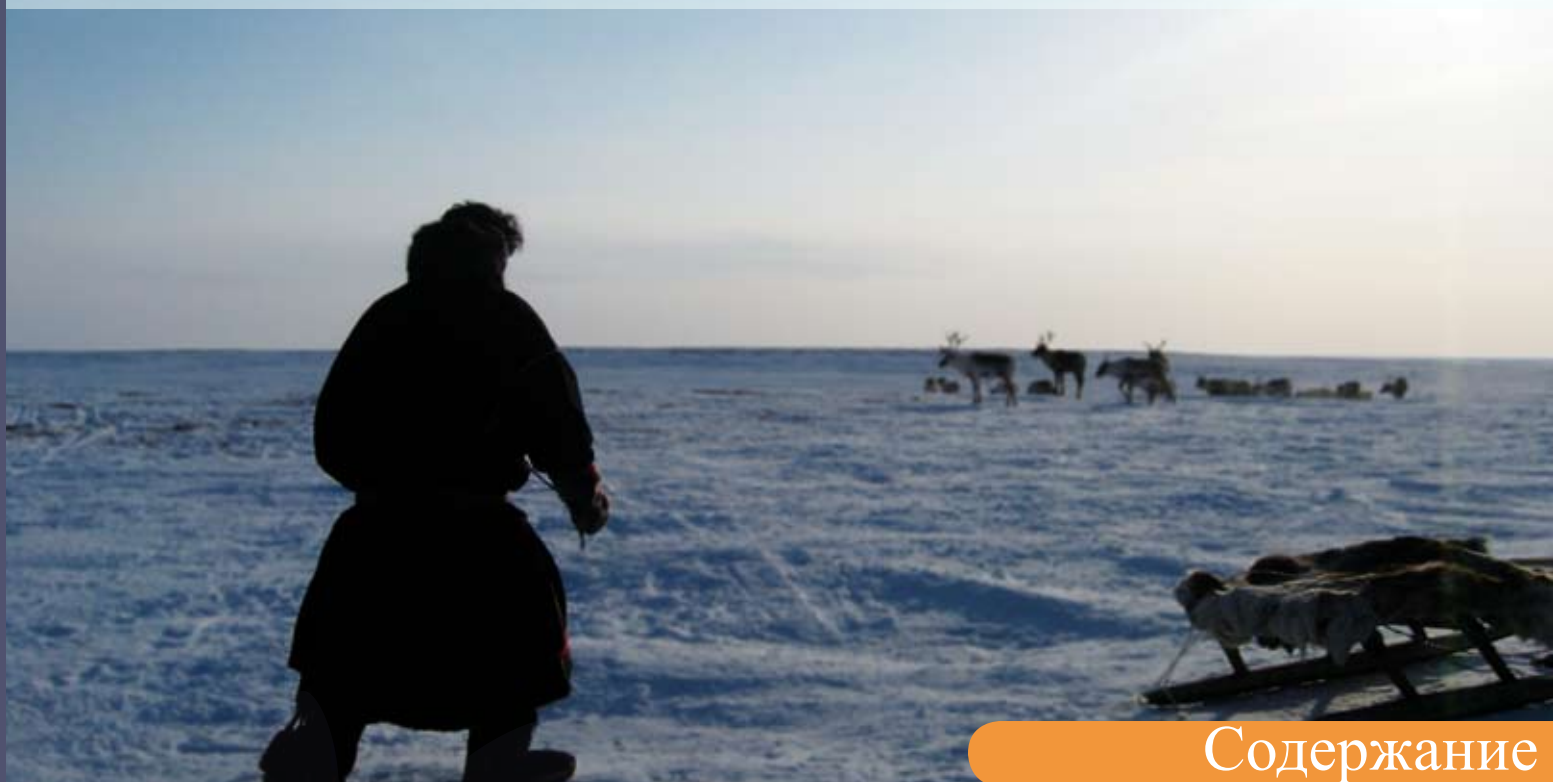


Программы по “общинному здоровоохранению”



Информационный бюллетень №4
Дек. 2008

В фокусе: туберкулез



Содержание

 *Коренные малочисленные народы севера Якутии*


#3

 *Презентация программы для международных организаций*

#1

 *В фокусе: Туберкулез*

#7

 *Развитие программ для коренных малочисленных народов в России*

#5

 *Коренное население Аляски. Борьба с туберкулезом*

#9

Если Вас заинтересовал этот информационный бюллетень, подписывайтесь! mdm@aha.ru
Передавайте его всем, кого может заинтересовать данная тема. Спасибо!



Презентация для международных организаций

15 сентября 2008 года в Москве в здании Посольства Франции состоялась презентация программы «Доступ к медицинской помощи для жителей удаленных территорий Сибири и Севера РФ».

Узнать о специфических проблемах оказания медицинской помощи в условиях Крайнего Севера и о результатах работы программы подготовки санитарных помощников пришли представители Европейской Комиссии, посольства Канады, Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), Агентства ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), международной организации «Врачи без границ – Бельгия», Фонда «Российское здравоохранение» и «Открытого института здоровья».



Участники встречи в Посольстве Франции 15.09.2008

Мероприятие, согласно уже сложившейся традиции, было открыто представителем Посольства Франции Жюли Крикорян. В Москву были приглашены врачи из Франции А. Депланк-Леперр и П. Гибе и доцент Северного государственного медицинского университета Л. Зубов (Архангельск).

Армель Депланк-Леперр начала с того, что рассказала, в общих чертах, о подходах, на которых строится работа ассоциации ВРАЧИ МИРА и о концепции «общинного здравоохранения», которая лежит в основе работы, проводимой с жителями труднодоступных северных территорий. Она рассказала о том, как появились первые санитарные помощники в России и каким образом была с самого начала организована их работа на Ямале, каким образом программа развилась за последние годы и как менялись ее приоритеты от охраны материнства и детства до алкоголизма и туберкулеза.

Леонид Зубов представил последние данные, демонстрирующие состояние здоровья взрослого и детского кочевого населения Канинской тундры, которые были получены в ходе последней экспедиции «Красный чум». Помимо клинических данных, в своей презентации Леонид Зубов четко определил те системные проблемы, которые характеризуют ситуацию с оказанием лечебной и профилактической помощи коренным жителям Крайнего Севера Франции.





Презентация для международных организаций (2)

Леонид Зубов

«Большинство местных программ поддержки коренных малочисленных народов включает такой компонент как распространение медицинских аптек. Эти аптечки в День оленевода получают все, как государственные, так и негосударственные, оленеводческие и рыболовные бригады. Этот вид помощи тундровому населению стал бы, безусловно, гораздо эффективнее, если бы аптечки формировались:

- с учетом количества людей в бригаде и ее возрастного состава (хотя бы количества детей), структур выявленной патологии и наиболее часто встречающиеся острые заболевания,
- с учетом возможности хранения медикаментов в неблагоприятных климатических условиях, а также были бы снабжены доступными и подробными памятками – ведь кочевое население обладает низким уровнем информированности о лекарственных средствах и том, при каких заболеваниях и в каких дозировках их можно применять. В качестве примера такого доступного для представителей кочевого населения, но в то же время подробного справочника можно привести пособие для санитарных помощников, изданного Ассоциацией ВРАЧИ МИРА в 2007 году».



Леонид Зубов за работой в Канинской тундре

Следующая часть встречи была посвящена проблеме алкоголизма. Французский психиатр-нарколог Пьер Гибе рассказал о французской системе помощи людям, злоупотребляющим алкоголизмом и проекте ассоциации ВРАЧИ МИРА в Монголии, опыт которого будет использован в пилотной программе в партнерских регионах.

Все участники согласились с тем, что проблемы малочисленных коренных народов заслуживают пристального внимания со стороны организаций и агентств, работающих в сфере организации здравоохранения в Российской Федерации. На сегодняшний день население труднодоступных территорий крайне редко упоминается при обсуждении федеральной политики в отношении туберкулеза, ВИЧ-инфекции и алкоголизма, в то время как эти заболевания представляют реальную угрозу для коренных малочисленных народов.

Все участники встречи выразили надежду на дальнейшее сотрудничество, направленное на развитие программ улучшения доступа к медицинским услугам для жителей удаленных территорий.





Коренные малочисленные народы севера Якутии

Краткий демографический обзор

Т.Е. Бурцева, Т.Е. Уварова, Г.Г. Дранаева Якутский научный центр СО РАМН, Якутск

Коренные малочисленные народы, проживающие на территории традиционного расселения своих предков, в Республике Саха (Якутия) представлены эвенками, эвенами, чукчами, долганами и юкагирами. В отношении аборигенных этносов Севера давно сложилось убеждение об угрозе их депопуляции и этнического вымирания на фоне растущего некоренного населения.

Численность аборигенного населения РС (Я) повысилась с 24201 человек в 1989 г. до 32258 в 2002 г. Темпы роста численности эвенков в 2002 г. по отношению к 1989 г. составили 26,4% (с 14248 до 18232 человек), эвенов – 34,5% (с 8668 до 11657 человек). Численность долган за вышеуказанный период увеличилась в 3,1 раза (с 408 до 1272 человек), а юкагиров – в 1,6 раза (с 697 до 1097 человек).

Таким образом, по результатам двух последних переписей зарегистрирован значительный рост численности коренных малочисленных народов, проживающих в нашей республике. Однако эта положительная динамика произошла не только за счет естественного прироста этносов. Так, по оценкам экспертов, с 90-х годов в республике начался процесс восстановления национальности, когда народности Севера, ранее считавшиеся якутами или русскими, в силу ряда причин изменили национальность на эвенкийскую, эвенскую и т.д. Значительную роль в резком увеличении численности долган сыграло выделение в отдельный этнос уроженцев Анабарского улуса, ранее считавшихся якутами.

По данным Комитета государственной статистики РС
общая численность населения



Профессиональное училище в Жиганском улусе, Якутия

(Я), за период с 1990 по 2003 гг. районов проживания коренных малочисленных народов сократилась на 15,5 тыс. человек, а естественный прирост населения снизился в 3,1 раза. За 1985-1995 гг. показатель рождаемости у эвенков сократился на 11,4%, у эвенов – на 23,8%, у чукчей – на 70,0%, у юкагиров – на 41,7%. Смертность аборигенных малочисленных народов за вышеуказанный период возросла на 26,6%, в том числе эвенков – на 19,2%, эвенов – на 39,2%.

Изучение характера расселения коренных малочисленных народов показало, что подавляющее большинство представителей данных народов,

как и в прежние годы, проживает в сельской местности. Однако за рассматриваемый период наметилась отчетливая тенденция к росту численности городских жителей среди всех коренных этносов, что связано с массовой миграцией сельского населения из мест постоянного проживания в городские поселения.





Коренные малочисленные народы севера Якутии (2)

Краткий демографический обзор

Анализ структуры населения коренных малочисленных народов по полу позволил выявить ряд особенностей. За выделенный период соотношение мужчин и женщин у этих народов не претерпело резких изменений. По итогам переписи 2002 г., на каждые 100 мужчин эвенков приходится 98 женщин (в 1989 г. – 100), эвенов – 153 (в 1989 г. – 148), долган – 123 (в 1989 г. – 111), юкагиров – 107 (в 1989 г. – 109). Эти данные свидетельствуют о том, что потенциальные возможности этнического воспроизводства населения у коренных малочисленных народов, как и в прежние годы, остаются незначительными и в обозримом будущем могут привести к серьезным демографическим последствиям. К тому же, за период между переписями обозначилась тенденция к увеличению числа женщин в городских поселениях у всех коренных малочисленных этносов.

Серьезных структурных сдвигов не произошло и в возрастном составе населения коренных малочисленных народов. В 2002 г. по сравнению с 1989 г. средний возраст у эвенков снизился на 1,6 года и составил 23,8 лет, у эвенов – на 1,7 года и 24,7 лет, у юкагиров – на 0,4 года и 24,4 лет соответственно. У долган в 2002 г. зафиксирован самый молодой среди этносов Якутии средний возраст – 18,9 лет.

Эти показатели резко отличаются от аналогичных показателей по Российской Федерации, Дальневосточному федеральному округу и Республике Саха (Якутия), где в последние десятилетия прослеживается характерная для развитых стран тенденция демографического старения населения (средний возраст жителя России – 37 лет, Дальневосточного региона – 34 года, Якутии – 30 лет).

За 1989-2002 гг. увеличилось число лиц, никогда не состоявших в браке, среди всех коренных народов и особенно у эвенов. В 2002 г. удельный вес мужчин-эвенов, никогда не состоявших в браке, составил 44,4% (по РС (Я) – 28,8%). Таким образом, почти половина всего мужского эвенского населения старше 16 лет никогда не состояла в браке. Вместе с тем, резко увеличилось количество разводов.

Итоги последних переписей свидетельствуют о росте образовательного уровня населения коренных малочисленных народов. В 2002 г. из 100 человек эвенкийского населения в возрасте 15 лет и более 34 человека имели профессиональное образование (в 1989 г. – 21), эвенского – 34 (в 1989 г. – 23), юкагирского – 38 (в 1989 г. – 26). В 2002 г. удельный вес лиц, имеющих образование основное общее и выше, у эвенков составил 91,8%, эвенов – 91,1%, долган – 91,1%, юкагиров – 91,8%, что выше, чем по Российской Федерации (90,2%).

Таким образом, результаты проведенного анализа позволили выделить следующие основные тенденции, определяющие демографическое развитие коренных малочисленных народов Республики Саха (Якутия) на современном этапе:

- рост общей численности всех аборигенных этносов на фоне снижения рождаемости;
- массовый приток сельского населения в города (процесс урбанизации);
- преобладание женского населения над мужским населением;
- рост числа лиц, никогда не состоявших в браке и разведенных;
- рост образовательного уровня населения.





Развитие программ для коренных малочисленных народов в России

В 50-70-е годы государственная поддержка охватывала практически все стороны жизнедеятельности коренных народов. За этот период была создана система сбыта продукции традиционных отраслей хозяйствования, у 26 коренных народов появилась письменность. Однако именно в эти годы были сделаны попытки перевести кочевое население на оседлый образ жизни, преобразовать индивидуальные хозяйства в совхозы и переселить коренные народы в более крупные населенные пункты. Это создало предпосылки к снижению качества жизни и депопуляции. В период перехода России к рыночным отношениям основы жизнедеятельности этих народов были практически полностью разрушены, и это катастрофически сказалось на их жизни.

Для исправления ситуации в 1991-95 гг. была принята государственная программа развития экономики и культуры этих народов. В ходе ее реализации были введены в эксплуатацию 419,2 тыс. кв. метров жилья, больницы на 407 мест, школы на 3 тыс. мест, созданы 52 оленеводческих хозяйства. Ее продолжением стала федеральная целевая программа «Экономическое и социальное развитие коренных

малочисленных народов Севера до 2000 года».

Несмотря на перечисленные мероприятия, коренного перелома в жизни северных сообществ не произошло, так как при разработке этих программ не были приняты во внимание приоритеты населения, для благо кого и принимались эти программы. В итоге, традиционные отрасли хозяйствования (олeneводство, охотничий и морской промыслы, рыболовство) не способны дать достаточное количество ресурсов для жизни племен.

Ситуация представляется еще более трагичной, если принять во внимание промышленное освоение Севера, которое привело к серьезному нарушению экологического баланса на территориях проживания коренных народов. Непоправимый урон окружающей среде наносит загрязнение отходами нефтяных

и газовых компаний. Из-за эксплуатации транспортных средств разрушается растительный покров тундры и сокращаются площади выпаса

олений, уменьшаются запасы рыбы и морепродуктов, пушного и морского зверя.

Как результат, наблюдается неуклонное ухудшение состояния здоровья коренных народов. Средняя продолжительность жизни коренных народов крайне низкая. До пенсионного возраста доживает только 8,5% населения. Показатели заболеваемости в 1,5 раза выше среднероссийских.



Развитие программ для коренных малочисленных народов в России (2)

Наблюдается значительный рост заболеваемости туберкулезом, вирусными гепатитами, кожными и паразитарными патологиями.

женских и детских консультаций. Значительная часть учреждений медицинского обслуживания

т р е б у е т капитального ремонта, обеспечения лекарственными препаратами, оснащения современным медицинским оборудованием.

В 2001 году Постановлением Правительства РФ №564 была принята

Ф е д е р а л ь н а я программа

целевая программа «Экономическое и социальное развитие коренных малочисленных народов Севера до 2011 года». Одной из целей этой программы является повышение качества жизни коренных малочисленных народов Севера, через обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В числе основных мероприятий – развитие инфраструктуры системы здравоохранения.

Должны быть построены больницы более чем на 2,8 тыс. коек, более 140 амбулаторных и фельдшерско-акушерских пунктов,

оснащение их современным оборудованием для диагностики и лечения, лекарственными препаратами. Предусматривается формирование 50 передвижных медицинских бригад, а также служб санитарной авиации, скорой помощи и санитарно-эпидемиологического надзора для оказания своевременной медицинской помощи в удаленных поселениях, на базах оленеводов, охотников и рыбаков, проведения профилактических осмотров, эпидемиологических обследований. Со временем программы санитарных помощников также смогут занять свое место в структуре здравоохранения в удаленных территориях.

Материал подготовлен Михаилом Бионьшевым, Фонд «Российское здравоохранение», заместитель директора программ Проекта Глобального фонда.



При этом в районах проживания коренных народов снижается численность врачей и среднего медицинского персонала. В среднем на 10 тыс. человек населения приходится 30 врачей и 10 человек среднего медицинского персонала.

При всем том, что в данных регионах зарабатываются миллиарды долларов, которые в значительной степени формируют бюджет России, наблюдается сокращение числа амбулаторно-поликлинических учреждений, фельдшерско-акушерских пунктов, не хватает



В фокусе: Туберкулез

Интервью с Михаилом Бионьшевым

Если говорить о страновом уровне, то как можно охарактеризовать сегодняшнюю российскую политику в отношении туберкулеза?

За последние 5 лет в России сделаны значительные шаги вперед в борьбе с туберкулезом. Принят ряд приказов (прежде всего №109 и 50), которые закрепили международные, проверенные опытом борьбы с эпидемией туберкулеза в других странах, подходы к организации противотуберкулезных мероприятий. Принята и реализуется Федеральная целевая программа на 2007-11 гг., реализован проект займа Всемирного Банка, продолжаются проекты 3 и 4 раунда на гранты Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, которые реализуют Фонд «Российское здравоохранение» и Представительство организации «Партнеры во имя здоровья». За последние годы была улучшена материально-техническая база фтизиатрических учреждений, поставлены и функционируют сотни единиц лабораторного оборудования, налаживается система мониторинга, проведено обучение медицинских работников современным эффективным подходам к организации мероприятий по выявлению и ведению больных туберкулезом.

Можно предположить, что именно в результате этих мероприятий эпидемиологическая ситуация начала стабилизироваться – заболеваемость в последние 3 года держится на уровне 82 человек на 100 тыс. населения. Это уже неплохо. Но надо стремиться к тому, чтобы заболеваемость снизилась как минимум до уровня, который был в советское время - 20-30 человек на 100 тыс. населения.

Какие основные проблемы характеризуют российскую ситуацию с выявлением и лечением туберкулеза в России сегодня политику в отношении туберкулеза?

Как я уже сказал, оснащенность лечебных учреждений улучшена, медицинский персонал прошел многочисленные тренинги и семинары, но медицина – консервативная профессия, и требуется время, чтобы произошло качественное изменение в сознании профессионалов. Потому что, в конечном счете, диагностику и лечение осуществляют не оборудование, а конкретные люди, мотивация которых влияет на качество той работы, которую они выполняют.

На сегодня я бы выделил две главные проблемы борьбы с туберкулезом в России.

Во-первых, невысокое качество лабораторной диагностики. Система контроля качества лабораторных исследований только начинает формироваться благодаря финансовой поддержке проекта Глобального фонда. Предстоит еще много сделать, чтобы качество лабораторных исследований позволяло выявлять и начинать лечение максимума заразных больных, что позволит быстро уменьшить число новых инфицированных.

Во-вторых, проблема обеспечения необходимой эффективной курсовой дозы химиопрепаратов. Это касается как качества препаратов (концентрации действующего начала), которые принимает пациент, так и обеспечения непрерывности приема препаратов на протяжении всего курса лечения. Этот компонент является фактором развития устойчивости к противотуберкулезным препаратам.

Решение этих двух проблем уже позволит снизить заболеваемость и распространенность туберкулеза, не говоря уже о смертности. Поэтому я бы их выделил как приоритетные на ближайшие 3 года.



Михаил Бионьшев





В фокусе: Туберкулез (2)

Интервью с Михаилом Бионьшевым (2)

В чем состоят основные трудности профилактики и лечения туберкулеза у жителей труднодоступных северных территорий?

Проблема профилактики инфекционных заболеваний человеческих сообществ, которые тысячи лет жили изолированно, лежит в области проведения активной иммунизации путем прививок. Но не надо забывать, что существующая вакцина, в результате того, что микобактерии мутируют, не может обеспечить 100% защиты от заболевания в случае инфицирования. Поэтому профилактика распространения туберкулеза в этой популяции налагает особые требования на организацию мероприятий по раннему выявлению и изоляции бактериовыделителя. Это особенно важно, учитывая высокую плотность проживания в семьях.

В то же время перед организаторами здравоохранения лежит особая ответственность организовать лечение таким образом, чтобы лечебный процесс не вырвал надолго заболевшего из привычного для него окружения, тем более, если речь идет о мужчине-главе семьи, от которого зависит обеспечение своих родственников. Поэтому в этой популяции следует особо рекомендовать использование стратегии DOTS.

Какую роль могли бы сыграть санитарные помощники в выявлении и лечении туберкулеза в труднодоступных северных территориях?

Мне думается, что санитарные помощники – это необходимое звено в системе оказания медицинской помощи, адресованной популяциям, отделенным от крупных населенных пунктов значительными расстояниями, и постоянно перемещающимися.

Функция санпомощника заключается не только в обеспечении раннего выявления заболевшего туберкулезом и снабжении его назначенными препаратами, но и оказание социальной поддержки, уменьшение стигматизации такого больного, что позволит предотвратить отказ от лечения со стороны больного. Конечно, это предъявляет особые требования к личным качествам санитарного помощника. Но не надо забывать, что санитарный помощник - это равноправный член сообщества, который вырос в нем и занимает определенную нишу, что позволяет ему оказывать влияние на пациента, используя свой авторитет.





Коренное население Аляски. Борьба с туберкулезом

Статистика

131 002 человека = 19,6% населения Аляски

Алеуты, эскимосы и индейцы (атабаски, тлинкиты и др.)

Средний возраст 25,2 года

Около 60% проживают в сельской местности

Средняя продолжительность жизни - 69 лет

Смертность среди коренного населения Аляски в 1,4 раз выше, чем среди некоренного населения

Среди лиц в возрасте 15-24 года, уровень смертности среди коренного населения выше в 3,5 раза

Основные причины смертности: травмы, рак, заболевания сердца

У мужчин-коренных жителей распространенность травм выше в 3,1 по сравнению с общим населением

У женщин-коренных жителей – распространенность цирроза печени в 4,1 выше по сравнению с общим населением

Курение во время беременность среди коренного населения встречается в 2,5 раза чаще

История эпидемии туберкулеза

В XIX веке туберкулез являлся эндемичным заболеванием на Аляске. Рост постоянных контактов с чужаками к середине XX века привел к тому, что распространенность туберкулеза достигла масштабов эпидемии: в 30ые годы XX века каждый третий коренной житель Аляски умирал от туберкулеза. В то время в юго-западной части Аляски распространенность и заболеваемость туберкулезом была самой высокой в мире. В 50ые годы приблизительно один из тридцати коренных жителей Аляски находился в туберкулезном санатории, причем эти санатории находились за пределами Аляски, а срок пребывания там составлял не менее двух лет.

Развернувшаяся в 50ые годы кампания по противодействию эпидемии коренным образом повлияло на уровень заболеваемости и смертности, и 20 лет спустя туберкулез вышел из списка основных причин смертности среди коренных жителей Аляски.

Вместе с тем, в США сегодня самый высокий уровень распространенности туберкулеза – на Аляске, где он составляет 17,4 случаев активного туберкулеза на 100000 населения.





Коренное население Аляски. Борьба с туберкулезом (2)

Противотуберкулезная стратегия

Вот некоторые шаги, которые нашли отражение в современной противотуберкулезной стратегии Аляски:

1. Отказ от использования рентгенографии для скрининга туберкулеза
2. Повсеместное использование ДОТС (DOTS) для всех пациентов с легочной формой туберкулеза
3. Лечение латентного туберкулеза является обязательным для некоторых групп пациентов, в том числе для коренного населения Аляски
4. Построение партнерства и координация усилий между местной системой здравоохранения, самоорганизациями коренных жителей, общественными организациями и федеральными органами здравоохранения.

Сегодня важнейшее место в противотуберкулезной стратегии Аляски отводится медицинским сестрам. ДОТС (DOTS) – краткий курс лечения под непосредственным наблюдением – был официально принят на Аляске в 1994 году, и именно медицинские сестры осуществляют контроль и наблюдение за приемом терапии пациентами с активной формой туберкулеза. В их задачи входит посещение больных на дому, а также обучение населения по вопросам передачи, профилактики и лечения туберкулеза, побочных эффектов терапии и о важности соблюдения графика приема препаратов. При этом, медсестры, работающие в противотуберкулезных программах, не назначают лечение, не вносят изменения в схему терапии и не занимаются диагностикой туберкулеза.

Главный редактор: Армэль Депланк-Лепэр
Русская редакция: Дарья Очерет,
Гуенаэль Равон
Перевод: Александр Лазурский
Верстка: Фабьен Гальяна / www.paginascreacion.net

