

Глава 4

Здоровье поколений

Главной проблемой демографического развития, с которой Россия вошла в XXI век, является переход к депопуляционному режиму воспроизводства в национальных масштабах. Некоторые позитивные тенденции демографической ситуации в 1995–1998 годах сменились с 1999 года ростом смертности населения и снижением ожидаемой продолжительности жизни. К положительным тенденциям 2000 года можно отнести снижение младенческой смертности до 15,3% и повышение рождаемости на 52,1 тыс. человек (или на 4,8%). Каждый четвертый ребенок из общего числа родился вне зарегистрированного брака. На фоне низкой рождаемости по-прежнему сохраняется проблема высокого уровня аборт в стране. В 2000 году было зарегистрировано около 2 млн. абортов, что в 1,8 раза превышает число родов.

Высокий уровень смертности населения остается главной проблемой медико-демографического развития России. В 2000 году число умерших по сравнению с 1998 годом возросло на 236,6 тыс. человек (на 11,3%) и достигло 2,2 млн. человек. Подъем смертности произошел практически по всем основным классам причин смерти. В период с 1998 по 2000 год обращает на себя внимание рост смертности, обусловленной и социальными причинами:

- от инфекционных и паразитарных заболеваний – на 31,6%, в том числе от туберкулеза – на 33,8%;
- болезней органов дыхания – на 23,3%;
- болезней органов пищеварения – на 17,1%;
- от внешних причин: несчастных случаев, отравлений и травм – на 17,3%;
- от убийств – на 23%;
- от дорожно-транспортных происшествий – на 18,7%;
- от случайных отравлений алкоголем – на 44,4%.

Основной прирост смертности произошел в трудоспособных возрастах. Средняя продолжительность жизни за 1998–2000 годы снизилась для всего населения с 67,3 до 65,3 лет, у мужчин – с 61,3 до 59,0 лет, у женщин – с 72,9 до

72,2 лет. Огромен и растет разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин; он составляет более 13 лет, что является уникальным для мировой демографической ситуации (вставка 4.1 приложения).

Более 90% потерь трудового потенциала России в 2000 году внесли следующие причины смерти:

- травмы и отравления (46,7%),
- болезни системы кровообращения (10,1%) и перинатального периода (8,6%),
- новообразования (7,2%),
- врожденные аномалии (6,4%),
- болезни органов дыхания (5,4%),
- инфекционные и паразитарные болезни (4,6%).

На фоне негативных демографических процессов, уменьшения численности российского населения ухудшается и состояние здоровья населения. За последние пять лет уровень общей заболеваемости вырос на 15% практически по всем классам болезней.

Особую тревогу вызывает устойчивая отрицательная динамика показателей здоровья детей и подростков по всем основным классам болезней, которые формируют хронические заболевания. С 1993 года у детей начали регистрироваться с последующим устойчивым ростом к 2000 году: алкоголизм – рост в 2,2 раза, токсикомания – в 3 раза, наркомания – в 20 раз, сифилис – рост в 65 раз. У подростков 15–17 лет за этот период статистически регистрируемая заболеваемость алкоголизмом увеличилась на 6,8%; наркоманиями – в 8,9 раза; сифилисом – в 30 раз. Употребляют алкоголь 70% школьников 9–11-х классов, 11% из них формируют группу риска, около 40% – курят, 6–10% хотя бы один раз пробовали наркотики.

Заболеваемость болезнями, передающимися половым путем (ЗППП), среди девочек до 14 лет за период 1990–2000 годов увеличилась более чем в 100 раз, что объясняется ранним началом половых отношений и вовлечением девочек в проституцию.

В 2000 году сохранилась негативная тенденция в психическом состоянии де-



тей и подростков. В структуре психической патологии у детей до 14 лет у 56% подростков регистрируются непсихотические расстройства, у 31% — умственная отсталость и у 3% подростков — психозы.

В 2000 году зарегистрировано 39,5 млн. инфекционных больных. Среди многих проблем этого класса заболеваний следует отметить острейшую ситуацию, возникшую из-за резкого роста заболеваемости туберкулезом, ВИЧ/СПИДом, инфекциями, передаваемыми половым путем.

Наращение угрозы туберкулеза

Поднявшаяся в России в начале 1990-х годов волна распространения туберкулеза быстро нарастает. Российская Федерация входит в число 22 стран мира, на которые приходится 80% новых случаев туберкулеза. В 2000 году численность впервые выявленных больных туберкулезом по сравнению с 1991 годом увеличилась более чем в 2,5 раза, и интенсивный показатель составил свыше 90 случаев на 100 тыс. населения (рисунок 4.1).

Максимальный уровень заболеваемости туберкулезом зарегистрирован в возрастной группе 25–34 года (155,0 случаев на 100 тыс.) как у мужчин, так и у женщин (70,5). Общий уровень заболеваемости мужчин в 3,8 раза превышает заболеваемость женщин (139,0 и 37,8 случаев на 100 тыс. соответственно). Во всех возрастных группах доля заболевших мужчин составляет более 50%, за исключением возрастной группы 7–14 лет, где доля женщин составила 51,6%. Среди общего числа заболевших 96,1% приходится на туберкулез органов дыхания. В 1992 году различия между уровнем за-

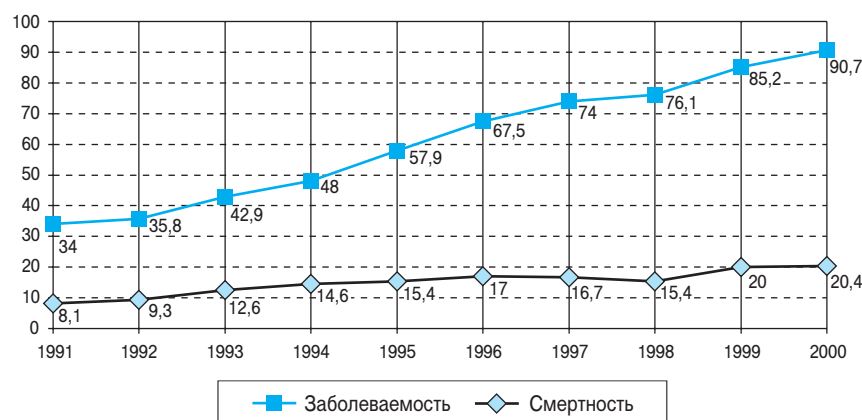
болеваемости туберкулезом мужчин и женщин были менее выраженными: заболеваемость мужчин в 1992 году только в 2,6 раза превышала заболеваемость женщин. Это явление можно объяснить тем, что среди мужчин чаще встречаются социально-дезадаптированные лица (бомжи, наркоманы, алкоголики, бывшие заключенные, безработные и др.), риск заболевания туберкулезом которых весьма высок.

По федеральным округам наиболее высокие показатели заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. населения в 2000 году отмечены в Сибирском, Дальневосточном и Уральском округах — соответственно, 126,4, 116,0 и 110,1 случаев (рисунок 4.2). Более высокие, чем в среднем по России, показатели заболеваемости туберкулезом в Приморском, Хабаровском, Красноярском и Ставропольском краях. Превышается более чем в 1,5 раза средний российский показатель заболеваемости в Кемеровской, Тюменской, Новосибирской, Иркутской и Пермской областях. Высока распространенность туберкулеза в национальных округах. В 7 из 10 национальных округов показатель заболеваемости выше, чем среднероссийский; наиболее тяжелая ситуация сложилась в Корякском и Усть-Ордынском округах.

Заболеваемость туберкулезом детского населения стала расти с 1989 года, когда было зарегистрировано 2497 больных детей. Интенсивный показатель составил 7,5 случаев на 100 тыс. детского населения, и к 2000 году он вырос до 17,9 на 100 тыс. детского населения, или более чем в 2,5 раза (рисунок 4.3). Из заболевших туберкулезным менингитом в 2000 году 72,5% детей были в возрасте 0–6 лет, а 27,5% — в возрасте 7–14 лет. Случаи туберкулезного менингита у детей в основном регистрировались при их контактах с бактериовыделителями, социальными группами риска, не вакцинированными против туберкулеза. Наиболее высокая заболеваемость туберкулезом наблюдается в возрастной группе 3–6 лет, что требует от органов здравоохранения усиленных профилактических мероприятий, направленных на предупреждение у них туберкулеза. Необходимо отметить рост заболеваемости туберкулезом детей и подростков, состоящих на диспансерном учете в группах риска.

За последние годы увеличилась более чем в 2 раза заболеваемость туберку-

Рисунок 4.1. Туберкулез в России в период 1991–2000 годов (заболеваемость и смертность на 100 тыс. населения)



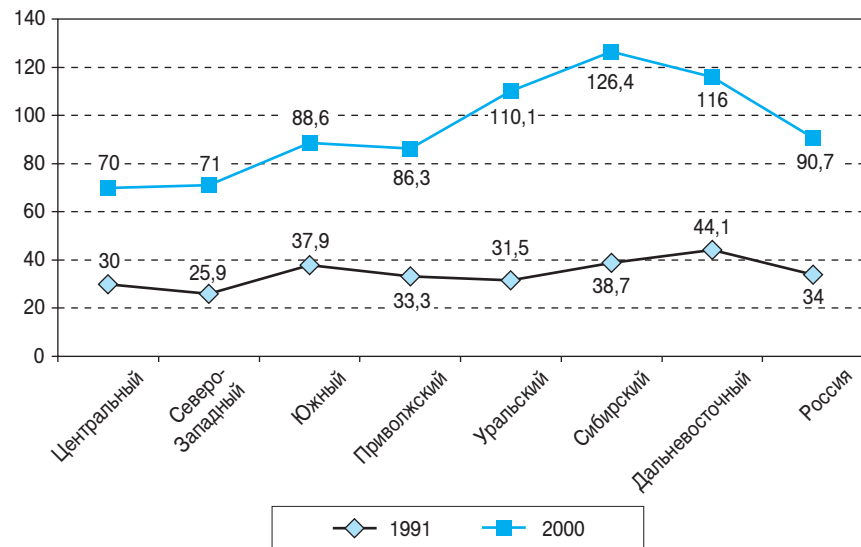
лезом в результате контакта с бактерио-выделителями. В 2000 году она составила 865,4 случая (в 1991 году – 402,2) на 100 тыс. контактирующих, что свидетельствует о неудовлетворительной работе в очагах туберкулезной инфекции. Больные открытой формой туберкулеза в настоящее время почти не переселяются из общежитий и многонаселенных коммунальных квартир, им не выделяются отдельные комнаты или квартиры, что способствует распространению туберкулеза в обществе и повышает риск заражения неинфицированных лиц.

Показатель смертности от туберкулеза также увеличился более чем в 2,5 раза и составил в 2000 году 20,4 на 100 тыс. населения. Этот показатель является самым высоким среди стран Европы. Доля умерших вновь выявленных больных растет с каждым годом и достигла 18,2% среди всех умерших от туберкулеза в 2000 году, что связано как с поздней диагностикой, так и с появлением острых форм, которые наблюдались в нашей стране только в послевоенные годы.

Ухудшились показатели эффективности лечения впервые выявленных больных и состоящих на учете в противотуберкулезных диспансерах.

Все вышеизложенное привело к значительному увеличению резервуара туберкулезной инфекции, который в настоящее время в целом по стране составляет более 120 тыс. больных-бактериовыделителей. Причем среди больных 11% выделяют микобактерии с множественной лекарственной устойчивостью. В кон-

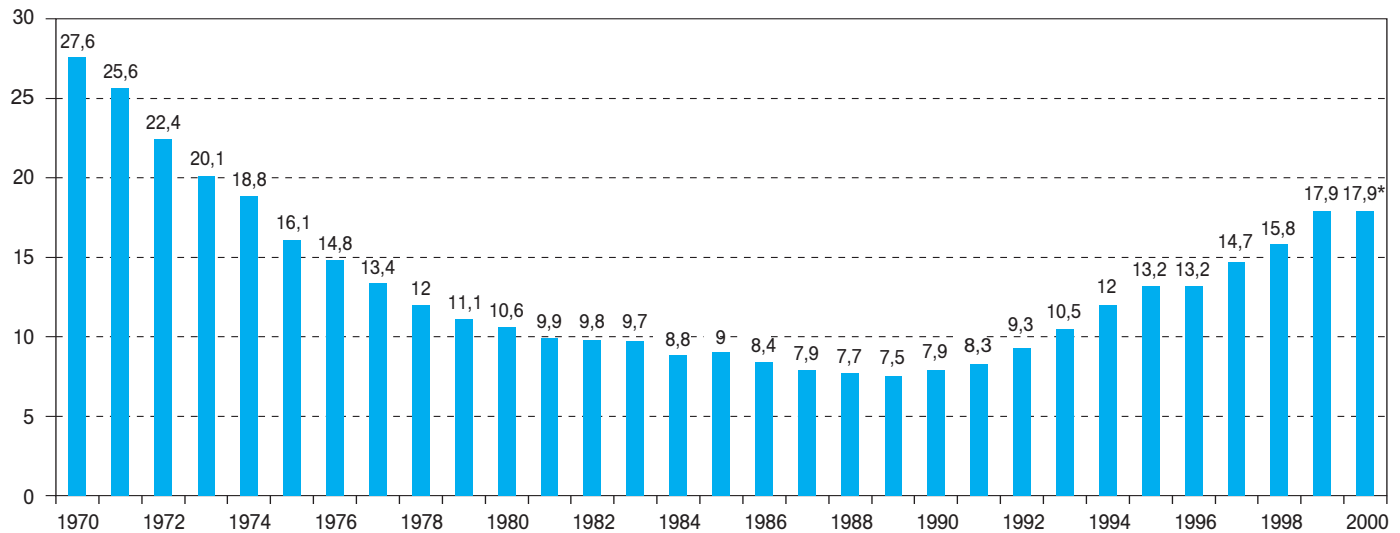
Рисунок 4.2. Заболеваемость туберкулезом по федеральным округам Российской Федерации (2000 год в сравнении с 1991 годом на 100 тыс. населения)



тингентах активных больных туберкулезом около половины составляют социально-дезадаптированные лица. Данные лица создают большие трудности в плане организации их обследования и лечения, так как они часто от них уклоняются.

Причины распространения туберкулеза многочисленны, но среди них следует отметить изменения социально-экономических условий в стране, экономический кризис 1990-х годов, в результате чего резко снизился жизненный уровень населения и уменьшилось финансирование здравоохранения, в том числе и проведение противотуберкулезных мероприятий.

Рисунок 4.3. Заболеваемость туберкулезом детей России (на 100 тыс. детского населения)



* Данные за 2000 год являются предварительными.



В пенитенциарных учреждениях ситуация с туберкулезом еще более сложная: показатели заболеваемости и смертности среди заключенных в десятки раз выше, чем в гражданских учреждениях. Удельный вес впервые выявленных больных туберкулезом в пенитенциарных учреждениях в 2000 году составил 21,9% среди всех больных, впервые зарегистрированных в РФ. Наиболее часто туберкулез в пенитенциарных учреждениях регистрируется как среди мужчин, так и среди женщин молодого возраста (18–44 года) и, как правило, среди лиц, неоднократно судимых.

Ухудшению эпидемической ситуации в стране также способствует уменьшение объема мероприятий по профилактике, раннему выявлению и оздоровлению очагов туберкулеза. Ослаблен контроль за проведением противотуберкулезных мероприятий со стороны центров Госсанэпиднадзора.

Мероприятия по борьбе с туберкулезом

В связи с ростом заболеваемости, смертности, инвалидности и большого экономического ущерба, наносимого туберкулезом, за последние годы пересмотрена стратегия и тактика борьбы с этим заболеванием. Правительством РФ, Минздравом РФ принят ряд важных директивных документов, направленных на стабилизацию эпидемической ситуации по туберкулезу в России. Постановлением Правительства РФ от 11.06.98 г. № 582 утверждена Федеральная целевая Программа «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998–2004 годы». Издан приказ, создана Межведомственная комиссия, а в 2001 году была создана Дирекция Федеральной целевой Программы. Ход выполнения Программы ежегодно обсуждается на коллегии Минздрава России с участием других ведомств. Ученым советом Минздрава России утверждена «Концепция национальной программы противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации», регламентирующая основные принципы и мероприятия противотуберкулезной работы.

Основное внимание в работе Минздрава России уделяется выполнению программных мероприятий по укреплению материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, обеспечению их препаратами для профилак-

ки и лечения туберкулеза и медицинской техникой. Активизация этой работы в 1999–2001 годах способствовала улучшению финансирования Программы. Внимание Правительства РФ к проблеме туберкулеза, стабильное финансирование имели огромное значение для активизации этой работы в регионах. В субъектах Федерации в настоящее время создан 6–12-месячный запас туберкулезных препаратов первого ряда.

В настоящее время от туберкулеза во всем мире умирает ежегодно более 3 млн. человек, значительно больше, чем от всех инфекционных заболеваний вместе взятых. В 1993 году ВОЗ объявила, что туберкулез представляет глобальную проблему для всего человечества, и рекомендовала внедрить более рациональную стратегию борьбы с ним. Стратегия ВОЗ разработана на основе опыта работы во многих странах мира как противоэпидемическая мера борьбы с распространением заразных форм туберкулеза (вставка 4.1, 4.2).

Опыт реализации рекомендаций ВОЗ в экспериментальных регионах России, выполненных под руководством ВОЗ и при активном содействии МЗ РФ, ЦНИИТ РАМН и спонсорской поддержке неправительственных организаций ряда стран (Англии, США, Финляндии, Норвегии, Швеция, Германия, Австрия), позволил сделать некоторые выводы и использовать его для повышения эффективности программ, которые будут выполняться в России. При внедрении рекомендаций ВОЗ выявились следующие общие положения:

- во-первых, казалось, что рекомендации ВОЗ по диагностике, лечению, регистрации, отчетности и надзору достаточно просты, однако потребовались большие организационные усилия и затраты времени как на подготовку кадров, так и на переоснащение лабораторий;
- во-вторых, значительно повысилась бактериологическая диагностика туберкулеза легких, особенно его заразных форм. Выявление бактериовыделения методом простой бактериоскопии в клинико-диагностических лабораториях медицинских учреждений общей лечебной сети в областях увеличилось до 52–70%;
- в-третьих, показатели эффективности лечения (излечение/лечение завершено) в регионах, где внедрены рекомендации ВОЗ, не достигли запланированного уровня 85%. Это связано с двумя причинами: неспособностью обеспечить





контролируемое лечение больных и степень устойчивости возбудителя к препаратам. Количество неблагоприятных исходов (смерть, безуспешное лечение, рецидив) составляет примерно 20–25%, что в два раза больше предполагаемого показателя. Особенно трудным оказалось осуществить контролируемое лечение на амбулаторном этапе и без участия учреждений первичной медицинской помощи. Поэтому для осуществления контролируемого лечения в регионах стали привлекать медицинских сестер РОКК и учреждений общей медицинской практики. Внедрена система поощрения больных, аккуратно посещающих лечебные учреждения (возмещение транспортных расходов для поездки в лечебное учреждение, продуктовые, гигиенические наборы), организовано лечение на дому. Все это позволило сократить число больных, отказывающихся от лечения, до единичных случаев;

- в-четвертых, важным компонентом реализации программы является стабильное обеспечение препаратами для лечения новых больных и препаратами резерва. В настоящее время в Томской области в гражданских и пенитенциарных медицинских учреждениях внедрена расширенная программа по контролю за туберкулезом, то есть лечение больных с множественной лекарственной устойчивостью. Ведется подготовительная работа по внедрению аналогичных программ в Ивановской и Орловской областях, причем в пенитенциарных и гражданских медицинских учреждениях;

- в-пятых, успешная реализация программы невозможна без тщательного ежеквартального контроля за всеми ее компонентами: выявление, диагностика, лечение заболевания.

Проводимые Минздравом России, органами управления здравоохранением субъектов РФ, лечебно-профилактическими учреждениями мероприятия по предупреждению распространения туберкулеза привели к незначительному снижению показателей заболеваемости с 90,7 на 100 тыс. населения в 2000 году до 87,3 в 2001 году, смертности – с 20,4 до 18,3 на 100 тыс. населения, но коренного улучшения пока не достигнуто.

Причинами такого положения являются не только недостаточное финансирование противотуберкулезных мероприятий и участие в них учреждений общей сети. Главное – это снижение жизненно-

Вставка 4.1

Важное значение в объединении усилий российских и международных специалистов и организаций в борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом имело открытие в Москве Представительства Генерального директора ВОЗ и назначение координатора Программы борьбы с туберкулезом в Российской Федерации, а также создание в 1999 году по инициативе Министерства здравоохранения и ВОЗ уникального международного органа – Рабочей группы высокого уровня (РГВУ).

Главная задача РГВУ состоит в разработке, на основе консультаций и дискуссий российских и зарубежных специалистов, в Тематических рабочих группах (ТРГ), согласованных со всеми участниками рекомендаций по стратегии и тактике борьбы с туберкулезом в Российской Федерации, которые учитываются Министерством здравоохранения Российской Федерации при подготовке приказов. В настоящее время работают ТРГ по следующим основным направлениям:

- эпиднадзор за туберкулезом;
- лабораторная диагностика туберкулеза;
- диагностика, лечение и туберкулез с лекарственной устойчивостью;
- туберкулез в тюрьмах;
- туберкулез у детей;
- лучевые методы диагностики туберкулеза; и др.

В соответствии с рекомендациями Вашингтонского обязательства и решением РГВУ создана ТРГ по разработке 5-летнего плана, направленного на «Обеспечение гарантированных диагностических и лечебных мероприятий и развитие системы противотуберкулезной помощи населению России». Основные положения данного плана рассмотрены и одобрены РГВУ.

го уровня населения, уменьшение социальных гарантий, увеличение уровня бедности и недостаточный объем профилактических мероприятий.

Для усиления мер борьбы с туберкулезом в стране Государственная Дума РФ 24 мая 2001 года приняла закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Закон одобрен Советом Федерации и подписан Президентом России 18 июня 2001 года (№ 77-ФЗ). В законе подчеркивается, что оказание медицинской помощи больным туберкулезом гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдении прав человека и гражданина, бесплатно-

Вставка 4.2

В ряде областей и республик Российской Федерации начиная с 1994 года внедряется стратегия ВОЗ в борьбе с туберкулезом. Данная стратегия адаптирована к местным условиям и заключается в выявлении заразных больных среди лиц, обратившихся за медицинской помощью с симптомами, сходными с туберкулезом легких, и организации контролируемого лечения. В настоящее время рекомендации ВОЗ адаптированы к местным условиям, внедрены в 16 субъектах Российской Федерации в гражданских и пенитенциарных медицинских учреждениях. Опыт реализации программ, основанных на рекомендациях ВОЗ, показал высокую их эффективность. Повысилась выявляемость больных туберкулезом легких с бактериологическим подтверждением диагноза до 75–80% (при среднероссийском показателе 38,5%) и эффективность лечения вновь выявленных больных. В настоящее время ведется подготовительная работа по внедрению рекомендаций ВОЗ еще в 4 субъектах РФ.





сти, общедоступности. Правительством РФ принято постановление по реализации закона. В постановлении утверждены порядок и сроки проведения периодических медицинских осмотров на туберкулез, порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и установления временной нетрудоспособности, порядок ведения государственного статистического наблюдения в области предупреждения распространения туберкулеза.

Хотя борьба с туберкулезом является одним из приоритетных направлений работы органов и учреждений здравоохранения, но ее эффективность недостаточна без активной поддержки законодательной и исполнительной власти административных территорий Российской Федерации, особенно в решении социальных проблем. Меры по предупреждению распространения туберкулеза требуют дополнительных финансовых средств, направленных на улучшение материально-технической базы туберкулезных и других лечебно-профилактических учреждений, их переоснащение, особенно новой диагностической аппаратурой; приобретение противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда для лечения всех больных туберкулезом, включая как впервые выявленных, так и хроников; повышение затрат на питание больных и социальной защиты лиц, находящихся на диспансерном наблюдении в связи с туберкулезом. Необходимо увеличить заработную плату медицинских и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи населению, создать нормальные условия для работы, так как заболеваемость туберкулезом сотрудников туберкулезных учреждений очень высока и составила по данным за 1999 год 493,8 случаев на 100 тыс. медицинских работников. Это связано не только с неудовлетворительным состоянием туберкулезных учреждений, но и с низкой заработной платой медработников, что, в свою очередь, сказывается на качестве жизни.

Одна из приоритетных организационных проблем, без которой борьба с туберкулезом не может быть эффективной, — раннее выявление случаев этого заболевания. Выявление больных как составная часть борьбы с туберкулезом, направленная на идентификацию случаев заболевания, проводится лечебно-профилактическими учреждениями общей

сети при организационно-методической помощи противотуберкулезных диспансеров и под контролем центров Госсанэпиднадзора.

Особенно важно организовать выявление случаев туберкулеза среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью в учреждения общей практики с симптомами, подозрительными на туберкулез. Среди них выявляются наиболее заразные формы туберкулеза. Такие случаи особенно часто встречаются среди социальных и медицинских групп риска заболевания туберкулезом, которые в настоящее время составляют большинство вновь заболевших. По данным за 2000 год удельный вес бактериовыделителей среди впервые выявленных больных составил всего 35,8%, что является очень низким показателем (расчетный показатель 50–65%, а среди больных деструктивными формами туберкулеза легких он должен составлять 95–100%) и свидетельствует о существенных недостатках в обследовании больных в учреждениях общей практики.

Важная проблема борьбы с распространением туберкулеза в стране и уменьшением резервуара инфекции — это организация контролируемого и эффективного лечения. В зависимости от состояния больного, эпидемической опасности, материально-бытовых и социальных факторов лечение больных можно проводить в стационаре, дневном стационаре, санатории, в амбулаторных условиях или на дому. За последние годы резко увеличилось число больных, отказывающихся от обследования и лечения, поэтому в принятом законе предусмотрена статья о принудительном лечении.

Среди состоящих на учете больных туберкулезом почти половина лиц относится к социально-дезадаптированным группам населения, и чтобы предупредить распространение туберкулеза в обществе, необходимо создать центры по их адаптации и реабилитации.

Однако без решения социальных проблем России — повышения реального уровня жизни населения, улучшения жилищно-бытовых условий и повышения качества питания — проведение одних медицинских мероприятий не приведет к стабилизации эпидемической ситуации и уменьшению распространенности туберкулеза. Прогноз показателя заболеваемости населения России до 2010 года, построенный профессором М.В. Шиловым



вой, показал, что сохранение современных тенденций формирования социально-экономических условий жизни и организации противотуберкулезной помощи приведет к увеличению показателя заболеваемости в 1,6 раз через 5 лет, а через 10 лет – более чем в 2 раза, что составит, соответственно, 132,2 и 190,7 случаев на 100 тыс. населения.

Наряду с решением социальных проблем, усилия Минздрава России, органов управления здравоохранения и других ведомств (МЮ, МО, МВД, МПС и др.) должны быть направлены на совершенствование организации профилактики, своевременного выявления и повышения эффективности лечения заразных форм туберкулеза. Только уменьшение резервуара инфекции приведет к стабилизации эпидемической ситуации и к снижению показателей заболеваемости, смертности, инвалидности и уменьшению экономического ущерба, причиняемого туберкулезом.

Обострение проблемы ВИЧ/СПИДа

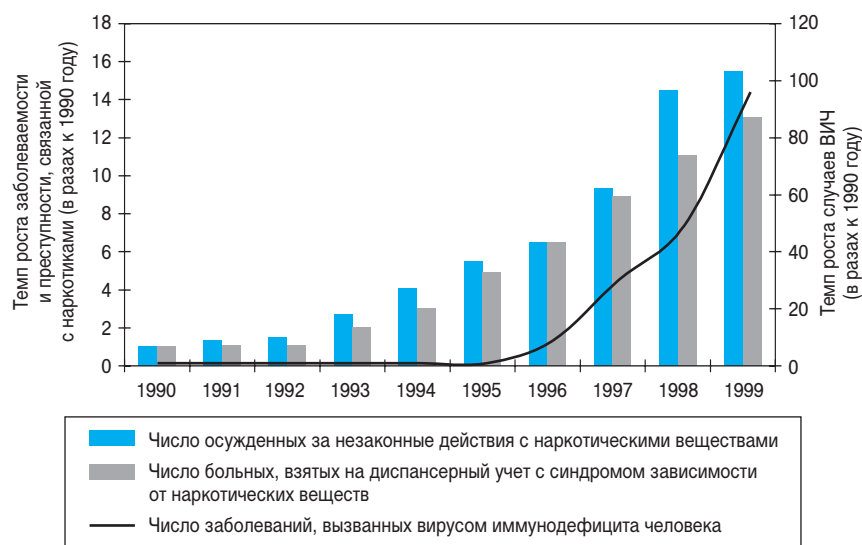
Одной из существенных причин ухудшения эпидемической ситуации по туберкулезу является распространение ВИЧ-инфекции. Проблема ВИЧ/СПИДа в России становится проблемой номер один – как реальная угроза национальной безопасности страны и, прежде всего, для ее новых поколений. В хронологическом аспекте с 1987 (регистрация первого случая ВИЧ) по 2001 год следует выделить три этапа развития эпидемиологического процесса ВИЧ/СПИДа и, соответственно, осуществляемых мер противодействия ВИЧ-инфекции.

Первый этап охватывал период 1987–1996 годов, когда Россия относилась к числу стран с низким уровнем распространения ВИЧ/СПИДа. Ежегодный прирост новых заболеваний составлял 100–150 случаев (за исключением 1988–1989 годов, когда была установлена внутрибольничная вспышка ВИЧ-инфекции у 256 детей в городах юга России). Основной путь распространения ВИЧ-инфекции был через гомосексуальные связи. В целях комплексного решения проблемы профилактики ВИЧ-инфекции с учетом рекомендаций ВОЗ и зарубежного опыта были разработаны и приняты основополагающие документы правового, организационного, ресурсно-

го, кадрового, медико-социального обеспечения реализации государственной политики в этой области, организована новая служба – федеральные, региональные и территориальные центры по профилактике и борьбе со СПИДом, создана научная база по данной проблеме, отработаны принципы и условия организации лечебно-диагностической помощи, диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Правительство подписало Декларацию по СПИДу, признавая приоритетность данной проблемы как политической, социально-экономической и здравоохранительной.

Второй этап эпидемии ВИЧ/СПИДа в России начался с середины 1996 года, когда, попав в среду наркоманов, ВИЧ-инфекция начала свое стремительное распространение. За 1997 год было зарегистрировано новых случаев в 3 раза больше, чем в 1996 году, и в 1,6 раза больше, чем за 10 предыдущих лет. Причинами заражения были использование общих шприцев или игл, а также наркотиков, зараженных в процессе их кустарного производства. В ретроспективном плане этот период характеризовался резким спросом на наркотики, ростом числа учтенных наркоманов (155 971 случаев в 1995 году и 249 842 случаев в 1996 году обращения за медицинской помощью в связи с потреблением психоактивных веществ); взрывным подъемом заболеваний, передаваемых половым путем с пиком заболеваемости в возрастной группе 15–29 лет; гепатитом «В» и «С»; ростом преступлений, связанных с оборотом наркотиков (рисунок 4.4). Взаимосвязь

Рисунок 4.4. ВИЧ и последствия распространения наркотиков в России





указанных явлений четко очертила новые группы риска по ВИЧ-инфицированию, и прежде всего среди молодежи, подростков с девиантным поведением.

На третьем этапе после относительной стабилизации показателя выявляемости ВИЧ-инфицированных эпидемиологическая ситуация с 1998 года стала быстро ухудшаться, захватывая практически все регионы страны. В 1999 году зарегистрировано 20 154 случая, что в 3,9 раза больше, чем в 1998 году; в 2000 году зарегистрировано 58 421 случаев, и пораженность населения Российской Федерации достигла 70,8 на 100 тыс. населения по сравнению с 0,6 в 1996 году (рисунок 4.1 приложения).

ВИЧ-инфекция все больше стала концентрироваться в пенитенциарных учреждениях. В местах заключения содержится до 15 тыс. ВИЧ-инфицированных.

По данным Федерального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, за период 1987–2001 годов (на 1 августа 2001 года) зарегистрировано 138 748 ВИЧ-инфицированных граждан России, в том числе 1362 ребенка родились от инфицированных матерей. Диагноз СПИД установлен 448 больным. Умерло 995 ВИЧ-инфицированных.

При доминирующем внутривенном пути заражения в среде потребителей внутривенных наркотиков с 2000 года активизируется половой путь передачи через связи наркоманов с половыми партнерами и инфицированных женщин коммерческого секса (рисунок 4.2 приложения). Пик зараженности потребителей внутривенных наркотиков приходится на 20–29 лет.

Начиная с 1996 года группой повышенного риска ВИЧ-инфицирования становится подростковая и молодежная среда, в которой отчетливо прослеживается процесс концентрации и сращения наиболее тяжелых проявлений отклоняющегося поведения (наркомании, преступности, проституции). Затянувшийся системный кризис переходного периода в России всей тяжестью негативных последствий обрушился именно на молодежь. Процесс переосмысления норм общественного поведения, традиций, общественных ценностей оказался особенно трудным для подростков и молодежи. Привычные гарантии прав подрастающего поколения на образование, отдых, здоровье, доступ к культурным ценностям, безопасность все более стали носить

декларативный характер. Государственные службы, образовательные и иные учреждения сняли с себя реальную ответственность за судьбы своих подопечных, предоставив подростков самим себе и их родителям.

Опасно развиваются тенденции, которые имеют прямое отношение к прогнозу распространения ВИЧ-эпидемии в молодежной среде:

- начало половой жизни молодежи смещается на возраст 13–15 лет. Нормой поведения молодежи стали множественные сексуальные связи, партнеры, меняющиеся «каждую дискотеку» или через 2–3 месяца;
- практика «опасного» секса сохраняется во всех возрастных группах. Безопасность сексуальных отношений и использование презервативов (только 20% подростков пользуются ими) у большинства подростков рассматривается как предохранение от беременности. Уровень заболеваемости молодежи ЗППП прогрессивно возрастает в возрастной группе 18–19 лет. Пик заболеваемости женщин в возрастной группе 15–19 лет в несколько раз превышает уровень заболеваемости мужчин и является признаком вовлечения девочек в коммерческий секс;
- перенос первых проб «легких» наркотиков на возраст 10–12 лет, инъекционных – на 14–15 лет. Диагностические исследования, проведенные в городе Волгограде, показали, что наркотические вещества пробовал каждый четвертый подросток. Дети и подростки используют наркотики, изготовленные кустарным способом, либо приобретают «заряженные» шприцы. В свою очередь, в более старших возрастных группах 20–29 лет используются внутривенные наркотики: опий, эфедрон, героин. На фоне прогрессирующего роста числа потребителей наркотиков доля несовершеннолетних растет еще более высокими темпами. До 90% потребителей наркотиков являются лица в возрасте до 25 лет, из них 30% – женщины.

Против эпидемии ВИЧ/СПИДа

Стремительное развитие эпидемии ВИЧ/СПИДа в России потребовало пересмотра осуществляемой системы мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, переноса акцента на активизацию профилактической работы, совершенствования ее методов



в группах риска. Значительную роль в реализации мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа в России сыграли принятые в 1995 году Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и Федеральная целевая Программа «АНТИВИЧ/СПИД». В рамках Программы «АНТИВИЧ/СПИД» с 1996 по 2000 год был проведен широкомасштабный многоуровневый, межведомственный комплекс мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции. С 2001 года Программа «АНТИВИЧ/СПИД» вошла составной частью в Федеральную программу борьбы с социальными заболеваниями (вставка 4.2 приложения).

Несмотря на масштабность осуществляемых мер по противодействию распространения ВИЧ-СПИДа, острота данной проблемы не убывает. Это обусловлено следующими обстоятельствами. Во-первых, нет информации об истинном числе ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Ежегодно число учтенных потребителей внутривенных наркотиков, инфицированных ВИЧ, утраивается. С учетом того, что статистические цифры по наркомании по данным экспертов и целевых исследований ниже реальных в 4–5 раз (около 2 млн. человек), а пораженность этой группой риска остается большой – от 6% (данные по городу Москве) до 35,7% (данные Северо-Западного центра по борьбе со СПИДом в городе Санкт-Петербурге), мы имеем дело с айсбергом, подводная часть которого в настоящее время не известна. С учетом увеличения числа потребителей наркотиков ситуация грозит новым эпидемическим взрывом не только среди наркоманов, но и гетеросексуальным путем передачи ВИЧ-инфекции от наркоманов их сексуальным партнерам. Тысячи молодых женщин, инфицированность которых составляет более 10% (в городе Санкт-Петербурге – 16%), вовлечены в коммерческий секс.

Во-вторых, в молодежной среде, и особенно среди подростков, формируется легкое отношение к риску заражения венерическими заболеваниями («легко лечится»), к ВИЧ-инфекции. Особенно тревожно, что только треть подростков считает, что СПИД неизлечим. Риск заражения ВИЧ-инфекцией для себя исключают практически все подростки.

В-третьих, ненацеленностью профилактики ВИЧ на группы повышенного риска. Так, наркоманы, лица в местах лишения свободы и обследованные в ходе эпидемиологического исследования составили лишь 6% всех тестированных на ВИЧ в 2000 году. Вместе с тем именно эти группы дали 49,9% проб, серопозитивных к ВИЧ.

В-четвертых, вопросы организации эффективной профилактики далеки от полного решения. Признавая на словах междисциплинарный характер проблемы, вопросы профилактики практически остаются, как правило, в ведении структур здравоохранения и правоохранительных органов. Кроме того, молодой человек как объект воздействия рассматривается чаще всего изолированно, вне его социального окружения (семьи и друзей).

Еще одной проблемой является ориентация, как правило, на борьбу с последствиями, а не на устранение факторов риска ее возникновения.

На фоне формирования благоприятной среды для взрывного роста числа ВИЧ-инфицированных информированность подростков и молодежи о риске заражения, путях передачи, последствиях заболевания мала и неверна. Анализ участия СМИ в профилактике ВИЧ/СПИДа, ЗППП и наркоманий показал, что число тематических теле- и радиопередач не соответствует значимости проблемы; нерегулярный и бессистемный характер большинства этих передач не формирует нужного поведения, безопасного по отношению к ВИЧ/СПИДу.

Таким образом, главный вопрос в деле эффективного противодействия «чуме XX века» – ВИЧ-инфекции – за-

Вставка 4.3

Основными принципами стратегии «снижения вреда» при злоупотреблении наркотиками являются следующие:

1. Активная многоуровневая информационно-образовательная работа;
2. Работа непосредственно в группах потребителей инъекционных наркотиков – «аутрич-работа»;
3. Обеспечение потребителей инъекционных наркотиков стерильными инъекционными инструментами и дезинфицирующими материалами (программы обмена шприцев);
4. Доступность и привлекательность служб социально-психологической помощи и здравоохранения;
5. Начало превентивных мероприятий на ранней стадии эпидемии, когда ВИЧ-инфицированность в среде потребителей инъекционных наркотиков составляет менее 5%, существенно повышает их эффективность.



ключается, вероятно, в том, насколько и когда российское общество осознает, что ВИЧ/СПИД является проблемой всего общества и предпримет необходимые меры социального характера.

Нужно осознать, что, поскольку ВИЧ-инфекцию с помощью терапии в настоящее время невозможно остановить, стратегическим приоритетом становится профилактическая направленность проводимых мероприятий. Более чем 15-летний позитивный опыт зарубежных стран показывает, что распространению ВИЧ/СПИДа можно противодействовать адекватными, превентивными мерами среди наиболее уязвимых групп риска. Признанная ВОЗ и объединенной программой ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС) стратегия «снижения вреда» от употребления инъекционных наркотиков является важной медико-социальной составляющей профилактики ВИЧ/СПИДа и наркоманий (вставка 4.3).

В рамках сотрудничества с международными организациями ВОЗ, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ, неправительственными организациями «Врачи без границ» и другими стратегия «снижения вреда» начала активно внедряться в 25 регионах страны. Вместе с тем распространение в России стратегии «снижения вреда» среди потребителей наркотиков неадекватно масштабам распространения ВИЧ-инфекции. По данным ЮНЭЙДС, пока в этих программах участвуют лишь 5–10% потребителей инъекционных наркотиков, в то время как по экспертным оценкам для прекращения дальнейшего развития эпидемии требуется охват до 60%.

В 1998 году положено начало новой инициативы по предотвращению распространения ВИЧ-инфицирования среди молодежи и оказанию содействия тем, кто нуждается в помощи, в рамках Всемирной кампании по борьбе со СПИДом (содействие активному участию молодежи в жизни общества, повышение осведомленности молодых людей о влиянии, которое оказывает на них ВИЧ/СПИД, и изменениях, которые молодежь может внести в ход развития эпидемии).

Ключевой проблемой защиты новых поколений от ВИЧ-инфекции в России является мобилизация усилий самой мо-

лодежи в предотвращении распространения ВИЧ/СПИДа, признание молодых людей как силы, способной реально изменить кризисную ситуацию. Молодежь должна действовать совместно с правительственными и неправительственными, общественными, религиозными, научно-образовательными организациями в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом.

* * *

В Российской Федерации отмечается быстрое ухудшение ситуации с заболеваемостью туберкулезом и ВИЧ/СПИДом. Растет заболеваемость детей и подростков. Важной причиной такой ситуации является снижение жизненного уровня населения, уменьшение социальных гарантий, увеличение уровня бедности, а также недостаточная эффективность правовых основ осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИДа.

Обострение этих болезней и их быстрая экспансия в стране – сложная социально-экономическая проблема, и ее невозможно решить усилиями только одной системы здравоохранения. Борьба с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом требует проведения мероприятий во всем обществе, активной поддержки со стороны правительственных учреждений и ведомств (Минздрав, Минюст, МВД, Минобороны и др.), неправительственных организаций. Необходима также активизация усилий законодательной и исполнительной власти административных территорий РФ, особенно в решении социальных проблем. Для защиты новых поколений от ВИЧ-инфекции в России важна мобилизация усилий самой молодежи в предотвращении распространения этой инфекции. Целевое объединение всех ресурсов, решение социально-экономических проблем, коренное улучшение качества медицинской помощи населению приведут к стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу и ВИЧ/СПИДу и в дальнейшем к уменьшению огромных социально-экономических потерь, которые наносят обществу данные инфекции.





Загрязнение окружающей среды и здоровье поколений

В крупных городах России с интенсивно растущим количеством автомобилей, в «городах-заводах» с огромными промышленными предприятиями, в населенных пунктах с некачественной питьевой водой особенно ощутимо негативное воздействие загрязнения окружающей среды на здоровье населения. Это прежде всего касается таких наиболее ослабленных и ранимых групп, как беременные женщины, дети и пожилые люди.

Существенное влияние на рост заболеваемости и смертности оказывает загрязнение атмосферного воздуха. Так, в России влияние повышенных концентраций взвешенных веществ в воздухе испытывает 20 млн. человек и 2,4 млн. человек из них подвергаются воздействию концентраций в 2 и более раз превышающих предельно допустимую концентрацию (ПДК). В условиях влияния другого распространенного загрязнителя – диоксида азота, концентрации которого в воздухе постоянно увеличиваются в связи с ростом автотранспорта, проживает около 5,6 млн. человек.

Качество репродуктивного здоровья сегодняшнего поколения в значительной мере определяет и качество здоровья последующих поколений. Деятельность сотен металлургических, химических, нефтехимических и иных производств привело к поступлению в окружающую среду широкого комплекса химических веществ, обладающих выраженным отрицательным воздействием на репродуктивную и эндокринную системы. Почти каждый четвертый горожанин репродуктивного возраста может подвергаться влиянию специфических загрязнителей, которые приводят к увеличению частоты бесплодия женщин и мужчин, различных патологий беременности, самопроизвольных абортов, рождения детей с малым весом и с различными отклонениями состояния здоровья. Примерно в 40 городах России доказана связь между этими изменениями репродуктивного здоровья и неблагоприятными факторами окружающей среды. Одним из наиболее тяжелых изменений являются врожденные пороки развития новорожденных, некоторые из них несовместимы с жизнью ребенка. В городах с крупными металлургическими производствами – Норильске, Владикавказе, городе угольщиков Междуреченске, специализированных «химических» городах – Стерлитамаке, Дзержинске, Кирово-Чепецке и Чапаевске – частота этой патологии выше, чем в европейских странах. В Чапаевске – рекордсмене мира по степени загрязнения окружающей среды диоксинами (одним из самых опасных токсикантов) – выявлены также изменения и репродуктивного здоровья мальчиков. На территории страны находится более 60 городов с диоксиноопасными предприятиями и, вероятно, в них также существуют аналогичные проблемы.

Здоровье детей. Экологический фактор вносит свой негативный вклад в высокие показатели заболеваемости и смертности детей в России. Дети, рожденные в неблагоприятной экологической обстановке, имеют более низкую сопротивляемость и более подвержены воздействию различных вредных факторов. В городах до 10% всех респираторных заболеваний детей, или 240–370 тыс. случаев в год, в том числе 3–5 тыс. хронических заболеваний органов дыхания, возникают из-за влияния загрязненного атмосферного воздуха. Развитие промышленности и энергетики страны, которое происходит в последнее время, изменение топливно-энергетического баланса за счет уменьшения доли газа может привести к дальнейшему росту загрязнения воздуха, что вызовет увеличение заболеваний и, в первую очередь, заболеваний органов дыхания у детей.

Под воздействием загрязненной окружающей среды страдают и другие органы и системы детского организма. Так, известно негативное влияние свинца на нервно-психическое развитие ребенка, снижение его интеллекта. Этот токсичный металл поступает в окружающую среду в основном с этилированным бензином, производство которого в последние годы снизилось. Однако его многолетнее использование и деятельность многочисленных металлургических производств уже привели к значительному загрязнению окружающей среды свинцом. Проведенные в 1995–2000 годах при поддержке Агентства международного развития США проекты по оценке воздействия свинца на здоровье детей позволили оценить ущерб, который наносит это вещество. Определено, что из-за негативного воздействия свинца на интеллект и здоровье до 400 тыс. детей могут иметь проблемы с обучением в школе. В городах Белово, Красноуральск, Саратов, где расположены металлургические или иные предприятия с выбросами свинца, у 26–65% обследованных детей содержание свинца в крови было выше рекомендуемого ВОЗ нормативного уровня 10 мкг/дл. У значительной части этих детей исследователи обнаружили проблемы с умственным развитием.

Можно предположить, что в целом по стране ущерб для здоровья только детского населения, связанный с воздействием загрязненного атмосферного воздуха, исчисляется сотнями миллионов рублей. Этот ущерб складывается из затрат по оплате больничных листов родителям больного ребенка, издержек на лечение, госпитализацию, службы здравоохранения.

Здоровье старшего поколения. Пожилые люди, так же как и дети, наиболее чувствительны и быстро реагируют на изменения в окружающей среде. При воздействии наиболее распространенных в атмосферном воздухе загрязняющих веществ – взвешенных частиц, диоксида азота и серы – возможно увеличение и обострение у пожилых людей заболеваний органов дыхания и/или сердечно-сосудистой системы, что обуславливает примерно 24 тыс. дополнительных смертельных исходов в год. Так, в одном из наиболее загрязненных городов – Нижнем Тагиле на Урале «вклад» взвешенных веществ на общую смертность составляет 3,6%. Для снижения смертности от воздействия загрязненного воздуха в первую очередь необходимо принять меры по снижению выбросов пыли и диоксида азота, но, к сожалению, наблюдается совершенно иная тенденция.

Для пожилого возраста характерна также предрасположенность к онкологическим заболеваниям, среди которых ведущее место у мужчин занимает рак легкого. Одним из факторов риска развития этого заболевания является облучение населения радоном – природным канцерогенным газом. До 15 млн. человек проживает на радоноопасных территориях, что может быть причиной возникновения до 4,0 тыс. новых случаев рака легкого в год. Снизить негативное воздействие радона на здоровье человека реально, но для этого необходимо реализовать уже разработанные специальные программы.

Для уменьшения риска негативного воздействия загрязненной окружающей среды на здоровье населения необходима научно обоснованная экологическая политика и политика в области охраны здоровья, основанная на определении приоритетных проблем на уровне отдельного населенного пункта, города, района, региона и страны в целом.