

процессах, общность которых заключается во внесосудистом инфицировании крови. В связи с этим, поиск эффективных препаратов, блокирующих на системном уровне описанные процессы - следует считать весьма актуальным.

Таким образом, тяжесть течения и высокая летальность при инфицированном гемоперитонеуме обусловлена микробially детерминированным процессом эндогенного синтеза метгемоглобина и гем-NO, показатели которых коррелируют с клинической картиной РГП и его исходами. Повышения эффективности санации брюшной полости от инфицированных сгустков крови можно добиться сочетанным применением традиционных мероприятий в процессе программированных релапаротомий и мощных фибринолитических свойств иммобилизованных протеиназ.

Литература

1. Григорьев Е.Г., Коган А.С. Хирургия послеоперационного перитонита. - Иркутск, 1996. - 213 с.
2. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника. - М., 1971. - 271 с.
3. Нечаев Е.В. Сочетанное применение физических и химических методов санации брюшной полости в лечении разлитого гнойного перитонита: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - Иркутск, 1998. - 24 с.
4. Расулов Р.К. Хирургия сочетанных повреждений магистральных сосудов живота: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - Иркутск, 1998. - 24 с.
5. Садохина Л.А. Исследование маркеров эндогенного синтеза окиси азота при распространенном гнойном перитоните: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - Иркутск, 1998. - 20 с.
6. Фадеева Т.В. Закономерности микробной контаминации при гнойном перитоните и механизмы эффективности регионарного протеолиза иммобилизованными протеиназами: Автореф. дисс.... канд. биол. наук. - Иркутск, 1998. - 23с.
7. Fukatsu K., Saito H., Han I., Furukawa S. et al. Nitric oxide donor decreases neutrophil adhesion in both lung and peritoneum during peritonitis // J.Surg.Res. - 1998. - Vol.74. - N 2. - P. 119-124.
8. Hoizmann A. Nitric oxide and sepsis // Respir.Care Clin.N.Am. - 1997. - Vol.3. - N 4. - P.537-550.
9. Pawloski J.R., Swaminathan R.V., Stamler J.S. Cell-free and erythrocytic S-nitrosohemoglobin inhibits human platelet aggregation // Circulation. - 1998. - Vol.97. - N 3. - P. 263-267.
10. Said S.I., Berisha H.I., Pakbaz H. Excitotoxicity in the lung: N-methyl-D-aspartate-induced, nitric oxide-dependent, pulmonary edema is attenuated by vasoactive intestinal peptide and by inhibitors of poly (ADP-ribose) polymerase // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. - 1996. - Vol.93. - N 10. - P. 4688-4692.
11. Yull A., Abrams J., Davis J. // Цит. по Ю.М. Дедерер. - 1971.

CAUSES OF PERITONITIS SEVERITY AS A RESULT OF INFECTED HEMOPERITONEUM

E.G. Grigoryev, A.S. Kogan, R.I Rasulov,
T.V. Fadeeva, L.A. Sadokhina, V.L. Marchenko,
S.A. Kolmakov

(Irkutsk Institute of Surgery, Russian Academy of Medical Sciences)

One of the previously unknown reasons of severe course of peritonitis due to the infected hemoperitoneum is the microbially determined process of forming highly toxic methemoglobin and hem-NO. Concentration of these compounds in the intestinal contents and erythrocytes, as well as in peritoneal exudate correlates with the severity of the disease and outcome. Application of prolonged abdominal proteolysis with the immobilized proteinases (imozi-maza) in the complex of medical measures based on the programmable abdominal debridement provides lysis of infected blood clots and evacuation of infect and toxins via the drainage systems.

© ШПРАХ В.В., ЧЕРНЯВСКИЙ В.В., ТАТАРИНОВА М.Б., ШАЛАМОВА И.В. -1999
УДК 616.13-004.6-007.271:615.214.31

ПРИМЕНЕНИЕ ТАНАКАНА У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В.В. Шпрах, В.В. Чернявский, М.Б. Татарина, И.В. Шаламова

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – член-корр. РАМН, проф. А.А. Дзизинский, кафедра невропатологии и нейрохирургии, зав. - проф. В.В. Шпрах, кафедра клинической ангиологии и сосудистой хирургии, зав. - доц. В.В. Чернявский).

Резюме. Проводилось клинико-лабораторное исследование эффективности танакана у 30 мужчин в возрасте 40-74 лет с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии атеросклеротического генеза в сочетании с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. Танакан принимали по 1 таблетке три раза в день в течение трех месяцев. В период лечения танаканом другие вазоактивные, ноотропные и антиагрегантные препараты не использовались. До назначения танакана и после завершения курса лечения больным проводились клиническое, неврологическое и экспериментально-психологическое исследование, реоэнцефалография, ультразвуковая доплерография экстра- и интрацеребральных артерий, а также задних большеберцовых артерий. Танакан оказывал положительное воздействие на субъективные проявления, как цереброваскулярной патологии, так и облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей.

В настоящее время атеросклероз рассматривают в рамках системного заболевания с преимущественным поражением нескольких сосудистых бассейнов [1]. При мультифокальном атеросклерозе группа больных с сочетанным атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей и сонных артерий является наиболее многочисленной [2]. Лечение ишемического синдрома в условиях сочетанного атеросклеротического поражения представляет определенные трудности. Целесообразным представляется применение лекарственных средств, оказывающих положительный клинический и гемодинамический эффекты на смежные сосудистые регионы. Особый интерес в этом плане представляют препараты, сочетающие в себе вазоактивные, антиагрегантные и антигипоксантами свойства. Таким спектром действия обладает танакан, представляющий собою экстракт из листьев реликтового дерева Гинкго билоба [3,4]. Отмечен положительный клинический эффект танакана у больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью [5,6] и у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей [7]. Однако в доступной нам литературе мы не встретили сообщений, касающихся применения танакана при сочетанном атеросклеротическом поражении артерий головного мозга и нижних конечностей.

Материалы и методы

Нами проведено клинико-инструментальное исследование эффективности танакана у 30 больных мужчин в возрасте 40-74 лет с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии атеросклеротического генеза в сочетании с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей. Больных молодого возраста (до 45 лет) было 8 (26,7%), среднего (45-59 лет) - 19 (63,3%), пожилого (60-74 года) - трое (10%) человек. Оклюзионно-стенозирующие поражения магистральных артерий головы выявлялись у 24 (78,9%) больных, причем у 5 (20,8%) из них стенозы были гемодинамически значимыми. Хроническая ишемия нижних конечностей IIА стадии в соответствии с классификацией Фонтена (максимально проходимое расстояние более 200 м) была у 14 (46,6%), IIБ стадии (максимально проходимое расстояние менее 200 м) - у 16 (53,4%) больных. С магистральным уровнем окклюзий артерий нижних конечностей (поражение аорто-подвздошно-бедренных сег-

ментов) было 12 (40%) больных, с дистальным - 2 (6,7%), со смешанным - 16 (53,3%) больных. 11 (36,6%) больных в прошлом были прооперированы по поводу облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. У 9 (47,4%) больных имелась ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 9 (47,4%) - заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, гастриты), у 4 (21%) - артериальная гипертензия (АГ танакан). Танакан назначали по одной таблетке (40 мг) 3 раза в день в течение трех месяцев. В период лечения танаканом другие вазоактивные, ноотропные и антиагрегантные препараты не использовались.

Степень выраженности основных субъективных проявлений дисциркуляторной энцефалопатии (головная боль, головокружение, шум в голове, повышенная умственная утомляемость, нарушение сна) оценивали по 5-балльной шкале: 0 баллов - отсутствие жалобы, 1 балл - возникновение не чаще 2 раз в месяц, 2 балла - возникновение чаще 2 раз в месяц, 3 балла - жалоба беспокоит большую часть времени, 4 балла - присутствует постоянно.

Эффект лечения у каждого больного оценивали по 4-балльной шкале: отсутствие эффекта, незначительное улучшение (уменьшение степени выраженности 1-2 жалоб), умеренное улучшение (исчезновение хотя бы 1 жалобы и снижение степени выраженности остальных жалоб), значительное улучшение (исчезновение 2 и более жалоб и снижение степени выраженности остальных).

Для углубленного анализа динамики основных церебральных жалоб на фоне проводимой терапии определяли индекс эффективности влияния танакана на тот или иной субъективный неврологический симптом. Степень изменения симптома у каждого больного оценивали по 4-балльной шкале: усиление (- 1 балл), без изменений (0 баллов), уменьшение (1 балл), исчезновение (2 балла), а индекс эффективности определяли как средний групповой бал.

Больным проводилось экспериментально-психологическое исследование, включающее пробу на запоминание 10 слов, счет по таблицам Шульте, корректурную пробу Бурдона с вычислением показателя внимания A в % по формуле $A = (V/M + 1) \times 100\%$, где V - скорость просмотра, определяемая отношением количества просмотренных знаков ко времени выполнения задания

(в секундах), М - количество ошибок. Реоэнцефалографию (РЭГ) регистрировали по методике И.В. Соколовой и др. (1982) с выделением артериальной и венозной компонент в стандартных фронтотастоидальном и окципитотастоидальном отведениях. Рассчитывались дикротический и диастолический индексы, отражающие периферическое сосудистое сопротивление (ПСС) на уровне мелких артерий и вен соответственно.

Больным выполнялась ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы (УЗДГ), с вычислением индекса циркуляторного сопротивления (ИЦС) по формуле $ИЦС = V_c - V_{kd} / V_c$, где V_c - максимальная систолическая скорость в м/с, V_{kd} - конечная диастолическая скорость в м/с.

С помощью УЗДГ измерялось артериальное давление (АД) на задних большеберцовых артериях и вычислялся лодыжечно-плечевой коэффициент (ЛПИ) по формуле: $ЛПИ = АД_c / АД_{ЗББА}$, где $АД_c$ - систолическое системное АД, а $АД_{ЗББА}$ - систолическое АД, измеренное на задних большеберцовых артериях.

Проводили субъективную оценку максимального проходимого расстояния, то есть расстояния, проходимого больным облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей до появления боли.

Все вышеуказанные методы исследования выполнялись больным до назначения и по завершению курса лечения.

Результаты и обсуждение

Больные жаловались на головные боли, головокружение, ухудшение памяти, повышенную умственную утомляемость, снижение работоспособности, шум в голове и ушах, плохой сон. В неврологическом статусе у больных выявлялись рефлексы орального автоматизма, недостаточность конвергенции глазных яблок, асимметрия черепно-мозговой иннервации и глубоких рефлексов, патологические кистевые и стопные рефлексы, умеренно выраженные вегетативные нарушения.

Исходные показатели экспериментально-психологического исследования отражали снижение памяти, внимания, умственной работоспособности: больные запоминали в среднем $8,5 \pm 0,3$ слов к 4-му повторению; затрачивали на 1 таблицу Шульте $51,5 \pm 5,1$ сек; показатель умственной работоспособности составил $22,4 \pm 6,5\%$.

При визуальном анализе исходных РЭГ отмечалось увеличение времени подъема анакроты, сглаженность дикротического зубца и приближение его к вершине, уплощение последней, уменьшение на катакоте дополнительных волн, признаки затруднения венозного оттока (пресистолическая венозная волна и выпуклая катакрота). Выявлялось повышение тонуса сосудов мелкого и среднего калибра (соотношение В/А составило $144,4 \pm 15,2$), снижение амплитуды артериальной компоненты ($0,05 \pm 0,01$ Ом). Индекс циркуляторного сопротивления и лодыжечно-плечевой коэффициент составляли в среднем $0,63 \pm 0,025$ и $0,62 \pm 0,05$.

В результате лечения субъективное улучшение выявлялось у всех больных с дисциркуляторной энцефалопатией: умеренное улучшение субъективных проявлений отмечено у 27 (90%) больных, а у 3 (10%) больных наступило значительное улучшение. Средний балл основных субъективных проявлений дисциркуляторной энцефалопатии достоверно снизился с $0,83 \pm 0,09$ в начале лечения до $0,3 \pm 0,03$ к моменту завершения курса лечения ($p < 0,001$). Исчезали или значительно уменьшались головные боли, головокружение, шум в ушах и голове, утомляемость, раздражительность, улучшались память, настроение и сон. Индекс клинической эффективности влияния танакана на основные церебральные жалобы (головную боль, головокружение, шум в голове, нарушения сна, умственная утомляемость) был $1,9 \pm 0,08$; $0,85 \pm 0,17$; $1,6 \pm 0,1$; $1,7 \pm 0,17$; $1,45 \pm 0,1$ соответственно. Таким образом, наибольшему положительному воздействию препарата подверглись головная боль, шум в голове, нарушения сна. Повторное экспериментально-психологическое исследование выявило тенденцию к улучшению памяти, внимания, повышению умственной работоспособности на фоне применения танакана (табл. 1).

На динамику рассеянных органических неврологических симптомов танакан существенно-го влияния не оказывал.

Значительное улучшение субъективных проявлений облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей на фоне лечения танаканом было отмечено у 14 (46,8%) больных, из них у 5 (35,7%) - с магистральным типом, у двоих (14,3%) - с дистальным, у 7 (50%) - со смешанным типом окклюзий артерий нижних конечностей; умеренное улучшение - у 11 (36,6%); без перемен - у 5 (16,6%) больных. У 27 (90%) больных наблюдалось увеличение расстояния, проходимого до появления боли, причем увеличение этого расстояния на 100% и более отмечено у 16 из них. У двух пациентов при значительном улучшении субъективных показателей не отмечено увеличения максимально проходимого расстояния. У двух пациентов со IIА стадией наряду со значительным улучшением субъективных проявлений облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей отмечено значительное улучшение и субъективных проявлений цереброваскулярной патологии. Сравнительный анализ показателей реоэнцефалограммы до и после применения та-

Таблица 1.
Изменение показателей экспериментально-психологического исследования в процессе лечения танаканом ($M \pm m$)

Показатели	До лечения (n= 30)	После лечения (n= 30)	p
Корректирующая проба Бурдона (%)	$33,6 \pm 4,8$	50 ± 13	$>0,05$
Таблицы Шульте (в сек.)	$51,5 \pm 5,1$	$47,4 \pm 4,3$	$>0,05$
Исследование памяти (количество слов)	$8,5 \pm 0,3$	$9,3 \pm 0,2$	$>0,05$

накану выявил статистически достоверное увеличение кровенаполнения головного мозга после завершения курса лечения (амплитуда артериальной компоненты увеличилась до $0,11 \pm 0,0007$ Ом). При этом имелась также тенденция к снижению периферического сосудистого сопротивления (табл.2).

Нами не выявлены те или иные закономерности изменения показателей индекса циркуляторного сопротивления в целом по группе больных. Однако углубленный анализ показал, что динамика этих показателей достоверно зависела от их исходных значений. По нашим данным, уменьшение индекса циркуляторного сопротивления наблюдалось у больных с исходными его значениями, близкими к нормальным. Напротив, повышение индекса циркуляторного сопротивления отмечалось при его сравнительно низких исходных значениях. Наиболее достоверные изменения определялись при исследовании надблоковых артерий, которые относятся к категории внутримозговых. Эта разнонаправленная динамика показателей индекса циркуляторного сопротивления не зависела от степени выраженности окклюзионно-стенозирующих поражений магистральных артерий головы и определялась, вероятно, состоянием интрацеребральной гемодинамики. Теоретически уменьшение показателей индекса циркуляторного сопротивления должно отражать положительный гемодинамический эффект танакана, однако и повышение их на исходно сниженном фоне может свидетельствовать о компенсаторном характере сосудистых реакций.

В результате лечения танаканом отмечалось повышение лодыжечно-плечевого коэффициента до $0,86 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), причем у больных со IIА стадией он достигал нормальных значений, однако степень прироста оказалась больше у пациентов со IIБ стадией (на 20% и на 66% соответственно). У больных со смешанным типом окклюзии артерий нижних конечностей намечалась тенденция к более выраженному увеличению лодыжечно-плечевого коэффициента, несмотря на сравнительно более низкие исходные показатели последнего (увеличение лодыжечно-плечевого коэффициента составило 55% и 18% соответственно).

Артериальное давление на фоне лечения танаканом достоверно снизилось со $141,6 \pm 5,1$ мм.рт.ст. до $126,1 \pm 4,9$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$).

В процессе лечения танаканом у троих (10%) больных отмечались побочные эффекты. При

Таблица 2.
Изменение показателей реоэнцефалограммы в процессе лечения танаканом ($M \pm m$)

Показатели	До лечения (n= 30)	После лечения (n= 30)	p
A, Ом	$0,05 \pm 0,0005$	$0,11 \pm 0,0007$	$< 0,001$
B/A, %	$144 \pm 15,2$	$118,6 \pm 7,8$	$> 0,05$
Дикротический индекс, %	$124 \pm 10,5$	$111 \pm 7,9$	$> 0,05$
Диастолический индекс, %	$107,7 \pm 7,2$	$93,8 \pm 7,9$	$> 0,05$

этом у двоих больных возникли желудочно-кишечные расстройства, появление которых не требовало отмены препарата (в анамнезе у них были гастрит и язвенная болезнь желудка), у одного больного произошло обострение хронического панкреатита, заставившее прекратить прием танакана спустя 2,6 месяца.

Таким образом, проведенные нами исследования показали значительную эффективность танакана при лечении больных с ранней дисциркуляторной энцефалопатией в сочетании с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. Клинический эффект препарата заключался, главным образом, в устранении или значительном уменьшении субъективных проявлений дисциркуляторной энцефалопатии и облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. В то же время выявлялись положительные изменения кровенаполнения мозга и нижних конечностей.

TANAKAN'S APPLICATION IN PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY AND OBLITERATIVE ATHEROSCLEROSIS OF LOW EXTREMITIES ARTERIES

V.V. Shprakh, V.V. Chernyavskiy,
M.B. Tatarinova, I.V. Shalamova

(Irkutsk State Institute of Physician's Improvement)

The clinical-laboratory investigation of Tanakan's efficiency in 30 men ages from 40 to 74 with discirculatory encephalopathy stage I and obliterative atherosclerosis of low extremities arteries was conducted. Tanakan was used by 1 tablet 3 times a day during 3 months. In this period other vasoactive, nootrope or antiagregative preparations wasn't used. Before and after the treatment patients were exposed to clinical, neurological, experimental-psychological investigation, reoencephalography, ultrasound dopplerography of extra- and intracerebral arteries and also of arteries tibialis posterior. Tanakan was shown positive effect on subjective symptoms of cerebrovascular pathology and obliterative atherosclerosis of low extremities arteries.

Литература

- Карпов Р.С. Сочетанные формы атеросклеротического поражения коронарных и магистральных артерий: особенности диагностики и лечения // Клинич. медицина. - 1991. - №1. - С. 8-12.
- Москов Д.В., Мызников А.В. Ультразвуковое дуплексное сканирование в диагностике окклюзионно-стенотических поражений сонных артерий у больных с распространенным атеросклерозом // Научная конференция с международным участием: Тез. докл. - Томск, 1993. - С. 27-28.
- Auguet M., Defeudis F.V., Clostre F. Effect of Ginkgo biloba on arterial smooth muscle responses to vasoactive stimuli // Gen. Pharmac. - 1982. - Vol. 13. - P. 169-171.
- Auguet M., Clostre F. Effects of extract of Ginkgo biloba and diverse substances on the phasic and tonic components of the contraction of an rabbit isolated aorta // Gen. Pharmac. - 1983. - Vol. 14. - №2. - P. 277-280.
- Arrigo A. Treatment of chronic cerebrovascular insufficiency with Ginkgo biloba extract // Therapiewoche. - 1986. - Vol. 36. - P. 5208-5218.

6. Hofferberth B. Effect of Ginkgo biloba extract on neurophysiological and psychometric findings in patients with cerebro-organic syndrome// *Arzneimittelforschung*.- 1989. -Vol. 39. - P. 918-922.

7. Frileux Cl., Cope R. L'extrait concentre de Ginkgo biloba dans les troubles vasculaires peripheriques// *Cahiers d'Arteriologie de Royat*.- 1975. - Vol. 3. - P. 117-122.

© СМЕРНОВА С.В., ЕГОРОВА Т.А. - 1999
УДК 616.211-002-056.1(571.512)

АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РИНОСИНУСОПАТИЯ У КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭВЕНКИИ

С.В. Смирнова, Т.А. Егорова

(Институт медицинских проблем Севера СО РАМН, директор – д.м.н., проф. В.Т. Манчук)

Резюме. Целью настоящего исследования было изучение заболеваемости аллергическим ринитом населения Эвенкии. Сенсибилизация устанавливалась анамнестически, кожными пробами, определением специфических иммуноглобулинов Е, элиминационными и провокационными тестами. Применялись дифференциально-диагностические критерии аллергии и псевдоаллергии. Показано широкое распространение аллергического ринита. Получены статистически достоверные различия распространенности аллергического ринита в зависимости от этнической принадлежности. Структурные показатели патогенетических вариантов риносинусопатии имеют некоторые различия в зависимости от пола и этнической принадлежности.

Аллергические заболевания весьма распространены. За последние 50 лет частота аллергии возросла в 10 раз. Причины роста распространенности аллергических заболеваний не совсем ясны. Часто рост распространенности аллергии связывают с изменением экологической обстановки, а аллергические заболевания определяют как "болезни цивилизации" [1]. Одним из распространенных проявлений аллергии являются риниты в чистом виде, либо в сочетании с конъюнктивитом и другими клиническими проявлениями. Последние 15 лет характеризуются почти двукратным увеличением случаев поллиноза [7], одним из клинических проявлений которого является ринит в чистом виде, либо в сочетании с конъюнктивитом. При изучении распространенности аллергических заболеваний по этиологическому признаку ведущей аллергопатологией в Казахстане признан поллиноз - 57,8% в структуре аллергических заболеваний [6]. Частота встречаемости сенной лихорадки у обратившихся к врачу: в Дании — 11, в Великобритании — 20 и в Австралии — 86 на 1000 человек [8]. Распространенность аллергического ринита в Японии — от 12,1 до 36,2% [12], в Италии — 15,2% [11]; риноконъюнктивального синдрома в различных районах Финляндии колеблется от 15 до 25% [10], Швеции — 14,3% [9].

Таким образом, аллергический ринит является широко распространенным аллергическим заболеванием во всем мире. Увеличение частоты аллергического ринита (риносинусопатии), в значитель-

ной степени объясняется тем, что слизистая оболочка полости носа вступает в непосредственный контакт с различными факторами окружающей среды, в том числе с аэроаллергенами и псевдоаллергенами (ирританты, холод, тепло и т.п.).

До настоящего времени нет полных данных о распространенности аллергических заболеваний и, в частности, аллергического ринита по всей территории России и СНГ.

Материалы и методы

Нами проведено изучение распространенности аллергической риносинусопатии среди взрослого населения Крайнего Севера. Обследовано коренное и пришлое население Илимийского и Байkitского районов Эвенкии (посёлки — Байkit, Полигус, Суринда, Эконда, Чиринда, Суломай, Куюмба, Ванавары), проживающее в бассейне рек Подкаменная Тунгуска и Хатанга — 4770 человек (в возрасте от 15 до 70 лет). В структуре обследованного населения выделены пришлые — 3522 (мужчин — 1911, женщин — 1611) и коренные жители — 1248 (мужчин — 594, женщин — 654). Учитывая различную этническую принадлежность обследованных жителей Эвенкии (пришлые — европеоиды, из которых 2,5% староверов; коренные — из которых 86,5% эвенков, 5,9% кетов, 2,6% якутов, 5,0% метисов), сравнительный анализ исследований проведён не только между общими группами пришлого и коренного населения, а также между европеоидами (русские, украинцы, белорусы — n=3435) и монголоидами (эвенки — n=1080).