходит.

Таблица № 5.

Структура исследованных контингентов по патологиям органов дыхания и другим видам патологических состояний.

Наименование состояния	с. Ивановка		с. Пески	
	человек	%	человек	%
Пульмонологические патологии	19	29.7	22	11.5
Другие патологии	14	21.9	75	39.1
Норма	31	48.4	95	49.5
Всего обследовано	64	100.0	192	100.0

Результаты клинических анализов крови и величин артериального давления обеих групп населения, полученные группой МИЦ «Аэрозоль» и представленные в таблице 5, не показали достоверных различий в величине артериального давления ни между здоровыми людьми и людьми с какой-либо патологией, ни между русскими с. Ивановка и русскими с. Пески. В обоих этих селах достоверные различия обнаружены между количеством гемоглобина в крови у здоровых людей и людей, имеющих какие-либо патологии.

При сравнении группы здоровых людей из Воронежской области и из Азербайджана выявляется достоверное снижение количества гемоглобина у жителей с. Ивановка. Аналогичная картина наблюдается и при сравнении людей из групп с патологиями. Наряду с этим количество эритроцитов у всех обследованных групп достоверно не различалось. Полученные результаты говорят о специфических изменениях в содержании гемоглобина у русских

с. Ивановка. Отсутствие изменений в содержании эритроцитов при снижении содержания гемоглобина может говорить о нарушении функциональной активности эритроцитов, причиной чего может быть изменения в количестве кислорода в атмосфере предгорья, где расположено с. Ивановка и о чем уже упоминалось.

Таблица № 6.

Результаты клинического анализа крови и величина артериального давления у обследованного населения сел Ивановка и Пески.

Показатели	Норма с. Ивановка	Норма с. Пески	Патология с. Ивановка	Патология с. Пески
Число обследованных	31	19	29	7
Гемоглобин	126.2 ±0.6	147.5±0.5	118.4±0.9	125.0±0.7
Эритроциты	4.4±0.03	4.6±0.04	4.7±0.05	4.3±0.04
Лейкоциты	9.9±0.1	6.8±0.1	5.6±0.1	5.2±0.1
СОЭ	5.5±0.05	8.8±0.55	6.4±0.08	6.4±0.05
Цветовой показатель	0.86±0.01	0.94±0.03	0.93±0.02	1.1±0.07
Артериальное давление	120/75	130/80	130/80	130/80

Не исключена также и вторая причина - серповидноклеточность эритроцитов, связанная с адаптацией к малярии, распространенной в этих местах. Приведем еще раз цитату из статьи Н. Калашева “Селение Ивановка” о местности Топчи в современном Исмаиллинском районе, где впервые было основано с. Ивановка: ” Местоположение села Топчи представляло собою болотистое пространство, крайне нездоровое”, так что заболеваемость малярией и смертность от нее там были весьма значительны.²³ Распространенность серповидноклеточности в Азербайджане на обширном материале была показана еще в конце 1960-х годов А.А. Вороновым.²⁴ На изменения в структуре эритроцитов указывает и большая скорость оседания эритроцитов (СОЭ) у здоровых жителей с. Ивановка по сравнению с жителями с. Пески (таблица № 6).

В ходе экспедиционного обследования 1989 г. в тех же двух населенных пунктах были получены, как уже отмечалось, конденсаты выдыхаемого воздуха (КВВ). В лабораторных условиях в г. Санкт-Петербурге сотрудниками МИЦ «Аэрозоль» (руководитель И.И. Грищенко) был определен ионный состав этих КВВ: концентрации ионов Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻. Полученные результаты приведены в таблицах 7 и 8. Нормативные показатели ионного состава КВВ различны в изученных регионах и достоверно отличаются как друг от друга, так и от аналогичных показателей КВВ жителей г. Санкт-Петербурга.²⁵ Процентное соотношение долей основных ионов КВВ, если за 100% принять суммарное количество всех ионов КВВ, практически здоровых обследованных из с. Пески и с. Ивановка близки между собой, отличаясь от нормальных показателей жителей г. Санкт-Петербурга. Так, для ионного состава КВВ людей как из с. Ивановка, так и из с. Пески характерна высокая доля ионов Na⁺ и сниженная – ионов Cl⁻.

Полученные данные очень характерны. Ионный состав КВВ отражает уровень трансэпителиального транспорта электролитов и воды в тканях органов дыхания испытуемых, то есть говорит о возможности проникновения воды и электролитов (веществ, растворы которых, благодаря наличию ионов способны проводить электрический ток) через ткани,

²³ Калашев Н. Селение Ивановка. // СМОПК, 1892, вып. 13, Отд. 2, стр. 238

²⁴ Воронов А.А. Этногеография основных типов гаптоглобина – сывороточного белка крови // Советская этнография, 1968. № 2; Он же. Сравнительно-гематологические исследования у некоторых народов Закавказья. Геногеография полиморфизма гемоглобина. Автореферат канд. дисс. биол. наук. М., 1970.

²⁵ Показатели КВВ жителей г. Санкт-Петербурга получены также лабораторией МИЦ “Аэрозоль” - руководитель исследований И. И. Грищенко.

выстилающие органы дыхания, и соответственно характеризует состояние бронхо-легочной системы организма человека. Поскольку население с. Пески было выбрано для исследования в сравнении с населением с. Ивановка именно потому, что Центральное Черноземье в целом и Воронежская область, в частности, были местом, откуда шло выселение русских - молокан и духоборов в Закавказье, можно предположить, что генетически обе эти сравниваемые совокупности близки между собой. Поэтому данные, полученные МИЦ «Аэрозоль» свидетельствуют о том, что части некогда единой популяции, проживающие длительное время (в данном случае более 150 лет) в разных географических местностях, сохранили особенности состояния бронхо-легочной системы (идентичность процентного соотношения ионного состава КВВ), но приобрели адаптационные модификации механизмов функционирования тканей органов дыхания (разница в абсолютных значениях концентраций ионов).

Таблица № 7.

Концентрация ионов Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Cl^- в конденсате выдыхаемого воздуха здорового населения сел Ивановка и Пески в сравнении с населением г. Санкт-Петербурга (мКм/Л) ($M \pm m$)

Измеряемый ион	Здоровое население с. Пески		Здоровое население с. Ивановка		Здоровые жители г. Санкт-Петербурга	
	N	мКм/Л	N	мКм/Л	N	мКм/Л
Cl^-	31	130±3	15	310±14	16	858±23
K^+	31	0.43±0.1	14	1.3±0.3	11	0.58±0.19
Ca^{++}	31	18±3	15	38±5	13	24.4±4.8
Na^+	31	270±6	14	570±14	16	366±14

Таблица № 8.

Доли ионов в процентах от суммарного количества всех ионов в КВВ здорового населения сел Ивановка и Пески в сравнении с населением г. Санкт-Петербурга.

Измеряемый ион	Здоровое население с. Пески	Здоровое население с. Ивановка	Здоровые жители г. Санкт-Петербурга
Cl^-	32%	34%	69%
Na^+	65%	62%	29%

Таким образом, результаты медицинского обследования показывают, что за прошедшие 150 лет группы русского сельского населения Азербайджана демонстрируют хорошо выраженные адаптационные сдвиги к новой для них природной среде. В то же самое время изучение ионного состава выдыхаемого воздуха позволило специалистам сделать вывод о том, что особенности органов дыхания русских в Закавказье не отличаются существенно от таковых в Центральном Черноземье. Система органов дыхания обследованных в 1989 г. имеет ряд характерных черт при сопоставлении ее с жителями г. Санкт-Петербурга. Описываемые различия могут быть, конечно, и следствием проживания одной популяции в сельской местности, а другой – в крупном промышленном городе. Не исключена также и связь наблюдаемых различий с тем, что в случае сельского населения, особенно в с. Ивановка, мы имеем дело с локальной популяцией, тогда как даже в с. Пески, а в г. Санкт-Петербурге, безусловно, мы изучаем представителей очень сложной, многоуровневой системы популяций. Поскольку в настоящее время, как указывалось выше, очень мало материалов, собранных по аналогичной примененной нами программе, мы вынуждены пока довериться выводам специалистов-медиков и удовлетвориться их объяснением отмеченных различий.

При описании полученных материалов нельзя не обратить внимание и на то, что при исследовании населения в 1989 г. практически не выявлены заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы, тогда как именно они были преобладающим по результатам вышеприведенного медицинского обследования с. Бююк-Сёютлы и опубликованным ранее

сведениями по с. Ивановка.²⁶ В то же самое время ни исследованиями 1986-1987 гг. в Азербайджане ни более ранними – в Абхазии и Азербайджане по проблеме долгожительства не были зафиксированы заболевания органов дыхания, которые по свидетельству сотрудников МИЦ «Аэрозоль» столь широко распространены. Скорее всего, здесь мы имеем дело с типичной для современной медицины узкой специализации медицинских работников, которые успешно и детально могут диагностировать только тот круг заболеваний, по которому они являются специалистами. К сожалению, такой подход заставляет забывать, что человек остается единым организмом, целостной системой, и рассматривать его, лечить и просто наблюдать за состоянием его здоровья следует именно под таким углом зрения. Именно поэтому медицина должна хотя бы сейчас, со столь длительным опозданием воспользоваться достижениями антропологии, в том числе этнической.

Таблица № 9.

Динамика структуры смертности населения по причинам смерти в сельских поселениях Азербайджана (%).

Причины смерти	1960 г.	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1979 г.
Всего умерших, из них:	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
От болезней системы кровообращения	12.8	15.2	23.3	29.6	34.2
От болезней органов дыхания	18.7	19.9	29.6	30.7	28.5
От болезней печени, почек, органов пищеварения	10.0	11.0	10.2	9.1	9.5
От новообразований	4.2	6.5	8.8	8.8	8.6
От нарушения обмена веществ, болезней эндокринной системы	2.4	3.5	2.7	2.0	1.7
От инфекционных болезней	13.5	10.3	6.6	5.0	5.3
От несчастных случаев, отравлений и травм	7.2	9.8	9.3	7.6	7.0
Прочие причины*	31.3	23.8	9.5	7.3	3.0

* - в «прочие» включены следующие причины: от психических расстройств, от болезней нервной системы, от болезней кожи, от осложнений беременности и родов, от врожденных аномалий от симптомов и неточно обозначенных состояний.

Источник: Региональные особенности и причины смертности населения Азербайджанской СССР. Баку, 1982

Статистика причин смертности подтверждает как различия в структуре заболеваемости между азербайджанцами, лезгинами и русскими, так и наличие довольно высокого процента заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистых патологий у исследованного населения.

В таблицах 9 и 10 представлены сведения по структуре смертности населения Азербайджана в целом и по русским села Ивановка. В сельском населении Азербайджана русские составляют по переписи уже 1979 г. менее 1%. Как известно, начиная с 1950-х годов наблюдается интенсивное падение доли русских в сельском населении этой республики, в первую очередь за счет их оттока в другие регионы страны. Поэтому, несмотря на то, что в республике имеются региональные различия по показателям общей смертности²⁷, приводимые сведения вполне могут быть характерны и для азербайджанцев Исмаиллинского района, то есть той же экологической ниши, в которой проживают и русские с. Ивановка.

²⁶ Воронов А.А., Дубова Н.А. Медико-антропологические особенности адаптации русских старожилов в Азербайджане; Воронов А.А., Кузнецова С.М. Состояние здоровья русских переселенцев в Азербайджане.

²⁷ Мамедов К.В., Таджединов Р.Ф. Региональная дифференциация общей смертности населения. // Региональные особенности и причины смертности населения Азербайджанской ССР. Баку, 1982. С.14-22

Таблица № 10.

Причины смерти русских села Ивановка Исмаиллинского района Азербайджана (%).

Причины смерти	1935-1936	1940-1941	1946-1947	1958-1960	1962-1963	1966-1967	1973	1976-1978	1980-1981	1983
Всего умерло	15	51	24	41	44	36	32	63	74	28
Сердечно-сосудистые заболевания	21.4	11.8	20.8	36.6	40.1	66.7	56.2	61.9	66.2	61.7
Заболевания органов дыхания	7.1	23.5	12.5	4.9	15.9	8.3	15.6	12.7	4.0	17.9
Болезни почек, печени, органов пищеварения	-	7.8	4.2	9.8	6.8	2.8	15.6	4.8	2.7	3.6
Новообразования (рак)	-	-	16.7	14.6	27.3	13.9	-	14.3	14.9	10.7
Сахарный диабет	-	-	-	-	-	2.8	-	1.6	1.3	7.1
Инфекционные заболевания (в т. ч. туберкулез)	28.6	23.5	12.5	2.4	-	-	3.1	4.8	2.7	-
Малярия	7.1	5.9	16.7	2.4	-	-	-	-	-	-
Несчастные случаи, отравления, травмы	14.3	3.9	-	14.6	9.1	5.5	9.4	-	8.1	-
Прочие	21.4	23.5	16.7	14.6	-	-	-	-	-	-

Обратим внимание на рост числа смертей среди азербайджанцев от болезней сердечно-сосудистой системы и новообразований (в большинстве – раковых заболеваний) и на снижение таковых от инфекционных болезней. Та же тенденция, но в более высоком процентном выражении, свойственна и русским с. Ивановка. Но сведения по причинам смерти населения подтверждают как результаты обследования населения этого села как сотрудниками Института геронтологии в 1987 года, так и МИЦ «Аэрозоль» и Н.С. Михальченко в 1989 г. Они демонстрируют значительно большую распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы у русских по сравнению с азербайджанцами, но и значительную выраженность заболеваний органов дыхания. В то же время, если среди азербайджанцев с 1960 до 1979 г. наблюдается повышение смертности от этой нозологической формы заболеваний, то для русских характерны колебания по годам от 4% до 18%. К сожалению, в имеющихся у автора материалах нет сведений по Азербайджану о смертности от диабета в разные годы (они включены в общую сумму смертей от болезней эндокринной системы и нарушений обмена веществ). Кроме того, к сожалению мы не располагаем и данными по таким ранним годам как для с. Ивановка (1930 - 1950 гг.). В Ивановке же смерти от диабета начали диагностировать лишь в конце 1960-х годов и можно говорить об увеличении их числа к 1983 году. Противоположную тенденцию демонстрирует малярия. Смерти в результате развития этой болезни фиксировались лишь до конца 1950-х годов. И, если в случае сахарного диабета, отсутствие его в списке причин смерти до 1973 года может быть объяснено как отсутствием самого заболевания (что маловероятно) так и недостаточно квалифицированной диагностикой состояния здоровья, то в случае малярии, безусловно надо говорить об успешности медицинских мероприятий по борьбе с этим заболеванием.

Смертность от травм, отравлений и несчастных случаев как у азербайджанцев, так и у русских находится приблизительно на одном уровне, во всяком случае, трудно видеть какие-либо этнические различия по этой группе причин.

Таким образом, сведения о состоянии здоровья населения, полученные в 1987-1989 годах в результате обследования некоторых групп населения Азербайджана и Воронежской области, существенно дополнили наши представления о биологической составляющей про-

цесса адаптации, имевшей место, начиная со времени выселения русских из южных регионах России. Но в отношении конкретных результатов обследования населения 1989 года, мне хотелось бы подчеркнуть, что они заставляют подвергнуть сомнению однозначность вывода, полученного научными сотрудниками Института геронтологии АМН СССР в 1986 и 1987 годах о том, что группа русских переселенцев находится в Азербайджане в состоянии частичной дезадаптации, то есть при известном физиологическом напряжении достаточно длительное время. В результате этого по их мнению может осуществиться «генетический отбор» и произойти «генетическая адаптация» (кавычки мои - *Н.Д.*).²⁸ Видимо здесь правильнее было бы говорить о генетическом закреплении наиболее выгодных в данных экологических условиях физиологических норм. Как представляется процесс адаптации к изменяющимся условиям существования и, соответственно, физиологическая «настройка» организма человека идет постоянно. Конечно, около 150 лет назад, когда русские переселились в Закавказье, этот процесс шел очень активно, и можно предполагать, что стресс, пережитый популяцией в те годы, был значительно более сильным, чем все последующие (за исключением, думается того, который все общество и эта группа, в частности, переживает в девяностых годах в результате распада СССР и военных конфликтов в кавказском регионе). Но, сравнивая структуру заболеваемости населения Воронежской области и сельских русских Азербайджана²⁹, можно отметить, что распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и патологий органов дыхания, также как инфекционных заболеваний и болезней пищеварительной системы, обнаруживает сходство между всеми русскими группами с одной стороны и их отличие от азербайджанцев и лезгин, с другой³⁰. По моему мнению, этот факт может свидетельствовать о том, что процесс «экстренной биологической адаптации» у сельских русских Закавказья уже давно прошел, а специфические генетические изменения (во всяком случае, те, которые касались бы затронутых в работе систем) у этой группы не имели места и «новый экологический (адаптивный) тип» не образовался. По-видимому, имеющейся нормы реакций биологических систем организма в данных популяциях русских хватило на приспособление к новой природной и социальной среде. Конечно, изучение только фенотипической изменчивости в данном случае не может дать ответы на многие вопросы. Поэтому было бы желательно исследовать и генотипическую вариацию. Предварительный анализ генетико-демографических сведений и антропогенетических показателей (групповые факторы крови систем АВ0 и Rh; тип ушной серы; способность сворачивать язык трубочкой; тип переплетения пальцев и складывания рук; ведущая рука и относительная длина 2 и 4 пальцев кисти) позволили лишь констатировать наличие генетического равновесия в данной популяции и ее гетерогенность. Отличие соотношения генных частот системы АВ0 в популяции с. Ивановка от суммарной группы русских (Умнова и др., 1968) и определенное его сходство с иберийской антропологической группой популяций Азербайджана (Воронов, 1974) может быть как свидетельством действия естественного отбора на данную популяцию, так и случайного

²⁸ Воронов А. А., Кузнецова С. М. Указ. раб. С.152.

²⁹ К сожалению, данные по Джалилабадскому, Исмаиллинскому и Шемахинскому районам Азербайджана, опубликованные в только что цитированной работе А.А. Воронова и С.М. Кузнецовой, не в полной мере сопоставимы с вышеприведенными, т.к. анализируют заболеваемости лишь у лиц старше 50 лет (см. указ. раб., стр. 141,144,147). Поэтому автор сочла нецелесообразным приведение в этой работе конкретных цифр.

³⁰ Говорить о сходстве или различиях между азербайджанцами и лезгинами по структуре заболеваемости на имеющемся материале невозможно, т.к. от крайне фрагментарен. При организации работ в Закавказье по указанной выше теме планировалось специальное исследование различных групп коренного населения, но ввиду произошедших изменений в государственном устройстве и по другим причинам это обследование проведено не было.

дрейфа генов или же совместного действия изоляции и отбора³¹. К сожалению, дальнейшая разработка этих сведений пока не опубликована, хотя предварительно, исходя из имеющихся данных, можно предположить, что определенные генетические сдвиги, не затронувшие, правда, физиологические системы, в популяции произошли.

Итак, подводя итог всему вышесказанному, необходимо отметить, что антропологические данные и медицинские сведения, рассмотренные под антропологическим углом зрения, дают возможность оценить многие аспекты успешности адаптации группы к новой природной и социальной (в том числе инонациональной) среде. Думается, что при исследовании процессов адаптации весьма полезным должно быть сопоставление данных официальной статистики с результатами комплексного эпидемиологического обследования специалистами – медиками разных специализаций в том же регионе. Последнее же, безусловно, будет еще более усилено проведением опроса самооценки состояния здоровья жителями.

³¹ Дубова Н.А., Казаченко Б. Н., Васильев С. В. Антропогенетическая характеристика русских села Ивановка Исмаиллинского района Азербайджана // Российский этнограф. № 14. М., 1993. С. 229-230.