

Система медицинского обслуживания в районах традиционного проживания коренных малочисленных народов Севера Красноярского края и Иркутской области (*исторический анализ*)

В.А. Никифорова^a, С.А. Кирюткин^b

Братский государственный университет, Макаренко, 40, Братск, Россия

^anikiforovabr@mail.ru, ^bshall2013@list.ru

Статья поступила 14.11.2021, принята 29.11.2021

В статье анализируются основные этапы развития системы здравоохранения на территории северных районов Красноярского края и Иркутской области. Выделяются основные мероприятия советской власти по созданию в среде аборигенного населения Севера полноценной системы медицинских учреждений. Рассматриваются основные причины кризисной ситуации, сложившиеся в системе здравоохранения в районах традиционного проживания коренных малочисленных народов Севера Иркутской области и Красноярского края в постсоветский период.

Ключевые слова: Коренные малочисленные народы Севера, медицинское обслуживание, заболеваемость, фельдшерско-акушерский пункт.

Medical care system in areas of traditional residence of indigenous small peoples of the North of the Krasnoyarsk territory and the Irkutsk region (historical analysis)

V.A. Nikiforova^a, S.A. Kirykin^b

Bratsk State University; 40, Makarenko St., Bratsk, Russia

^anikiforovabr@mail.ru, ^bshall2013@list.ru

Received 14.11.2021, accepted 29.11.2021

The article analyzes the main stages of the development of the health system in the territory of the northern regions of the Krasnoyarsk territory and the Irkutsk region. The main activities of the Soviet government to create a full-fledged system of medical institutions are allocated. The main causes of the crisis situation in the health care system in the traditional residence of the indigenous peoples of the North of the Irkutsk region and the Krasnoyarsk region in the post-Soviet period are considered.

Keywords: indigenous small peoples of the North, medical care, incidence, paramedic-obstetric item.

В суровых климатических условиях Арктического региона Российской Федерации большое значение для сохранения здоровья местного населения имеет развитая сеть медицинского обслуживания. Полноценная профилактика и выявление заболеваний на ранних стадиях может помочь сохранить здоровье коренных жителей крайнего Севера. К сожалению, на данный момент уровень медицинской помощи в северных районах Иркутской области и Красноярского края находится на довольно низком уровне, что негативно сказывается на уровне заболеваемости проживающего там аборигенного населения. В связи с этим особенно актуальным становится вопрос о рассмотрении мероприятий по совершенствованию системы

здравоохранения арктических территорий в предшествующие периоды.

Цель данного исследования рассмотреть развитие медицинской системы на территориях традиционного проживания коренных малочисленных народов Иркутской области и Красноярского края с начала XX века до конца 2000-х гг.

К началу XX в. в северных районах Красноярского края и Иркутской области медицинское обслуживание местного населения практически отсутствовало. На огромнейшей территории Туруханского края имелась всего одна больница на пять коек, открытая в 1904 году. Находилась она в самом Туруханске, а в ее штате вместе с вспомогательным персоналом значилось 15 человек. В 1923

году она была преобразована в Туруханскую центральную районную больницу. Следует подчеркнуть, хуже наблюдалась ситуация в местах традиционного проживания аборигенного населения, расположенных далеко от административных центров, таких как Туруханск.

В связи с этим начало XX века характеризуется широким распространением заболеваний в среде коренного населения Севера, в первую очередь, инфекционных, таких как туберкулез, трахома, оспа и тиф. Во многом это было связано с тем, что у основной массы населения отсутствовали элементарные представления о санитарии и личной гигиене. Высокой была детская смертность, особенно среди детей до одного года, которая в отдельные годы массовых эпидемий кори и оспы достигала почти 100% от числа родившихся [1].

Полное отсутствие медицинских учреждений заставляло представителей коренных малочисленных народов Севера в случаях заболеваний обращаться к шаманам, которые лечили заболевания, обращаясь к небесным духам, либо с помощью методов народной медицины, имеющих неоднозначный характер. С одной стороны, существовали довольно эффективные практики: смазывание обмороженных участков тела жиром, использование особых защитных очков, изготовленных из медных пластинок для защиты от снежного блеска. С другой стороны, в рамках народной медицины повсеместно применялись довольно сомнительные, а то и прямо угрожающие жизни и здоровью коренного населения, методы лечения: употребление медных опилок, протягивание под кожей нитки, натертой сажей и пр.

Рассматриваемые в представленной теме проблемы указывают на улучшение ситуации с медицинским обслуживанием коренного населения Красноярского края во второй половине 1920-х гг. Так, Осенью 1928 года в хатангскую тундру прибыл медицинский отряд под руководством доктора Симона Израилевича Ривво. Об отношении местного населения к первым медицинским мероприятиям советской власти на крайнем Севере довольно характерно свидетельствуют воспоминания фельдшера хатангского медицинского отряда Клавдии Ананьевны Волосных-Голубь. «Наконец мы прибыли на станок Урядник, где должен был находиться наш отряд. Это, наверное, было где-то посредине хатангской тундры. Мы взяли на учет всех малышей до семи лет, беременных женщин, выявили заболевших. Доктор Ривво принимал сам, выписывал рецепты, назначал процедуры, я готовила лекарство, объясняла, как его надо принимать. Больных, которые бы сами обращались к нам, было мало. Сильна еще была

вера в колдунов и шаманов, им верили больше, чем нам. Доктор Ривво был близорук. Он носил очки в толстой чёрной оправе с двойными выпуклыми линзами. Местные называли его «четырёхглазый доктор». А надо мной просто смеялись: «Девка — доктор, смехота на всю тундру» [2].

Но за год плодотворной работы медицинский отряд Ривво помог сотням пациентов, открыл в Хатанге стационар на две койки, часто выезжал к больным на далекие становища. Данные мероприятия способствовали изменению отношения аборигенного населения к современным методам лечения заболеваний. Медики в тесном контакте с местными властями организовывали в поселках санитарные кружки для представителей коренного населения Севера, походы для приведения в нормальное санитарное состояние селений и жилищ, соревнование за чистоту дома и т.д.

Свою роль в улучшении медицинского обслуживания местного населения сыграла политика новой власти по улучшению положения женщин из числа коренных малочисленных народов Севера. Так, под руководством врача Туринской культбазы в Эвенкии С.И. Гладилиной был организован женский кружок, где читались лекции об уходе за детьми, о сбалансированном питании, об элементарных гигиенических и медицинских навыках. В первую очередь, были улучшены условия для проведения родов: на место повивальных бабок и шаманов, использующих сомнительные методы лечения, пришли современные акушерские пункты, постепенно появляющиеся в посёлках коренного населения, начиная с конца 1920-х гг.

Наряду с этим следует отметить, на территории Крайнего Севера в рамках первой пятилетки (1928–1932 гг.) было создано шесть больниц при культбазах и 53 врачебно-подвижных медицинских пункта, на что потрачено 2700 тыс. рублей. Одним из первых медицинских учреждений в арктической зоне СССР была построенная в 1927 году в Дудинке больница; в Эвенкии первая больница также была открыта в 1927 г. в центре округа посёлке Тура [3].

Основным способом приобщения коренных народов Севера к новым условиям жизни были созданные во второй половине 1920-х гг. культбазы, преимуществом которых являлась их комплексность. Врачи, ветеринары, учителя и другие организаторы советского строительства вели работу по единому плану коллективно. Обычно культбазы включали в себя три опорных стационарных звена: школа-интернат, медико-профилактический и ветеринарно-зоотехнический пункты.

Лечебную, организационную, научно-исследовательскую функцию выполнял медико-профилактический пункт, в состав которого входили медико-диагностический кабинет, стационарная и амбулаторная больницы. Пункты осуществляли организацию яслей, детплощадок, больниц, оспопрививания, бань с прачечными, хлебопекарен, общественного питания. Они подготавливали кадры низшего медперсонала из среды малых народностей, устройство показательного жилища, вели санитарное просвещение в форме лекций, бесед, организации передвижных выставок и др. Всего в 1931-1932 гг. по амбулаторному направлению на севере Красноярского края было оказано медицинской помощи по Туринской культбазе - 8 606, по Хатангской - 1 100 [4].

Перелом в становлении службы здравоохранения в северных районах Иркутской области и Красноярского края наметился в 1930-е гг. Так, к моменту образования Таймырского национально-округа на его территории располагалось уже 5 врачебных участков и медицинских пунктов. В том же году начинается строительство двухэтажной окружной больницы. А спустя несколько лет, открывается школа медицинских сестер, которая готовит первый медперсонал для работы на Таймыре.

В самом начале 1932 г. в Дудинке состоялся первый окружной съезд Советов Таймыра, на котором и было юридически оформлено образование Таймырского национально-округа. По данным Таймырского окрисполкома, на 1 января 1932 г. в округе проживали 7 650 человек. В каждом из районов: Дудинском, Хатангском, Усть-Енисейском и Авамском - были организованы райздравотделы. К моменту образования округа на его территории было 5 врачебных участков и медпунктов: в Дудинке, Волочанке, Толстом Носу и в Хатангской тундре. В 30-е гг. на Таймыре происходит становление учреждений здравоохранения, и многие сложности образования и развития сети медицинских, лечебных и профилактических учреждений были типичны для того времени. В 1930 г. началось строительство больниц в районах. В сентябре 1932 г. в Дудинке открылась первая аптека [5].

В результате изучения был получен материал, указывающий на схожие процессы, которые происходили на территории Эвенкии. Только за первые десять лет существования Эвенкийского национально-округа, образованного в 1930 году, на этой земле появились больницы, противотуберкулезный диспансер, санаторий, фельдшерско-акушерские пункты, родильные дома, детские ясли и другие медицинские учреждения.

В предвоенном 1940 году в районных центрах Эвенкии: Туре, Байките и Ванаваре - уже работали больницы, укомплектованные опытными медицинскими работниками, имелись родильные дома. В районном центре Туре функционировал противотуберкулезный диспансер, в другом крупном поселке - Ванаваре - тубсанаторий. Если в 1930 году на территории округа имелся лишь один фельдшерский пункт, то за десять лет существования Эвенкийского национально-округа на его территории действовало уже 11 таких учреждений. Кроме того, к этому времени было открыто 13 врачебных амбулаторий, 10 из которых работали непосредственно в местах проживания коренного населения, занятого в традиционных отраслях хозяйствования на факториях Ессей, Агата, Стрелка, Оскоба, Амо, Кочумдек, Ногинск и т.д.

Активно развивались на территории Эвенкийского национально-округа и такие современные методы обследования населения, как рентгенография и бактериология. В августе 1940 года в Эвенкийском национальном округе впервые был открыт рентгеновский кабинет. Уже за первые 10 месяцев своей работы он обслужил более 800 человек, из которых свыше 50% были представителями аборигенного населения. В октябре того же года в Туре начала свою работу санитарно-бактериологическая лаборатория.

О том, как развивалось здравоохранение Эвенкии, начиная с образования национально-округа, лучше всего говорят данные статистики. Если в 1932 году на нужды медицины было выделено 192 100 рублей, то уже через 10 лет бюджет здравоохранения составил 1 687 900 рублей. За тот же период количество врачей на эвенкийской земле увеличилось в 9 раз, количество медицинских работников среднего звена выросло с двух до сорока восьми. Из работающих в 1941 году на территории Эвенкийского национально-округа семнадцать врачей семеро трудились во врачебных участках на факториях, и только остальные - в районных центрах. В предвоенном сороковом предполагалось доукомплектовать штаты медработников Эвенкии до 28 врачей, 62 медработников среднего звена, включая 10 патронажных сестер и 13 оспопрививателей и дезинфекторов [6].

Однако, не смотря на все положительные моменты, отдаленность от центральных регионов страны и суровые климатические условия задержали развитие материальной базы медицины в северных районах Красноярского края и Иркутской области. Первые медицинские пункты и больницы часто находились в далеко не соответствующих для этой цели зданиях и отдаленных районах. Например, в отчете о работе медицин-

ского пункта в Тофаларии, написано: «Комната, отведенная для медпункта, имеет площадь 2х2,75 м., с одним окном; здесь помещается медицинская и ветеринарная аптеки, ведется прием амбулаторных больных, и здесь же живут врачи медицинских и ветеринарных служб. Эта комната вплоть до 1 января 1952 года была без печки и обогревалась через верх перегородки из соседней комнаты, поэтому все водные растворы, несмотря на принятые меры (поставлены на самую верхнюю полку), замерзали, а масляные вещества затвердевали»[7].

Определенные проблемы в развитии системы здравоохранения также наблюдались на территории Таймырского национального округа. Отсутствие навыков личной гигиены у значительного количества жителей и значительное число рабочих, приезжающих на паромовых судах или из тундры, не проходящих санитарную обработку, могло в короткие сроки привести к распространению инфекционных заболеваний. Нагрузка на больницу округа значительно возросла в связи с открытием речного и морского портов, также необходимо было учитывать контингент многочисленных геологических экспедиций.

Основные проблемы системы здравоохранения на территории Таймырского национального округа рассматривались в постановлении Президиума Таймырского окрисполкома от 4 июня 1937 г. В первую очередь, отмечалось, что в силу недостаточного количества врачей и квалифицированного среднего медицинского персонала сеть медицинских учреждений не была полностью развернута. Те медицинские работники, которые были в распоряжении окрздора, не закреплялись в округе, прежде всего в силу материально-бытовых проблем. Кроме того, Райисполкомы не проявляли достаточной заботы о нуждах медучреждений. Во многом качество работы медицинских учреждений страдало из-за отсутствия необходимых инструментов, недостатка медицинских предметов по уходу за больными, элементарно, не хватало постельного белья в местных больницах. Серьезной проблемой в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации была нехватка противозаразных средств.

Для решения первоочередного кадрового вопроса местными властями в Северных районах Красноярского края и Иркутской области принимались различные шаги. Работающие в отдаленных поселках медицинские работники регулярно направлялись на курсы совершенствования квалификации, также местными властями решался вопрос их снабжения периодической литературой, отвечающей современным стандартам развития медицинской науки. В 1937 г. окрисполком

Таймырского округа просил Народный комиссариат здравоохранения командировать 7 врачей, 10 человек среднего медицинского персонала, врача - хирурга, специалиста по охране материнства и младенчества, венеролога, фтизиатра. Кроме того ставился вопрос о качестве подбора кадров. Предлагалось не направлять молодых специалистов в национальные районы, если там нет квалифицированных работников с достаточным опытом работы в условиях Крайнего Севера [8].

Большое значение для подготовки кадров имело принятое местными властями национальных округов Красноярского края решение о создании на их территории учебных учреждений, готовивших будущих медицинских работников. Первым таким учреждением стала открытая в конце 1938 г. в Дудинке школа медсестер. Появление данного заведения позволило в срок 1,5-2 года получить национальные кадры, которые в глубоких тундровых районах могли оказать неотложную медицинскую помощь, а вместе с тем пропагандировать политику партии и правительства по национальному вопросу.

Другим способом решения кадрового вопроса на местах было командирование в проблемные районы ведущих специалистов из других регионов. Такие медицинские работники в тяжелых климатических условиях проводили огромную работу по исследованию заболеваемости среди коренного населения, с целью чего добирались до чумов и бригад охотников и оленеводов в труднодоступных районах Красноярского края и Иркутской области. Благодаря таким медицинским экспедициям только за первую половину 1941 года было обследовано 2700 человек. Так в Эвенкийском национальном районе два с половиной месяца работал профессор Ю.П. Киселев. За это время он обследовал 120 чумохозяйств, а в Ванаваре сделал больным 20 операций. В Байкитском районе вниз по Подкаменной Тунгуске свыше 300 км проехал находящийся в командировке врач А.Н. Рязанцев, оказывая эвенкам на факториях квалифицированную медицинскую помощь [9].

В деле дальнейшего развития системы здравоохранения в традиционных районах проживания коренных малочисленных народов Севера огромную роль сыграло постановление Совета Министров РСФСР № 300 от 16 марта 1957 г. «О мерах по дальнейшему развитию экономики и культуры народностей Севера». В части улучшения медицинского обслуживания и охраны здоровья населения районов Крайнего Севера в данном акте были определены следующие моменты. Повысить на 30% нормы расходов на питание больных в городских и сельских больницах, детей в детских яслях, домах ребенка, в детских садах и детских

домах; на 25% повысить нормы расходов для приобретения медикаментов и перевязочных материалов городскими и сельскими больницами. Осуществлять бесплатное медикаментозное лечение населения районов Севера, а также вывоз больных из глубинных пунктов в больницы и клиники, расположенные в городах и районных центрах [7].

Министерство здравоохранения СССР и Совет Министров РСФСР были обязаны разработать и осуществить в 1957-1958 гг. в районах Севера широкую программу лечебно-профилактических мероприятий по снижению заболеваемости туберкулезом, трахомой и другими болезнями; обеспечить полное и первоочередное укомплектование врачскими кадрами медицинских учреждений в районах Севера. Были обязаны организовать для охвата лечебно-профилактическими мероприятиями население малых народностей Севера, особенно в глубинных районах. Надо было организовать необходимое количество постоянно действующих передвижных медицинских отрядов и санитарных авиастанций; принять необходимые меры к расширению в районах Севера сети лечебно-профилактических учреждений, улучшить их хозяйственно-материальные базы и снабдить лекарствами, медицинским оборудованием, перевязочными и другими материалами, а также жестким и мягким инвентарем [10].

Однако, несмотря на все усилия Советской власти, уровень медицинского обслуживания в отдаленных поселках оставался недостаточным для полноценного сохранения здоровья коренного населения Севера. Это видно на примере единственной больницы пос. Алыгджер, традиционного места проживания тофаларов. В 1958 г. здесь часто наблюдалась нехватка медицинских препаратов. В связи с этим, отсутствовала свободная торговля медикаментами среди местного населения, что создавало их дефицит в среде коренного населения. Кроме того в посёлке отсутствовали многие медицинские специалисты, в том числе такие важные, как стоматолог и гинеколог, также из-за отсутствия специалистов с переборами работал местный кабинет рентгеновских исследований.

В 1960-е гг. медицинская система всей Тофаларии выглядела следующим образом: в участковой больнице пос. Алыгджер принимали пациентов один врач, один фельдшер-акушер, четыре медицинских сестры; в пос. Нерха-один фельдшер-акушер; в сельской больнице Верхней Гутары врачей не было (работал фельдшер-акушер с правами заведующего). Вопрос недостаточного уровня медицинского обслуживания коренного насе-

ления Иркутской области неоднократно поднимался региональными властями. Так в 1962 г. областной исполком отметил со стороны райздравотдела факт, когда не были высланы медикаменты в Тофаларию, задержано финансирование, а на запросы было молчание. [7].

Аналогичная проблема наблюдалась на севере Красноярского края в 1960-1970-е годы в Эвенкийском и Таймырском округах. В данных районах была плохо налажена работа стационарных медицинских учреждений. Острее всего ощущалась проблема с развитием туберкулеза в среде коренного населения северных районов Красноярского края. Данная проблема была связана, в первую очередь, с тем, что диспансеризация, необходимая для выявления данного заболевания на ранних стадиях, проводилась на севере Красноярского края в примитивной форме. Вместо комплексного обследования с применением современных методов исследования списки больных туберкулезом составлялись на основе опросов и визуального обследования». Такая ситуация во многом возникла из-за отсутствия в местах традиционного проживания оленеводческих бригад необходимого оборудования и отсутствия бесперебойных источников электрической энергии. Таким образом, именно население, занятое в традиционных отраслях хозяйства, было больше всего обделено в вопросе предоставления медицинской помощи, соответствующей современным стандартам.

В связи этим, для решения проблем медицинского обслуживания населения, занятого в традиционных отраслях и проживающего в отдаленных поселках с 1960-х гг., стали организовываться выездные медицинские комиссии. Эти комиссии давали малочисленным народам Севера Красноярского края и Иркутской области возможность получить должное медицинское обслуживание, которое не всегда им было доступно в рамках, имевшихся в поселках больниц и фельдшерских пунктов. Силы передвижных медицинских отрядов могли варьироваться от одного-двух фельдшеров и пары медицинских сестер, до укомплектованных врачами-специалистами и хорошо оснащенных технически бригад. Функции выездных комиссий, соответственно, также были разнообразны; от выдачи лекарств и проведения флюорографических обследований до оказания квалифицированной диагностической помощи. Такая политика давала определенные результаты: отмечалось снижение показателей по инфекционным и хроническим заболеваниям в среде коренного населения Севера (табл. 1).

Таблица 1. Заболеваемость малочисленных народов Эвенкийского и Таймырского округов соматическими заболеваниями, % [7]

Соматические заболевания	Больных за 1959 г.	Больных за 1971 г.	Больных за 1979 г.	Больных за 1984 г.
Болезни органов дыхания		62	54	41
Эндокринные заболевания	65	60	56	52
Злокачественные новообразования		18	15	11
Заболеваемость по туберкулезу	75	71	62	48,4
Кожно-венерические заболевания	69	62	60	41

Следующим важным документом в деле улучшение медицинского обслуживания аборигенного населения было Постановление ЦК КПСС № 115 от 7 февраля 1980 г. «О мерах по дальнейшему экономическому и социальному развитию районов проживания народностей Севера». В данном постановлении в качестве мер по улучшению системы здравоохранения предполагалось провести следующие мероприятия. Во-первых, Министерству здравоохранения СССР и Совету Министров РСФСР осуществить дополнительные меры по укомплектованию кадрами врачей учреждений здравоохранения, дальнейшему развитию различных видов передвижной специализированной медицинской помощи, повышению качества и культуры работы медицинских учреждений и расширению лечебной и профилактической работы в указанных районах. В рамках борьбы с распространением в среде коренного населения севера паразитарных инвазий, Министерству здравоохранения СССР и Министерству сельского хозяйства СССР было поручено разработать в 1980 году мероприятия по усилению в районах проживания народностей Севера борьбы с гельминтозами. Кроме того, Государственному комитету СССР по науке и технике, Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР было поручено осуществить расширение научных исследований в области социально-экономических и медико-биологических условий жизни народностей Севера [11].

К сожалению, несмотря на продекларированные меры, положение в медицинском обслуживании коренного населения северных территорий в 80-е гг. начало ухудшаться. Прежде всего, данный факт был связан с ухудшением социально-экономической ситуации в целом по стране. Из-за начавшегося оттока населения из северных районов начала ощущаться нехватка квалифицированных медицинских кадров. Например, Тофаларский сельский совет в конце 1980-х гг. просил региональные власти решить проблему с обеспе-

чением кадрами местных лечебных учреждений, напоминая, что из-за отсутствия квалифицированной помощи на местах при условии нелетной погоды больным, нуждающимся в неотложной помощи, грозит смертельный исход; также поднимался вопрос о создании стоматологического кабинета и кабинета физиотерапии.

Кроме того, в северных районах Иркутской области и Красноярского края продолжала ощущаться нехватка необходимых медикаментов. Существовала проблема с выделением средств для полноценного питания пациентов местных лечебных учреждений, не хватало средств и техники для транспортировки тяжелых больных в специализированные медицинские учреждения. В 1980-е гг. начался наблюдаться значительный износ зданий, в которых располагались медицинские учреждения [12].

Развал медицинской системы на северных территориях, традиционных для проживания коренных малочисленных народов, начался в 1990-е г. и совпал с распадом СССР. В этот критический период на Крайнем Севере произошли процессы, коренным образом изменившие инфраструктуру и систему оказания медицинской помощи в поселениях, где компактно проживало аборигенное население.

Отток с Крайнего Севера наиболее образованных слоев населения из числа местной интеллигенции (учителей и врачей) являлся одной из главных причин кризиса Арктической медицины. Исследователи называют основной причиной данного процесса политику российского правительства 1990-х годов, направленную на сокращение «избыточной» численности населения высокоширотных регионов страны. Снижению числа врачей и среднего медицинского персонала также способствовало то, что в советский период значительную часть медперсонала составляли выходцы из Украины и других национальных республик, которые в условиях распада Советского государства стремились вернуться на родину [13].

Развалу арктической медицины также способствовало обнищание, люмпенизация значительной части местных жителей, закрытие участковых больниц и фельдшерских пунктов. Комплексное воздействие указанных выше факторов привело к ситуации, когда оказание квалифицированной медицинской помощи на Крайнем Севере оказалось практически неразрешимой проблемой.

Так укомплектованность учреждений здравоохранения медперсоналом в Иркутской области в местах компактного проживания народов Севера в 1990-е гг. составляла 78 %. Численность врачей – 43 чел., среднего медперсонала – 210 чел. Число больничных учреждений в районах проживания народов Севера – 8, при этом степень их износа достигла практически критической отметки – 45 % [14].

В 1996 г. в Катангском районе в местах проживания народов Севера было три участковых и одна районная больница, среднее количество койко-мест – 84, с 1995 г. эта цифра сократилась до 64. Многие врачи выехали, так в деревне Оськино совсем не осталось медицинских сотрудников. Недостаточным был и уровень работы выездных медицинских комиссий, в прежние времена способствующих сохранению здоровья коренных народов Севера. Медицинские бригады выезжали в места традиционного проживания аборигенного населения всего раз в год на два дня. Очевидно, что за столь короткий промежуток времени было невозможно охватить квалифицированной медицинской помощью всех желающих.

В Качугском районе Иркутской области до 1995 г. в деревне Вершине Тутуры работала участковая больница на десять коек, затем больница-стационар на три койки, которая была закрыта в 1998 году. Население восприняло это вынужденное решение негативно, так как в случае серьезных заболеваний эвенки вынуждены лечиться в районных центрах. А это вдали от собственного дома, в отрыве от родных и близких [15].

Из-за недостатка финансирования профилактика заболеваний и меры по улучшению здоровья в отношении народов Севера проводились в 1990-е гг в Красноярском крае и Иркутской области в недостаточном объеме. Данная проблема была характерна в целом для страны, но особенно остро она ощущалась в отдаленных и труднодоступных поселках, где проживали представители коренных малочисленных народов Севера. В указанных населённых пунктах из-за развала системы медицинского обеспечения часто не было средств на выезды медицинских бригад, приобретение и хранение медикаментов и вакцины, выполнение рейсов санавиации; не хватало медицинских кадров для обеспечения квалифицированной медицинской помощи местному населению. Тяжелая ситуация, сложившаяся в системе здравоохранения северных районов Российской Федерации, негативно отразилась на прогнозируемой средней продолжительности жизни представителей народов Севера (табл. 2.).

Таблица 2. Ожидаемая продолжительность жизни представителей народов Севера (при рождении, лет) [16]

Годы	1978–1979	1988–1989	1998–2002
Оба пола	49,1	59,4	54,8
Мужчины	44,3	54,0	49,1
Женщины	54,1	65,0	60,5

В 2000-е гг. несмотря на мероприятия, принятые государством, тяжелая ситуация в медицинском обслуживании аборигенного населения Крайнего Севера осталась прежней, а в некоторых районах наоборот ухудшилась. Согласно Федеральному закону «О гарантиях прав коренных малочисленных народов Российской Федерации», аборигенное население имеет право на получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, в том числе на прохождение ежегодной диспансеризации. Тем не менее, низкий уровень медицинского обслуживания не позволяет представителям малочисленных народов Севера воспользоваться своими правами в должной мере.

Согласно данным за 2008 год, число врачей на 10000 человек населения в районах проживания малочисленных народов Севера было на треть меньше, чем в среднем по стране. Укомплектованность врачебными кадрами отдельных северных территорий составляла всего 36–52 %. В связи с этим представители коренных малочисленных народов Севера для получения квалифицированной медицинской помощи вынуждены выезжать в центральные лечебно-профилактические учреждения, которые часто находились на расстоянии нескольких тысяч километров от их места жительства [17].

Впрочем, техническое состояние и материальная обеспеченность даже этих заведений была ниже всех установленных нормативов. Так более 40 % зданий медицинских учреждений на Край-

нем Севере не подлежали капитальному ремонту из-за сверхнормативного износа, еще 40 % требовали капитального ремонта в ближайшее время. Критическая ситуация наблюдается и в материальном обеспечении медицинских центров Арк-

тики: так износ медицинского оборудования и транспорта в отдельных больницах достигает 70 %, серьезно проблемой также является значительное сокращение коечного фонда (табл. 3).

Таблица 3. Основные характеристики службы здравоохранения в районах проживания КМНС, на 10000 человек населения [18]

Характеристики	Год			
	1996	2001	2004	2008
Численность врачей всех специальностей	33,8	32,1	40,1	37,3
Численность среднего медицинского персонала	116,6	105,8	123,5	118,6
Число больничных коек	153,2	130,8	132,4	111,0
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену	264,8	264,7	290,9	288,4

Так, в рамках долгосрочной целевой программы «Коренные малочисленные народы Севера», были заложены средства для проведения хотя бы раз в год диспансеризация жителей, из числа коренных малочисленных народов Севера, проживающих в национальных поселках. В этих посёлках доля коренных народов составляет не менее 50%. В рамках данной работы в указанные поселки приезжали группы врачей, состоящие из терапевта, невролога, инфекциониста, рентгенолога и эндокринолога. Дополнительно к местам традиционного проживания коренных народов Севера доставлялось оборудование для проведения УЗИ-диагностики, часть средств выделено на развитие санитарной авиации в отдаленных поселках [19].

По программе коренным жителям оказываются и стоматологические услуги. Люди, занятые в традиционных отраслях хозяйства, а также пенсионеры и малообеспеченные граждане из числа коренных малочисленных народов Севера, могут пользоваться бесплатным протезированием зубов. Согласно закону «О социальной поддержке граждан, проживающих в Эвенкийском муниципальном районе Красноярского края», представителям коренных малочисленных народов Севера, осуществляющим традиционную хозяйственную деятельность, то есть тем, для кого охота, рыболовство и оленеводство являются основным источником получения средств для существования, бесплатно предоставляются медицинские препараты. Им также положена оплата санаторно-курортных путевок. Однако необходимо отметить, что из-за отсутствия должного распространения данной информации, далеко не все жители поселков осведомлены об этих льготах, и поэтому не пользуются ими [20].

Результаты проведенного нами анализа развития системы здравоохранения коренных народов Севера Иркутской области и Красноярского края

указывают на необходимость составления рекомендаций для улучшения медицинского обслуживания малочисленных этносов в настоящий момент.

Во-первых, необходимо увеличить доступность квалифицированной медицинской помощи в отдаленных районах, как за счёт строительства новых стационарных медицинских учреждений, так и за счет развития службы выездной медицинской помощи, для чего следует увеличить количество выездных мероприятий, проводимых в районах традиционного проживания малочисленных народов.

Во-вторых, необходимо регулярно проводить профилактические мероприятия, направленные на предупреждения заболеваний. Для этого медицинским специалистам показано (не реже одного раза в год) проводить медицинские осмотры местного населения, и, исходя из данных, полученных в ходе этих мероприятий, давать четкие рекомендации по изменению образа жизни представителей коренных народов в лучшую сторону.

В-третьих, необходимо способствовать развитию медицинских знаний в среде коренного населения, для чего следует предоставить представителям малочисленных народов Севера высокоскоростной интернет для доступа к полезным источникам информации в сети и оснастить местные библиотеки современной научно-популярной литературой.

В четвертых, необходимо принять все возможные меры, вплоть до полного запрета продажи алкоголя в национальных поселках, для того, чтобы искоренить в среде коренного населения пагубное пристрастие к алкогольным напиткам, являющееся одной из причин низкой продолжительности жизни. Также необходимо вести борьбу с курением. Оно негативно сказывается на состоянии здоровья коренного населения.

Литература

1. Третьяков С.П. Туруханский край и его обитатели. СПб.: тип. В. Безобразова и К^о, 1871. 316 с.
2. Великий Октябрь и малые народы Крайнего Севера: сб. ст. / отв. ред. М.Г. Воскобойников. Л., 1967. 225 с.
3. Народы Сибири / под ред. М.Г. Левина, Л.П. Потапов. М.: Изд-во АН СССР, 1956. 1114 с.
4. Преобразования в хозяйстве и культуре и этнические процессы у народов Севера: сб. / отв. ред. И.С. Гурвич, Б.О. Долгих. М.: Наука, 1970. 280 с.
5. Плисова В.В. К вопросу о развитии системы здравоохранения народов Севера в предвоенные годы // Технология развития социальных, экономических и логистических процессов Арктической зоны России: история и современность: материалы междунар. науч.-практической конф. (30-31 марта 2017). Красноярск, 2017. С. 158-161.
6. Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину. Новосибирск: Наука, СО РАМН, 1998. 337 с.
7. Кудашкин В.А. Медицинское обслуживание малочисленных этносов Иркутской области и Красноярского края в 50-80-е гг. XX в. // Вестн. Поморского ун-та. 2007. № 4. С. 25-29.
8. Панин Л.Е. Фундаментальные проблемы приполярной медицины и арктической медицины // Бюллетень СО РАМН. 2013. Т. 33. № 6. С. 3-10.
9. Тихонов Д.Г. Арктическая медицина. Якутск: Изд-во ЯНЦ СО РАН, 2010. 317 с.
10. Вахтин Н. Коренное население Крайнего Севера Рос. Федерации. СПб.: Изд-во Европейского Дома, 1993. 95 с.
11. Кривошапкин В.Г., Алексеев В.П., Петрова П.Г. Региональные стандарты здоровья человека на Севере. Якутск: Изд-во НиСПО, 2001. 146 с.
12. Логинов В.Г. Освоение Арктики и коренные малочисленные народы севера // Проблемы и перспективы социально-экономического и этнокультурного развития коренных малочисленных народов Севера: сб. тр. конф. (28-29 мая 2014 г.). Ханты-Мансийск, 2015. С. 54-67.
13. Гаврилова И.Н. Проблемы малочисленных народов Севера России // Представительная власть: мониторинг, анализ, информация. 1997. № 1 (18). С. 60-71.
14. Сирина А.А. Народы Севера Иркутской области // Исследования по прикладной и неотложной этнологии. 2002. № 152. С. 34.
15. Козлов А.И. Здоровье коренного населения Севера РФ: на грани веков и культур. Пермь, 2012. 160 с.
16. Мурашко О.А. Социально-экономические трансформации в российской Арктике и коренные народы // Мир коренных народов. Живая Арктика. 2011. № 27. С. 128-141.
17. Тихонов Д.Г. Арктическая медицина. Якутск: Изд-во ЯНЦ СО РАН, 2010. 317 с.
18. Козлов А.И., Козлова М.А. Здоровье коренного населения Севера РФ: на грани веков и культур // Экологическое планирование и управление. 2008. Т. 3-4 (8-9). С. 58-68.
19. Богоявленский Д.Д. Вымирают ли народы Севера? // Социологические исследования. 2005. № 8. С. 55-61.
20. Панин Л.Е. Гомеостаз и проблемы приполярной медицины (методологические аспекты адаптации) // Бюллетень Сибирского отделения Рос. акад. мед. наук. 2010. № 3. С. 6-11.