

УДК 572.512

Л. А. Чегус, А. В. Соловьева

ВЛИЯНИЕ УРБАНИЗАЦИИ НА МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНЩИН НА ПРИМЕРЕ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА

77

Поступила в редакцию 03.03.2022 г.

Рецензия от 14.04.2022 г.

Период освоения Северных территорий, процесс урбанизации, смешение кровей негативно повлияли на сформированный веками образ жизни, морфометрические показатели и, соответственно, на здоровье коренных народов Севера. Цель исследования – сравнить морфометрические показатели (масса тела, рост, размеры таза) коренных малочисленных народов Севера, проживающих на стойбищах, в сельской местности и мигрировавших в город. Проведен ретроспективный анализ историй родов (течение первого, второго и третьего периода родов, срок родоразрешения, возраст беременных женщин, антропометрические показатели беременных и новорожденных), отобранных методом сплошной выборки. Статистическая обработка выполнялась в пакете программ SPSS, Statistica 8.0, а также с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Сделан вывод, что наиболее часто у женщин из числа коренных малочисленных народов Севера, проживающих в городе, встречался дефицит массы тела, при этом ростовые показатели приближались к показателям пришлого населения. Окружность бедер и живота была статистически значимо больше у малочисленных народов Севера, мигрирующих в город, в сравнении с проживающими в селе, как и частота осложнений беременности и родов. Оценка по шкале Ангар у новорожденных коренных народов, проживающих в селе, имела наибольшее количество баллов. Таким образом, для коренных малочисленных народов Севера процессы, связанные с освоением Севера, урбанизацией, изменением питания, смешением крови (в браке с русскими и другими национальностями) привели к изменению морфометрических показателей и негативно отразились на течении родов и, соответственно, на здоровье новорожденных.

The period of the development of the Northern Territories, the process of urbanization, the mixing of blood had a negative impact on the way of life formed for centuries, morphometric indicators and, accordingly, on the health of the indigenous peoples of the North. The authors compared the morphometric indicators of the indigenous small-numbered peoples of the north living in camps, in rural areas and migrating to the city. A retrospective analysis of the birth histories selected by the continuous sampling method was carried out. Statistical processing relied on the SPSS, Statistica 8.0 software package, as well as the Microsoft Excel analysis package. Most often, women from among



the indigenous small-numbered peoples of the north living in the city were underweight, while growth rates approached the newcomer population. The circumference of the hips and abdomen was statistically significantly higher among the small peoples of the North migrating to the city in comparison with those living in the village, as well as complications of pregnancy and childbirth. Newborns had the highest Apgar scores among the indigenous peoples living in the village. Thus, these studies allow us to conclude that for the indigenous small-numbered peoples of the North, the processes associated with the development of the North, urbanization, changes in nutrition, blood mixtures led to a change in morphometric indicators and negatively affected the course of childbirth and, accordingly, the health of newborns.

Ключевые слова: антропометрия, рост, масса, индекс массы тела, размеры таза, беременность, роды, новорожденные

Keywords: anthropometry, height, weight, body mass index, pelvic dimensions, pregnancy, childbirth, newborns

Введение

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра является местом исконного проживания коренных малочисленных народов Севера (КМНС), которые представляют собой исключительно важную в историческом, биологическом и социальном отношении группу жителей ХМАО – Югры. Определение коренных малочисленных народов осуществляется в соответствии с федеральным законодательством [1]. Они характеризуются способностью сохранять сложившиеся места поселения, а их образ жизни ограничен определенной территорией [2].

Интенсивное промышленное освоение территории ХМАО-Югры, миграционные процессы изменили традиционный образ жизни, затруднили возможности развития родного языка, совершения религиозных обрядов на месте традиционных культовых мест и святынь, ведения традиционного хозяйства, привели к изменению пищевого рациона ханты и манси. Урбанизация способствовала их переселению в городские поселения, вытеснила из привычных мест проживания, привлекая хорошими перспективами развития и заработком, но тем самым способствуя формированию процессов дезадаптации среди данного населения [3–6].

За последнее столетие в связи с урбанизацией, изменением социальных условий, в которых происходит развитие женского организма, образа жизни и питания, значительным увеличением нагрузок и стрессовых ситуаций, а также процессами акселерации, изменились их антропометрические характеристики коренных жителей: длиннотные размеры опережают прирост поперечных, что напрямую отражается и на состоянии таза, что не может не влиять на исход родов [7].

На сегодняшний день доказано, что рост тела и развитие скелета напрямую зависят от индустриализации и последовательного улучшения социально-экономического положения, питания и здравоохранения [8].



На протяжении истории человечества происходят нормальные для любого биологического вида процесс смешения популяций, обмен генами между людьми. Характерное для современного человечества расширение географического круга брачных связей (среднего расстояния между местами рождения супругов) и распространение межэтнических и межрасовых браков в результате урбанизации часто расценивают как показатель целостности и гармоничности общества, интегрированности в него этнических меньшинств [9–11].

Подобная ситуация характерна для коренных малочисленных народов Севера – ханты, манси, лесных ненцев, численность которых растет в большей мере за счет потомков от смешанных браков. Данный процесс является гарантией того, что малочисленные народы Севера не исчезнут с этнической карты страны, но группы, сохраняющие самосознание хантов и манси, в генетическом отношении всё больше отличаются от одноименных популяций не только XIX, но и середины XX в. [9].

Тем самым запросы сегодняшнего дня ставят перед медицинскими работниками задачу персонализированного подхода к женщине, морфофункциональным особенностям ее организма, репродуктивной функции и ее отношению к той или иной этнической группе [9; 12].

Цель статьи – изучить течение беременности и перинатальные исходы, а также сравнить антропометрические показатели коренных малочисленных народов Севера, проживающих на стойбищах, в сельской местности и мигрировавших в город.

Задачи:

- провести анализ течения родов и послеродового периода у женщин коренного населения (ханты, манси), проживающего в сельской местности и мигрирующих в город, а также пришлого населения ХМАО-Югры;
- изучить антропометрические данные женщин коренного и пришлого населения, а также новорожденных в исследуемых группах и их состояние при рождении (оценка по шкале Апгар).

Материалы и методы

Проведены антропометрические измерения, анализ течения беременности, родов и послеродового периода у женщин коренного и пришлого населения Сибири.

Группу 1 составили 43 женщины ханты (КМНС), проживающие в пгт Берёзово и на стойбищах в Берёзовском районе ХМАО-Югры. В группу 2 вошли 60 женщин ханты (КМНС), проживающих в г. Ханты-Мансийске. Группа 3 – 100 женщин из числа пришлого населения (русские, украинцы, татары, башкиры и др., поселившиеся в данной местности в исторически обозримое время) [13; 14], проживающих в г. Ханты-Мансийске.



Для решения поставленных задач был проведен анализ антропологических и антропометрических данных беременных женщин (возраст, масса тела, рост, окружность грудной клетки, окружность талии, окружность бедер, размеры таза), течение беременности и родов (преждевременные, запоздалые, самопроизвольные, оперативные), антропометрические показатели новорожденных в исследуемых группах (рост, масса, окружность грудной клетки, окружность головы) и их состояние при рождении (оценка по шкале Апгар).

Статистическая обработка проведена с использованием пакета анализа Microsoft Excel и программной системы Statistica 8.0 на основе принципов математического анализа медико-биологических исследований. Перед началом статистического анализа была проведена проверка распределения данных с использованием критериев Колмогорова – Смирнова и Шапиро – Уилка и выявлено отсутствие соответствия большинства числовых множеств критерию нормальности распределения. Математическая обработка материала проведена непараметрическими методами с расчетом медианы (Me), ее нижнего и верхнего квартилей Q1 и Q3. Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела – Уоллиса, апостериорные сравнения – с помощью критерия Данна с поправкой Холма. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности осуществлялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты

Ретроспективно были проанализированы истории родов беременных женщин в возрасте от 18 до 42 лет. Средний возраст в группе КМНС, проживающих в селе (группа 1), составлял – 27,7 (24–32) года, в группе КМНС, проживающих в городе (группа 2), – 28,4 (26–35) года, у пришлых женщин (группа 3) – 30,8 (27–36) года.

Количество беременных в группе КМНС, проживающих в селе (группа 1), – 46,5 % и в городе (группа 2) – 36,7 %, было больше в возрастной категории от 23 до 27 лет и имело статистически значимые отличия в сравнении с пришлым населением (группа 3) – 19 %.

Следует отметить, что количество женщин в возрастной категории от 28 до 32 лет было статистически значимо больше в группе 2 (КМНС в городе) – 41,7 % и в группе 3 (пришлом населении) – 48 % в сравнении с группой 1 (КМНС в селе) – 23,4 %. В возрастной группе от 33 до 37 лет статистически значимо больше было женщин из группы 3 (пришлом населении) – 24 % в сравнении с группой 1 (КМНС в селе) – 7 % и группой 2 (КМНС в городе) – 13,3 % (табл. 1).



Таблица 1

Возраст беременных в исследуемых группах, % (n)

Возраст, лет	Группа 1 n=43	Группа 2 n=60	Группа 3 n=100	Р
18–22	14 (6)	6,7 (4)	4 (4)	P _(1–3) < 0,00
23–27	46,5 (20)	36,7 (22)	19 (19)	
28–33	23,4 (10)	41,7 (25)	48 (48)	
34–37	7 (3)	13,3 (8)	24 (24)	
38–42	9,3 (4)	1,7 (1)	5 (5)	

Примечание: p_(1–3) – статистическая значимость различий между обследуемыми группами; в скобках указаны группы, между которыми различия достоверны.

Было выявлено статистически значимое отличие ростовых показателей у женщин из числа КМНС, проживающих в селе (группа 1), – в среднем 155,1 (154,1–156,2) от КМНС, проживающих в городе (группа 2) – 163,2 (158,1–162,0) и пришлого населения – 165,8 (160,3–165,0) (группа 3).

Следует отметить, что и масса тела у КМНС, проживающих в селе (группа 1), – 54,5 (53,0–63,1) имела значимые отличия от КМНС, проживающих в городе (группа 2), – 64,2 (58,2–67,0) и пришлого населения (группа 3) – 65,4 (59,2–74,0), при этом показатели женщин из числа КМНС, проживающих в городе, также имели статистически значимые отличия по данному показателю от пришлого населения.

При анализе показателей окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ) были выявлены статистически значимые различия в исследуемых группах. Так, окружность талии была больше в группе пришлого населения (группа 3) и составила 86,1 (81,0–92,3) в сравнении с группой КМНС, проживающих в селе (группа 1), – 81,7 (77,2–84,1) и городе (группа 2) – 82,9 (77,6–81,1). Окружность бедер была наименьшей в группе КМНС, проживающих в селе (группа 1), – 89,7 (86,7–88,2) и статистически значима над показателями группы КМНС в городе (группа 2) – 96,1 (89,1–89,0) и пришлым населением (табл. 2).

Таблица 2

Антропометрические показатели исследуемых групп, Me (Q1-Q3)

Показатель	Группа 1 n=43	Группа 2 n=60	Группа 3 n=100	Р
Рост, см	155,1 (154,3–156,2)	163,2 (158,1–162,0)	165,8 (159,1–162,1)	P _{(2–1), (3–1)} < 0,00 P _(3–2) = 0,03
Масса тела, кг	54,5 (53,0–63,1)	64,2 (58,2–67,0)	65,4 (59,2–74,0)	P _{(2–1), (3–1)} < 0,00
ОГК, см	80,4 (78,1–82,5)	82,8 (79,2–86,0)	82,9 (78,4–86,2)	= 0,10



Окончание табл. 2

Показатель	Группа 1 n = 43	Группа 2 n = 60	Группа 3 n = 100	p
ОТ, см	81,7 (77,2–84,1)	82,9 (77,6–81,1)	86,1 (81,0–92,3)	$p_{(3-1)} < 0,00$
ОБ, см	89,7 (86,1–88,2)	96,1 (89,1–89,0)	98,7 (88,1–100,0)	$p_{(2-1), (3-1)} < 0,00$

Примечание: $p_{(2-1)}$, $p_{(3-1)}$, $p_{(3-2)}$ – статистическая значимость различий между обследуемыми группами; в скобках указаны группы, между которыми различия достоверны.

82

Исходя из данных роста и массы тела беременных женщин исследуемых групп, был произведен расчет индекса массы тела по Брею (G. Vrey, 1981).

В урбанизированной (городской) среде отмечалось значимое уменьшение доли лиц с нормальной массой тела из числа пришлого населения и у КМНС, проживающих в городе. Так, дефицит массы тела статистически значимо чаще встречался у КМНС в городе (11,7 %) по сравнению с женщинами из числа КМНС, проживающих в селе (4,7 %), и пришлого населения (1 %) ($\chi^2 9,11$; d. f. 2; $p = 0,01$). Ожирение чаще встречалось у пришлого населения (21 %) в сравнении с КМНС, проживающими в городе (6,7 %), и КМНС в селе, где ожирение не встречалось, данные были статистически значимы ($\chi^2 14,79$; d. f. 2; $p < 0,00$). Избыточная масса тела наиболее часто встречалась у женщин из числа пришлого населения (35 %) в сравнении с КМНС, проживающими в городе (23,3 %) и селе (18,6 %) (табл. 3).

Таблица 3

**Сравнительная характеристика массы тела
у беременных женщин обследуемых групп, % (n)**

Показатель	Группа 1 n = 43	Группа 2 n = 60	Группа 3 n = 100	p
Дефицит массы тела	4,7 (2)	11,7 (7)	0 (0)	$p_{(1-3), (2-3)} < 0,00$
Избыточная масса тела	18,6 (8)	23,3 (14)	35 (35)	
Ожирение	0 (0)	6,7 (4)	21 (21)	

Примечание: $p_{(1-3)}$, $p_{(2-3)}$ – статистическая значимость различий между обследуемыми группами; в скобках указаны группы, между которыми различия достоверны.

При анализе наружных размеров таза в исследуемых группах было выявлено статистически значимое уменьшение *distantia spinarum* 24,2 см (24,1–25,0) и *conjugata externa* 19,2 см (18,1–20,0) в группе КМНС, проживающих в селе (группа 1), в сравнении с КМНС в городе (группа 2) – 25,1 см (24,0–26,1) и 19,5 см (18,9–20,5) и группой пришлого населения



(группа 3) – 25,9 см (25,0–26,2) и 20,9 см (20,0–21,1) соответственно. *Distantia cristarum* была меньше у КМНС села (группа 1) – 26,1 см (25,2–28,1) и КМНС, проживающих в городе (группа 2), – 27,1 см (26,2–29,0) в сравнении с пришлым населением (группа 3) – 20,9 см (20,0–21,1), данные были статистически значимы при $p=0,02$ (поправка Бонфферони) (табл. 4).

Таблица 4

Сравнительная характеристика наружных размеров таза, Me (Q1-Q3)

Показатель	Группа 1 n=43	Группа 2 n=60	Группа 3 n=100	P
<i>Distantia spinarum</i> , см	24,2 (24,1–25,0)	25,1 (24,0–26,1)	25,9 (25,0–26,2)	$p_{(2-1)}=0,00$ $p_{(3-1)}<0,00$
<i>Distantia cristarum</i> , см	26,1 (25,2–28,1)	27,1 (26,2–29,0)	28,4 (28,0–29,2)	$p_{(3-1)}=0,00$ $p_{(3-2)}<0,00$
<i>Distantia trochanterica</i> , см	30,1 (30,0–31,0)	30,7 (31,1–32,0)	31,9 (31,1–32,0)	$p_{(3-1)}=0,00$ $p_{(3-2)}=0,02$
<i>Conjugata externa</i> , см	19,2 (18,1–20,0)	19,5 (19,2–20,5)	20,9 (20,0–21,1)	$p_{(3-1)}<0,00$ $p_{(3-2)}<0,00$

83

Примечание: $p_{(2-1)}$, $p_{(3-1)}$, $p_{(3-2)}$ – статистическая значимость различий между обследуемыми группами; в скобках указаны группы, между которыми есть статистическая значимость.

Преждевременными родами беременность завершилась у 11,7% женщин из числа КМНС, проживающих в городе (группа 2), в отличие от пришлых женщин (группа 3) – 4% и КМНС, проживающих в селе (группа 1), – 4,7% ($\chi^2 7,01$; d.f. 2; $p=0,04$). Кесарево сечение в группе КМНС, проживающих в городе (группа 2), встречалось чаще – у 16,7%, чем в группе пришлого населения (группа 3) – 7%, показатели были статистически значимы (табл. 5).

Таблица 5

Течение родов у обследуемых групп, % (n)

Показатель	Группа 1 n=43	Группа 2 n=60	Группа 3 n=100	P
Преждевременные роды	4,7 (2)	11,7 (7)	4 (4)	$p_{(2-3)}=0,01$
Запоздалые роды	0 (0)	8,3 (5)	2 (2)	
Самопроизвольные роды	83,7 (36)	63,3 (38)	87 (87)	
Кесарево сечение	11,6 (5)	16,7 (10)	7 (7)	

Примечание: $p_{(2-3)}$ – обозначает статистическую значимость различий между обследуемыми группами, в скобках указаны группы, между которыми есть статистическая значимость.

В исследуемых группах родоразрешение путем операции кесарева сечения проводилось по экстренным показаниям в связи с упорной сла-



бостью родовой деятельности, первичной и вторичной. Первичная слабость родовой деятельности с одинаковой частотой встречалась в группе КМНС, проживающих в селе, – 4,6% и в городе – 5%, в сравнении с пришлым населением – 1%. Вторичная слабость родовой деятельности чаще встречалась в группе КМНС в городе – 11,7% в сравнении с КМНС в селе – 7% и пришлым населением – 6%.

Метрические показатели у новорожденных имели статистически значимые отличия: рост, который составлял в среднем 49,8 (48,8–50,1) см у новорожденных КМНС жительниц села в отличие от КМНС, проживающих в городе, – 50,9 (49,3–52,2) см и у пришлого населения – 51,3 (50,0–53,2) см (табл. 6).

84

Таблица 6

Сравнительная характеристика антропометрических показателей новорожденных в исследуемых группах, Me (Q1-Q3)

Показатель	Группа 1 n=43	Группа 2 n=60	Группа 3 n=100	P
Рост, см	49,8 (48,8–50,1)	50,9 (49,3–52,2)	51,2 (50,0–53,2)	$p_{(2-1)}=0,01$ $p_{(3-1)}<0,00$
Масса тела, кг	3,2 (2,9–3,7)	3,3 (3,0–3,7)	3,3 (3,1–4,0)	=0,08
ОГК, см	33,8 (32,4–34,2)	34,3 (33,0–35,4)	35,1 (34,1–36,0)	$p_{(2-1)}=0,03$ $p_{(3-1)}<0,00$
ОГ, см	32,4 (31,5–32,8)	32,1 (31,9–32,9)	33,5 (32,2–33,9)	$p_{(3-1)}<0,00$

Примечание: $p_{(2-1)}$, $p_{(3-1)}$ – обозначает статистическую значимость различий между обследуемыми группами, в скобках указаны группы, между которыми есть статистическая значимость.

Однако масса тела новорожденных не имела существенных отличий и в среднем составляла у детей сельских жительниц 3,2 (2,9–3,7) кг, у городских – 3,3 (3,0–3,7) кг и у пришлых 3,3 (3,1–4,0) кг.

Сравнительная характеристика показателей окружности грудной клетки, окружности головы (ОГ) у новорожденных выявила статистически значимые отличия: так, у детей КМНС, проживающих в селе (группа 1), – 33,8 (32,3–34,2) см и в городе (группа 2) – 34,3 (33,0–35,4) см данные показатели были меньше, чем у пришлого населения (группа 3) – 35,1 (34,5–36,0) см. Окружность грудной клетки была статистически значимо меньше в группе КМНС, проживающих в селе (группа 1), – 33,8 (32,4–34,2) см и в городе (группа 2) – 34,3 (33,0–35,4) см в сравнении с группой пришлого населения, где этот показатель составил 35,1 (34,1–36,0) см.

При оценке показателей по шкале Апгар был выявлен более низкий балл на 1-й минуте жизни у детей КМНС, проживающих в городе (группа 2), – 7,3 балла (6,8–7,9) в сравнении с группой КМНС в селе (группа 1) – 7,9 балла (7,4–8,2) и пришлого населения (группа 3) –



7,8 балла (7,1–8,1). К 5-й минуте показатели у детей КМНС в городе (группа 2) – 7,7 балла (7,2–8,2) оставались значимо ниже, чем у КМНС, проживающих в селе (группа 1), – 8,4 балла (7,9–8,8) и пришлого населения – 8,1 балла (7,8–8,6) (табл. 7).

Таблица 7

**Сравнительная характеристика антропометрических показателей
и оценка новорожденных по шкале Апгар, Ме (Q1-Q3)**

Оценка по шкале Апгар, баллов	Группа 1 n = 43	Группа 2 n = 60	Группа 3 n = 100	P
На 1-й минуте	7,9 (7,4–8,2)	7,3 (6,8–7,9)	7,8 (7,1–8,1)	$p_{(3-2), (1-2)} = 0,00$
На 5-й минуте	8,4 (7,9–8,8)	7,7 (7,2–8,2)	8,1 (7,8–8,6)	$p_{(1-2), (3-2)} = 0,02$

85

Примечание: $p_{(3-2)}$, $p_{(1-2)}$, $p_{(3-2)}$ – статистическая значимость различий между обследуемыми группами, в скобках указаны группы, между которыми есть статистическая значимость.

В группе КМНС, проживающих в городе (группа 1), был зарегистрирован один случай тяжелой асфиксии новорожденного (преждевременные роды на сроке 33 недель гестации), что не превышало среднепопуляционных показателей.

Обсуждение

Ростовые показатели КМНС, проживающих в городе, – 163,2 (158,1–162,0) см были приближены к показателям пришлого населения и значимо отличались от показателей женщин из числа КМНС, проживающих в селе. *Distantia cristarum* у данной группы была также больше, чем у жительниц села. Все эти изменения свидетельствует о влиянии процессов урбанизации на костный таз этносов.

В группе КМНС в городе чаще, чем в других группах, встречался дефицит массы тела – у 11,7% женщин, что связано с изменением пищевого рациона. Также было выявлено увеличение роста, генетические особенности коренных малочисленных народов севера – невысокий рост. У жительниц города из числа КМНС окружность бедер и талии была больше, чем у КМНС в селе.

В группе беременных женщин из числа коренных малочисленных народов севера, проживающих в городе, статистически значимо чаще встречались преждевременные роды у 11,7% женщин: на сроке 28–33 недели и 6 дней – 1,7%, на сроке 34–36 недель и 6 дней – 10%.

В группе 2 (КМНС, проживающие в городе) в процессе родовой деятельности отмечалась высокая частота слабости родовой деятельности у 21,7% женщин, что нередко было основной причиной экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения, – 16,7%.

Новорожденные у женщин из числа КМНС, проживающих в городе (группа 2), – 50,9 (49,3–52,2) см, отличались от новорожденных при-



шлого населения (группа 3) – 51,2 (50,0–53,2) см – достоверно меньшими ростовыми показателями, однако данные показатели были выше, чем у КМНС в селе – 49,8 (48,8–50,1) см.

В группе новорожденных у КМНС, проживающих в городе, была более низкая оценка по Апгар при родоразрешении как на первой, так и на пятой минутах жизни по сравнению с детьми КМНС, проживающих на стойбищах и в селе.

Заключение

Урбанизации более всего подвержены женщины, так как они чаще переезжают из поселков в города, стремятся получить среднее и высшее образование, существенным фактором является замужество. Тем самым женщины попадают в сложные для социальной адаптации условия и оказываются оторванными от привычной среды, традиционных пищевых продуктов, и это сказывается прежде всего на массо-ростовых показателях. Нередко у женщин из числа КМНС, мигрировавших в город, были диагностированы нарушения физиологических процессов во время беременности (преждевременные роды у 11,7 %) и в родах (упорная слабость родовой деятельности у 21,7 %) [15–17], что требует дальнейшей разработки профилактических и оздоровительных мер в этой когорте женщин.

Выводы

Процесс урбанизации и связанное с ним изменение образа жизни коренного малочисленного народа Севера негативно повлияли на течении беременности, родов и послеродового периода, что проявилось в увеличении частоты преждевременных родов и оперативного родоразрешения в связи с аномалиями родовой деятельности.

Изменение в рационе питания и отказ от традиционных пищевых продуктов отразились на антропометрических показателях у женщин из числа коренного малочисленного народа Севера и новорожденных.

Список литературы

1. Гурьева А.Б. Антропометрическая характеристика физического статуса женщин-европеоидов 36–75 лет Республики Саха (Якутия) // Дальневосточный медицинский журнал. 2011. №4. С. 80–82.
2. Коренные малочисленные народы Севера Ханты-мансийского автономного округа – Югра. URL: <http://kmns.admhmao.ru/> (дата обращения: 24.04.2022).
3. Урбанизация и малочисленные народы Севера Республики Саха (Якутия) / Ф.С. Донской, А.Г. Попова, Е.С. Романова [и др.]. Якутск, 2001.
4. Захарова Т.Г., Петрова М.М., Кашина М.А. Репродуктивное здоровье женщин малочисленных коренных народов Крайнего Севера // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. №3. С. 30–34.
5. Lenzi A. Why urbanisation and health? // Acta Biomed. 2019. Vol. 90, №2. P. 181–183. doi: 10.23750/abm.v90i2.8354.



6. Попова М.А., Палюшкевич А.С., Граудина В.Е. Формирование метаболических нарушений коренных малочисленных народов Севера финно-угорской группы в условиях урбанизации // Современные проблемы науки и образования. 2017. №5. С. 132.

7. Козлов А.И. Изменение генофонда северных популяций: «закат этносов» или формирование новой адаптивной группы? // Вестник археологии, антропологии и этнографии. 2014. №3 (26). С. 99–107.

8. Поворознюк О.А., Функ Д.А. Урбанизация и коренные народы Севера: введение к теме номера // Этнографическое обозрение. 2016. №1. С. 5–9.

9. Дятлов В.И., Григоричев К.В. Сибирь: динамика этнизации городского пространства переселенческого общества // Известия Иркутского государственного университета. Сер.: Политология. Религиоведение. 2014. Т. 10. С. 8–19.

10. Loder R. T., Shafer C. The demographics of developmental hip dysplasia in the Midwestern United States (Indiana) // J. Child Orthop. 2015. Vol. 9 (1). P. 93–8. doi: 10.1007/s11832-015-0636-1.

11. Capon A. Harnessing urbanization for human wellbeing and planetary health // Lancet Planet Health. 2017. Vol. 1 (1). P. e6-e7. doi: 10.1016/S2542-5196(17)30005-0.

12. Gallegos-Carrillo K., Belcher B. R., Dunton G. F. et al. US/Mexico Study of Joint Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior on Anthropometric Indicators, Migration Status, Country of Birth and Country of Residence // Int J Environ Res Public Health. 2018. Vol. 17; 15 (6) P. 1283. doi: 10.3390/ijerph15061283.

13. Шинкарук Е.В., Агбалян Е.В., Сычева Л.П. Цитогенетический статус коренного и пришлого населения в Ямало-Ненецком автономном округе // Гигиена и санитария. 2016. Т. 95, №2. С. 140–144. doi: 10.18821/0016-9900-2016-95-2-140-144.

14. Демографический понятийный словарь / под ред. А.А. Рыбаковского. М., 2003. С. 221–222.

15. Медико-экологические основы формирования, лечения и профилактики заболеваний у коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа: метод. пособие для врачей / В.И. Хаснулин, В.Д. Вильгельм, М.И. Воевода [и др.]. Новосибирск, 2004.

16. Будущее Арктики начинается здесь: сб. матер. II Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Апатиты, 2018.

17. Ценципер, М.И., Аникин А.И., Самович И.И. Роль урбанизации в исходе беременности // Актуальные вопросы радиационной и экологической медицины, лучевой диагностики и лучевой терапии: сб. матер. I межвузовской науч.-практ. интернет-конференции студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых / отв. ред. В.А. Снежицкий. Гродно, 2017. С. 146–148.

Об авторах

Лариса Алексеевна Чегус — канд. мед. наук, Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Россия.

E-mail: lchegus@mail.ru

ORCID: 0000-0002-9698-8038

Алина Викторовна Соловьева — д-р мед. наук, проф., Российский университет дружбы народов, Россия.

E-mail: av_soloveva@mail.ru

ORCID: 0000-0001-6711-1563



The authors

Dr Larisa A. Chegus, BU «Khanty-Mansiysk State Medical Academy», Russia.
E-mail: lchegus@mail.ru
ORCID: 0000-0002-9698-8038

Prof. Alina V. Solovieva, Peoples' Friendship University of Russia of the Ministry
of Education and Science of Russia, Russia.
E-mail: av_soloveva@mail.ru
ORCID: 0000-0001-6711-1563