

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения**

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИЕ

Под редакцией профессора В.С. Глушанко

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию Республики Беларусь в качестве учебно-методического пособия для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 02 «Лечебное дело» и 1-79 01 07 «Стоматология»

**Витебск
Издательство ВГМУ
2017**

УДК 613.4-056.22(072)

ББК 51.204.0я73

З 46

Рекомендовано к изданию Центральным учебно-методическим советом ВГМУ
(протокол № 4 от 19.04.2017 г.)

Р е ц е н з е н т ы:

Сурмач М.Ю. – зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
УО «Гродненский государственный медицинский университет», доктор
медицинских наук, доцент

Кафедра теории методики физической культуры и спортивной медицины
УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»
(зав. кафедрой – доктор медицинских наук, профессор Э.С. Питкевич)

Глушанко, В.С.

З 46 Здоровый образ жизни и его составляющие: учеб.-метод. пособие /
В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг, Р.Ш. Шефиев /
Под ред. проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2017 . – 301 с.

ISBN 978-985-466-869-7

Учебно-методическое пособие «Здоровый образ жизни и его составляющие» по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» соответствует типовому учебному плану и типовой учебной программе по предмету, утверждённым Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Пособие содержит актуальную информацию о факторах риска, принципах ведения здорового образа жизни и профилактики заболеваемости.

Предназначено для студентов лечебного, фармацевтического и стоматологического факультетов, факультета подготовки иностранных граждан, интернов, клинических ординаторов, врачей, слушателей ФПК и ПК, магистрантов, аспирантов и соискателей ученых степеней высших медицинских учреждений образования.

УДК 613.4-056.22(072)

ББК 51.204.0я73

ISBN 978-985-466-869-7

© Глушанко В.С., Тимофеева А.П.,
Герберг А.А., Шефиев Р.Ш. 2017
© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2017

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

Цель

Приобретение научных знаний о закономерностях и методиках формирования, сохранения, укрепления и воспроизводства здоровья человека, а также навыков о путях и способах пропаганды здорового образа жизни и привития культуры здоровья.

Задачи

1. Ознакомить с понятиями «здоровье», «здоровый образ жизни», «гигиеническое обучение и воспитание» как важнейшими составляющими, направленными на формирование здорового образа жизни для сохранения и укрепления здоровья населения.
2. Иметь представление о целях медико-гигиенического обучения и воспитания, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.
3. Изучить задачи и принципы медико-гигиенического обучения и воспитания населения.
4. Ознакомиться с комплексом мероприятий по развитию профилактического направления в системе здравоохранения.
5. Уметь классифицировать методы преподнесения материала целевой аудитории.
6. Освоить методы пропаганды здорового образа жизни:
 - устной;
 - печатной;
 - изобразительной (наглядной);
 - комбинированной.
7. Ознакомиться с методикой совершенствования работы по формированию здорового образа жизни, регламентированной приказами Министерства здравоохранения и др. нормативно-правовыми актами.

Ключевые понятия темы

1. Здоровье.
2. Образ жизни.
3. Уровень жизни.
4. Качество жизни.
5. Стиль жизни.
6. Уклад жизни.

7. Здоровый образ жизни.
8. Формула здоровья.
9. Уровни здоровья.
10. Факторы, определяющие здоровье человека.
11. Факторы риска.
12. «Школы здоровья».
13. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни.
14. Индекс развития человеческого потенциала.
15. Физическое развитие.
16. Рациональная организация образа жизни.
17. Понятие «активный отдых».
18. Здоровое питание.
19. Профилактическая направленность здравоохранения.
20. Профилактика. Виды профилактики. Уровни профилактики.
21. Медико-гигиеническое обучение.

II. НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ

1. Признаки здоровья и факторы его определяющие.
2. Факторы риска.
3. Мотивации здорового образа жизни.
4. Механизмы, способы, пути и средства поддержания здоровья.
5. Методы, формы и средства пропаганды здорового образа жизни.
6. Методы оценки состояния здоровья, его резервы на индивидуальном уровне.
7. Основные компоненты здорового образа жизни.
8. Научно-теоретическую базу профилактики.
9. Пути повышения эффективности профилактики.
10. Основные принципы организации и проведения мероприятий по медико-гигиеническому воспитанию и формированию здорового образа жизни.
11. Методы, способы и средства пропаганды здорового образа жизни.

III. НЕОБХОДИМО УМЕТЬ

1. Составлять программу коррекции образа жизни.
2. Пропагандировать здоровый образ жизни.
3. Применять полученные знания о путях и способах пропаганды здорового образа жизни и привития культуры здоровья.
4. Составлять план мероприятий по гигиеническому обучению и воспитанию, формированию здорового образа жизни среди различных контингентов населения.

IV. МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ

В современный период сохраняются негативные тенденции в состоянии здоровья населения, обусловленные прогрессирующим старением населения, неблагоприятной структурой населения по полу и возрасту, невысокими показателями ожидаемой при рождении продолжительности жизни. Сложившаяся ситуация во многом является следствием низкой культуры населения, отсутствия осознанной потребности к здоровому образу жизни, что обусловлено ослаблением позиций в организации профилактики как перспективного, так и экономичного пути укрепления здоровья.

Изучение темы «Здоровый образ жизни и его составляющие» определяется необходимостью целенаправленного овладения знаниями для предстоящей практической деятельности по гигиеническому обучению и воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни в целях сохранения, укрепления и пополнения резерва здоровья каждого человека.

Знания по этой теме используются в той или иной степени в клинической и теоретической медицине с профилактической и научной направленностью. Поэтому знание основ формирования здорового образа жизни необходимы каждому современному врачу независимо от профиля его работы.

V. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ

1. Определение понятия «здоровье».
2. Виды здоровья.
3. Уровни здоровья.
4. Концепции здоровья.
5. Индикаторы здоровья населения.
6. Факторы риска здоровью.
7. Способы и методы оценки здоровья населения.
8. Индекс развития человеческого потенциала.
9. Образ жизни. Категории, характеризующие образ жизни.
10. Качество жизни, его стандарты.
11. Концепция здорового образа жизни.
12. Здоровый образ жизни и компоненты его составляющие.
13. Нормы поведения.
14. Рациональная организация образа жизни.
15. Психофизиологические основы здоровья.
16. Наследственность и здоровье.
17. Иммуитет и здоровье.
18. Вредные привычки и их профилактика.

19. Основы здорового питания.
20. Здоровье и экология.
21. Сексуальная культура и этика семейной жизни.
22. Профилактика заболеваний.
23. Медико-гигиеническое воспитание и обучение населения.
24. Методы, способы и средства пропаганды здорового образа жизни.
25. Государственная политика в области охраны здоровья населения

VI. МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ

1. Мультимедийные презентации.
2. Средства медико-гигиенического обучения и воспитания населения.
3. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14 марта 2016 г. № 200. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 гг.
4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 марта 2011 г. № 335 «Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года».

VII. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Тема изучается в течение шести часов занятий и состоит из 3-х частей.

1. Определение исходного уровня знаний, разбор и обсуждение основных вопросов темы.
2. Разбор типовых и решение ситуационных задач по медико-гигиеническому обучению и воспитанию населения.
3. Контроль усвоения теоретических знаний и практических навыков.
4. Подведение итогов занятия.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК ТЕМЫ

1. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) провозглашён принцип, в соответствии с которым «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека».

Согласно Конституции Республики Беларусь «Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения» (ст. 45).

В современной литературе существует большое количество определений «здоровья». Используемая терминология, особенно заимствованная из смежных дисциплин (социология здоровья, психология, экономика и др.), не всегда отражает подлинное медицинское понимание данной дефиниции. Классическим является определение, записанное в **Уставе ВОЗ**: «Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (1948 г.).

Характеристики здоровья могут быть сведены к следующим **моделям**:

- *Медицинская модель* – здоровье как отсутствие болезней и их симптомов.
- *Биомедицинская модель* – отсутствие субъективных ощущений нездоровья и органических нарушений.
- *Биосоциальная модель* – рассматривается совокупность медицинских и социальных признаков; приоритет отдаётся социальным признакам.
- *Ценностно-социальная модель* – **здоровье как ценность человека**; именно к этой модели относится определение ВОЗ.

Здоровье людей – это большая социальная ценность. Часто человек начинает задумываться о здоровье только тогда, когда оно окончательно утрачено, забывая, что именно здоровье является предпосылкой успешного развития личности. Значимость оздоровления для человека определяется в первую очередь его собственной стратегией и тактикой.

«Здоровье – это не подарок, который человек получает один раз и на всю жизнь, а результат сознательного поведения каждого человека и всех в обществе» (П. Фосс).

Человек является собой отражение двух ипостасей – биологической и социальной. Они находятся в диалектическом единстве и противоречии.

В настоящее время принято выделять несколько компонентов (видов) в понятии «здоровье»:

Первый – *биологическое здоровье* связано с организмом и зависит от динамического равновесия функций всех внутренних органов, их адекватного реагирования на влияние окружающей среды. Здоровье на биологическом уровне имеет две компоненты:

- *Соматическое здоровье* – текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития.
- *Физическое здоровье* – уровень роста и развития органов и систем организма. Основу его составляют морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции.

Второй – *психическое здоровье* связано с личностью и зависит от развития эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер личности, от развития самосознания личности и от осознания ценности для личности собственного здоровья и здорового образа жизни. Психическое здоровье – это состояние общего душевного комфорта.

Третий – *социальное здоровье* связано с влиянием на личность других людей, общества в целом; это мера социальной активности, трудоспособности человека; это форма активного, деятельного отношения к миру.

Социальная составляющая здоровья складывается под влиянием социума (родителей, друзей, одноклассников в школе, сокурсников в вузе, коллег по работе, соседей по дому и т.д.).

Гармонически развитый здоровый человек способен эффективно и длительно участвовать в жизни семьи и общества. Общественный прогресс всё в большей степени обеспечивается не темпами роста производства продукции, а качеством жизни населения, которое в значительной мере обусловлено состоянием здоровья.

Таким образом, *здоровье человека — это процесс сохранения и развития его психических и физиологических качеств, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни.*

Укрепление и сохранение здоровья населения – задача всех национальных систем здравоохранения. Здоровое население страны –

главное условие реализации её потенциальных возможностей, важнейший фактор обеспечения национальной безопасности.

Ещё на IV Всебелорусском народном собрании Президент Республики Беларусь *А.Г. Лукашенко* отметил: «Важнейшей составляющей уровня и качества жизни человека является здоровье. Поэтому здравоохранение было и остается приоритетом... Стратегическая цель – войти в число первых 50 стран мира с наивысшим индексом развития человеческого потенциала. Высокий жизненный уровень белорусских граждан – не просто цель, это смысл проводимой государственной политики. Что же определяет уровень и качество жизни человека? Укрупненно я бы выделил пять важнейших составляющих – это, во-первых, полноценная семья, во-вторых, здоровье, в-третьих, образование, в-четвертых, реальные доходы, в-пятых, комфортность жизни <...> По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, 80 % факторов, которые влияют на состояние здоровья, являются управляемыми. Половина из них зависит от образа жизни человека. Поэтому в Беларуси будет продолжено создание спортивно-оздоровительной инфраструктуры. Не только таких крупных проектов, как «Минск-Арена», «Силичи», ледовые дворцы, но и бассейнов, лыжероллерных трасс, спортивных площадок в школах и во дворах. Спортивные сооружения должны стать массовыми. Тогда будет и большой спорт, и здоровье, и главное – настроение людей. Таким образом, здоровый образ жизни плюс развитая отечественная медицина, безопасные условия жизни в совокупности будут способствовать формированию здоровой нации. А желательно еще и нации долгожителей».

Основные принципы государственной политики Республики Беларусь в области охраны здоровья населения закреплены в **законодательных и иных нормативных правовых актах по охране здоровья населения (См. Приложение 1–3).**

2. ЗДОРОВЬЕ КАК МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ КАТЕГОРИЯ

2.1. Концепции здоровья

На протяжении последних 300–400 лет в Европе доминировала *биомедицинская концепция болезни* (механистический подход), согласно которой заболевание приходит извне и сам пациент не несёт за это никакой ответственности. В XX в. на смену биомедицинской модели пришла *биопсихосоциальная модель*.

Первые работы по психологии здоровья, как отдельного направления медицинской психологии, появились в 1960-е гг. в США на основе психоаналитического направления.

В 1970-е годы возникла законченная *теория бихевиоральной (поведенческой) медицины*, изучающая роль психических факторов в этиологии соматических заболеваний. Бихевиоризм подходит к поведению человека механистически и рассматривает сознание, личность, переживания человека только как «эпифеномены». В схеме бихевиоризма «стимул-реакция» выпадает или, по крайней мере, недооценивается самое существенное – внешнее воздействие. Эта теория снимает личность со счёта, обезличивает человека.

Итогом совместной работы медиков и психологов можно считать выработку *биопсихосоциальной модели* болезни и здоровья, согласно которой психика и тело взаимодействуют и влияют друг на друга. Этиологическими факторами болезни в этой модели признаются и биологические (вирусы, бактерии), генетические (врождённые пороки и т.п.), и психологические (эмоции, комплексы), социальные.

На основе биопсихосоциальной модели развилось *психосоматическое направление* здоровья и болезни. Человек уже рассматривается как пассивная жертва болезни, наряду с врачом он несёт ответственность за результаты лечения.

В настоящее время заговорили о *духовно-нравственной концепции здоровья*, согласно которой существует внешняя (социальная) и внутренняя ответственность за здоровье. Внутренняя ответственность – это духовно-нравственная позиция человека, его отношение к себе, к окружающим, своей семье, здоровью, болезни и смерти, образ чувств и мыслей. Внутренняя безответственность приводит к расстройствам здоровья напрямую или опосредованно: через эмоции, чувства, нервное напряжение, в результате духовной дисгармонии, повреждении души страстями.

Концепцию потенциала и баланса здоровья была предложена в конце XX в. В ней различают два ключевых измерения здоровья: баланс и потенциал здоровья.

Баланс здоровья – это выражение моментального состояния равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

По определению ВОЗ, потенциал здоровья – наилучшее состояние здоровья, которого конкретный человек может достигнуть независимо от имеющихся у него нарушений здоровья.

Однако потенциал здоровья неизвестен до внешнего воздействия (факторы среды или поведения). Только воздействие определяет возможности организма. Данную ситуацию рассматривает *адаптационная концепция здоровья*.

Адаптация – это составная часть приспособительных реакций биологической системы на изменение условий среды существования. Способность к адаптации – одно из свойств и условий развития здорового человека. Резервы адаптационных возможностей в организме всегда выше, чем их реализация.

Здоровье следует рассматривать как понятие динамическое, характеризующееся индивидуальными, возрастными и производственными аспектами.

Концепция конструирования здоровья состоит из двух фаз: фазы преодоления (уменьшения) действия факторов риска и фазы формирования здоровья. Вторую фазу реализовать труднее. Она профилактическая, в её основе недопущение факторов риска и непосредственных причин заболеваний, развитие и укрепление здоровья здоровых людей. Вторая фаза предполагает формирование факторов здорового образа жизни.

2.2 Факторы, определяющие здоровье человека. Факторы риска

Человек подвергается комплексному воздействию взаимосвязанных и взаимообуславливающих факторов. Одни факторы позитивно влияют на состояние здоровья населения, другие, наоборот, оказывают отрицательное воздействие.

Факторы, определяющие здоровье человека, можно разделить на **4 группы**:

- социально-биологические (пол, возраст, наследственность, тип конституции, темперамент);
- социально-экономические (условия труда, быта, жилищные условия, материальное благосостояние, состояние службы здравоохранения, образ жизни и др.);
- природно-климатические (температура воздуха, влажность, уровень солнечной радиации, ландшафт, флора, фауна и др.);
- организационные или медицинские (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико-социальной помощи и т.д.).

В раннем возрасте преимущественное влияние на здоровье оказывают социально-биологические факторы. По мере взросления их роль снижается, уступая место социально-экономическим факторам, **условиям** (*объективная сторона жизнедеятельности*) и **образу жизни** (*субъективная сторона жизнедеятельности*).

Факторы риска – это факторы, потенциально опасные для здоровья человека, способствующие возникновению заболеваний.

Для развития патологического процесса помимо фактора риска требуется действие конкретного причинного фактора. Но в отличие от непосредственных причин заболеваний (вирусы, бактерии и т.д.), факторы риска действуют опосредованно, создавая неблагоприятный фон для возникновения и развития болезней. Например, на заболеваемость раком лёгкого воздействуют курение, экология, место жительства и др.

Принято считать, что здоровье на **50 %** и более зависит от условий и образа жизни, на **20 %** от состояния окружающей внешней среды, на **20%** от генетических факторов и на **10%** от состояния здравоохранения.

На здоровье населения оказывают влияние такие отрицательные *факторы образа жизни*, как курение и употребление алкоголя, неправильное питание, адинамия и гиподинамия, употребление наркотиков и злоупотребление лекарствами, вредные условия труда, стрессовые ситуации, неблагоприятные материально-бытовые условия, непрочность семей, одиночество, низкий образовательный и культурный уровень, чрезмерно высокая степень урбанизации. Всё это – **факторы риска**, то есть факторы, которые гипотетически связаны с развитием того или иного заболевания и ассоциируются как с большим распространением, так и с повышенной вероятностью возникновения новых случаев заболеваний. Как правило, действует не один из этих факторов, а несколько (см. таблицу 2.2.1).

Таблица 2.2.1

***Влияние неблагоприятных факторов на здоровье населения
(по Ю.П. Лисицину)***

Сфера влияния	Факторы риска	Доля факторов в %
Образ жизни	Курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание, стрессовые ситуации, вредные условия труда, гиподинамия, низкая медицинская активность, низкий культурный и образовательный	49–53

	уровень, злоупотребление лекарствами, непрочность семейных связей, одиночество и пр.	
Генетика, биологические факторы	Предрасположенность к наследственным болезням (хромосомным, генетическим), предрасположенность к хроническим заболеваниям (генетический риск)	15–20
Внешняя среда (экологическая)	Загрязнение воздуха, воды, почвы химическими, физическими, биологическими вредными для здоровья веществами; резкая смена атмосферных явлений; повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	17–20
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мер, низкое качество медицинской помощи, несвоевременность медицинской помощи	8–10

Основной целью выявления и коррекции факторов риска является улучшение здоровья, снижение заболеваемости основными хроническими неинфекционными заболеваниями: сердечно-сосудистыми, бронхо-лёгочными заболеваниями, сахарным диабетом и др., снижение смертности населения.

Задачи:

1. Индивидуальное определение характера и степени выраженности факторов риска.
2. Информирование пациентов о выявленных отклонениях и возможности осуществления их коррекции с применением современных профилактических, оздоровительных и лечебных технологий.
3. Направление пациентов по результатам доврачебного обследования на консультацию к специалистам.
4. Обеспечение взаимодействия со специалистами отделения профилактики, участковыми терапевтами, ВОП (врачами общей практика, семейными врачами), иными специалистами ЛПО.

Формы и методы работы (технологии) – индивидуальный профилактический скрининг для выявления факторов риска у обслуживаемого населения.

Скрининг – массовое обследование лиц, не считающих себя заболевшими, для выявления факторов риска будущих заболеваний или скрыто протекающих уже имеющихся заболеваний. Обычно используется с применением простых, неинвазивных процедур, имеющих высокую чувствительность.

Выявление отдельных факторов риска осуществляется с использованием простых *скрининг-методов*. Оценка суммарного риска необходима для определения вероятности развития патологий с целью определения необходимости, тактики и интенсивности профилактического вмешательства.

Целевые уровни факторов риска:

Для пациентов без сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний атеросклеротического генеза:

- иметь уровень АД не выше 140/90 ммрт.ст. (при высоком и очень высоком риске желателно иметь АД не выше 130/80 мм рт. ст. и не ниже 110/70мм рт. ст., при условии хорошей переносимости снижения АД);
- не курить и избегать пребывания в помещениях с табачным дымом (пассивное курение);
- контролировать уровень холестерина (не выше 5 ммоль/л), особенно уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП): при низком сердечно-сосудистом риске ХС ЛНП должен быть не выше 3 ммоль/л, при высоком риске – не выше 2,5 ммоль/л; при очень высоком риске – не выше 1,8 ммоль/л или, если не удастся достичь целевого уровня, необходимо снижение ХС ЛНП на $\geq 50\%$ от исходного;
- ограничивать чрезмерное употребление алкогольных напитков (не превышать опасные дозы – для мужчин 30 мл, для женщин 20 мл в пересчёте на чистый этанол);
- не иметь избыточной массы тела (оптимальный индекс массы тела 25 кг/м^2), особенно абдоминального ожирения (оптимальная окружность талии для женщин не более 80 см, для мужчин не более 94 см);
- не иметь сахарного диабета или повышения содержания глюкозы в крови;
- регулярно проходить диспансерные осмотры и выполнять врачебные рекомендации.

В практической деятельности среди пациентов часто встречаются лица с 2-3 и более факторами риска. Поэтому, оценивая риск развития

заболеваний, следует учитывать все имеющиеся факторы риска, т.е. определять *суммарный риск*.

Таблица 2.2.2

Минимальный необходимый перечень методов для определения суммарного риска

Факторы риска	Методы скрининг-диагностики
АГ (ЧСС)	Измерение АД (трёхкратное)
Холестерин сыворотки	Экспресс определение холестерина в капле крови или лабораторное определение
Курение	Опрос: стаж, регулярность, интенсивность
	По показаниям – определение типа курительного поведения и степени никотиновой зависимости – тест Фагенстрема
Пол, возраст	Индивидуальный суммарный риск – таблицы SCORE или национальные таблицы

Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний

Повышенный уровень артериального давления (АД) – систолическое артериальное давление ≥ 140 ммрт.ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90ммрт.ст. либо проведение гипотензивной терапии. К числу граждан, имеющих данный фактор риска, относятся граждане, имеющие гипертоническую болезнь или симптоматические артериальные гипертензии, а также граждане с повышенным артериальным давлением при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической артериальной гипертензии.

Дислипидемия – отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена (общий холестерин 5 ммоль/л и более; холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП) у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) более 3 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л).

Гипергликемия – уровень глюкозы плазмы натощак 6,1 ммоль/л и более, либо наличие сахарного диабета, в том числе в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия.

Курение табака – ежедневное выкуривание, по крайней мере, одной сигареты и более.

Нерациональное питание – избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солёностей, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки).

Избыточная масса тела – индекс массы тела 25–29,9 кг/м² и более.

Ожирение – индекс массы тела 30 кг/м² и более.

Низкая физическая активность – ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день.

Риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям определяется при наличии инфаркта миокарда и (или) мозгового инсульта у близких родственников (матери или родных сестёр в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет).

Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественных новообразований.

Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте.

Отягощенная наследственность по сахарному диабету – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте.

Таким образом, **задача государства в целом и здравоохранения**, в частности, состоит в разработке и реализации комплекса эффективных профилактических мероприятий по снижению воздействия факторов риска и усилению позитивных факторов, обуславливающих здоровье населения. Результатом данных мер явится увеличение средней продолжительности жизни населения.

2.3. Уровни здоровья. Группы индикаторов здоровья населения.

При оценке здоровья выделяют **4 уровня**:

I уровень – здоровье отдельного человека – **индивидуальное здоровье** – его оценивают по персональному самочувствию, наличию или отсутствию заболеваний, физическому состоянию и т.д.;

II уровень – здоровье социальных и этнических групп – **групповое здоровье**;

III уровень – здоровье населения административных территорий – **региональное здоровье**;

IV уровень – здоровье популяции, общества в целом – **общественное здоровье**.

По мнению ВОЗ, в медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

ВОЗ провозглашён принцип, в соответствии с которым «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека».

Индивидуальное здоровье оценивают по персональному самочувствию, наличию или отсутствию заболеваний, физическому состоянию и др. Для комплексной оценки здоровья отдельных пациентов в мировой практике выделяют *5 групп здоровья*:

1 группа – здоровые;

2 группа – здоровые лица, у которых отсутствует какая-либо хроническая болезнь, но имеются различные функциональные отклонения, снижение иммунологической резистентности, частые острые заболевания и др.;

3 группа – пациенты с длительно текущими (хроническими) заболеваниями при сохранённых в основном функциональных возможностях организма;

4 группа – пациенты с длительно текущими (хроническими) заболеваниями со снижением функциональных возможностей организма;

5 группа – тяжело больные, нуждающиеся в соблюдении постельного режима.

В медико-социальных исследованиях для количественной оценки группового, регионального и общественного здоровья принято использовать следующие **группы индикаторов**:

I. Демографические показатели.

А. Показатели естественного движения населения:

- - смертность общая и возрастная;
- - ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении (ОПЖР);
- - рождаемость, плодовитость;
- - естественный прирост населения;

Б. Показатели механического движения населения:

- - миграция населения (эмиграция, иммиграция, сезонная, внутригородская миграция и др.).

II. Заболеваемость.

III. Инвалидность.

IV. Физическое развитие.

V. Качество жизни.

2.4. Показатели здоровья населения. Способы и методы оценки его состояния

Для количественной и качественной оценки группового, регионального и общественного здоровья населения принято использовать следующие основные показатели:

I. Медико-демографические показатели. Здоровье населения обусловлено состоянием и динамикой демографических процессов.

1. Статика населения: плотность, размещение, социальный состав, состав по полу и возрасту, грамотность, образование, национальность, язык, культура.
2. Динамика населения подразделяется на механическую и естественную: механическая – эмиграция и иммиграция; естественная – рождаемость, смертность, естественный прирост.
3. Семейное состояние характеризуется коэффициентом брачности, разводов и средней продолжительностью брака.
4. Процессы воспроизводства населения характеризуются показателями суммарной плодовитости, брутто-коэффициентом и нетто-коэффициентом.
5. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении (ОПЖР).
6. Смертность детского населения характеризуется показателями младенческой смертности, неонатальной смертности, постнеонатальной смертности, перинатальной смертности, структурой смертности, показателями смертности в зависимости от причины, характера заболеваемости и возрастного периода.

Одним из важнейших показателей, используемых в медицинской статистике для комплексной оценки общественного здоровья, является ***ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении***.

Под «***ожидаемой продолжительностью предстоящей жизни при рождении***» следует понимать гипотетическое число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся (то есть в возрасте 0 лет) или числу живущих определённого возраста при условии, что на всём протяжении жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была в том году, для которого производилось исчисление. Упрощенно говоря, он обозначает среднее количество лет предстоящей жизни человека, достигшего данного возраста, и является итоговым показателем таблицы смертности.

Основой для исчисления служат данные о численности каждой из возрастных групп населения и о фактическом числе умерших в тех же возрастных группах.

Этот показатель характеризует жизнеспособность населения в целом, он не зависит от особенностей возрастной структуры населения и пригоден для анализа в динамике и сравнения данных по разным территориям и странам.

Нельзя путать! данный показатель со средним возрастом умерших или средним возрастом населения.

В различных странах мира этот показатель варьирует и зависит от социально-политической, экономической и экологической ситуации. ОППЖР – один из основных индикаторов качества системы здравоохранения в критериях оценки Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Имеет прямую корреляцию с показателем общих расходов на здравоохранение.

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении по миру составляет 67,2 года. (65,0 для мужчин и 69,5 для женщин) *(по версии ООН)*.

Самый высокий показатель ОППЖР (*данные ВОЗ на 2015 г.*) – в Японии и Швейцарии – 83,7 и 83,1 лет соответственно, а самая низкая в Сьерра-Леоне – 50,1 лет (183-е место). Беларусь занимает 98-е место в мире – 72,3 лет (Россия – 110-е место – 70,5 лет; Украина – 104-е место – 71,3).

По словам Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко, «к 2020 году ожидаемая средняя продолжительность жизни в Беларуси увеличится и превысит 75 лет. Этому будут служить усиление профилактической, реабилитационной работы системы здравоохранения, расширение охвата населения услугами первичной медицинской помощи, формирование здорового образа жизни и снижение влияния факторов риска».

Для развитых стран характерна очень низкая «преждевременная» смертность (детская смертность и смертность среди людей трудоспособного возраста). Например, во Франции в начале XXI века вероятность не дожить до возраста 20 лет составляла всего лишь 1,2 % для новорожденных мальчиков и 0,75 % для девочек. До 55 лет не доживали 11,0 % и 4,7 % соответственно.

В странах с высокой младенческой смертностью, ожидаемая продолжительность жизни новорождённых ниже, и может неадекватно отражать ожидаемую продолжительность жизни для детей старше года.

II. Показатели заболеваемости и инвалидности.

1. Первичная заболеваемость (собственно заболеваемость).
2. Общая заболеваемость (распространенность).
3. Накопленная заболеваемость.
4. Патологическая пораженность.
5. Индекс здоровья.

6. Летальность.
7. Травматизм.
8. Инвалидность.

III. Показатели физического развития используются для выявления антропометрических маркеров риска ряда заболеваний, контроля за физическим здоровьем детей и оценки эффективности проводимых оздоровительных мероприятий. Физическое здоровье населения определяется с помощью следующих методов:

1. *Антропометрические* – измерение размеров тела и отдельных его частей (рост, масса, площадь поверхности, объём тела, длина окружности грудной клетки (при максимальном вдохе, паузе и максимальном выдохе). К дополнительным антропометрическим показателям относят рост сидя, длину окружности шеи, живота, талии, бедра и голени, размер плеча, сагитальный и фронтальный диаметры грудной клетки, длину рук, массу подкожного жира и др.
2. *Антропoфизиoметрические* – определение физиологического состояния, функциональных возможностей организма. Оценивается целым рядом показателей, характеризующих силу кисти и становую силу, жизненную ёмкость лёгких, физическую работоспособность человека и др.
3. *Антропoскопические* – описание тела в целом и отдельных его частей (визуальный осмотр человека: оценивается тип телосложения, состояние опорно-двигательного аппарата (ширина плеч, осанка, массивность), кожных покровов, степень развития мускулатуры, жировотложений, развитость вторичных половых признаков.

Для измерения параметров физического здоровья должен быть соблюден ряд стандартных условий: измерения проводятся в утреннее время, при оптимальном освещении, наличии исправного инструментария, использования унифицированной методики и техники измерения.

Оценка физического здоровья индивидуума или группы населения осуществляется путём сравнения их показателей с региональными стандартами и определения отклонения от средних величин. Для получения региональных стандартов проводится обследование больших групп практически здоровых людей различного пола и возраста.

Разные методические подходы в оценке морфологических и функциональных особенностей организма человека привели к созданию многочисленных классификаций конституциональных типов. Наибольшее распространение получила классификация, согласно которой выделяются три основных типа телосложения:

1. *нормостенический тип* характеризующийся пропорциональными размерами тела и гармоничным развитием костно-мышечной системы;

2. *астенический тип* – отличается стройным телом, слабым развитием мышечной системы, преобладанием продольных размеров тела и размеров грудной клетки над размерами живота, а длины конечностей над длиной туловища;

3. *гиперстенический тип* – отличается хорошей упитанностью, длинным туловищем и короткими конечностями, относительным преобладанием поперечных размеров тела и размеров живота над размерами грудной клетки.

Анализ данных о тенденциях физического развития послужил основанием для разработки концепций акселерации (ускоренного физического развития) и ретардации (замедленного физического развития).

Акселерация (от лат. acceleration – ускорение) – это ускорение физического развития по сравнению с предшествующими поколениями (понятие введено Р. Кохом в 1935 г.). Процессы акселерации наиболее чётко проявились во втор. половине XX в. По поводу причин акселерационных сдвигов существуют различные гипотезы:

– улучшение питания детей (увеличение потребления животных белков и жиров, витаминов);

– более интенсивная инсоляция;

– урбанизация (ускорение темпов городской жизни возбуждает ЦНС и активизирует её гонадотропные функции);

– генетический эффект (смешивание населения, гетеролокальные браки и т.п.).

Воздействие, в любом случае, оказывают суммарно физико-химические, биологические и социальные факторы.

Дети с недостаточным поступлением в организм белков, жиров, минеральных солей, витаминов имеют недостатки в параметрах физического развития. Недостаток белка в рационе питания приводит к снижению массы тела ребёнка и замедлению физического развития. Дети с дефицитом массы тела имеют более высокие показатели заболеваемости практически по всем классам болезней, воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. У детей астенического телосложения высок уровень психических расстройств, снижена общая и иммунологическая реактивность, повышен риск хронизации заболеваний. Путём преодоления данных негативных тенденций является оптимизация физического воспитания в образовательных учреждениях и организация рационального питания.

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учётом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Наличие или отсутствие заболеваний определяется при врачебном осмотре с участием специалистов. Функциональное состояние органов и систем выявляется клиническими методами с использованием функциональных проб. Степень сопротивляемости организма выявляется по подверженности заболеваниям. О ней судят по количеству острых заболеваний (в том числе и обострений хронических болезней) за предыдущий год. Уровень и степень гармоничности физического развития определяются антропометрическими исследованиями с использованием региональных стандартов физического развития.

Источниками информации о состоянии здоровья населения и здравоохранения является государственная отчётность (медицинская документация) и результаты комплексных социально-медицинских исследований (профосмотры, наблюдение, опрос, анкетирование, интервьюирование и т.д.).

2.5. «Формула здоровья»

Эксперты ВОЗ в 1980-х гг. определили следующие важнейшие факторы, влияющие на здоровье современного человека:

- образ жизни;
- здравоохранение;
- наследственность;
- экологические факторы и др.

Образ жизни как субъективный фактор общества является ведущим фактором обусловленности здоровья. Он воздействует непосредственно на здоровье. Это именно тот уровень воздействующих факторов, с которым связана максимальная трата здоровья.

«Формула здоровья», с одной стороны, представляет собой вариант научно обоснованного обращения к населению с чётким выделением весомости его собственного вклада в личное и общественное здоровье. Важно, чтобы эти данные были положены в основу в работе с населением по охране и сбережению здоровья.

2.6. Образ жизни. Категории образа жизни

Образ жизни – ведущий обобщённый фактор, определяющий основные тенденции в изменении здоровья; рассматривается как вид активной жизнедеятельности человека.

Образ жизни – это устоявшаяся форма бытия человека в мире, находящая своё выражение в его деятельности, интересах, убеждениях.

Понятие «**условия жизни**» – по существу все опосредующие и обуславливающие образ жизни факторы, определяющие его или сопутствующие ему. Это демографические, материальные, природные, культурные, социально-экономические, политические и другие условия, в которых человек живёт, работает, действует, т.е. формирует «**образ жизни**».

«Образ жизни» (лат. *modus vivendi*) обобщает **четыре категории**: экономическую – «уровень жизни», социологическую – «качество жизни», социально-психологическую – «стиль жизни», социально-экономическую – «уклад жизни».

1. Уровень жизни – это сфера количественно измеряемых показателей потребления материальных и духовных ценностей. К таким показателям относятся занятость, структура доходов и расходов населения, условия труда, жилищные условия, обеспеченность учреждениями образования, торговли, отдыха, медицинской помощью, показатели здоровья населения, демографических процессов и др. Уровень жизни характеризует жизнедеятельность людей лишь в сфере потребления.

2. Качество жизни – оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации (ВОЗ, 1999 г.).

При использовании этого термина следует иметь в виду качественную сторону условий жизни – качество жилищных условий, качество питания, уровень комфорта, удовлетворённость работой, общением, качество здравоохранения и т.д.

3. Стиль жизни проявляется в виде индивидуальных особенностей образа мыслей, поведения, как одного из проявлений жизнедеятельности.

4. Уклад жизни – порядок, в рамках которого проходит жизнедеятельность людей: регламент общественной жизни, труд, быт, отдых.

Такая дифференциация важна при организации, проведении и анализе результатов санитарно-гигиенических и социологических исследований.

В структуру **образа жизни** с его медико-социальной характеристикой входят:

- 1) трудовая деятельность и условия труда;
- 2) хозяйственно-бытовая деятельность (вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.);
- 3) рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой;
- 4) социализаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками);
- 5) планирование семьи и взаимоотношения членов семьи;
- 6) формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса;
- 7) медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни).

Образ жизни человека – это ключевой фактор, определяющий его здоровье. Основываясь на данном тезисе, реализация **концепции «образа жизни»** во многих странах дала положительные результаты. На современном этапе доминирования неэпидемической патологии в заболеваемости населения стратегическим направлением охраны и укрепления здоровья является социально-профилактическая, природоохранная, экологически грамотная политика. Её основными компонентами являются формирование здорового образа жизни, защита природы, внешней среды.

Позитивные результаты дала реализация программы ВОЗ по профилактике неэпидемических заболеваний путём преодоления некоторых больших факторов риска (курение, алкоголизма, артериальной гипертензии, избыточного потребления соли, сахара, животных жиров). В Великобритании, Франции, Германии, Японии и других странах, где проводилась эта программа, на 20–30% снизилась общая смертность.

2.7. Качество жизни, его стандарты

Как утверждают философы: *«Ключ к качеству жизни – наш внутренний компас, с помощью которого мы совершаем выбор каждый день, каждый час».*

Под *качеством жизни* чаще всего подразумевают категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющие достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

Качество жизни не тождественно *уровню жизни*, поскольку различные экономические показатели дохода выступают лишь одним из

многих критериев качества жизни. Уровень жизни – это количественная сторона *условий жизни*, размер и структура материальных и духовных потребностей населения, фонды потребления, доходы населения, обеспеченность жильем, медицинской помощью, уровень образования, продолжительность рабочего и свободного времени и др.

Условия жизни есть материальные и нематериальные факторы, определяющие и обуславливающие образ жизни.

Государственная работа по определению и реализации заданного качества жизни ведётся через законодательное введение **стандартов (индексов) качества жизни**, которые обычно включают три блока комплексных *индикаторов*:

- **медицинские:** рождаемость, продолжительность жизни, заболеваемость, инвалидность;
- **социально-экономические:**
 - удовлетворённость населения индивидуальными условиями жизни (достаток, жилищные условия, качество питания, работа и т.д.);
 - социальная удовлетворённость положением дел в государстве (справедливость власти, доступность образования, экологическое благополучие);
- **духовные:**
 - по характеру, спектру и числу творческих инициатив, инновационных проектов;
 - частоте нарушений моральных норм.

Таблица 2.7.1

Критерии и составляющие качества жизни человека

<i>Критерии</i>	<i>Составляющие</i>
Физические	Сила, энергия, усталость, дискомфорт, боль, сон, отдых
Психологические	Положительные эмоции, мышление, концентрация внимания, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень самостоятельности	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Общественная жизнь	Личные взаимоотношения, общественная ценность индивидуума, сексуальная активность
Окружающая среда	Безопасность, благополучие, быт, обеспеченность, качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, экология, досуг
Духовность	Религия, личные убеждения

В качестве единиц измерения используются данные официальной статистики о частоте убийств, грабежей, тяжких телесных повреждений, алкогольных психозов, о числе брошенных пожилых родителей и детей. Там, где эти индикаторы выше, уровень нравственного (духовного) состояния хуже.

Духовное неблагополучие оказывает повреждающее влияние на организм опосредованно, стимулируя другие механизмы риска: вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания), избыточный или недостаточный вес и др. Их распространённость значительно повышается в условиях безысходности, потери смысла жизни, агрессивности.

Индикаторы, по которым оценивается качество жизни населения, должны отвечать следующим требованиям:

- ❖ отражать наиболее важные социальные параметры, имеющие интегральное значение для общества и отражающие его собственное ощущение себя благополучным или неблагополучным;
- ❖ однозначно восприниматься любым гражданином на всей территории страны, объединяя всех единым пониманием;
- ❖ обладать достаточной чувствительностью и способностью быстрого реагирования на факторы, изменяющие условия жизнедеятельности;
- ❖ иметь доступные для стандартного измерения количественные характеристики, обеспечивающие возможность сравнительной оценки и слежения за динамикой.

Исследования качества жизни применяются в популяционных исследованиях при проведении мониторинга здоровья населения, для оценки эффективности программ и реформ в здравоохранении, в клинической практике для оценки эффективности методов лечения или индивидуального мониторинга пациента, в экономике здравоохранения и фармакоэкономике.

Оценка качества жизни позволяет расширить возможности применения новых методов и методик лечения, разработать прогностические модели течения и исхода заболевания, провести полноценный индивидуальный, групповой или популяционный мониторинг состояния здоровья с выделением групп и факторов риска, обеспечить динамическое наблюдение за группами риска, оценить эффективность профилактических программ, экономически обосновать методы лечения, исходя из корреляции его стоимости и эффективности.

Частичным аналогом **индекса качества жизни**, получившим к настоящему времени наибольшее распространение и признание, является **индекс человеческого развития (ИЧР)** (до 2013 г. назывался

индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП)), применяемый в ООН с 1990 г. (подробнее см. ниже).

2.8. Концепция здорового образа жизни. Основные компоненты, составляющие понятие «здоровый образ жизни»

Дать точную формулировку понятия «**здоровый образ жизни**» достаточно сложно. Существуют следующие его варианты.

Здоровый образ жизни – категория общего понятия «образ жизни», включающая благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, которые позволяют сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Здоровый образ жизни – гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия (Международный терминологический словарь «Санитарное просвещение»).

Здоровый образ жизни – это сознательное санитарное поведение, направленное на укрепление, сохранение и восстановление здоровья, на обеспечение жизнедеятельности и работоспособности, на достижение активной продолжительности жизни (определение ВОЗ (1985г.)).

Здоровый образ жизни – типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций.

Формирование здорового образа жизни – деятельность, направленная на поведение человека и населения с целью сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний (определение из Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года).

Концепция – это набор основных (базисных) идей, составляющих понятие.

Основные компоненты, составляющие понятие «здоровый образ жизни», можно объединить следующим образом:

- высокая социальная и медицинская активность;
- высокий уровень общей, гигиенической культуры;
- социальный оптимизм;
- высокая трудовая активность, удовлетворённость трудом;

- физический и душевный комфорт, гармоничное развитие физических, психических, интеллектуальных способностей;
- умение справляться со стрессами;
- оздоровление окружающей среды, высокая экологическая активность, экологически грамотное поведение;
- оптимальный двигательный режим, высокая физическая активность, спорт;
- рациональное сбалансированное питание;
- отсутствие вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курения, наркотиков и пр.);
- поддержание в течение жизни выработанного и апробированного стиля жизни;
- хорошие семейные отношения, здоровая сексуальность, обустроенность быта.

Данный перечень не исчерпывает всех факторов, способствующих сохранению и укреплению здоровья населения. Вместе с тем он представляет собой своеобразный алгоритм реальных действий по сохранению здоровья здоровых людей, который выходит далеко за традиционные рамки медицины и здравоохранения. Его целесообразно рассматривать как обязательный рациональный минимум, необходимый для формирования здоровья человека.

Социально-гигиенические, эпидемиологические, клинко-социальные и другие исследования убедительно доказали, что здоровье человека, в первую очередь, зависит от здорового образа жизни каждого. Здоровый образ жизни – это также не только деятельность, направленная на укрепление здоровья, но и условия её осуществления. Сюда следует отнести: состояние окружающей среды, место проживания человека, фактор наследственности и уровень медицинской помощи и т.д.

2.9. Нормы поведения

Возникновение многих заболеваний, особенно хронических, зависит от поведения человека и связано с воздействием субъективных факторов риска, определяющих его поведение.

Между понятиями «поведение» в широком смысле и «образ жизни» существует органическая связь. Академик Ю.П. Лисицин подчёркивал ведущую роль **поведения** в патологии и сохранении здоровья. С поведением человека связывают его здоровье и другие исследователи. По мнению лауреата Нобелевской премии Ганса Селье, с ним связаны те патогенные ситуации, которые определяют современную хроническую патологию.

Неблагоприятным патогенным влиянием в большей мере подвержены уязвимые группы населения. Выделяют три группы:

1. лица, объединённые по демографическому признаку (дети, старики, одинокие и др.);

2. лица с девиантным поведением (алкоголики, наркоманы, неформальная молодёжь и др.);

3. лица социально и экономически неустроенные (безработные, «бомж» и др.).

Факторы и уязвимые группы риска способствуют действию причин заболеваний, нередко сами являются такими причинами.

Здоровый образ жизни предусматривает определённый комплекс норм поведения.

1. Регулярное, сбалансированное, рациональное питание.

2. Соблюдение оптимального двигательного режима с учетом возрастных, гендерных и физиологических особенностей.

3. Отказ от саморазрушающего поведения: отказ от курения, употребления психоактивных веществ, от злоупотребления алкоголем.

4. Соблюдение правил личной и общественной гигиены.

5. Соблюдение правил психогигиены и психопрофилактики.

6. Повышение уровня медицинских знаний, владение навыками самопомощи и самоконтроля за состоянием здоровья.

7. Здоровое сексуальное поведение.

2.10. Индекс человеческого развития. Другие интегральные индексы.

Индекс человеческого развития (ИЧР) (до 2013 года «Индекс развития человеческого потенциала» (ИРЧП)) – интегральный показатель уровня жизни различных стран и регионов. Рассчитывается ежегодно для измерения уровня жизни, грамотности, образованности и долголетия как *основных характеристик человеческого потенциала* исследуемой территории. Индекс публикуется в рамках Программы развития ООН в ежегодных отчётах о развитии человеческого потенциала. Он был разработан в 1990 году группой учёных во главе с пакистанцем Махбубом-уль-Хаком на основе концептуальных работ Амартии Сена.

При подсчёте ИЧР учитываются **3 вида показателей**:

1. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении (ОППЖР).

2. Уровень грамотности населения страны (индекс средней продолжительности обучения – среднее количество лет, потраченных на обучение и индекс ожидаемой продолжительности обучения – ожидаемая продолжительность обучения).

3. Уровень жизни, оценённый через ВНД (валовой национальный доход) на душу населения (один из ключевых показателей

экономического развития) по паритету покупательной способности (ППС) в долларах США.

ИЧР является средним арифметическим этих трёх показателей (индексов).

Разработана и научно обоснована обобщённая система показателей, характеризующая количественные и качественные характеристики социально-экономической дифференциации социального развития, включающая:

– коэффициент дифференциации индекса развития человеческого потенциала, характеризующий степень различия в социально-экономическом развитии анализируемых стран, регионов внутри страны, социальных групп;

– коэффициент дифференциации индекса здоровья (долголетия), показывающий, насколько состояние здоровья в одной стране, регионе лучше, чем в другом;

– коэффициент дифференциации индекса образования; определяет степень превышения уровня образования населения в одной стране (регионе или другом объекте исследования) над уровнем образования (грамотности) населения другой страны;

– коэффициент дифференциации индекса дохода, определяющий степень экономической дифференциации анализируемых стран или регионов;

– коэффициент дифференциации индекса смертности, как показатель различий в состоянии здоровья сравниваемых стран или регионов;

– коэффициент дифференциации уровня профессионального образования, отражающий различия в степени охвата обучением второй и третьей ступени образования в исследуемых странах или регионах.

ИЧР является сводным показателем, опирающимся на среднестрановые статистические данные и не учитывал внутреннего неравенства. Поэтому в 2010 году семейство индикаторов, которые измеряют ИЧР, было расширено, а сам индекс подвергся существенной корректировке.

Были введены три новых индикатора: Индекс человеческого развития, скорректированный с учётом социально-экономического неравенства (ИЧРН), Индекс гендерного неравенства (ИГН), Индекс многомерной бедности (ИМБ).

В зависимости от значения ИЧР страны принято классифицировать по уровню развития на четыре категории: *очень высокий* (1-е место – Норвегия, всего 49 стран (2015)), *высокий* (по данным на 2015 г. 1-е место в данной категории занимала Республика Беларусь; 2-е – Россия; всего представлено 55 стран), *средний* и *низкий*

уровень (самые низкие показатели имеют страны Центральноафриканская Республика (ЦАР) и Нигер).

К лидерам ИЧР в мире относят следующие страны: Канада (1994 - 2000 гг.), Япония (1991, 1993), Исландия (2007, 2008), Норвегия (2001 - 2006 гг.; 2009 – 2015 гг.).

Минусы данной модели заключаются в игнорировании экологических факторов обитания, политические режимы. Развитым странам, показатели ИЧР которых близки к верхней границе, данная модель не позволяет разрабатывать стратегию планирования развития.

Другие интегральные показатели исследуют объекты с позиций разных методик. Например,

Индекс физического качества жизни (англ. Physical Quality-of-Life Index, PQLI) – индекс 1970-х гг., попытка измерить качество жизни или благосостояние населения страны. Вычисляется как среднее арифметическое из индексированной младенческой смертности, индексированной ожидаемой продолжительной жизни годовалых детей и процента грамотных. Индекс подвергся критике, так как младенческая смертность определяется многими теми же факторами, что и продолжительность жизни.

Индикатор подлинного прогресса (англ. Genuine Progress Indicator, GPI) – это концепция измерения экономического роста, предлагаемая на замену ВВП. Сторонники GPI утверждают, что в некоторых ситуациях экономический рост может обернуться бедой для общества, поэтому необходимо учитывать такие факторы как экологическая обстановка, социальное напряжение, здоровье нации.

Индекс развития с учётом неравенства полов (англ. Gender-related Development Index, GDI) оценивает человеческое развитие по тем же критериям, что и ИЧР. Различие заключается в том, что чем выше разница в трёх составляющих показателя для мужчин и женщин, тем ниже GDI. Рассчитывается ООН в Докладе о развитии человека.

Индекс гендерного неравенства (англ. The Gender Inequality Index) – оценивает неравенство в возможностях достижений между мужчинами и женщинами в трёх измерениях: репродуктивном здоровье, расширении прав и возможностей, а также на рынке труда.

Измерение наделённости полномочиям по полам (англ. Gender Empowerment Measure, GEM) фокусируется на неравенстве возможностей полов, а не на их способностях: на показателях политического и экономического участия, статистики денежных доходов.

План благосостояния Вандерфорда-Райли (англ. Vanderford-Riley well-being schedule) – индекс уровня жизни, рассчитывающий на душу населения такие показатели как: рабочие часы в неделю, ценность собственного имущества физических лиц, отношение числа

собственников имущества к числу несобственников, отношение числа работающих на себя к числу всех трудоустроенных, процент людей, способных удовлетворить свои первичные нужды.

Индекс качества жизни по версии Economist Intelligence Unit (англ. Quality-of-life index). Основан на данных, получаемые от статистических агентств и результатах опросов населения на предмет отношения к различным жизненным явлениям. Индекс рассчитывается на основе 9 факторов: ВВП на душу населения, ожидаемая продолжительность жизни новорождённых, рейтинги политической стабильности и безопасности, число разводов на 1000 человек в год, активность сообществ (религиозных, торговых и других), климатические условия, безработица, уровень политических и гражданских свобод, соотношение доходов мужчин и женщин.

Международный Индекс Счастья (англ. Happy Planet Index) – попытка определить жизненный стандарт через психологические и холистические ценности (2006). Конечная цель большинства людей – не быть богатыми, а быть счастливыми и здоровыми. Для расчёта используются показатели: субъективная удовлетворенность людей жизнью, ожидаемая продолжительность жизни и состояние экологии.

3. РАЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ

3.1. Работоспособность и утомление

Работоспособность человека – умение мобилизовать свою энергию на высококачественное выполнение той или иной работы.

Способность человека совершать длительное время физическую работу называют *физической работоспособностью*. Физическая работоспособность человека это важнейший медико-социальный показатель, выражающий функциональные возможности организма. Он может быть определён с помощью медицинских (физиологические, биохимические, гематологические) и эргометрических показателей физической работоспособности, то есть при помощи специальных приборов – эргометров (например, велоэргометров). Чем больше способен человек произвести работы в единицу времени, тем выше его физическая работоспособность. Для оценки физической работоспособности используют совокупность показателей, то есть результат проделанной работы (в единицах мощности, времени работы, силы и др.) и уровень адаптации отдельных систем организма к данной нагрузке.

Данная величина зависит от возраста, пола, тренированности, состояния окружающей среды (температура, время суток, содержание в воздухе кислорода и т.д.). Характеризуется также следующими факторами:

- телосложение и антропометрические показатели;
- сила и выносливость мышц;
- нейромышечная координация;
- состояние опорно-двигательного аппарата (в частности, гибкость);
- состояние эндокринной системы и т.д.

Для сравнительной характеристики физической работоспособности различных людей рассчитывают общее количество произведённой работы за 1 мин, делят её на массу тела (кг) и получают относительную физическую работоспособность (кгм/мин на 1 кг массы, т.е. кгм-кг/мин). В среднем уровень физической работоспособности юноши 20 лет составляет 15,5 кгм-кг/мин, а у юноши-спортсмена того же возраста он достигает 25 кгм-кг/мин. Определение уровня физической работоспособности широко используют для характеристики общего физического развития и состояния здоровья детей и подростков.

Методы повышения физической работоспособности:

1. Преимущественное использование упражнений циклического характера (ходьба, бег, плавание, велосипед), проводимых непрерывно 30 и более минут.

2. Применение упражнений скоростно-силового характера (бег в гору, спортивные игры, упражнения с сопротивлением, тренажеры),

деятельность работы от 15 сек до 3 минут с числом повторений 3-5 раз с периодами отдыха.

3. Комплексный подход к применению физических упражнений, стимулирующих производительность, совершенствующих двигательные качества.

Умственная работоспособность – это способность совершать длительное время и с максимальной эффективностью умственную (мозговая, психическая, нервная) работу.

Умственная работоспособность зависит от возраста, наследственности, типа высшей нервной деятельности, факторов окружающей среды, качества сна и хронотипа.

Каждый четвёртый трудящийся занят умственным трудом. Существует множество видов умственного труда. Отличаются они организацией трудового процесса, равномерностью нагрузки, степенью нервно-эмоционального напряжения.

Представителей умственного труда можно объединить в следующие отдельные группы:

1. Инженеры, экономисты, бухгалтеры, работники канцелярий и др. Работу выполняют в основном по заранее разработанному алгоритму. Работа протекает в благоприятных условиях, небольшое нервно-эмоциональное напряжение.
2. Руководители учреждений и предприятий больших и малых коллективов, преподаватели средней и высшей школы. Для них характерны нерегулярность нагрузки, необходимость принимать нестандартные решения.
3. Научные работники, конструкторы, творческие работники, писатели, артисты. Их работе свойственно создание новых алгоритмов, что повышает степень нервно-эмоционального напряжения.
4. Группа лиц, работающих с машинами, оборудованием, операторский труд. Высокая концентрация внимания, мгновенная реакция на сигналы. Разная степень умственного и нервно-эмоционального напряжения.
5. Наборщики, контролёры, сборщики и др. Им свойственно высокое нервно-эмоциональное напряжение и локальное мышечное напряжение.
6. Медицинские работники. Их труд связан с большой ответственностью и высоким нервно-эмоциональным напряжением, особенно у хирургов и сотрудников скорой помощи.
7. В эту группу объединены студенты и учащиеся различных учебных заведений. Их труд требует памяти, внимания, мыслительных процессов, так как они постоянно воспринимают новую и в большом количестве информацию. Им присуще – ограничение двигательной

активности, большое напряжение высших отделов ЦНС, психическое и эмоциональное напряжение.

Длительные и интенсивные мышечные или умственные нагрузки ведут к развитию утомления.

Утомление – целостная защитная реакция организма, отражающая его состояние, возникающая вследствие длительной или напряжённой деятельности и характеризующаяся временным снижением работоспособности и предохраняющая его от чрезмерных степеней функционального истощения, опасных для жизни.

Утомление возникает и от длительной работы (т.е. развиваться медленно и постепенно), и от кратковременной, если она была очень напряжённой (т. е. развиваться быстро). Утомление и усталость не одно и то же: *утомление* процесс объективный, а *усталость* – субъективное восприятие утомления, сигнал, предупреждающий организм о дезорганизации организма. *Переутомление* – это крайняя степень утомления находящаяся уже на грани с патологией. Часто переутомление вызывают и неправильный образ жизни, недостаточный сон неправильный режим дня и т.д.

При наступлении утомления или переутомления организм становится более уязвимым, снижается его сопротивляемость к инфекционным заболеваниям. Наблюдается упадок сил, ведущий к психическим нарушениям (появление навязчивых мыслей, бессонница, неврозы, снижение аппетита), ухудшается координация движений, изменяется сердечный ритм, повышается кровяное давление.

При отрицательных эмоциях в крови увеличивается количество адреналина, за счет увеличения ацетилхолина, принимающего участие в передаче нервного напряжения в центральной нервной системе, что приводит к сужению сосудов, питающих сердце. При частых отрицательных эмоциях поражается, прежде всего, сердце. Под влиянием адреналина учащается ритм работы сердца, что связано с большим расходом энергии, при этом доставка к сердцу питательных веществ и кислорода ограничивается. При любой умственной работе какой бы сложной она не была, не происходит повышения уровня сахара в крови, но зато уменьшается количество лейкоцитов в крови. Больше всего при умственной работе изменяются психические функции человека – внимание и память. Уставший человек плохо концентрирует внимание. Одной из наиболее неблагоприятных сторон умственной деятельности является снижение двигательной активности.

Низкая двигательная активность вызывает целый ряд функциональных и (органических) изменений, а так же болезненных симптомов, отмечаемых почти во всех органах и системах организма. Такое явление получило название «*гипокинетической болезни*», «*гипокинезии*».

При уменьшении физической нагрузки в мышцах и снижении двигательной активности отмечается усиливающаяся атрофия со структурными и функциональными изменениями, ведущими к прогрессирующей мышечной слабости связочного и костного аппарата туловища, нижних конечностей, которые не могут выполнять полноценно свою функцию – удержание опорно-двигательного аппарата. Развиваются нарушения осанки, деформация позвоночника, грудной клетки, таза и т.д. Изменяется функциональное состояние сердца, ухудшается тканевое дыхание, при небольшой нагрузке развивается кислородная недостаточность, что приводит к снижению общей адаптационной способности организма. У людей, ведущих малоподвижный образ жизни, наблюдается отдышка, боли в области сердца, головокружение, боли в спине, нарушается обмен веществ и т.д. Снижение физической активности ведёт к таким заболеваниям, как инфаркт, гипертония, ожирение и т.д. Например, у людей умственного труда инфаркт встречается в 2-3 чаще, чем у людей физического труда.

В середине XIX в. на долю техники приходилось всего лишь 4% вырабатываемой энергии, в настоящее время 1% энергии вырабатывается мускульной силой, остальные 99% – техническими средствами; в результате энергетический природный потенциал человека оказался невостребованным, следствием является развитие сердечно-сосудистых заболеваний, болезней нервной системы, артритов, частые мучительные страдания в связи с болями в позвоночнике. Нарушение функций организма (опорно-двигательного аппарата, кровообращения, дыхания, пищеварения) при ограничении двигательной активности, снижении силы сокращения мышц называется *гиподинамией*.

Чтобы избежать проблем, необходимо постоянно работать над собой, изучать особенности своего организма, научиться пользоваться скрытыми возможностями своего организма, вести здоровый образ жизни, систематически заниматься физической культурой.

Роль двигательной активности. Регулярные занятия физическими упражнениями и спортом в учебном процессе в ВУЗе дают организму дополнительный запас прочности, повышая устойчивость организма студентов к самым разнообразным факторам внешней среды. Существует прямая зависимость между успеваемостью студентов и их физическим развитием. Занятия физкультурой обуславливают стрессоустойчивость, способствует более быстрому восстановлению организма после напряжённого умственного труда. Пренебрежение двигательной активностью ведёт к появлению патологий, их хронизации, и, как следствие, затруднениям в учёбе.

Работоспособность человека в течение дня, суток, недели.

Умственная работоспособность не постоянна, она изменяется на протяжении рабочего дня. В начале она низкая (период вработывания), затем повышается и какое-то время удерживается на высоком уровне (период устойчивой работоспособности), после чего снижается (период некомпенсированного утомления). Такое изменение работоспособности человека может повторяться дважды в день: до обеденного перерыва и после него. Умственная работоспособность человека в значительной мере зависит от времени суток.

Суточный физиологический ритм функций систем организма определяет повышенную интенсивность деятельности органов и систем в дневное время и пониженную – в ночное время. Поэтому работоспособность утром высокая, т.к. в это время суток кора и подкорка наиболее возбуждены. В течение дня работоспособность человека повышается с 10 до 12 ч, снижается с 14 до 16 ч, вновь повышается с 17 до 19 ч., затем резко снижается.

Работа в вечернее и ночное время совпадает с понижением уровня возбуждения и развитием торможения в коре головного мозга и ниже лежащих отделах. В этих условиях мозг несёт двойную нагрузку и преодоление естественной потребности в ночном отдыхе. Ночная работа выполняется с большим нервно-психическим напряжением.

Умственная работоспособность изменяется и в течение недели. На понедельник приходится стадия вработывания, на вторник, среду и четверг – высокая работоспособность, а развивающееся утомление приходится на пятницу и субботу. Именно поэтому в воскресенье следует больше внимания уделять физической подготовке и занятиям спортом. Они снижают утомление.

3.2. Оптимальная организация рабочего режима

Научно-технический прогресс внёс коренные изменения не только в технологию производства, но и в характер выполняемых трудовых процессов. Преобладающей формой труда становится труд умственный, что в конечном итоге приводит к значительному увеличению нагрузки на психику человека, то есть на функции высших отделов головного мозга.

Возникающее умственное утомление может способствовать ухудшению функционального состояния организма, падению внимания, нарушению точности движений, снижению работоспособности. Всё это свидетельствует о развитии в коре головного мозга тормозного процесса, снижении общей возбудимости центральной нервной системы и снижении подвижности нервных процессов. Развитие тормозного процесса в коре головного мозга при утомлении – биологически

целесообразная, защитная реакция, необходимая для предотвращения развития истощения организма в целом.

Повышение суммарных энергетических затрат человека при умственной деятельности, как правило, определяется характером работы и степенью нервно-психического напряжения. Суточный расход энергии при умственном труде составляет 2500-2300 ккал. При чтении вслух расход энергии увеличивается на 48 %, при выступлении с публичной лекцией – на 94 %.

Большинство людей не обладают достаточными знаниями о пользе мышечной активности. Если в детском возрасте не выработалась потребность и привычка к движению возникает опасность гиподинамии и, вследствие снижения уровня резервных возможностей органов и систем, развитие многих заболеваний.

Организация рационального двигательного режима способствует тренировке сердечно-сосудистой системы, которая является наиболее слабым звеном организма, вследствие ограниченности своих резервов. При движении, особенно беге, возникают вибрации, стимулирующие двигательную активность кишечника, что является профилактикой запоров. Систематические занятия физкультурой способствуют профилактике депрессий, так как приводят к выработке в организме внутренних морфинов – эндорфинов, повышающих настроение. Занятия спортом способствуют развитию нервной системы и всех остальных систем у детей, являются фактором, способствующим отказу от вредных привычек, а также методом профилактики атеросклероза.

Наиболее оптимальным для воспитания потребности в спорте является период – с 7 до 12 лет. В это время формируются физические качества и координационные способности человека, закладывается осознанная потребность в двигательной активности.

Благодаря волевому усилию человек при умственном утомлении способен на какое-то время мобилизовать резервные силы организма и поддержать достаточную работоспособность, что может привести к развитию тяжёлых форм переутомления и необходимости проведения комплекса интенсивных лечебных и санаторно-курортных оздоровительных мероприятий.

В Древней Индии, Древнем Китае и других странах Древнего мира в жизни и воспитании людей широко использовались гимнастика, дыхательные упражнения, массаж.

В настоящее время человечество накопило многочисленные факты благотворного влияния двигательной активности на уровень обменных процессов, функцию внутренних органов, объём мышечной ткани, увеличение жизненной ёмкости лёгких, состояние сердечно-сосудистой системы организма человека. Общеизвестно, что рациональная физическая активность, приводя к увеличению мощности и

стабильности механизма общей адаптации за счёт совершенствования функций ЦНС, восстановительных процессов, позволяет поддерживать состояние здоровья и трудоспособность человека на высоком уровне.

Регулярное использование средств физической культуры с целью медицинской реабилитации позволяет снизить число хронических заболеваний на 15–25 %, а также обращаемость за медицинской помощью в 2–4 раза по сравнению с остальной частью населения.

Физические движения: гимнастика, прогулки, походы, бег, дыхательные упражнения, а также такие вспомогательные процедуры, как душ, массаж, растирания, являются важным условием профилактики и сохранения здоровья. Все эти упражнения и процедуры оказывают на организм благоприятное, стимулирующее и лечебное воздействие. Они противодействуют многим болезненным изменениям и недомоганиям, особенно у людей пожилого возраста: расширяются сосуды, нормализуются кровообращение и дыхание, улучшается общее состояние организма. Физические упражнения, вводимые постепенно, осторожно и выполняемые длительное время, оздоравливающее действуют на хронически больных людей, улучшают состояние даже немощных людей. А у здоровых физическая культура поддерживает биологическую молодость и физическую силу до преклонного возраста.

В настоящее время одной из серьезных проблем, самым неблагоприятным образом сказывающейся на здоровье человека, рассматривается недостаток движения, обуславливающий детренированность основных функциональных систем организма, снижение полезных свойств организма и т. д., что связано со снижением доли физического труда человека в быту и на производстве.

Современная учеба и автоматизированное производство создают выраженное эмоциональное напряжение, которое не сопровождается активной двигательной деятельностью.

Активность человека предполагает учёт всех видов его деятельности: профессиональной, бытовой, досуговой, физкультурной и др. При решении вопроса рациональной организации жизнедеятельности важно учитывать тот факт, что чем тяжелее, объёмнее и интенсивнее выполненная работа, тем более полноценным должен быть период восстановления, причём следует учитывать не только пассивное состояние (покой, сон), но и активную реституцию.

Нормирование и рациональное чередование различных видов деятельности и отдыха сохраняет высокую работоспособность и здоровье, вырабатывает стереотипы деятельности человека.

На протяжении миллионов лет биогенетического развития животные и человек подчинялись суточным изменениям освещенности, задаваемым на Земле солнцем. Максимум интенсивности жизнедеятельности и обмена веществ приходится на светлое время

суток, её минимум – на ночное. Положение изменилось с появлением электрического освещения, когда временные границы бодрствования значительно возросли.

Если режим дня совпадает с индивидуальным типом суточной работоспособности, а начало деятельности с функциональным подъёмом важных систем организма – будет обеспечено сохранение работоспособности на высоком уровне. Несовпадение индивидуальных ритмов режиму дня вызывает рассогласования, которые могут привести к различным нарушениям здоровья.

У многих людей в тёмное время суток, особенно вечером, возникает заметное противоречие между низким уровнем работоспособности организма и нарастанием в центральной нервной системе сонного торможения, с одной стороны, и высокими требованиями, предъявляемыми выполняемой работой, с другой. В свою очередь это обуславливает нарастание напряжения в ЦНС и нарушение взаимоотношений нервных процессов в ней в течение длительного времени и закономерное нарушение высшей нервной деятельности и психики человека, соматических и вегетативных функций.

В настоящее время более 70% населения Республики Беларусь проживает в городах. Жизнь человека ориентирована на согласование своего режима с жизнедеятельностью других людей, с которыми он связан совместной профессиональной деятельностью, семейными узами, транспортом, соседством и т.д.

Можно выделить следующие обстоятельства, обуславливающие противоречия между эволюционным прошлым человека и нынешним образом жизни:

- снижение двигательной активности современного человека ниже уровня, который обеспечивает в эволюции организму выживание;
- противоречие между снижающейся двигательной активностью и всё возрастающей нагрузкой на мозг человека, с возникающим перенапряжением его центральной нервной системы, высшей нервной деятельности и психики;
- комфортные условия существования со снижением функциональных возможностей организма и развитием детренированности адаптационных механизмов;
- нарушение природных пищевых комплексов и наличие большого количества ненатуральных и синтезированных веществ;
- всё большее исключение непосредственного участия человека в технологических процессах производства материальных благ.

В задачу построения рационального режима дня входит *правильная организация сна, режима питания, смены видов деятельности, чередования труда и отдыха.*

Рациональный режим дня – это целесообразно организованный, соответствующий возрастным особенностям и индивидуальным биологическим ритмам распорядок суточной деятельности.

Не существует одинаковой для всех схемы распорядка дня, режима жизни. Так, режим дня студента должен соответствовать необходимым требованиям к организации учебной работы в ВУЗе, домашнему режиму, отдыху и сну. Необходимо также уметь переключиться с активной напряженной деятельности в течение трудового дня на отдых, психическое и физическое расслабление. Активная физическая деятельность должна чередоваться с расслаблением и активным отдыхом, образуя некое динамическое равновесие.

С возрастом человек больше нуждается в длительном отдыхе, ему необходимо больше расслабляться и к тому же, вопреки некоторым распространенным мнениям, чаще и дольше спать.

Значение для полноценного отдыха имеет и подготовка ко сну.

Сон является составной частью нормального режима дня, способствует восстановлению душевных и физических сил. Нормальный сон здорового человека, который ночью ни разу не проснулся, имеет две биологически отличные фазы, незаметно меняющиеся одна на другую. При засыпании сначала наступает фаза медленных движений глаз. В этой фазе сон поверхностный, со спокойным дыханием, малой интенсивностью сердечной деятельности, без ярких сновидений. Потом наступает фаза глубокого сна с полной мышечной релаксацией, исключая глазные мышцы, которые вызывают быстрые движения глаз. В этой фазе можно видеть цветные сны. Обе фазы в течение ночи неоднократно чередуются.

Очень важно умение освободиться перед сном от забот и дневных проблем. Для этого существует несколько способов: недолгая вечерняя прогулка или несколько упражнений на расслабление мышц, или вечерняя зарядка (если не было времени на утреннюю). Перед тем как лечь, желательно принять тёплую ванну (на 10-15 мин) и постараться полностью расслабиться. Потом встать под струи душа, которые «смоют» все неприятные впечатления прошедшего дня.

Существует множество способов сознательного целенаправленного создания хорошего или хотя бы нейтрального настроения. Например, одно из народных средств, известное ещё с античных времен, – стакан молока с мёдом непосредственно перед сном.

Для спокойного сна нужна и хорошая удобная кровать, рационально сконструированная и правильно поставленная. Существуют исследования, доказывающие, что естественное магнитное поле Земли влияет на самые разнообразные биологические системы, в

том числе и на человека. Качество сна зависит от положения спящего. Согласно проведённым исследованиям, спится лучше, если человек лежит головой к востоку.

Важное условие освежающего сна – хорошо проветренное помещение. Необходимо его проветривать перед тем, как лечь. Свежий воздух улучшает качество сна и одновременно является средством закаливания.

3.3. Понятие «активный отдых»

О необходимости активного отдыха писал в древности ещё Гиппократ. Рационально для быстрого восстановления работоспособности применять активный отдых. Ещё И.М. Сеченов установил, что смена работающей руки ускоряет восстановление работоспособности руки утомлённой. На этом основана производственная гимнастика, проводимая в перерывах между работой и позволяющая продуктивно трудиться вторую половину рабочего дня. Этот приём практикуется и в спорте, когда после тяжёлой напряжённой тренировки спортсменам предлагают не сидеть или лежать, а двигаться, выполняя лёгкие, не сопровождающиеся кислородным дефицитом физические упражнения, при которых вовлекаются в работу не те мышцы, которые несли наиболее тяжёлую нагрузку во время тренировки, а другие. Утомление при таком активном отдыхе проходит быстрее, чем при полном покое.

Виды и формы активного (в том числе экстремального) отдыха:

- Активный зимний отдых (катание на беговых лыжах, катание на санках, катание на коньках, горных лыжах, сноубординг, слалом, телемарк и др.).
- Активный отдых на природе (любительская охота и рыбалка, пляжный рокфишинг, сбор грибов и ягод, различные виды туризма (экотуризм, агротуризм, лечебный туризм, самодетельный туризм и т.п.), спортивное ориентирование).
- Активный отдых в воздухе (воздухоплавание, парапланеризм, дельтапланеризм, парашютный спорт, банджи-джампинг и т.п.).
- Горный туризм (альпинизм, скалолазание, каньонинг, маунтинбайк).
- Велотуризм, скейтбординг, авто-/мототуризм.
- Активный отдых под землёй (спелеология).
- Активный отдых на воде (плавание, серфинг, виндсерфинг, парусный спорт, сплав по горным рекам (на катамаранах, байдарках, каяках, на плотках), прогулочное плавание на катерах (водных мотоциклах, лодках, яхтах (яхтинг)), кайтсерфинг, вейкбординг, снорклинг).
- Активный отдых под водой (дайвинг).

- Спортивные (командные и одиночные) игры, бег трусцой (джоггинг), пешие прогулки.
- Фитнес, танцы, посещение тренажёрного зала.
- Экскурсии, путешествия, круизы, экспедиции (исторические, краеведческие, этнографические и др.).
- Конные прогулки, верховая езда.
- Гимнастические упражнения.
- Скандинавская ходьба.

3.4. Хронобиология и биоритмы

Большое значение для оптимальной организации труда и отдыха имеет учёт биологических ритмов.

Биологический ритм – это периодическое изменение функций, сохраняющееся при изоляции организма от внешних источников отсчёта времени в течение двух и более циклов.

Биоритмы являются одной из эффективных форм адаптации организма к временному фактору. В основе такой временной организации живых существ, как биоритмы, лежит *явление синхронизации* – стремление любых колебательных процессов к согласованию при условии хотя бы самых незначительных взаимодействий между ними, что является универсальным как для живой, так и для неживой природы.

Таких ритмов в настоящее время насчитывается около четырёхсот. Их амплитуда увеличивается с возрастом и развитием человека (при старении амплитуда снижается, некоторые ритмы исчезают), а также от времени года: летом амплитуда – максимальна, зимой – минимальна. Изучением биоритмов занимается наука *хронобиология (биоритмология)*.

Корнями биоритмология уходит в глубокое прошлое. В древнекитайской медицине знания о биоритмах (периодичности протекания от органа к органу жизненной энергии «чи») успешно использовались при лечении и оздоровлении организма.

Суточные колебания (с периодом 24 ч или около того) называют *циркадианными* (от лат. «околосуточный»). Эти биоритмы возникли из-за того, что период вращения Земли вокруг Солнца составляет 24 ч. Суточные ритмы играют защитную роль – путём периодического сна, сопровождающегося охранительным торможением, достигается предохранение клеток центральной нервной системы от истощения. Суточная динамика температуры тела имеет волнообразный характер с максимумом к 18 ч и самым низким уровнем между 1-5 ч ночи.

Биоритмы поддерживаются и определяются *«биологическими часами»* – датчиками времени, которые могут быть внешними

(изменение давления воздуха, температуры, освещённости, количества звуков и т.д.) и внутренними.

Внутренние «биологические часы» локализованы в каждой клетке нашего организма. Считают, что главные биологические часы организма локализованы в головном мозге и в эндокринной железе – эпифизе. Они контролируют работу остальных внутренних биологических часов, быстро реагируют (особенно гипоталамус) на изменения окружающей среды. Периферические же биологические часы отличаются большой инертностью к изменениям, что позволяет сохранять гомеостаз и является причиной снижения работоспособности при перелётах на большие расстояния. Уровень работоспособности зависит от концентрации гормона эпифиза – мелатонина, самая высокая концентрация которого наблюдается в ночное время, что сочетается с наиболее низкой работоспособностью.

Употребление большого количества углеводов способствует повышению синтеза мелатонина, а значит, и снижению работоспособности и появлению сонливости.

Суточные ритмы обменных процессов максимально согласованы с характером деятельности человека. В утренние и дневные часы у большинства людей количественно преобладают катаболические реакции, то вечером и ночью – анаболические. Печень наиболее работоспособна в 1-3 ч, а почки – в 17-19 ч. Максимум секреции катехоламинов (адреналина и норадреналина) надпочечниками приходится на 8-12 и 16-20 ч. Пики работоспособности приходятся на 10-12 и 16-18 ч. Пик выделения из коры надпочечников кортикостероидов наблюдается в 6-8 ч. Так, способность тканей к регенерации и скорость заживления ран выше в 9-15 ч, наименьший порог болевой чувствительности выявляется с 18 до 24 ч, наибольший – в 5 ч утра.

Заболеваемость и смертность дают наивысшие показатели, а иммунитет бывает самым низким на двенадцатый месяц индивидуального года, то есть в течение месяца, предшествующего дню рождения человека. В первые месяцы после дня рождения иммунные реакции отличаются наибольшим резервом.

Рекомендации по биоритмологическим подходам к медикаментозному лечению, согласно которым лекарства вводятся во время пиков секреции недостающих гормонов или наибольшей активности пораженных болезнью органов. Развитие этого направления медицинской науки является необходимым условием борьбы за укрепление здоровья и долголетие человека.

По типу организации суточных биоритмов работоспособности и других функций организма люди делятся на: «сов», «жаворонков» и «голубей» («аритмики»).

«Совы» – утомленные утром, возбуждённые вечером, то есть их работоспособность более высока вечером и ночью, также их сон отмечается гибкостью структуры.

«Жаворонки» – возбуждённые утром, утомлённые вечером, характеризуются более высокой работоспособностью в утреннее, нежели в вечернее время. Они ложатся спать в среднем на 1,5 часа и встают на 2 часа раньше «сов», их сон более стабилен и глубок.

Таким образом, «жаворонки» рано встают, рано ложатся и наиболее работоспособны в первую половину дня, а «совы», наоборот, поздно ложатся и поздно встают, работоспособность у них высокая вечером.

У «голубей» («аритмиков»), то у них нет чётко выраженных пиков работоспособности, таким образом, они занимают промежуточное положение, являясь самым нежелательным для здоровья хронотипом.

Некоторые биоритмологи выделяют помимо «жаворонков» и «сов» ещё два хронотипа – «малоспящие» и «многоспящие».

«Малоспящие» – бодрые утром и вечером, они мало спят и по характеру – экстраверты.

«Многоспящие» – утомленные утром и вечером, по характеру – интроверты. Именно для «сов» и «малоспящих» предпочтительна ночная и сменная работа.

Хронотип человека во многом определяется его наследственностью, но и возраст человека, а также социальные условия играют важную роль.

Люди в 16-25 лет в основном склонны быть «совами», а к старости многие становятся «жаворонками». Изменения в структуре сна-бодрствования начинаются с 25-30 лет, в этом возрасте люди могут страдать от бессонницы и других нарушений сна.

Женщинам нужно в среднем на 1-2 часа спать больше, чем мужчинам. Они более чутки при засыпании к окружающей среде – шуму, свету, температуре и т.д.

Хронотип можно определить:

- путём ответа на вопросы тестов-опросников;
- путём регистрации динамики суточных изменений температуры (самый простой способ);
- путём выявления висцеральных признаков суточного хронотипа человека (измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания и других показателей).

При нарушении привычного режима труда и отдыха, сна и бодрствования возникает болезненное состояние – *десинхроноз* или *дизритмия*.

Десинхроноз – рассогласование внешних (природных, социальных) и внутренних биологических ритмов между собой.

Причинами десинхронозов можно считать: стрессы, перемещение человека на большие расстояния воздушным транспортом, ночную работу. При десинхронозах, связанных с перелётами, возникает ощущение дискомфорта и тревожности, которое сохраняется 5-10 дней. При этом повышается вероятность развития неврозов, острых респираторных и желудочно-кишечных заболеваний. С другой стороны, десинхроноз сам по себе может быть неспецифическим проявлением большинства патологических состояний, а его исчезновение – критерием выздоровления. Десинхроноз, как всякий стресс, характеризуется изменениями метаболизма, заключающимися в повышенном использовании белков. Поэтому питание за сутки до развития и в периоды десинхроноза должно быть особенно полноценным. Для предупреждения проявлений десинхроноза следует ограничивать различные сдвиги дневных ритмов одним часом. А в случае перелёта на большие расстояния, учитывать снижение работоспособности в течение 5-10 дней и уменьшить физическую и умственную нагрузку до её восстановления. Своеобразный весенний десинхроноз развивается в апреле-июне, что связано с увеличением амплитуды биоритмов.

Уже развившийся десинхроноз можно вылечить, уменьшая количество кислорода во вдыхаемом воздухе и уменьшая температуру тела и окружающей среды, то есть путём систематических физических нагрузок, закаливания, отдыха в высокогорье и среднегорье.

Некоторая рассогласованность биоритмов, по мнению специалистов, даже необходима для поддержания готовности механизмов защиты организма на случай резких изменений в среде.

3.5. Культура умственного и физического труда

Деятельность коры больших полушарий определяется двумя основными процессами – возбуждением и торможением – тесно связанными между собой и находящимися в постоянном подвижном равновесии. Максимальная работоспособность обеспечивается их правильным соотношением.

Многие люди работают малопродуктивно и быстро устают только потому, что не умеют организовать свою деятельность.

Существуют определённые правила, позволяющие повысить работоспособность и предотвратить наступление преждевременного утомления.

1. Во всякий труд следует входить постепенно, что позволяет адаптивным системам без «надрыва» включиться в работу и обеспечить оптимальный уровень работоспособности. Резкий переход как от напряженной умственной работы к бездеятельности, так и наоборот, опасен для здоровья.

2. Для высокой работоспособности необходим рациональный ритм и режим труда.

3. Условием высокой работоспособности является привычная последовательность и систематичность работы.

4. Правильное чередование труда и отдыха, как и смена одних форм труда другими, также служит важным условием сохранения высокой работоспособности.

5. Состояние отдыха заключается не в бездействии, а в переходе к новому виду деятельности.

6. Рациональное сочетание напряженной творческой деятельности с физической работой обеспечивает полноценное интеллектуальное и физическое долголетие.

В современных условиях, характеризующихся высокой степенью психоэмоционального напряжения вследствие большой насыщенности информационного потока, для повышения работоспособности на первый план выходят благоприятная психологическая обстановка, гармоничное сочетание разных видов деятельности, полноценный сон, знание биоритмологических особенностей своего организма и активный отдых.

4. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ, ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И ЗДОРОВЬЕ

4.1. Наследственность

На продолжительность жизни явно влияют 2 фактора: *наследственность* и *окружающая среда*.

На состояние здоровья влияют не только возрастные изменения и образ жизни, но и *генетическая наследственность*. Наследственная предрасположенность обеспечена передачей генетической информации.

Здоровье человека предопределяется задолго до его рождения. Оно формируется суммой качественных и количественных признаков, полученных от своих близких и далёких предков. Ребёнок наследует от своих родителей и более удалённых предков не только внешние признаки, но и группы крови, особенности обмена веществ, иммунологические средства защиты, определяющие сопротивляемость организма инфекциям, и многое другое. По наследству могут передаваться не только благоприятные, но и неблагоприятные для организма человека признаки, т.е. наследуется не только здоровье, но и болезнь.

В зависимости от унаследованных генов каждый человек будет иметь предрасположенности к определённым заболеваниям. Наследственность либо принимает участие в развитии заболевания, либо является прямой причиной заболевания.

Наследственностью обусловлено более 2000 болезней и дефектов, в том числе некоторые формы слепоты и глухоты, умственной отсталости, гемофилии и нарушения обмена веществ.

Все болезни можно подразделить на *группы*:

1. Болезни, переданные по наследству (наследственные): болезнь Дауна, муковисцидоз, гемофилия и другие.

2. Болезни с наследственной предрасположенностью (диабет, атеросклероз, гипертония, экзема, язвенная болезнь и другие). Возникновения данных болезней происходит под влиянием какого-либо внешнего фактора.

3. Ненаследственные болезни. Они не связаны с полученным генетическим кодом и обусловлены влиянием окружающей среды.

Законы наследственности можно обобщить следующим образом:

- элементарная единица наследственности – ген представляет собой участок молекулы ДНК. Основная часть генов у высших форм организмов (эукариот) сосредоточена в ядре, которые и «заведуют» наследственностью;

- свою генетическую функцию ДНК реализует через РНК и белки, а из «белков формируется все многообразие свойств живых организмов»;

- молекулы ядерной ДНК видеоспецифичны, то есть у каждого вида – своя первичная структура базовой ДНК, образующей хромосомы;
- у многоклеточных организмов сосуществуют два независимых начала: генеративное, отвечающее за наследственность (представлено ДНК, а на уровне организма – клетками половой системы), и соматическое, телесное.

В 30-е годы XX века было установлено, что гены могут изменяться. Этот процесс получил название мутагенеза, сами изменения названы мутацией, а вещества, способные вызвать мутации, – мутагенов. Стало очевидным, что наследственная изменчивость всегда связана с изменением генотипа.

Мутации обладают также вредным влиянием и могут нарушить состояние здоровья человека, так как, с точки зрения биохимиков, наступившая в организме мутация даже одного гена может вести к нарушению веками отлаженного процесса обмена веществ, изменять ход биохимических реакций. При возникновении наследственных заболеваний, обусловленных дефектом генов, и вследствие этого отсутствием определённого фермента, организм (новорожденного) человека не в силах адаптироваться к обычным условиям среды.

Впоследствии учёные, однако, пришли к мысли о том, что появление мутаций не всегда несёт организму ухудшение его организации. Происходящие в процессе эволюции мутационные процессы способствовали созданию наиболее совершенных форм, лучше приспособленных к условиям среды, выживанию и сохранению вида.

Важным обстоятельством является то, в каких клетках произошла мутация. Если мутация наступила в соматических клетках, то возникшие в ней изменения не будут переданы от родителей к детям. Передача мутантных клеток из поколения в поколение происходит только тогда, когда мутация возникла в зародышевых клетках.

Некоторые мутации возникают в результате нормальных процессов в клетках или при взаимодействии с окружающей средой. Такие мутации называют спонтанными мутациями; они с определённой частотой встречаются у любого организма.

Люди, чьи предки отличались долголетием, в каждом данном возрасте имеют более низкие показатели смертности. Однако чтобы самому прожить долго, не обязательно родиться в семье долгожителей.

Наследственность располагает к заболеваниям, но не делает болезнь неизбежной. Правила ЗОЖ не являются бессильными перед болезнями!

Что касается второго фактора – *окружающей нас среды*, то её мы можем в известной степени контролировать.

4.2. Наследственные заболевания

Учёные считают, что наследственные патологии и предрасположенность к ним в целом составляют значительный процент. Однако также отмечают относительную редкость отдельных форм заболеваний. Так, по данным статистики, частота отдельных форм заболеваний составляет от 1:7 000 новорожденных до 1:200 000 или даже 1:1 000 000. Учёные объясняют это тем, что процесс накопления вредных мутантных генов испытывает определённое противодействие.

К факторам, которые снижают процент заболевших пациентов к здоровым, относят: повышенную смертность (внутриутробную, раннюю детскую), сниженную плодовитость или же бесплодие. Таким образом, происходит естественный отбор, ведущий к динамическому равновесию между мутационным процессом и отбором в популяции человека.

В человеческом обществе сократилось действие естественного отбора. В связи с этим учёные считают, что, согласно законам популяционной генетики, постоянно происходящий спонтанный и индуцированный мутагенез будут способствовать увеличению нежелательного «генетического груза» человечества.

Хромосомный набор здорового человека состоит из 46 хромосом. Причём каждая из 44 хромосом имеет одинакового партнера, и эти хромосомы называются аутосомами. В то же время хромосомы 23-й пары называются половыми. У женщин это две крупные по своим размерам X хромосомы, у мужчин – одна хромосома X и маленькая – Y.

Для выяснения механизма наследственных заболеваний у человека, учёные провели исследования по изучению хромосом у здоровых и больных людей. Эти исследования позволили установить, что при некоторых заболеваниях, особенно при грубых пороках развития у детей, обнаруживаются изменения (абберации) хромосом. В одних случаях учёные отмечали увеличение или уменьшение материала отдельных хромосом. Появление целой дополнительной хромосомы (47 вместо 46) стало называться трисомией по данной хромосоме.

Например, наличие лишней 21-й хромосомы у плода – это неизбежное наличие у ребёнка умственной отсталости, карликовости, типичного для болезни Дауна лица, маленькой головы.

Лишняя 13-ая хромосома обычно сопровождается умственной отсталостью, маленькой головой, аномалиями развития ушей и глаз, наличием волчьей пасти, заячьей губы, лишнего пальца на каждой руке, а также другими аномалиями. Утрата же целой хромосомы называется моносомией по этой хромосоме. В большинстве случаев эта аномалия настолько тяжёлая, что несовместима с жизнью.

Частичная потеря материала хромосомы определяется как делеция (то есть часть хромосомы может просто оторваться и исчезнуть),

например, делеция в 5-й хромосоме даёт синдром «кошачьего крика» (тяжёлая умственная и физическая отсталость).

Существует много причин, в том числе влияют и факторы окружающей среды, которые в комбинации с небольшими генными аномалиями порождают серьёзные дефекты. К этой категории болезней относятся заячья губа и волчья пасть, косолапость, врожденный вывих бедра, спинномозговая грыжа, анэнцефалия (дефект мозга), некоторые врожденные пороки сердца, а также, возможно, предрасположенность к болезням сосудов сердца, некоторым видам диабета, гипертонии и аллергии.

Три категории наследственных болезней: первая связана с нарушениями хромосом; вторая связана с вредными генами (которые наследуются от предыдущих поколений или которые образуются путём мутации в половых клетках родителей), вызывающими рецессивные, доминантные и сцепленные с полом болезни; третья категория – болезни: нарушения, вызванные взаимодействием специфических генов с некоторыми экзогенными факторами.

Следует знать, что, в сущности, любая распознаваемая генная анатомия может быть диагностирована на раннем сроке беременности.

Такую возможность даёт *пренатальный (дородовый) скрининг* – метод, позволяющий установить точный диагноз тяжёлой наследственной болезни у плода (синдром Дауна, синдром Эдвардса, патологии в развитии сердца и т.д.).

Если патология выявлена, то родителям нужно принимать решение либо об аборте и сделать новую попытку в следующей беременности, которая может оказаться удачной, либо, при благоприятном прогнозе врачей, о проведении реабилитации будущего ребёнка.

4.3. Окружающая среда и здоровье человека. Проблема урбанизации

Человек – часть природы. Здоровье и болезни человека – производное окружающей и социальной среды. Изменения окружающей среды и экологии неизменно ведут к изменению здоровья человека.

Здоровье – это способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, способность поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность, сохранение живого начала в организме. Акцент в данном случае делается на адаптацию, как на одно из самых главных и универсальных качеств биосистемы.

Качество окружающей среды определяют следующие **экологические факторы, влияющие на здоровье человека:**

– *геофизические*, в первую очередь *климатические*: атмосферное давление; сухость / влажность воздуха, его запылённость; резкие колебания температур (среднесуточные, сезонные, годовые); большая продолжительность солнечного сияния и напряжённость солнечной радиации;

– *геохимические*: недостаток содержания йода в водных источниках и железа в почве;

– *биотические*: действие аллергенов, ядов растительного и животного происхождения; воздействие патогенных организмов; наличие полезных животных и растений;

– *иные природные бедствия* (повышение патогенности возбудителей болезней, нашествия саранчи, волны массовой миграции грызунов и пр.).

На здоровье человека оказывают влияние *природно-катастрофические процессы и явления*: землетрясения, оползни, наводнения, засухи.

Многие из этих явлений причинно связаны с изменениями солнечной активности и геомагнитными явлениями, однако интенсивная хозяйственная деятельность человека также влияет на возникновение и течение названных природных процессов. Любые хозяйственные или иные решения должны приниматься с таким расчётом, чтобы не превышать пределы вредного воздействия на природную среду. Установить эти пределы очень трудно, поскольку пороги воздействия многих антропогенных и природных факторов неизвестны. Поэтому расчёты экологического риска должны быть вероятностными и многовариантными, с выделением риска для здоровья человека и природной среды.

Для человека неблагоприятно загрязнение любой из сред, с которыми он соприкасается. Если учесть, что человек в сутки потребляет более 9 кг воздуха и более 2 литров воды, то легко представить, что наибольший вред приносят здоровью людей загрязнения атмосферы и водоёмов. Не случайно болезни органов дыхания имеют большой удельный вес среди иных заболеваний.

Наиболее страдает детский организм, так как его иммунная система ещё не укрепилась, а молодой развивающийся организм потребляет наряду с полезными веществами массу вредных, порой «оседающих» в организме надолго.

Антропогенно обусловленные факторы экологического риска многообразны – это радиационная опасность, риск от использования загрязнённой или недостаточно обогащённой необходимыми элементами питьевой воды, эпидемиологический риск, зависящий как

от загрязнения воды и почвы бытовыми стоками, так и от географического распространения возбудителей заболеваний.

Глобальный риск для всего живого населения планеты связан с разрушением озонового слоя, изменениями климата вследствие накопления парниковых газов в атмосфере и тепловым излучением крупных промышленных и населенных центров, уничтожением лесов – мощного источника кислорода и регуляторов климата планеты. Крупномасштабные преобразования природы – распашка целинных земель, строительство ГЭС с устройством крупных водохранилищ и затоплением пойменных территорий, проекты поворота рек, строительство крупных агропромышленных комплексов, осушение болот – всё это мощные *факторы экологического риска* для природы и человека.

Важное место среди факторов экологического риска занимает загрязнение всех сред жизни (воздушной, водной и почвенной) отходами промышленного и сельскохозяйственного производства и бытовыми отходами.

Большая группа факторов экологического риска для человека связана с особенностями питания. Это фальсифицированные и недоброкачественные продукты, а также пища с высоким содержанием химических экотоксикантов, несбалансированная по энергетической ценности, содержанию белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов. Проживание в сельскохозяйственных районах, где широко применяются пестициды, гербициды и складываются избыточные количества минеральных удобрений, для людей также сопряжено с экологическим риском. Огромен экологический ущерб и риск от эрозии почв, при которой происходит не только уничтожение гумусового плодородного слоя, но появляются и распространяются пыльные бури, нарушающие жизнеспособность смежных экосистем. Уничтожение лесных ресурсов, разрушение региональных экосистем несёт опасность не только обитателям данного региона, но и являются факторами риска для всей биосферы.

Факторами риска, вызванного техногенными воздействиями, являются также превышение уровня электромагнитных излучений над природным фоновым, что имеет место в больших городах, на предприятиях, в районе станций ретрансляции, линий электропередач, а также в жилищах, перегруженных бытовой техникой.

Большая группа факторов риска связана с техногенными катастрофами и военными действиями. Сопровождающие их пожары не только разрушают локальные природные экосистемы, но и ведут к изменениям атмосферы – насыщение парниковыми газами, сажей, другими продуктами горения, распространяющимися далеко за пределы региона военных действий.

Ко вторичным факторам риска относятся социальные последствия войн и экологических катастроф: массовые заболевания, появление экологических беженцев – волн миграции из района бедствия и т.п.

При всей важности перечисленного всё же главным фактором риска и опасности для жизни современного человечества на Земле является снижение биологического разнообразия (уничтожение видов живых существ), ведущее к потере устойчивости и разрушению природных экосистем всех уровней.

Таблица 4.3.1

Примеры загрязнения среды и возможных нарушений здоровья человека

Источник загрязнения	Подвергающийся загрязнению компонент	Основные загрязнители	Возможные нарушения здоровья человека
Тепловые электростанции	Воздух	Пыль, зола	Уменьшение вентиляционной способности и ёмкости лёгких, повреждение слизистых оболочек глаза и верхних дыхательных путей, заболевания кожи
		Сажа, являющаяся носителем смолистых веществ	Повышение заболеваемости раком лёгких, кожи, крови
		Сернистый ангидрид, двуокись серы	Общее отравление организма, проявляющееся в изменении состава крови, поражении органов дыхания, повышении восприимчивости к инфекциям, нарушении обмена веществ, повышении АД
		Окислы азота	Резкое раздражение лёгких и дыхательных путей, возникновение в них воспалительных процессов, понижение кровяного давления
Автомобильный транспорт	Воздух Вода	Углеводороды, в т.ч. бензапирен	Раздражение дыхательных путей, появление тошноты, головокружение, сонливость. Понижение иммунологической активности организма
		Окись углерода	Блокирование гемоглобина крови и снижение способности крови к переносу кислорода из лёгких к тканям, приступы коронарной недостаточности

		Окислы азота	Резкое раздражение лёгких и дыхательных путей и возникновение в них воспалительных процессов
		Озон	Раздражение слизистой оболочки глаз, хронические изменения в лёгких, воспалительные процессы в них
		Аэрозоль свинца	Свинцовая интоксикация, вплоть до летального исхода. Неврологические расстройства
Предприятия по производству цемента	Воздух Вода	Пыль, содержащая окиси кремния, кальция, магния, мышьяк, ртуть, свинец, фтор	Повышение заболеваемости органов дыхания, пищеварения, горла, носа, уха, слизистой глаз. Кожные заболевания.

Человек, живущий в городе, болеет гораздо чаще, чем сельский житель по ряду *причин*:

1. Воздух в городе сильно загрязнен различными газами, тяжёлыми металлами и прочими вредными компонентами.

2. Гиподинамия – люди ведут в городах значительно менее подвижный образ жизни (подробнее о проблеме гиподинамии см. выше п. 3.1).

3. Нейропсихическое состояние человека – эмоциональные стрессы, угнетённое состояние, тоска, страх, депрессия, тревога и пр. Такие состояния являются предпосылками для возникновения и тяжёлого течения артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, неврозов, психических расстройств, язвенной болезни, болезней кожи и обмена веществ.

4. Шум. Чрезмерный шум городов может стать причиной нервного истощения, психической угнетённости, вегетативного невроза, язвенной болезни, расстройства эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Шум мешает людям работать и отдыхать, снижает производительность труда.

5. Городской житель постоянно контактирует с огромным количеством людей, поэтому вероятность «подхватить» инфекцию у него значительно выше; в городах чаще вспыхивают эпидемии. Рост заболеваемости сердечно-сосудистой и нервной систем, органов дыхания, язвенной болезнью желудка, повышение травматизма – у городских жителей эти нозологические формы встречаются в 2-4 раза чаще, чем у сельских. Также у городских жителей аллергии возникают в 10-30 раз чаще, чем сельских.

6. Отсутствие правильного режима питания, употребление большого количества консервантов, низкое потребление витаминов в

естественных продуктах ведёт к увеличению в 3-5 раз заболеваний пищеварительной системы и кишечника. Низкое потребление витаминов ведёт к снижению общего иммунитета и возникновению огромного количества дефектов здоровья.

Таким образом, можно отметить, что одним из кумулятивно возрастающих факторов риска является процесс урбанизации, несущий в себе негативные для здоровья человека последствия. В 2013 г. в Республике Беларусь насчитывалось 112 городов, более 70% населения – городские жители. Для сравнения: в 1963 г. такую величину составляли сельские жители.

Урбанизация – сосредоточение населения, материальной и духовной жизни в городах. В предметном воплощении – это рост численности населения на единицу площади, концентрация промышленных предприятий, чрезвычайно развитая сеть транспорта и связи, ускоренный темп питания пр.

Следствием урбанизации является изменение климата, загрязнение окружающей среды, увеличение шума, рост психоэмоциональной напряжённости.

Экологическое здоровье (или пространственно-ориентированный элемент здоровья) включает в себя:

- современное экологическое мышление;
- способность ценить и уважать окружающую среду;
- способность и возможность вносить свой вклад для сохранения и улучшения экологических условий, например, уменьшить шум и загрязнение;
- способность и возможность иметь позитивное пространство для комфортного пребывания дома и на работе;
- возможность иметь место для отдыха, способность расслабиться;
- возможность изменять микроклимат на работе, дома, в зонах отдыха, обучения.

Экологическое здоровье может быть как индивидуального значения, так и группового – семьи, коллектива, социальных групп.

Для полноценной жизни и здоровья необходимы качественные взаимоотношения человека с окружающей средой.

Роль зелёных насаждений в жизни городов:

- насыщают воздух кислородом, очищают его от газов, тяжёлых металлов, различных аэрозолей;
- смягчают микроклимат города, улучшая температурный режим и повышая влажность воздуха;
- поглощают шум;
- выделяют фитонциды;
- эстетически украшают городской ландшафт;

Снижению экологического риска и опасности служат основные принципы:

- сохранение и восстановление естественных экосистем и биоразнообразия;
- охрана здоровья и генофонда человеческой популяции;
- преодоление потребительского отношения к природе;
- замена использования невозобновляемых природных ресурсов на возобновляемые;
- рекультивация земель, восстановление биологических ресурсов;
- эколого-экономическая сбалансированность общественного развития;
- экономическое стимулирование экологически чистых технологий и оборудования;
- предупреждение кризисных экологических ситуаций.

Необходимо отметить, что здоровье горожанина, как и любого другого человека, в первую очередь зависит от него самого.

Занятия физкультурой и спортом, прогулки на свежем воздухе, закаливание, соблюдение правил личной гигиены нивелируют отрицательное воздействие города и способствуют душевной гармонии и хорошему настроению.

5. ИММУНИТЕТ И ЗДОРОВЬЕ

5.1. Виды и механизмы иммунной защиты

Уже в древности было известно, что однажды перенесённое заболевание оставляет пожизненный иммунитет. Первоначально иммунитет рассматривали как невосприимчивость к бактериальным инфекциям. Поэтому иммунология была, прежде всего, наукой о защите от микробной инфекции. В настоящее время понятие «иммунитет» имеет более широкий смысл и включает в себя реакцию иммунной системы на все виды антигенов.

Иммунитет (лат. – *immunitas* – «освобождение от...») – это система биологических механизмов самозащиты организма, с помощью которых он распознает и уничтожает всё чужеродное (генетически отличающееся от него), если оно проникает в организм или возникает в нём. С помощью этих механизмов поддерживается структурная и функциональная целостность организма на протяжении всей его жизни, т.е. сохраняется физическое здоровье людей и обеспечивается исцеление от многих заболеваний.

Основным признаком иммунной реакции считается антигенная специфичность. Однако иммунные реакции являются не только защитными, в ряде случаев они сами служат причиной болезни и даже смерти, как, например, при анафилаксии.

Иммунитет бывает:

- приобретённым и врождённым;
- активным и пассивным;
- естественным и искусственным.

Каждый человек рождается с определённым уровнем иммунитета – *наследственным (врождённым)* иммунитетом – защитная роль кожных и слизистых покровов; нормальная микрофлора организма; барьерная функция лимфатических узлов; гуморальные антимикробные вещества, содержащиеся в тканях и жидкостях организма; функции выделительной системы и др. Наследственный иммунитет обусловлен наследственно закреплёнными механизмами и направлен на все виды чужеродных веществ, т.е. неспецифичен. Его ещё называют *видовым*, так как он передаётся в пределах одного вида.

В процессе жизни человека формируется *приобретённый иммунитет*. Он не передаётся по наследству, а формируется в процессе индивидуальной жизни в результате взаимодействия с соответствующими возбудителями. Приобретённый иммунитет является строго специфическим, т.е. всегда направлен против конкретного возбудителя или антигена. Источником чужеродных антигенов могут быть, например, внедрившиеся в организм бактерии или вирусы.

Организм в течение жизни может приобретать невосприимчивость ко многим болезням. Такой вид иммунитета, например, формируется введением вакцин.

Приобретённый иммунитет делится на:

- активный, который возникает после перенесённого заболевания (например, ветряной оспы) или вакцинации;
- пассивный, который образуется при введении сывороток, содержащих готовые антитела. Частным случаем пассивного иммунитета является материнский иммунитет, когда антитела передаются через молоко матери к новорожденному.

Естественный иммунитет образуется после перенесённого заболевания, *искусственный* – при введении вакцин и сывороток.

Таким образом, иммунная система обладает способностью реагировать на устранение чужеродных антигенов, а при определённых обстоятельствах и на антигены собственного организма, как это наблюдается при аутоиммунных заболеваниях.

Неспецифическая защита против чужеродных агентов осуществляется фагоцитирующими клетками (макрофагами и лейкоцитами). Фагоцитоз представляет собой один из механизмов резистентности. В фагоцитозе могут принимать участие компоненты комплемента и антитела, называемые в данном случае опсонинами и усиливающие фагоцитоз (*иммунный фагоцитоз*).

Антитела – продукты специфического иммунного ответа, поэтому происходит взаимодействие и дублирование механизмов резистентности и иммунитета.

Иммунный ответ не возникает в том случае, если чужеродный антиген полностью устранён путём *фагоцитоза*. Если же чужеродный материал остаётся неизменным или в виде продуктов его распада (антигенов), то это, как правило, приводит к образованию антител (иммуноглобулинов) и сенсибилизации (повышение чувствительности) лимфоцитов, которые специфически реагируют с антигеном и тем самым выполняют функцию защиты.

Механизмы резистентности не обладают специфичностью, тогда как антигены вызывают специфическую реакцию (иммунитет). При этом обе формы защиты взаимодействуют, например, при иммунном фагоцитозе.

Имуноглобулины составляют основу гуморального иммунитета, он переносится пассивно с помощью сыворотки. Носителями, так называемого, клеточного иммунитета служат сенсибилизированные лимфоциты, он может быть пассивно перенесён только при помощи этих клеток. Реакции клеточного иммунитета имеют решающее значение при трансплантации, аутоиммунных заболеваниях, хронических бактериальных, а также вирусных и грибковых инфекциях,

тогда как гуморальный иммунитет служит основой защиты при острых бактериальных инфекциях.

Возникновение гуморального и клеточного иммунитета сопровождается формированием, так называемой, *иммунологической памяти*. При повторном контакте со специфическим антигеном вызывается ускоренный и усиленный иммунный ответ. Именно иммунологическая память лежит в основе иммунитета.

Важной частью иммунной системы являются *факторы неспецифической защиты*. В отличие от системы специфического иммунитета некоторые факторы неспецифической защиты у новорожденных выражены хорошо, например, активность фагоцитоза ко времени рождения ребенка приближается к уровню фагоцитоза у взрослых людей. Однако поглощённые фагоцитами новорожденного ребёнка микроорганизмы слабо поддаются распаду, в связи с чем некоторые микроорганизмы (стафилококки, гонококки), будучи поглощёнными фагоцитами, способны сохранять жизнедеятельность и размножаться внутри фагоцитов. Качественная характеристика фагоцитоза значительно возрастает у детей к концу первого года жизни. У недоношенных детей показатели неспецифического иммунитета ниже, чем у доношенных.

Следующий важный фактор неспецифической защиты – комплемент – система белков сыворотки крови, которые способны усиливать фагоцитоз, разрушать бактерии, участвовать в образовании иммунных комплексов (антитело, соединенное с антигеном) и др. Это система, в которую входит не менее 11 различных белков сыворотки крови (так называемый С-фактор), активирующихся как неспецифическими факторами, так и реакцией антиген-антитело. У новорожденных детей активность комплемента очень низкая, но уже в первые месяцы жизни она быстро нарастает и к концу первого года жизни достигает уровня взрослого человека.

Фактор неспецифической защиты – лизоцим – фермент, обладающий бактерицидной активностью, благодаря своей способности разрушать мукополисахариды бактериальных оболочек. Самая большая концентрация лизоцима отмечена в лейкоцитах и слезах, меньше его в плазме крови и слюне. Находится он также и в слизистых оболочках дыхательных путей и кишечника, и в других органах и тканях.

Интерферон – группа белков, которая осуществляет неспецифическую защиту организма от вирусной инфекции, подавляя размножение инфекционных и онкогенных вирусов, а также стимулирует фагоцитоз. В отличие от антител интерферон является универсальным защитным фактором организма. У новорожденных детей способность к образованию интерферона высокая, к концу

первого года жизни ребенка она снижается, затем постепенно нарастает, достигая максимума к 12-18 годам.

Антитела и сенсibilизированные лимфоциты могут стать причиной патологии, когда их первичное взаимодействие с антигеном приводит к накоплению биологически активных медиаторов, вызывающих вторичные реакции. Чрезмерную реакцию на повторный контакт со специфическим антигеном называют *аллергией* (гиперчувствительностью).

5.2. Нарушения иммунитета

Иммунный ответ протекает нормально когда клетки и органы иммунной системы достигли зрелости и гарантировано тонкое взаимодействие различных клеточных популяций, растворимых факторов и неспецифических механизмов. Кроме того, индивидуальная реактивность иммунной системы генетически детерминирована, поэтому на один и тот же антиген у разных людей можно наблюдать иммунный ответ различной силы.

- Об аллергии речь идёт в тех случаях, когда чрезмерно сильная иммунная реакция имеет патологические последствия.

- Патологические состояния, при которых иммунные реакции направлены на собственные структуры организма (аутоиммунные реакции). При известных условиях эти реакции могут приводить к аутоиммунным заболеваниям.

- Нарушения иммунного ответа при неполноценном развитии и созревании иммунных клеток или при дефектах резистентности или системы комплемента. Клетки иммунной системы подвержены малигнизации, приводящей к лимфопролиферативным заболеваниям.

Гиперчувствительность (аллергия)

На первичный контакт с антигеном организм отвечает образованием иммуноглобулинов и сенсibilизированных лимфоцитов. При повторном контакте антиген вступает в реакцию с антителами или с сенсibilизированными лимфоцитами. Эти реакции направлены на устранение антигена, но при определённых обстоятельствах могут привести к патологическим последствиям.

Иммунологические реакции имеют защитный смысл и протекают бессимптомно. Иммунная реакция *in vivo* (букв. с лат. – «в (на) живом», т.е. «внутри живого организма» или «внутри клетки») становится явной только в тех случаях, когда сопровождается заметными изменениями.

Окружающая нас среда полна чужеродных антигенов. Заболевание возникает лишь при значительном отклонении иммунореактивности от нормы.

При повышенном уровне индивидуальной реактивности в отношении данных антигенов речь идёт об аллергии (гиперчувствительности).

При снижении реактивности иммунной системы означает частичное или полное отсутствие ответа и может иметь тяжёлые последствия.

Происхождение патологических иммунных реакций различно и зависит от самых разнообразных факторов, например, от наследственности, влияния окружающей среды, состояния обмена веществ, способа введения и дозы антигена и интенсивности образования антител.

Наиболее простой и распространённый способ диагностики аллергических заболеваний – кожная проба – проводится с помощью набора стандартизованных аллергенов, которые наносятся на кожу, и далее оценивается реакция организма на каждый аллерген.

Лечение аллергии включает в себя десенсибилизационную терапию, которая проводится малыми дозами аллергена с целью выработки к нему невосприимчивости, а также элиминационную терапию и экстракорпоральную терапию, направленную на выведение из организма комплексов аллерген-антитело, и специфические для данного вида заболевания препараты (например, при бронхиальной астме – препараты, снимающие бронхоспазм).

Аутоиммунные реакции

Иммунная система обладает способностью отличать структуры собственного организма от чужеродных («своё» от «не своего»). В норме к компонентам собственного организма существует иммунологическая толерантность, в основе которой могут лежать следующие механизмы:

- Элиминация (удаление) иммунореактивных клеток нежелательной специфичности.
- Проявление активности регуляторных клеток (супрессоров)
- Иммунологическое усиление (с помощью антител, антигенов или иммунных комплексов).
- Иммунологическая ареактивность («иммунологическое молчание»).

Аутоантитела – это физиологический продукт иммунной системы. Они должны принимать участие в устранении продуктов клеточного распада. В норме против неизменных структур собственного организма иммунных реакций не наблюдается. Тем не менее, существуют условия, при которых возможно развитие аутосенсibilизации.

Недостаточность иммунной системы. Иммунодефициты

Под воздействием различных причин уровень иммунной защиты может падать, т.е. развиваются иммунодефициты. Недостаточность иммунной системы приводит к тому, что организм оказывается не в состоянии адекватно реагировать на чужеродные антигены. В этом случае он более подвержен различным инфекционным и опухолевым заболеваниям.

Недостаточность иммунной системы можно классифицировать следующим образом:

- 1) Недостаточность фагоцитов.
- 2) Недостаточность системы комплемента.
- 3) Недостаточность гуморального иммунитета.
- 4) Недостаточность клеточного иммунитета.
- 5) Комбинированная иммунологическая недостаточность.

Признаки снижения иммунной активности

К наиболее характерным симптомам снижения иммунитета относятся частые простуды, головные боли, повышенная подверженность вирусным инфекциям, высокая утомляемость, снижение работоспособности, пониженный аппетит, нарушение пищеварения, нарушения сна (бессонница, сонливость), различные хронические воспалительные процессы (пищеварительной системы, дыхательных путей, мочеполовой сферы, опорно-двигательного аппарата, кожи), длительная субфебрильная температура при простудных и вирусных заболеваниях.

Группы риска

Чаще всего резкое снижение иммунитета возникает при стрессах и больших нагрузках. Поэтому в группу риска входят люди, которые в связи со спецификой работы вынуждены не соблюдать режим сна, приёма пищи и физических упражнений. Также попадают в группу риска лица пожилого возраста. Отмечается нарушение иммунитета при хирургических операциях, так как они являются большим стрессом.

5.3. Причины снижения иммунитета

- *Неполноценное питание.* Пища поставляет строительный материал для построения клеток, тканей, ферментов, гормонов, в том числе и для иммунной системы. Поэтому актуально достаточное потребление основных пищевых ингредиентов: белков, жиров, углеводов. Некачественная пища, содержащая консерванты, стабилизаторы, красители, разрыхлители и т.д., а также продукты с высоким содержанием сахара ослабляют иммунитет.

Удар по иммунитету наносит голодание и однообразные диеты.

- *Дефицит витаминов и микроэлементов.* Недостаток витаминов и микроэлементов замедляет деление иммунных клеток, снижает их

активность. Особенно важны для полноценной работы иммунитета минералы цинк и селен, витамины А, С, группа витаминов В.

- *Антибиотики* понижают иммунитет организма на 50-75%, даже принимаемые по назначению врача.

Ни в коем случае нельзя заниматься самолечением или приобретать «на свой вкус» антибиотики в аптеках!

Очень важно ограничение употребления антибиотиков, и не менее важно снижение употребления продуктов, например, мяса, содержащего антибиотики.

- *Стресс, отрицательные эмоции.* В стремлении соответствовать постоянно возрастающим требованиям жизни человек постоянно переживает, нервничает, провоцирует развитие депрессивных состояний. Во время стресса в крови повышается уровень кортизола. Этот гормон можно считать ядом для клеток иммунной системы. Стрессов не избежать – им надо уметь противостоять.

- *Вредные привычки:* наркотики, алкоголь, никотин и др. наносят непоправимый вред иммунитету.

- *Физические и умственные перегрузки, плохая экология:* загрязнённая вода, воздух, инсектициды, гербициды, радионуклиды истощают иммунную систему.

- *Вирусные инфекции, микробы, бактерии.* Наблюдается повышенная агрессивность микроорганизмов. Даже бактерии, которые ранее считались условно патогенными, начали проявлять агрессивность.

Микробиологи подсчитали, что в обычной кухонной губке содержится около 320 миллионов болезнетворных бактерий, из них примерно 3000 бактерий попадают на руки и затем в рот. Этого количества микроорганизмов может хватить для развития заболевания.

- *Хроническое недосыпание.* При регулярном недосыпании в крови снижается уровень иммунных клеток.

5.4. Рекомендации по повышению иммунитета

Начавшиеся проблемы со здоровьем – первый признак того, что нужно изменить образ жизни. Многие заболевания сопровождаются преходящим или стойким снижением иммунореактивности.

Для укрепления иммунитета необходимо:

1. *Скорректировать питание (подробнее см. ниже главу 8. Основы здорового питания):*

В зимне-весенний период ликвидировать существующий дефицит помогут витаминно-минеральные комплексы, употребляемые ежедневно в суточной дозе. Наиболее важными для иммунной системы являются витамины А, В5, С, D, F (ПНЖК), РР (биофлавоноиды).

Ежедневно нужно употреблять не менее 400-500 грамм свежих овощей и фруктов. Практически вся растительная пища, особенно

жёлтого и красного окраса (морковь, красный перец, дыня, помидоры, тыква) содержит бета-каротин, преобразующийся в организме в витамин А. Главные источники витамина С – чёрная смородина, шиповник, цитрусовые, облепиха, петрушка, кислая капуста, лимон. Дефицит этого витамина уменьшает скорость выработки антител, а его достаточное поступление с пищей – гарантия выработки полноценных иммунных клеток. Витамины группы В содержатся в семечках, хлебе из муки грубого помола, орехах, гречке, бобовых, пророщенных злаках, грибах, сыре. Много в орехах, семечках и пророщенных злаках витамина Е – антиоксиданта, защищающего клетки от повреждений.

Минералы (селен, цинк, магний, кальций, железо, йод, марганец) содержатся в орехах, бобовых, семечках, цельных крупах, а также какао и горьком шоколаде.

Полноценные белки: мясо, рыба, бобовые. Мясо или рыбу стоит есть каждый день, а фасоль, горох или чечевицу можно употреблять 1-2 раза в неделю.

Нерафинированные растительные масла, в первую очередь, такие как оливковое, льняное поставляют ненасыщенные жирные кислоты, повышая иммунитет.

Как можно чаще необходимо включать в рацион брокколи, морковь, молочные продукты (особенно кисломолочные), клубнику, киви, тыкву, лосось, кедровые орехи, оливковое, льняное масло, мясо индейки, цитрусовые, зелень (петрушка, укроп, корни и листья сельдерея). Имбирь содержит особые соединения, которые эффективно борются с риновирусами – главной причиной простуд. Мёд.

В натуральном йогурте содержатся лактобактерии, которые поддерживают здоровую микрофлору кишечника.

2. Закаливание организма:

➤ *Воздушные ванны* – самая лёгкая форма закаливания. Они стимулируют обмен веществ, мобилизуют защитные силы, улучшают сон. Необходимо проветривать помещение 4-5 раз в день, по 10-15 минут, а также проводить на воздухе 3-4 часа.

➤ *Солнечные ванны* – умеренные дозы ультрафиолета повышают защитные силы организма. Но злоупотреблять солнечными ваннами нельзя, ведь солнечные лучи еще и радиоактивны, а радиация может явиться причиной развития онкологических заболеваний.

➤ *Закаливание водой* – плавание, обливания, купание в море, контрастный душ: осуществляется тренинг нервной системы, гидромассаж тела.

– Купание – это замечательное средство укрепления, закаливания организма, профилактики простудных заболеваний. После купания сосуды расширяются, пульс учащается, артериальное давление снижается, мышцы расслабляются.

- Купание в море. Прекрасно влияют морские соли: после погружения в воду сокращаются сосуды кожи и мышцы, повышается кровяное давление, сердце сокращается сильнее, дыхание углубляется.
- Альтернативой купанию могут стать: влажные обтирания, контрастные души, травяные ванны.
- Контрастный душ – чередование высоких и низких температур – это замечательная тренировка иммунной системы.
- Отличное закаливающее действие у бани и сауны.

3. Физические упражнения рекомендуются в виде:

- ежедневной утренней гигиенической гимнастики (8-10 упражнений);
- занятий физкультурой 2-3 раза в неделю самостоятельно или в группах здоровья;
- ежедневных прогулок постепенно увеличивая их время;
- занятий спортом;
- аэробики, фитнеса, шейпинга;
- бега, длительных пеших прогулок;
- занятий на тренажёрах.

Эффективны только систематические занятия физическими упражнениями. Необходимо, однако, также помнить, что и чрезмерные нагрузки во вред иммунитету.

4. Расслабление. Придя домой с работы, нужно прилечь на диван, закрыть глаза, и постараться подумать о чём-нибудь приятном, дыша глубоко и ровно. Можно включить негромкую музыку. Это прекрасно снимает накопившуюся в течение дня усталость и не дает стрессу победить иммунитет.

5. Природные натуральные средства, повышающие иммунитет: эхинацея, женьшень, солодка, элеутерококк, лимонник. Принимать травяные настои и отвары можно как с лечебной, так и с профилактической целью.

6. Соблюдение личной гигиены.

7. Отказ от табакокурения, алкоголя, наркотиков.

8. полноценный сон и нормальная сексуальная активность.

Сформировав в повседневной жизни модель здорового образа жизни, можно повысить уровень своего здоровья и, таким образом, укрепить свой иммунитет.

6. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЯ

6.1 Теория стресса и адаптации

Важным компонентом здоровья человека является состояние его психоэмоциональной сферы. Психоэмоциональная сфера чувствительна к внешним раздражителям и к вегетативному обеспечению жизненных функций. Именно эта сфера, как никакая другая, определяет «качество жизни» человека.

Человек в процессе жизнедеятельности испытывает постоянные воздействия различных раздражителей как физического, так и психологического характера, изменяющихся условий внешней среды и приспосабливается к этим условиям. Приспособление к новым условиям жизнедеятельности называют *процессом адаптации*.

Впервые термин «*стресс*» в физиологию и психологию ввёл Уолтер Кэннон (англ. Walter Cannon) в своих классических работах по универсальной реакции «бороться или бежать» (англ. fight-or-flight response). Знаменитый исследователь стресса канадский физиолог Ганс Селье в 1936 году опубликовал свою первую работу по общему адаптационному синдрому, но длительное время избегал употребления термина «стресс», поскольку тот использовался во многом для обозначения «нервно-психического» напряжения.

Только с 1946 года Г. Селье начал систематически использовать термин «стресс» для обозначения общего адаптационного напряжения. Первоначально физиологический стресс был описан Г. Селье как «*общий адаптационный синдром*».

Стадии общего адаптационного синдрома (по Г. Селье):

1. Стадия тревоги (мобилизация адаптационных возможностей – эти возможности ограничены) – организм мобилизует свои силы для противостояния угрозе за счёт активизации симпатической нервной системы.

2. Стадия сопротивления – организм пытается справиться с угрозой путём «борьбы или бегства».

3. Стадия утомления (истощения) – наступает, если организм не смог избежать угрозы или побороть её и истощил свои физиологические ресурсы.

Развивая концепцию стресса, Г. Селье предложил концепцию краткосрочной и среднесрочной адаптации, основанную на понятии адаптационной энергии.

Показано, что стресс (как классическая неспецифическая реакция в описании Г. Селье) – это всего лишь одна из реакций, составляющих общую систему неспецифических адаптационных реакций организма, поскольку организм, как чувствительная система, реагирует на разные по силе и качеству раздражители, вызывающие колебания гомеостаза в

пределах, в первую очередь, нормальных показателей, а стресс – это реакция на сильные раздражители.

Сегодня выделяют следующие *типы реакций организма на воздействие окружающей среды*:

- реакция адаптации;
- неспецифическая реакция стресса;
- реакция тренировки.

I. Если изменения среды жизнедеятельности незначительны и укладываются в пределы «нормы реакции», закреплённой генетически, развивается *процесс «срочной» адаптации* – метаболические механизмы переключаются в новый, генетически детерминированный режим функционирования. Если же изменения условий жизнедеятельности выходят за рамки «нормы реакции», развивается *«долговременная» адаптация*, связанная с развитием стойких метаболических и структурных перестроек в организме. В этом случае, если неблагоприятные условия сохраняются длительное время, процесс долговременной адаптации последовательно проходит стадии напряжения адаптационных механизмов, истощения адаптационных резервов и затем происходит срыв адаптации. Пределы адаптационных способностей связаны с индивидуальными особенностями человека.

II. *Реакция стресса* (от англ. stress – «нагрузка», «напряжение») развивается при действии раздражителей высокой силы, выходящей за пределы «нормы реакции». Для стресса характерны увеличение секреции адреналина корой надпочечников, угнетение функции тимуса и щитовидной железы, увеличение доли нейтрофильных гранулоцитов в периферической крови, снижение доли лимфоцитов и эозинофилов.

Если действие сильного раздражителя ограничено коротким отрезком времени, наблюдается первая стадия стресса – «алларм-реакция», характеризующаяся напряжением адаптационных механизмов. Если же действие раздражителя продолжается, то развивается истощение, срыв адаптации, которые Ганс Селье обозначил как *«дистресс»* (отрицательная форма стресса). В противовес дистрессу выделяют *«эустресс»* (положительная форма стресса; стресс, вызванный положительными эмоциями).

При действии раздражителей средней силы развивается общая *неспецифическая адаптационная реакция – реакция активации*. Характерными признаками реакции активации являются следующие: усиление синтеза гормонов коры надпочечников (преимущественно минералкортикоидов), увеличения тимуса и лимфатических узлов, крови, хотя общее количество лейкоцитов остаётся в пределах нормы, снижается доля нейтрофильных гранулоцитов и увеличивается доля лимфоцитов и эозинофилов. В ЦНС преобладают процессы возбуждения.

III. При воздействии слабых раздражителей развивается *реакция тренировки*, сопровождающаяся умеренным усилением синтеза гормонов коры надпочечников; показатели периферической крови остаются в пределах нормы, однако доля лимфоцитов снижается до нижней границы нормы, а количество лейкоцитов – до верхней. В ЦНС преобладают процессы торможения.

Стресс-реакции, связанные с воздействием эмоциональных факторов, называют *эмоционально-психическим стрессом*. Длительный и тяжёлый психоэмоциональный стресс, сопровождающийся срывом адаптации, может привести к развитию не только соматических, но и психических заболеваний.

Признаки психоэмоционального стресса:

- тревожно-депрессивное состояние, снижение эмоциональной устойчивости;
- снижение степени самооценки;
- преобладание тонуса симпатического отдела нервной системы;
- активизация системы «гипоталамус – гипофиз – надпочечники»;
- повышение содержания липидов в крови.

Первая форма – *физиологическая*, характеризующаяся эйфорическим состоянием, повышенной психомоторной активностью и вегетативной возбудимостью. Вторая форма – *предклиническая*, характеризуется апатией, угнетением вегетативных функций.

По оценкам врачей, эмоциональному стрессу принадлежит существенная роль более чем в половине заболеваний. Психофизиологические расстройства ведут к появлению таких заболеваний, как язвы, колиты, ревматоидные артриты, повышенное кровяное давление, сердечно-сосудистые заболевания. Он может нарушать иммунную систему, снижая способность организма бороться с вторгающимися бактериями и вирусами.

Важным является то, насколько индивид может контролировать стресс, *стрессоустойчивость* – это одна из переменных, определяющих силу сопротивления сильным отрицательным эмоциональным воздействиям, вызывающим высокую психическую напряжённость.

6.2. Методы оценки психоэмоционального статуса

Важной составляющей является объективная оценка психоэмоционального состояния человека, выявление расстройств высшей нервной деятельности. Для этого используется комплекс методов психологического характера. Нижеприведённые методики не требуют специальной психологической подготовки.

1). *Шкала Спилберга-Ханина* – для оценки реактивной тревоги и личностной тревожности. Используются специальные анкеты, имеются компьютерные программы, позволяющие автоматизировать проведение

данного теста. Показатели тревожности и тревоги в зависимости от количества набранных баллов оцениваются как низкие, умеренные либо высокие. Считается, что реактивная тревога отражает текущее состояние организма, воздействие социально-психологических стрессовых факторов, а личностная тревожность отражает ранее перенесенные психоэмоциональные стрессы.

2). *Проективный восьмицветовой тест Люшера*. Данный тест позволяет выявить неосознанные эмоциональные нарушения. Люшером установлен вариант, который называется «аутогенная норма» – последовательность выбора восьми цветов: красный, жёлтый, фиолетовый, синий, коричневый, серый и черный. Такая последовательность является отражением оптимального, уравновешенного состояния эмоциональной сферы. Количественно определяется степень отклонения в баллах от 1 до 32. 1 балл соответствует «аутогенной норме», 32 балла – максимально выраженным нарушением. Кроме этого, оценивается коэффициент вариации, величина которой отражает преобладающий тип психовегетативного реагирования. Коэффициент вариации выше 1 отражает потребности в затратах энергии, менее 1 – перевозбуждение и стремление к покою.

3). *«Индекс жизненного стиля»*. Данная методика позволяет выявить один из восьми преобладающих способов психологической защиты индивида:

- *отрицание* – недостаточное осознание определённых событий, переживаний, ощущений, которые причинили бы боль человеку при их признании;
- *вытеснение* – исключение из сознания определённых событий и связанных с ними эмоций и переживаний;
- *регрессия* – возвращение к психологически незрелым типам поведения;
- *компенсация* – попытки исправить или восполнить реальную или воображаемую собственную неполноценность;
- *проекция* – неосознанное отвержение собственных мыслей и желаний и приписывание их другим людям;
- *замещение* – разряд на эмоции, на объекты менее опасные, чем те, что действительно вызывают гнев;
- *интеллектуализация* – неосознаваемый контроль над эмоциями и импульсами;
- *реактивные образования* – предотвращение появления неприемлемых эмоций за счёт развития противоположных форм поведения.

4). *Психологическое типирование по К. Юнгу*. К. Юнг предложил несколько шкал для определения преобладающих психотипов. В

дальнейшем на основе его шкалы были сформулированы различные способы оценки психотипа и социотипа:

I. Шкала «экстраверсия – интроверсия»

Экстраверт – проявляет интерес к внешним объектам и потребность вступить с ними в контакт, склонность к «самодемонстрации». Интроверт – склонен к самоанализу, к уходу в себя, отрешённости от внешних событий, трудноконтактен.

II. Шкала «чувства – мышления» – «этика – логика»

Логический (мыслительный) тип ориентирован на интеллектуальное познание и логические заключения, он не может приспособиться к ситуации, не воспринимаемой логически «чувствующий» тип воспринимает ситуацию субъективно, в зависимости от её эмоциональной окраски.

III. Шкала «Интуиция – сенсорика»

«Сенсорный» тип приспособляется к окружающей среде, непосредственно воспринимая реальность и не давая ей оценок. «Интуитивный» тип воспринимает ситуацию, прогнозируя её развитие на бессознательном уровне.

Все перечисленные методы позволяют достаточно полно оценить психоэмоциональную сферу человека и определить, нуждается ли он в психокоррекции. Лёгкие формы расстройств могут корректироваться, к примеру, системой аутотренинга, более тяжёлые нарушения требуют вмешательства специалиста-психолога или психотерапевта.

6.3. Эмоциональное (психоэмоциональное) здоровье. Методы его психокоррекции

Эмоции влияют на все стороны жизни человека. Позитивные эмоции повышают продуктивность когнитивных (познавательных) процессов, способствуют креативному подходу к решению различного рода проблем, укрепляют самооценку человека. Хронический стресс, длительное переживание негативной эмоции ослабляют иммунную систему.

Переживая стресс, человек часто недостаточно заботится о себе. Студенты во время сдачи экзаменов не спят часто по несколько ночей подряд. Они могут нерегулярно питаться, перехватывая что-то на ходу. Люди, после потери близкого родственника, начинают злоупотреблять алкоголем, много курят. При стрессе люди прекращают обычные физические упражнения и ведут сидячий образ жизни.

Человек должен уметь выдерживать психологическую нагрузку, сдерживать негативную реакцию на стресс, спокойно переносить стрессовые нагрузки. У стрессоустойчивого индивида стресс заканчивается естественным способом, посредством восстановления ресурсов организма. В ином случае организм реагирует на

психологические проблемы психосоматикой, которые люди часто неверно трактуют, как органические заболевания. Если человек часто длительно болеет, стоит применить психологическую помощь.

Повышение стрессоустойчивости:

- делает организм выносливым от внешних отрицательных факторов, позволяет сохранить физическое здоровье;
- способствует выполнению поставленных задач в стрессовых условиях;
- позволяет оставаться уверенным, уравновешенным и вдумчивым человеком;
- выдерживать психологическое давление окружающих людей, не отзываться на критику, оскорбления и провокации;

Развитию стрессоустойчивости способствуют:

- Поездки, пешие прогулки, занятия спортом, йога, дыхательные техники и медитация, массаж.
- Следует заняться самоорганизацией и упорядочением дел (срочные и неотложные дела выполняются первоначально, второстепенные могут подождать).
- Занятия творческой деятельностью.
- Активный отдых необходимо чередовать с пассивным.
- Необходимо научиться «отпускать» ненужные эмоции, освободиться от удержания их в себе.
- Поддержание нервной системы поливитаминными комплексами.
- Любые иные полезные занятия (танцы, чтение литературы и т.п.).

Положительное зарекомендовали себя **методики психокоррекции**, тренировки на процессы восстановления психической и физической работоспособности, возможность с её помощью регулировать эмоциональное состояние и повышать эффективность использования психофизиологических резервов организма, корректирующее влияние метода на индивидуально-психологические особенности личности.

Виды психологической помощи. К видам психологической помощи относятся:

- *психологическое консультирование* – комплекс мероприятий, направленных на содействие гражданину (группе граждан) в разрешении психологических проблем, в том числе и в принятии решений относительно профессиональной деятельности, отношений с членами семьи и другими людьми, совершенствования личности;
- *психологическая коррекция* – комплекс мероприятий, направленных на исправление (корректировку) особенностей личности и поведения гражданина, которые приводят к психологическим проблемам;

- *психологическая профилактика* – комплекс мероприятий, направленных на своевременное предупреждение возможных нарушений в становлении и развитии личности гражданина и межличностных отношений, содействие гражданину в сохранении и укреплении состояния его душевного равновесия;
- *психологическое просвещение* – комплекс мероприятий (лекции, беседы, семинары, выставки психологической литературы, просмотр и обсуждение кино- и видеофильмов, психологический анализ поведения людей и другие мероприятия), направленных на распространение психологических знаний, повышение степени информированности граждан о психологии и возможностях психологической помощи в целях повышения уровня их психологической культуры и качества личной жизни.

При необходимости человеку оказывается **психотерапевтическая помощь**. Деятельность психотерапевтической службы направлена на профилактику, диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию пациентов, страдающих пограничными психическими расстройствами, а также пациентов, находящихся в кризисных состояниях.

Методы оказания психотерапевтической помощи:

Психопрофилактика:

- индивидуальное консультирование;
- семейное консультирование;
- выступления и публикации в средствах массовой информации;
- группы самопомощи;
- обучение пациента.

Психотерапевтическое лечение:

- нервно-мышечная релаксация;
- аутогенная тренировка;
- когнитивно-эмотивная психотерапия;
- эмоционально-стрессовая психотерапия;
- семейная психотерапия;
- арт-терапия;
- эриксоновский гипноз;
- музыкотерапия;
- десенсибилизация и переработка психотравмы движениями глаз;
- дыхательная релаксационная гимнастика;
- тренировка социальных навыков;
- десенсибилизационные стратегии лечения тревожных расстройств;
- медитативные техники;
- психодрама и другие формы групповой психотерапии;

- группы взаимопомощи;
- сказкотерапия;
- игровая терапия;
- методы ослабления травматического инцидента;
- посткризисный дебрифинг.

Другие методы лечения (без использования лекарственных средств):

- физиотерапевтическое лечение;
- лечебная физкультура;
- массаж;
- акватренинг;
- иглорефлексотерапия;
- депривация сна;
- разгрузочная диетотерапия.

Другие методы лечения (с использованием лекарственных средств):

- психофармакотерапия,
- общеукрепляющая,
- метаболическая,
- сосудорегулирующая терапия,
- симптоматическая лекарственная терапия.

Будучи уравновешенной личностью или эмоционально здоровым человеком, каждый способен эффективно противостоять стрессогенным нагрузкам, находить безопасные выходы для негативных эмоций, управлять своим поведением и получать положительные эмоции.

Здоровые эмоции – это реальная помощь здоровью.

7. ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Важным фактором, нарушающим здоровье, снижающим качество и продолжительность жизни, являются вредные привычки. Наиболее распространено в современном обществе курение табака и употребление алкоголя. Все более широкое распространение получает употребления наркотических и токсических веществ, особенно подростками и молодёжью.

Одной из форм отклоняющегося, девиантного, поведения с формированием стремления к уходу от реальности является так называемое *аддиктивное поведение* (от англ. addiction – пагубная привычка, порочная склонность). Традиционно в аддиктивное поведение включают: алкоголизм, наркоманию, токсикоманию, табакокурение – химическая аддикция; компьютерная аддикция, азартные игры, любовные аддикции, сексуальные аддикции, работоголизм, аддикции к еде (переедание, голодание) – нехимическая аддикция.

В своем становлении аддиктивное поведение проходит ряд этапов:

- 1) период «первых проб» – эпизодическое употребление психоактивных веществ, происходящее «из любопытства», «за компанию» и т.п.;
- 2) период «поискового полинаркотизма» – употребление разных видов психоактивных веществ с целью выбора более «приятного»;
- 3) «выбор предпочитаемого вещества» – фиксация на употреблении одного вида психоактивного вещества, как наиболее предпочтительного для данного индивида по наркотическому эффекту.

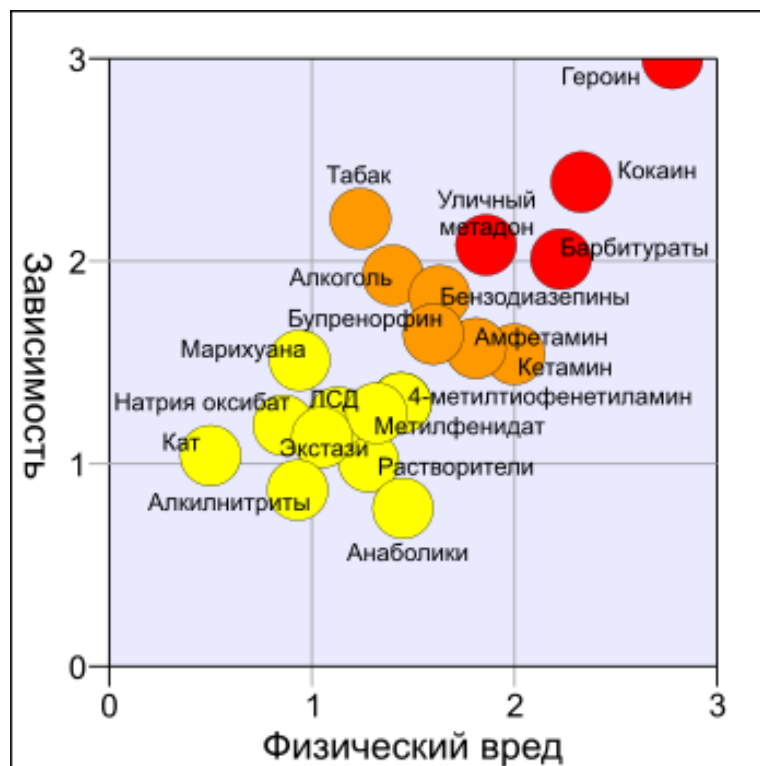
Под *зависимостью*, согласно МКБ-10, понимается *болезненный процесс, закономерно проходящий через последовательные стадии и имеющий своё начало и исход*.

Синдром психической зависимости – психическое (обсессивное, навязчивое) влечение к употреблению психоактивных веществ и способность достигать психического комфорта в состоянии интоксикации.

Синдром физической зависимости – физическое (компульсивное) влечение к психоактивным веществам и способность достигать физического комфорта в состоянии интоксикации.

Абстинентный синдром (абстинентное состояние, синдром отмены) – является проявлением физической зависимости (психическое напряжение, эмоциональные расстройства в виде депрессии, тревоги, снижение аппетита, либидо, нарушение сна и др. и вегетативные расстройства – гипергидроз, озноб, диспепсия, нарушение функции внутренних органов и систем).

Сравнение вреда от злоупотребления различными психоактивными веществами



7.1. Курение и здоровье

История вопроса

Курительные трубки были найдены при раскопках захоронений знати в Египте, датируемых XXI-XVIII вв. до н.э. О привычке вдыхать дым сжигаемых растений говорится в описаниях обычаев скифов, галлов, германцев, в древнекитайских трактатах. Вероятно, курение в виде вдыхания дымов возникло как атрибут ритуальных действий.

12 октября 1492 г. корабли экспедиции Христофора Колумба достигли земель нового континента, жители которого поднесли Колумбу в числе подарков сушёные листья. Они курили эти листья свёрнутыми в трубочки и подсушенными на солнце. Листья высушенных трав, свёрнутые в трубки, жители Кубы называли «сигаро». При курении «каждый делал из неё три-четыре затяжки, выпуская дым через ноздри». Моряки экспедиции стали первыми европейцами, научившимися курить от местных жителей.

На Руси в XVII в. в царствование царя Михаила Фёдоровича уличённых в курении первый раз наказывали 60 ударами палок по стопам, во второй раз – отрезанием носа или ушей. После пожара в Москве в 1634 г., причиной которого оказалось курение, оно было запрещено под страхом смертной казни. При Алексее Михайловиче борьба с потребителями «богомерзкого зелья» усилилась. В

«Уложении» 1649 г. «было велено всех, у кого будет найдено богомерзкое зелье, пытать и бить на козле кнутом, пока не признаются», откуда «зелье» получено. Частных торговцев табаком повелевалось «пороть, резать носы, ссылат в дальние города».

В Англии в конце XVI в. «виновных» в курении подвергали казни через «отсекание» головы. Затем головы казнённых выставляли насаженными на шесты на площадях для всеобщего обозрения. Жестокие меры применялись к поклонникам табака и в американских колониях Испании. В 1692 г. в городе Сантьяго по решению папы в монастырской стене были заживо замурованы 5 монахов, уличенных в тайном курении.

Борьба с курением не достигала своей цели, и английский король Яков I решил обложить высокими налогами табачную торговлю, надеясь этим сократить её. Но торговля не сокращалась, а доход казны значительно возрос. Этот факт заставил многие правительства изменить своё отношение к табаку и использовать его как источник дохода.

В России торговля табаком и курение были разрешены в 1697 г. Петром I. Табак курили в виде свернутых из его листьев трубочек, своеобразных сигар, а также в специально изготовлявшихся для курения трубках – глиняных, фарфоровых, деревянных.

В середине 30-х годов XVIII века знаменитый шведский естествоиспытатель Карл Линней присвоил табаку родовое название *никотин* – в честь Жана Нико, посла Франции при португальском дворе, который первым культивировал табак в Европе как средство от мигрени для Екатерины Медичи. В 1828 г. Поссельтом Рейманом было открыто действующее вещество листьев табака, которое также назвали никотином (лат. *Nicotiana tabacum*).

При французском дворе табак использовали в качестве средства от зубных болей, ломоты в костях и желудочных расстройств. Табак считался панацеей, для излечения от самых разных болезней его нюхали, жевали и курили. В середине XIX в. появились папиросы, изготовлявшиеся на специальных фабриках; со второй половины XX века широко распространились сигареты. Во время Первой мировой войны табак рекомендовали курить для успокоения нервов.

Со времен Колумба и «открытия» табака европейцами многие считали, что курение в «разумных пределах» является полезным для здоровья. Это привело к тому, что к концу XIX века больше половины населения Европы и Америки, в том числе и женщины, были курильщиками. Только в середине XX века учёные доказали, что употребление табака **в любых количествах** (даже минимальных) ведёт к заметному повышению риска преждевременной смерти и смогли убедить публику в том, что **курение является смертельно опасным для организма!**

Исследователи США, изучающие проблему с 1995 года, отмечают, что сравнение состояния здоровья так называемых «лёгких курильщиков» (постоянное курение небольшого количества сигарет – от одной до десяти) с состоянием здоровья «тяжёлых курильщиков» и некурящими людьми показало, что подобная манера курения не спасает. Употребление даже одной сигареты в день повышает вероятность смерти на 69%, а шансы развития рака лёгких – в 9 раз. У людей, куривших до десяти сигарет, повышалась вероятность смерти на 87%, а вероятность развития рака – в 12 раз.

«Даже минимальные дозы табака ведут к серьёзным последствиям для здоровья, что указывает на необходимость отказа от курения для всех курильщиков, вне зависимости от того, сколько они курят» (Маки Инуэ-Чои, Национальный институт изучения рака в Бетесде (США)).

Миф о безвредности сигарет в небольших количествах является ложным и свидетельствует о том, что **необходимо бороться не просто за снижение частоты курения, но и полный отказ от табака среди всех курильщиков.**

Курение и здоровье

Акт курения состоит в том, что через подожжённый и медленно тлеющий табак (в трубке, папиросе, сигарете) всасывается воздух, и продукты горения вместе с ним поступают в лёгкие. Органы дыхания принимают на себя самый первый удар от табачных ядов. Курение в течение одной минуты равносильно вдыханию выхлопных газов на протяжении четырёх минут.

Степень наполнения лёгких дымом зависит от интенсивности вдоха и при значительной его силе дым заполняет весь объём лёгких. Продуктом горения табака является **дым**.

Дым представляет своеобразную физико-химическую смесь, состоящую из воздуха и взвешенных в нём продуктов горения табака, находящихся в виде твёрдых частиц и капелек жидкости, размеры которых колеблются от 0,1 микрона до 1 миллимикрона, а число частиц измеряется десятками и сотнями тысяч миллиардов от одной сигареты. Огромное число частиц дыма оседает в лёгких, поверхность которых слагается из множества мельчайших пузырьков (лёгочных альвеол), а суммарная поверхность стенок достигает в момент вдоха более 100 кв.м.

При курении табака также происходит так называемая сухая перегонка: воздух, преодолев слой тлеющего табака, нагревается до высокой температуры и извлекает из него различные вещества, которые вместе с дымом в составе успевающего охладиться воздуха поступают в лёгкие. Из продуктов сухой перегонки табака наибольшее значение

имеют: *аммиак, окись углерода, канцерогенные углеводороды* (от лат. cancer – «рак» и др.-греч. γεννάω – «рождаю») и другие вещества, способствующие возникновению злокачественных опухолей, из них наиболее активен бенз(а)пирен.

Доказано также наличие в табачном дыме и радиоактивного элемента полония, который находится в табачном дыме в виде изотопа с периодом полураспада в 138 дней. Испуская α -лучи, полоний легко проникает через кожу, быстро превращается в аэрозольное состояние, отравляет воздух. Количество полония, переходящего в дым табака, непостоянно и зависит от ряда причин, важнейшая из них – состав почвы, на которой произрастал табак. В готовых изделиях (сигареты, папиросы и др.) полония содержится меньше, чем в табачных листьях, из которых готовились изделия. Тем не менее, 50% полония, содержащегося в данном изделии, переходит при курении в его дым. Выкуривание пачки сигарет в день сопряжено с получением за год дозы облучения, в 3,5 раза превышающей безопасный уровень. Специалисты подсчитали, что она эквивалентна дозе, получаемой при проведении за тот же период 200–300 рентгеновских снимков.

Содержание вредных веществ в табачном дыме зависит от природы табака, способов его предварительной обработки – вяления, сушки, ферментации и т.д., а в готовых изделиях – от сортности, влажности и даже скорости их курения.

Средние цифры содержания наиболее токсичных веществ, находящихся в составе табачного дыма при выкуривании одной пачки сигарет средней крепости: 0,0012 г синильной кислоты, приблизительно столько же сероводорода, 0,22 г пиридиновых оснований, 0,18 г никотина, 0,64 г аммиака, 0,92 г окиси углерода, около 1 г концентрата из жидких и твёрдых продуктов горения и сухой перегонки табака, называемых табачным дёгтем.

Развернув фильтр сигареты после её курения, табачный дёготь легко обнаружить в виде желтовато-коричневого налёта на поверхности фильтровальной бумаги. В нем содержится около сотни химических веществ, в том числе бенз(а)пирен, бензатрацен, радиоактивный изотоп калия, мышьяк и ряд ароматических полициклических углеводородов – **канцерогенов**.

Сигаретные фильтры не делают дым сигарет безвредным. Все предлагаемые в качестве поглотителей вещества не достигают желаемой цели, а наиболее часто употребляемые сигаретные фильтры, изготовленные из специально обработанных сортов бумаги, задерживают **не более 20%** содержащихся в дыме веществ. Таким образом, подавляющая масса химических веществ, входящих в состав дыма, поступает в лёгкие. Влияя на слизистые оболочки, всасываясь через них в кровь и разносясь по всему организму, эти вещества

производят на него своеобразное воздействие, требующее через некоторое время, совершения нового акта курения, постепенно учащая число повторов до **15-20 и более** раз в сутки.

При курении кровь альвеолярных капилляров вместо того, чтобы обогатиться при вдохе кислородом, необходимым для жизни организма, **обогащается угарным газом**, который, соединяясь с гемоглобином, образует так называемый карбоксигемоглобин, в результате чего часть гемоглобина исключается из акта нормального дыхания. В результате этого организм стремится компенсировать недостаток поступающего кислорода повышением количества эритроцитов, что приводит к сгущению крови.

➤ **Синильная кислота**, легко проникая через альвеолярно-капиллярную стенку в кровь, снижает способность клеток воспринимать кислород из притекающей крови. Наступает *кислородное голодание клеток*, а так как нервные клетки больше всех остальных клеток нуждаются в кислороде, они первыми страдают от действия синильной кислоты. Так, сильнейшим образом от отравления табачными ядами страдает именно нервная система. Одним из первых признаков отравления табаком нервной системы, является головокружение. Человек не может сосредоточиться, появляется ощущение потери сознания. Кажется, что все предметы движутся, а если человек закрывает глаза, появляется чувство кружения собственного тела. У курящих людей со стажем развиваются симптомы характерные для невротического состояния: быстрая утомляемость, раздражительность, ослабление памяти, нервозность, головные боли.

При большой дозе синильной кислоты быстро проявляется *отравление*: вслед за сильнейшим возбуждением центральной нервной системы наступает её паралич, останавливается дыхание, а затем и сердце. Этого не происходит лишь потому, что содержание синильной кислоты в дыме сигарет чрезвычайно мало: в дневной дозе среднего курильщика её в 40 раз меньше смертельной дозы.

Итак, при каждой затяжке сильнодействующие вещества, постоянно присутствующие в дыме сигареты, нарушают в определённой степени усвоение кислорода организмом, тем самым, препятствуя нормальному течению одного из важнейших физиологических процессов – дыханию, без которого невозможна жизнь. В результате курение ослабляет деятельность лёгких и, затрудняя процесс обмена углекислого газа, приносимого кровью из тканей в лёгкие, на кислород, поступающий из воздуха при дыхании, ведёт к состоянию **гипоксемии**, то есть к *недостаточному поступлению кислорода в кровь*.

Немаловажное значение имеют и остальные составные части сигаретного дыма, в первую очередь аммиак и табачный дёготь.

➤ **Аммиак** – отлично растворяется в воде с образованием щелочно реагирующего раствора, известного под названием нашатырного спирта. В альвеолы аммиак поступает в очень малых количествах, успевая на пути к ним почти полностью раствориться во влаге слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Обладая свойствами щёлочи, нашатырный спирт раздражает слизистые оболочки, вызывая повышенное отделение слизи, которая в составе грязно-серой мокроты выделяется с кашлем, усиливая **безлихорадочный бронхит курильщиков**. Значительно снижается сопротивляемость лёгких к различным инфекционным заболеваниям, в частности к **туберкулёзу**. По данным французских учёных, из 100 случаев туберкулёза лёгких, начавшегося в зрелом возрасте, 95 приходится на курильщиков. Все физиологические функции у курящих значительно понижены. Жизненная ёмкость лёгких на 300-400 мл меньше, чем у некурящих.

➤ **Табачный дёготь**, являясь концентратом жидких (органические кислоты, эфирные масла, анилин и др.) и твёрдых (частицы углерода, канцерогены, полоний) веществ, оседает на стенках воздухоносных путей, накапливаясь и в альвеолах. Часть его выделяется при кашле с мокротой, а часть проникает в ткань слизистых оболочек, придавая им более тёмный цвет. Входящие в состав табачного дёгтя органические вещества способны вызывать **злокачественные новообразования**, что было опытным путём доказано ещё в 1930 г. аргентинским врачом Роффо. Он смазывал в течение 270-300 дней ухо кроликов веществами, полученными из табачного дёгтя, после чего у них начиналось развитие раковых опухолей. Вещества, получившие собирательное название «**канцерогены**», значительно повышают у курящих возможность онкологических заболеваний, в частности **рака лёгкого**.

Почти треть случаев смерти от злокачественных образований связана с курением! С ним связано 90% всех смертельных исходов от рака лёгких, 80% – гортани, полости рта и пищевода, 50% – мочевого пузыря, 30% – почки, поджелудочной железы, матки. 25% – желудка. Исследования патологоанатомов показали, что у курильщиков часто встречались новообразования бронхов, которые были предраковыми заболеваниями, и которые встречались тем чаще, чем больше выкуривается человеком сигарет. Уже через 5 лет после прекращения курения опасность заболеть раком лёгких уменьшается вдвое.

➤ В табачном дыме в парообразном состоянии содержится ещё одно из сильно действующих и постоянно присутствующих веществ – **никотин**. В чистом виде никотин – бесцветная, почти не пахнущая жидкость, на воздухе буреющая и приобретающая табачный запах. Никотин – сильнейший яд, и одной его капли достаточно, чтобы

вызвать тяжёлое отравление. Концентрация никотина, равная 0,5 мг на 1м воздуха в закрытом помещении, опасна для здоровья. Такая концентрация создается в комнате объёмом 100 куб. м (8 х 5 х 2,5 м) от выкуривания 8 сигарет. В помещении меньшего объёма (50 куб. м) некурящий при том же числе выкуренных сигарет вдыхает за 2 ч такое количество никотина, которое получил бы, если бы сам выкурил сигарету.

Нарушая регулирующее влияние нервной системы на работу внутренних органов и действуя на них непосредственно, никотин изменяет нормальное их функционирование. Увеличивая, например, функцию желез внутренней секреции, в частности надпочечников, выделяющих вещество адреналин, сильно суживающее мелкие кровеносные сосуды, никотин *повышает артериальное давление*, что в случаях систематического курения может привести к **стойкой гипертонии**. Никотин убивает клетки сосудов, в результате чего они повреждаются, увеличиваются в объёме, фрагменты начинают выступать в просвет сосудов, что в большой степени способствует **образованию тромбов**. Кроме этого, от действия никотина страдает сосудистая стенка – она становится утолщенной, хрупкой, легко повреждается.

Хроническое сужение сосудов при наличии других вредных факторов (охлаждение, сырость и др.) может стать причиной тяжёлых заболеваний, в частности, **облитерирующего эндартериита** – стойкого спазма сосудов нижних конечностей, сопровождающегося перемежающейся хромотой и омертвением конечности.

Сужение сосудов особенно опасно для сердечной мышцы. Чем меньше диаметр сосуда, тем с большим трудом и в меньшем количестве протекает через него кровь. Длительное сужение сосудов сердца (при систематическом курении) нарушает нормальное питание сердечной мышцы, что способствует учащению заболеваний **ишемической болезнью** (от греч. *ἰσχυρία*, от *ἴσχω* – «задерживаю», «останавливаю» и *αἷμα* – «кровь» – указывает на местное малокровие, вызываемое резким сужением или закупоркой питающей артерии, и вообще на все случаи расстройства деятельности и заболеваний сердца, связанные с уменьшением объёма притекающей к сердцу крови). Во многих странах мира наблюдается увеличение частоты ишемической болезни, причём учёные отмечают зависимость этого от увеличения числа курящих. Нередко ишемическая болезнь сопровождается приступами жестокой боли в области сердца и за грудиной, сопровождающейся ощущением тоски, угнетения и страха смерти. Эти приступы, известные под названием **стенокардии** или грудной жабы, вызываются *спазмом сосудов*, которые у привычных курильщиков и без того уже спазмированы от действия никотина. В случаях, когда какой-либо

внешний фактор (испуг, гнев и др.), вызывающий спазм сосудов, и у совершенно здорового человека проявит своё действие, у больного ишемической болезнью может наступить **инфаркт**.

Сущность инфаркта состоит в полном прекращении притока крови в определённый участок сердечной мышцы. Выключенный участок постепенно отмирает и заменяется рубцовой тканью, неспособной к сокращению. Обширные инфаркты нередко кончаются внезапной смертью. Статистика показывает, что приступы стенокардии, приводящие к внезапной гибели, у курящих бывают в **4-5 раз чаще (!)**, чем у некурящих того же или даже на 10-15 лет более старшего возраста.

Воздействуя на нервную систему, никотин через её посредство влияет на сердце путём увеличения числа его сокращений, что без всякой необходимости для организма повышает нагрузку на работу сердца. Это легко подтверждается арифметическим расчётом. Известно, что в спокойном состоянии сердце сокращается 70 раз в минуту. При каждом сокращении (систоле) сердце посылает в аорту в среднем 70 мл крови, т.е. около 5 л в 1 мин, 7200 л в сутки. При курении число сердечных сокращений под воздействием никотина возрастает на 15-20%, иначе на 10-14 раз в минуту, что увеличивает работу сердца по «перекачке» крови по организму на 1000 – 1400 л в сутки.

Велико значение никотина в развитии **атеросклероза** – прогрессивного хронического отложения жироподобных веществ (липидов) в стенках сосудов, наступающего в результате нарушения усвоения витаминов, в частности витамина С, дефицит которого, вызываемый курением, способствует отложению липидов в сосудах сердца. Сужение просвета сосудов приводит постепенно к увеличению размеров сердца и жировому перерождению сердечной мышцы.

Курение вызывает спазм сосудов органов желудочно-кишечного тракта, что приводит к ухудшению их кровоснабжения. У хронических курильщиков отмечаются гастродуодениты, язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Никотин приводит к повышению кислото-продуцирующей активности желудка, что проявляется тошнотой, изжогой, чувством дискомфорта.

Действие никотина на ЦНС характеризуется возбуждением, сменяющимся угнетением. Курящие психологически «для взбадривания», например, при утомительной работе устраивают частые перекуры. Но фактически они оборачиваются ещё большим утомлением организма вследствие угнетающего действия никотина, быстро сменяющего первичный этап возбудимости. Так, при каком-нибудь ответственном или неприятном разговоре курящий инстинктивно засовывает в рот сигарету, стараясь использовать угнетающий момент действия никотина.

При хроническом курении никотин угнетает деятельность спинного мозга. Результатом этого является нарушение функций центров, заложенных в поясничной части спинного мозга и управляющих деятельностью половых органов. Действуя непосредственно через кровь, никотин угнетает функцию половых желез. Врачебный опыт убеждает, что более 10% случаев **полового бессилия у мужчин** связаны с неумеренным потреблением табака. Доказано, что у курящих отцов часто наблюдаются множественные морфологические изменения сперматозоидов.

Вредное действие оказывает курение и на организм женщин. Девушки, очень рано начавшие курить, хуже развиваются физически, чаще болеют бронхитом, чем их некурящие сверстницы. Наблюдая за женщинами, работающими на фабриках по переработке табака, учёные выявили вредное влияние вредных веществ на их организм. У наблюдаемых женщин возникали **нарушение менструального цикла**, учащался **токсикоз при беременности**, чаще наблюдались выкидыши. Гинекологи отмечают удлинение менструального цикла в одних случаях, сокращение – в других, болезненное протекание менструаций, а иногда и преждевременное их прекращение.

Оказывая влияние через посредство нервной системы, а также непосредственно на ткань яичников, никотин, *нарушает их регулирующую роль в обмене веществ*, что ведет к увеличению массы организма у одних женщин и к уменьшению – у других. Чаще наблюдается уменьшение массы тела. При прекращении курения женщины начинают полнеть в результате нормализации процесса обмена веществ. Психологически это воспринимается негативно и, боязнь располнеть сверх нормы и тем самым утратить элегантную внешность, заставляет женщин продолжать курить.

Существует также тесная связь между систематическим курением и ранним климаксом. Меньший объём грудной клетки, более интенсивный обмен веществ способствуют более быстрому отравлению женщин никотином по сравнению с мужчинами. Следует помнить и о пагубном влиянии табака на женскую красоту, особенно быстро увядающую при систематическом курении.

Особенно опасно действует курение на функции организма беременных женщин. Токсикозы беременности, преждевременные роды значительно чаще наблюдаются у курящих женщин. Способность никотина проникать через плаценту и переходить из крови матери в кровь плода дает право утверждать, что **курящая мать ещё до рождения своего ребёнка отравляет его никотином!** Отсюда самопроизвольные аборт, рождение мёртвых детей, различные аномалии в развитии детей (пороки сердца, аномалии умственного развития, младенцы с волчьей пастью, заячьей губой и др.).

Согласно мировой статистике, у 30% курящих женщин выявлена **гипертрофия щитовидной железы**. Частота этого заболевания у некурящих не превышает 5%. Нередко у курящих женщин наблюдаются симптомы, похожие на **базедову болезнь** (сердцебиение, раздражительность, потливость и др.), что отражается на внешнем виде – худоба, пучеглазие.

От действия никотина нарушаются функции и других систем организма, в том числе и органов чувств. Многие курильщики, например не любят сладкого, так как никотин убивает окончания вкусовых нервов и полости рта и таким образом исчезают вкусовые восприятия. В нарушении обоняния и вкуса значительную роль играют, помимо никотина, и другие составные части табачного дыма – аммиак, эфирные масла, кислоты, метиловый спирт.

У злостных курильщиков нередко возникают проблемы со зрением. У хронических курильщиков ухудшается цветоощущение, наблюдается стойкое расширение зрачков. Это объясняется действием ядов табака на зрительный нерв. Табачная **амблиопия**, проявляющаяся нарушениями зрения, затруднением чтения, светобоязнью, болями при движениях глазного яблока, наблюдается как профессиональное заболевание у рабочих табачных фабрик.

Курение также отрицательно действует и на функцию слуха. У курящих людей «закладывает уши» токсичные вещества, выделяемые при курении, отрицательно действуют на слуховой аппарат, разрушая слуховой нерв, тем самым понижают остроту звуковых ощущений.

Постоянное раздражение голосовых связок, которое часто встречается у курильщиков, делает голос грубым, хриплым, неприятным.

Никотин откладывается в эмали зубов, приводя к изменению её цвета и уменьшению её прочности. В результате у курильщиков чаще наблюдается развитие кариеса, а также чрезвычайно неприятный запах изо рта.

Пассивное курение. Курение повышает концентрацию канцерогенных веществ в воздухе, способствуют учащению пожаров в быту, на производстве, в лесу. Некурящие люди вынуждены дышать отравленным воздухом. Курильщик становится также невольным убийцей для окружающих людей. Члены его семьи в среднем на 20% чаще заболевают раком лёгких, на 15% – раком желудка и пищевода, чем люди из некурящих семей. В семье, где курит один из супругов, вероятность развития рака лёгких у другого – около 70%. У детей курящих удваивается частота бронхитов и воспаления лёгких. У некурящих из-за окуривания их курящими могут возникать приступы астмы, развиваться аллергия, обостряться течение ишемической болезни сердца.

Вейперы (курильщики электронных сигарет) – это новая субкультура людей, которые не собираются бросать курить, но выступают как альтернатива курильщикам. Курильщики электронных сигарет («вейпов») утверждают, что пары, которые они вдыхают вместе с никотином, намного безопаснее, чем смола и сплавы химикатов в табачных сигаретах. Как заявляют медики, электронные сигареты могут бездоказательно позиционироваться производителями в качестве средства никотинзаместительной терапии, однако они фактически могут способствовать распространению никотиновой зависимости и увеличению потребления никотина. Например, они чрезвычайно популярны среди школьников и подростков и способствуют распространению табакокурения среди них. Соответственно требуется ввести законодательное регулирование использования электронных сигарет, а возможно даже запретить их курение, так как тезис о минимальном вреде электронных сигарет не подтверждён мировым медицинским сообществом.

По причине массового распространения курение становится **социально опасным явлением**. Курение до тех пор является личным делом курильщика, его индивидуальной вредностью, правом свободы выбора, пока выдыхаемый им дым или дым тлеющей сигареты не вдыхают окружающие его люди.

Значимым фактором риска является психологический. Многие, глядя на окружающих, повинуясь «стадному инстинкту», начинают курить. Человек, попав в курящую компанию, берёт сигарету и закуривает «за компанию».

Таким образом, продукты курения поражают нервную, сердечно-сосудистую системы, нарушают работу органов дыхания, пищеварения, желез внутренней секреции, ведут к развитию серьёзных и разнообразных заболеваний, таких как: тяжёлые бронхиты, эмфизема, туберкулёз, рак лёгких, атеросклероз, эндартериит, гипертония, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, рак желудка и другие. Средняя продолжительность жизни курящего человека примерно на 8–15 лет меньше, чем у некурящего. Если курильщик в течении своей жизни не приобретает какой-либо тяжёлой патологии, то всё равно его организм изнашивается и стареет значительно раньше, чем организм некурящего.

Нужно помнить, что **курение – управляемый фактор риска**, однако, эффективность предупредительного воздействия пока низка. В Беларуси, по данным Национального статистического комитета (2011), курит 26,7% населения. Более 50% населения подвергается ежедневному пассивному курению табака.

В 2015 г. генеральный директор Всемирной организации здравоохранения Маргарет Чен, выступая на Международном медицинском форуме, назвала страной с самым низким процентом курильщиков во всём мире Туркменистан – 8% населения. В 2000 г. в Туркменистане были введены штрафы за курение в общественных местах, запрет на любую рекламу табачных изделий и курение за рулём. В 2011 г. резко выросли цены на табак. Одна пачка сигарет стала стоить как 16-40 литров бензина.

М. Чен было также отмечено, что в XX веке в результате курения погибло около 100 миллионов человек, что больше чем в результате двух мировых войн вместе взятых. При сохранении нынешних темпов, число смертей, вызванных табаком, в текущем столетии достигнет миллиарда (см. Приложение 4).

В Республике Беларусь действуют Приказы Министерства здравоохранения «*О запрещении курения*» № 97-А от 01.04.2008 г. и «*О запрещении курения в учреждениях здравоохранения*» №603-А от 28.12.2000 г., идёт общественное обсуждение проекта Закона «О защите здоровья населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма». Эти нормативно-правовые акты направлены на ограничение мест курения (важны свободные зоны от курения дома и на рабочем месте!), уменьшение опасности «пассивного курения» для некурящих, на создание иных «неудобств» для курильщиков.

В Республике Беларусь запрещена реклама табачных изделий в СМИ, на плакатах и билбордах. Нельзя торговать сигаретами в столовых и детских кафе, учебных заведениях, спортивных сооружениях, продавать сигареты лицам до 18 лет (в сомнительных случаях продавец должен потребовать документ, удостоверяющий возраст покупателя), продавать сигареты поштучно, в киосках на остановках общественного транспорта.

Курение запрещено (за исключением мест, специально предназначенных для этой цели):

- в учреждениях (организациях) здравоохранения, культуры, образования, спорта, на объектах торговли и бытового обслуживания населения;
- на объектах общественного питания, кроме объектов, реализующих табачные изделия и имеющих предназначенные для обслуживания граждан (потребителей) помещения с действующей системой вентиляции;
- в помещениях органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов, организаций;
- на всех видах вокзалов, в аэропортах, подземных переходах, на станциях метрополитена;

- во всех видах общественного транспорта, вагонах поездов, на судах, в самолётах, за исключением поездов дальнего следования, пассажирских судов и самолётов, в которых предусмотрены места, специально предназначенные для курения;
- во вспомогательных помещениях жилых домов – подъездах, подвалах, чердаках;
- на остановках общественного транспорта;
- в парках и скверах.

Штраф за курение в Республике Беларусь в запрещённых местах – от 10 до 30 базовых величин.

Специально предназначенные для курения места запрещено располагать:

- в туалетных комнатах;
- в помещениях категорий по взрывопожарной и пожарной опасности и ближе 30 метров от наружных установок категорий по взрывопожарной и пожарной опасности;
- во взрывоопасных и пожароопасных зонах согласно правилам устройства электроустановок;
- на путях эвакуации (лестничных клетках, коридорах) из зданий и сооружений;
- на территориях, в зданиях и сооружениях организаций независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, в которых курение и проведение огневых работ не допускается требованиями технических нормативных правовых актов системы противопожарного нормирования и стандартизации Республики Беларусь.

В других странах:

- Австралия: с 2012 г. все пачки сигарет стандартизированы, изображение брендов компаний запрещено. Пачка сигарет имеет тёмно-коричневый цвет с изображением на тему последствий курения и указанием производителя мелким шрифтом.
- Бутан: единственная страна мира, на всей территории которой запрещено курение.
- Великобритания: запрещено курение во всех кафе, ресторанах, клубах, офисах и организациях. Штраф за нарушение может достигать 2500 фунтов.
- Германия: в Закон о страховании внесена поправка: страховые взносы по медицинскому страхованию для некурящего на 40 % меньше, поскольку для медицины он обходится дешевле. Известно, что в Германии выделяется время на перекуры. Но время тех, кто добровольно отказался от курения, суммируется и прибавляется к отпуску.
- Канада: курить запрещено во всех госучреждениях страны, курильщикам запрещено появляться с сигаретой на службе, в

аэропортах, на вокзалах. Пепельницы убраны в барах и ресторанах. Табачным компаниям не разрешается быть спонсорами спортивных соревнований.

- Польша: запрещено курить в общественных местах; с улиц убраны автоматы, продающие сигареты.
- США: запрещено курить в закрытых общественных помещениях и служебных автомобилях.

Турция: запрещена реклама табачных изделий; запрещено курить в общественных местах.

Швеция: если студент хочет получить стипендию, он не должен курить.

Япония: фирмы выплачивают премии некурящим сотрудникам.

Общие рекомендации по борьбе с курением

В *Европейских рекомендациях по борьбе с раком* записано: «Не курите! Курение является важнейшей причиной преждевременной смерти.

Если Вы курите – прекратите! Прекращение курения до начала развития рака или других серьезных заболеваний предотвращает повышение риска развития табакозависимых болезней в более позднем возрасте, даже если курение прекращается в среднем возрасте.

Если Вы не можете бросить курить, не курите в присутствии некурящих. Ваше курение может оказать неблагоприятное воздействие на здоровье окружающих.

Когда Вы бросите курить, с Вашим организмом произойдут значительные изменения, например:

- через **20 минут** после последней сигареты артериальное давление нормализуется, восстановится сердечная деятельность, улучшится кровоснабжение ладоней и ступней;
- через **8 часов** нормализуется содержание кислорода в крови;
- через **2 суток** усилится способность ощущать вкус и запах;
- через **неделю** улучшится цвет лица;
- через **1 месяц** явно станет легче дышать, исчезнут утомление, головная боль, особенно по утрам, перестанет беспокоить кашель;
- через **6 месяцев** восстановится сердечный ритм, почувствуете желание жить и работать;
- через **1 год** риск развития коронарной болезни сердца по сравнению с курильщиками снизится наполовину;
- через **5 лет** значительно снизится вероятность умереть от рака легких;
- через **15 лет** уменьшится риск развития онкологических заболеваний в целом.

Решение отказаться от курения тяжелое, но неизбежное, если Вы хотите быть здоровыми и красивыми. Курение – это ЯД»!

Профилактика табакокурения среди подростков должна проводиться в двух направлениях:

1. Меры первичной профилактики направлены на предотвращение начала курения. Должна осуществляться на уровне семьи и школы. Семья и школа закладывают основы ведения здорового образа жизни, формируют у детей правильное (негативное) отношение к вредным привычкам. Необходимо проводить просветительные мероприятия, рассказывающие о вреде курения и наглядные демонстрации последствий курения.

2. Вторичная профилактика табакокурения направлена на прекращение курения у курящих подростков. К методам вторичной профилактики можно отнести *индивидуальную консультацию* психолога и обучение подростков методам *релаксации*. Нужно помочь подростку сформировать твёрдую мотивацию к отказу от курения. Знание методов релаксации поможет подростку руководить своим эмоциональным состоянием, научит расслабляться в различных стрессовых ситуациях. Также к методам вторичной профилактики относятся *групповые тренинги-дискуссии*, на которых подростки закрепляют полученную от психологов информацию (вести здоровый образ жизни, методы защиты от давления сверстников).

Проблемой в профилактике табакокурения является то, что взрослых особо не беспокоит курение вообще. Курят многие родители, тем самым подавая отрицательный пример своим детям и нередко подвергая детей пассивному курению. Порой учителя, как мужчины, так и женщины, абсолютно не стесняются курить на глазах своих учеников.

Лечение табачной зависимости. В настоящее время разработано множество методов лечения табакокурения, которые позволяют избавиться от этой привычки. Современный подход к лечению табачной зависимости предусматривает комплекс мер, направленных на поддержку установки на отказ, замещение или компенсацию привычки курения, на выработку отвращения к табаку и снижение *абстиненции* (*синдрома отмены*), то есть уменьшение дискомфорта и негативных симптомов, связанных с отказом от курения, а также предупреждения рецидива курения.

Считают, что курильщики проходят через пять фаз подготовки к отказу от курения:

I – Предварительная фаза – пациент окончательно ещё не решил бросить курить, поэтому чрезмерное настаивание на том, чтобы пациент прекратил курить, может привести к его повышенному сопротивлению. На этой стадии врачу следует просто предоставить пациенту информацию.

II – Размышление – пациент убеждает себя прекратить курение, но всё ещё не готов сделать это.

III – *Фаза действия* – пациент предпринимает попытки бросить курить.

IV – *Успешный отказ от курения*.

V – *Фаза поддержки* – пациент пытается воздерживаться от сигарет.

Психотерапевтические приёмы и методы помощи в отказе от курения

Первоначально проводится целенаправленная беседа с пациентом. При беседе желательно говорить максимально просто и доверительно, избегая шаблонов и чтения морали. Советы даются в виде позитивных рекомендаций. Наиболее эффективен и психологически приемлем для большинства режим одномоментного отказа.

Важно разобраться, почему курящего тянет к сигарете. Закрепляются следующие основные **установки**:

- следует прекратить курить по следующим причинам (ещё раз перечислить или записать на листе бумаги основные доводы за отказ от курения (характерные для данного пациента) – «самокодирование»);
- главное условие успешного преодоления табачной зависимости – наличие твёрдой моральной установки: «Я обязательно брошу курить», «Я не раб этой привычки», «Я избавлюсь от этой бумажной ядовитой соски, которая рано или поздно сделает меня инвалидом и укоротит жизнь»);
- необходимо обсудить с пациентом, в каких ситуациях у него возникает наиболее сильное желание закурить и определить, как избегать и преодолевать эти ситуации путём отвлечения на другие занятия или изменения в распорядке дня;
- дома и на работе следует убрать все предметы, связанные с курением (пепельницы, сигареты, зажигалки, спички);
- следует избегать общения с курильщиками особенно в ситуациях, когда они курят или могут закурить;
- следует сообщить окружающим и близким, что Вы бросили курить;
- обсудить и определить приёмы для погашения рефлекса со стороны полости рта (можно периодически класть в рот вместо сигареты кусочки моркови или яблока, семечки, карамель, жвачку; можно держать во рту пустой мундштук и вдыхать через них воздух, имитируя процесс курения);
- порекомендовать пациенту, чтобы его руки вне работы были заняты каким-либо предметом (кистевой эспандер, чётки, брелок, карандаш, другие подобные предметы);

- рекомендовать регулярно чистить зубы, два и более раз в день;
- рекомендовать повысить физическую активность путём регулярных занятий гимнастическими упражнениями, бегом, пеших прогулок, других видов занятий;
- следует больше пить жидкости, исключая алкоголь и кофе; это будет способствовать более скорому выведению табачных токсинов из организма;
- следует максимально занять свободное время, не бездельничать и не скучать, «цепляться» за любой вид занятия и развлечения;
- рекомендовать ежедневно откладывать в сторону, в копилку, деньги, которые пациент тратил бы на сигареты, и по мере накопления определённой суммы купить на неё заранее намеченную вещь для себя или близких;
- при внезапно возникшем остром желании закурить, следует встать, начать двигаться, постараться занять себя чем-то, позвонить кому-нибудь по телефону, выйти в другое помещение или на улицу, сменить обстановку;
- чтобы снять желание закурить, можно также задержать дыхание на вдохе или выдохе на 10-20 секунд.

Медикаментозная терапия

После прекращения курения развивается различная и в разной степени выраженная симптоматика (раздражительность, утомляемость, головные боли, потливость, изменение аппетита и стула, повышение слюноотделения, кашель, сухость во рту и др.). Развитие абстинентного синдрома закономерно и обусловлено психосоматической реакцией организма на прекращение поступления в организм привычных соединений и начавшейся дезинтоксикацией организма. Обычно синдром проявляется на протяжении первого месяца после отказа от курения. Необходимо проводить витаминотерапию, рефлексотерапию, применяют в небольших дозах антидепрессанты, при необходимости назначаются препараты ноотропного ряда (церебролизин, ноотропил, люцидрил, сермион, глицин). С целью дезинтоксикации некоторые авторы рекомендуют пациентам принимать минеральную воду (боржоми и др.), фруктовые соки, чай с фруктозой, мёдом, концентрированный лимонный напиток.

7.2. Алкоголизм

История вопроса

Алкоголь (от араб. الكحل (al-kuhl, لا al и لحك kuhl – «сурьма»); этанол, этиловый спирт (C₂H₅OH)) известен человечеству с древних времён.

Один из самых древних напитков – пиво. Известно, что его варили ещё в Вавилоне за VII тыс. лет до н. э. В Древней Греции и Египте пиво было очень популярно и употреблялось каждый день наряду с хлебом и луком – основными продуктами питания большей части населения. В Греции даже верили в специального бога виноделия – Диониса – один из самых почитаемых богов среди греков. В его честь регулярно проводились празднества (дионисии). В Древнем Риме употребление алкоголя разрешалось с 13-летнего возраста. Однако в Древней Спарте специально напивали рабов и показывали их юношам, чтобы внушить им страх и отвращение к вину. В Афинах во времена Соломона пьянство считалось состоянием, достойным презрения.

Чистый спирт впервые получили арабы в начале VII века. В Западной Европе изготавливать крепкий алкоголь научились в средние века путём возгонки вина. Согласно легенде монах алхимик Валентиус впервые приготовил и выпил такой напиток. Протрезвев после сильного алкогольного опьянения, он заявил, что открыл чудесное средство, которое делает из старика юношу и прибавляет бодрости и сил.

Мнение о том, что пьянство – исконная черта русского народа, ошибочно. На Руси пили очень мало и только по большим праздникам: варили брагу, медовуху, пиво, крепость которых не превышала 10 градусов. Процесс питья значительно отличался от современного: в чарку наливали напиток и пускали по кругу. Каждый мог сделать только один или два глотка. А если кто употреблял спиртное в будний день, это считалось грехом и великим позором. Водка в виде разбавленного хлебного спирта стала распространяться в XV в. Однако патриархальный уклад жизни русских людей и их глубокая религиозность не способствовали появлению пьянства: «Пей, да не упивайся. Пейте мало вина веселия ради, а не для пьянства: пьяницы царства Божия не наследуют» («Домострой», XVI в.).

Пьянство приходит в тот момент, когда государство берёт на себя управление производством и потреблением спиртных напитков. Был введён запрет на производство спиртного крестьянами. Государство стало монополистом в этой области и получало от неё огромный доход в казну.

Несмотря на то, что алкоголь неизменно присутствовал в повседневной жизни человека, – со спиртными напитками связаны многие традиции: свадьба, похороны, дни рождения, юбилеи – его

чрезмерное употребление всегда порицалось обществом. Существует огромный пласт устного народного творчества, посвященного осуждению и осмеянию пьянства и пьяниц.

Широкое распространение пьянства побудило народ к стихийному движению за трезвость. Первое общество трезвости в России официально было учреждено в 1854 г. (Вашингтонское общество трезвости было основано в 1840 г., «Белый крест» во Франции действует с 1899 г.).

В 1913 г. в России был введён «сухой закон» (государственный запрет) и в течение первых двух лет отмечалось повсеместное уменьшение пьянства, сокращение числа больных алкоголизмом, снижение смертности. Однако очень скоро наладились самогонование, контрабандный ввоз спиртных напитков, а также употребление различных суррогатов.

Попытки борьбы с алкоголизмом на государственном уровне в СССР предпринимались неоднократно:

1929 г. – массовые закрытия пивных лавок и переоборудование их в трезвеннические столовые и чайные; организовано издание журнала «Трезвость и культура»;

1958 г. – запрещалась продажа водки во всех предприятиях торговли общественного питания (кроме ресторанов); не допускалась продажа водки в непосредственной близости от промышленных предприятий, учебных заведений, детских учреждений, больниц, санаториев, в местах массовых гуляний и отдыха;

1972 г. – повышены цены на спиртное; взамен сокращения производства крепких алкогольных напитков расширено производство виноградного вина, пива и безалкогольных напитков; создавались *лечебно-трудовые профилактории* (ЛТП);

1985 – 1990 гг. – сокращалось производство алкогольных напитков, число мест и времени их продажи. Методы и средства проведения данной кампании вызвали массовое недовольство населения. Итоги её оцениваются неоднозначно: в период ограничения продажи спиртных напитков отмечался рост рождаемости, снизилась смертность, увеличилась средняя продолжительность жизни; однако за счёт роста производства нелегальной алкогольной продукции и самогонования реальное снижение потребления алкоголя было незначительным.

Известным примером запрета на продажу, производство и транспортировку алкоголя является действие «сухого закона» в США (1920 – 1933 гг.), результатом которого стал рост числа преступных организаций, появление мафии и других криминальных группировок, занимавшихся контрабандой и нелегальным производством и распространением спиртных напитков – бутлегерством. Массовое

пренебрежение к закону генерировалось коррупцией среди политиков и в рядах полиции. Однако потребление алкоголя в целом в 1920-х гг. снизилось вдвое.

Современные технологии позволили быстро и недорого производить крепкие алкогольные напитки, что привело к массовой алкоголизации населения в мире, проблеме, остро стоящей в современном мире.

Распространённость алкоголизма учитывается по косвенным данным – производство алкогольных напитков, число лиц, состоящих на учёте в медицинских организациях, уровень и структура потребления спиртных напитков, величина медицинских и экономических потерь вследствие пьянства и алкоголизма.

К началу XXI в. в мире производилось свыше 200 млрд. литров алкогольных напитков в год. В развитых странах мира большинство населения в возрасте старше 15 лет употребляло спиртные напитки, при этом около 1/6 мужчин и около 1/13 женщин употребляли алкоголь ежедневно. Если в США потребление алкоголя снизилось, то в странах бывшего СССР и Японии – возросло. По официальным данным, потребление алкоголя на душу населения в нашей стране за последние 20 лет выросло и находится на уровне, опасном для здоровья нации в целом.

Алкоголь и здоровье

Алкоголь выделяется своей доступностью, легальностью и универсальностью. Любой алкогольный напиток, включает в себя атарактическое действие (*снятие напряжения*), анксиолитическое действие (*снижение уровня тревоги*), активирующее и стимулирующее действие (*повышение настроения и активности, придание бодрости, раскованности, смелости*). При этом алкоголь обладает высоким аддиктивным потенциалом (*способностью вызывать зависимость*) и при длительном употреблении негативно воздействует на весь организм человека.

Употребление спиртосодержащих напитков вызывает развитие **алкогольного опьянения**. Всасывание алкоголя в организме человека происходит быстро и начинается уже в полости рта, приблизительно 20% алкоголя всасывается в желудке, остальная часть поглощается в тонком кишечнике. Печень перерабатывает 90% поступившего алкоголя, а остальные 10% выделяются из организма. Скорость выделения этанола из лёгких составляет 0,1 г абсолютного алкоголя на 1 кг веса в час. Это значит, что при весе человека в 70 кг освобождение от 50 г водки происходит за 3 часа, а от 250 г – за 12–14 часов. Алкоголь является токсическим веществом, он действует, прежде всего, на клетки головного мозга, парализуя их. Уже 100 г водки губит 7,5 тыс. активно

работающих клеток головного мозга. Таким образом, воздействуя на центры головного мозга, алкоголь вызывает развитие комплекса изменений в организме, зависящих от индивидуальной чувствительности и дозы алкоголя.

Таблица 7.2.1

Приём алкоголя	Степень опьянения	Характеристика состояния
однократный в умеренных дозах	<i>опьянение лёгкой степени (0,03–0,15 % алкоголя в крови)</i>	<i>стадия возбуждения</i> – эмоциональная расторможенность, эйфория, прилив сил, говорливость, снижение самоконтроля, лёгкая дискоординация движений
в более высоких дозах	<i>опьянение средней степени (0,15–0,3 % алкоголя в крови)</i>	существенное нарушение самоконтроля, повышенная возбуждённость, рассеивается внимание, речь становится невнятной, значительно снижается болевая и температурная чувствительность, выраженное нарушение координации движений
большие дозы алкоголя	<i>тяжёлой степени опьянения (0,3–0,5 % алкоголя в крови)</i>	<i>стадия торможения</i> – человек совершенно не контролирует своё поведение, нарушена речь, нарушаются вегетативные функции (кожа краснеет, глаза блестят), утомление, раздражительность; как правило, человек засыпает, наутро наблюдается последствия интоксикации (головная боль, жажда), краткосрочная амнезия (человек не помнит, что было вчера).

Рекомендовано потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные. В настоящее время считается безопасным потребление ≤ 2 стандартных доз алкогольных напитков в сутки для мужчин и ≤ 1 стандартной дозы в сутки для женщин. Под одной стандартной дозой подразумевается 13,7 г (18 мл) этанола, что приблизительно соответствует 330 мл пива (содержащего ≈ 5 об. % этанола), или 150 мл вина (≈ 12 об. % этанола), или 45 мл крепких напитков (≈ 40 об. % этанола). Следует отметить, что имеется в виду не среднее потребление алкоголя за несколько дней, а именно максимальное безопасное разовое потребление за день.

Если количество принятого алкоголя превысило критический предел, развивается **острое алкогольное отравление**. Это патологическое состояние, сопровождающееся нарушением жизненно важных функций – дыхания, кровообращения, потерей сознания. При

приёме большой дозы алкоголя без оказания медицинской помощи – детоксикации (промывание желудка, введение физиологического раствора) возможен смертельный исход.

Следует различать *пьянство* (неумеренное употребление спиртных напитков) и *алкоголизм* (болезнь). Алкоголизм был утверждён ВОЗ как болезнь в 1952 г.

Однократный или редкий приём алкоголя в умеренных дозах не представляет существенной опасности для здоровья. При регулярном приёме алкогольных напитков промежуточный продукт окисления алкоголя (*ацетальдегид*) может приводить к образованию специфических веществ типа морфина, способствуя формированию зависимости, аналогичной пристрастию к наркотикам, – болезненному влечению к алкоголю, лежащему в основе **хронического алкоголизма** (в МКБ-10 используется термин «**синдром зависимости**»). Периоду зависимости предшествует период «употребления алкоголя с вредными последствиями», или период злоупотребления алкоголем. В этот период человек регулярно употребляет алкоголь, нанося этим вред своему физическому и/или психическому здоровью, а также социальному функционированию (например, прогулы и опоздания на работу). Если злоупотребление алкоголем не прекращается, через некоторое время формируется собственно болезнь – синдром зависимости.

Алкоголизм – это хроническое психическое заболевание, характеризующееся потерей контроля над количеством выпиваемого алкоголя, ростом толерантности к алкоголю (нарастание доз спиртного, требующихся для достижения удовлетворения), формированием похмельного синдрома с появлением психологического, физического, психического влечения к спиртному, поражением всех органов и систем.

Наряду с пониманием понятий «алкоголизм» и «пьянство» необходимо дать понятие «трезвости» как базового, естественного состояния человека и общества.

Трезвость – естественное состояние человека и общества в целом, основанное на сознательном и полном отказе от самоотравления интоксикантами (табак, алкоголь, др. психоактивные вещества).

Для установления диагноза «алкоголизм» определяют наличие у пациента 3-х и более нижеперечисленных *симптомов*, возникающих в течение года:

- сильное желание выпить или неодолимая тяга к употреблению алкоголя;
- отсутствует рвотная реакция на приём большого количества алкоголя;

- потеря контроля над количеством выпитого и частотой употребления спиртного;
- необходимость потребления более высоких доз алкоголя для достижения состояния эйфории (рост толерантности);
- частичная ретроградная амнезия;
- наличие абстинентного синдрома (состояния отмены) при снижении или прекращении употребления алкоголя;
- алкоголь употребляется с целью облегчить или избежать симптомов отмены, субъективная уверенность, что такая стратегия эффективна;
- оправдание индивидуальных поводов для употребления алкоголя;
- пренебрежение другими интересами, удовольствиями в пользу выпивки;
- запойное пьянство.

К алкоголю формируется два вида зависимости – психическая и физическая:

1. **Психическая зависимость** – это эмоциональная потребность употреблять алкоголь для снятия психического напряжения, стресса. Длительное воздержание приводит к развитию невроза и депрессии.
2. **Физическая зависимость** – это потребность организма в регулярном потреблении алкоголя. Этиловый спирт встраивается в процессы обмена веществ и его отсутствие вызывает развитие биохимических нарушений, в тяжелых случаях представляющих опасность для жизни.

Оба вида зависимости требуют медицинской помощи. При подозрении на наличие зависимости нужно посоветовать обратиться за помощью к наркологу. Если физическую зависимость снять медикаментозными средствами достаточно просто, то психическую зависимость победить гораздо труднее. Человек крайне редко может преодолеть её самостоятельно, требуется квалифицированная помощь психологов и психиатров.

Таблица 7.2.2

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки, или их употребление редко
Случайные выпившие	Лица, употребляющие алкоголь в среднем 50-150 мл в течение года
Умеренно пьющие	Лица, употребляющие алкоголь в среднем 100-150 мл в течение месяца
Систематически пьющие	Лица, употребляющие алкоголь в среднем 200-300 мл в неделю

Привычно пьющие	Лица, употребляющие алкоголь в среднем 500 мл и более в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений
-----------------	--

Стадии развития алкоголизма:

Первая стадия – человек испытывает труднопреодолимое желание употребить алкоголь. При невозможности употребления спиртного чувство влечения на время проходит, однако в случае употребления алкоголя контроль по отношению к количеству выпитого резко падает. На этой стадии заболевания состояние опьянения нередко сопровождается чрезмерной раздражительностью, агрессивностью. У алкоголика пропадает критическое отношение к пьянству и появляется тенденция оправдать каждый случай потребления алкоголя. В конце первой стадии начинается заметный прирост толерантности (переносимости алкоголя). Первая стадия алкоголизма постепенно переходит во вторую.

Вторая стадия – характеризуется значительным ростом толерантности к алкоголю. Постепенно человек теряет контроль над употребляемой выпивкой. На этой стадии появляется физическая зависимость от алкоголя. Возникает абстинентный алкогольный синдром, сопровождающийся головной болью, жаждой, раздражительностью, проблемами со сном, болями в области сердца, дрожанием рук или всего тела. Возникает замкнутый круг зависимости – многодневное пьянство, которое невозможно прервать. Резкое прерывание запоя без медицинской помощи может привести к различным осложнениям, вплоть до металкольных психозов.

Третья стадия – тяга к алкоголю усиливается, пропорционально снижается контроль. Психическая, физическая и социальная деградация увеличивается. Человек уже бессознательно испытывает нестерпимое влечение к выпивке. К данному моменту нарушения психики становятся необратимыми, наступает алкогольная деградация. Запой, прерванный без соответствующей медицинской помощи, часто сопровождается металкольными психозами.

Ремиссия – это состояние, при котором человек, имеющий алкогольную зависимость, полностью воздерживается от приёма алкоголя и у него отсутствуют признаки проявления болезни. Ремиссия может быть спонтанной (самостоятельное прекращение человеком приема алкоголя) или терапевтической (прекращение приёма алкоголя в результате лечения). Ремиссией обычно называется воздержание от приёма алкоголя на протяжении не менее трех месяцев, о стабильной ремиссии говорят при воздержании от употребления алкоголя на протяжении более 1–2 лет.

Рецидив – это возврат человека, имеющего алкогольную зависимость и воздерживающегося от приёма алкоголя на протяжении

определенного времени, к систематическому употреблению алкоголя. Единичная выпивка на фоне длительного воздержания еще не является рецидивом и называется срывом. Несколько срывов подряд ведут к развитию рецидива болезни. После рецидива зачастую тяжесть зависимости (частота и массивность употребления алкоголя, скорость нарастания болезненных изменений) усиливается.

Регулярное потребление алкоголя приводит к глубоким нарушениям в организме, к циррозу печени, хроническому панкреатиту, поражению почек, алкогольному гепатиту, развитию острых психических расстройств (алкогольный делирий («белая горячка»), алкогольная депрессия, алкогольный галлюциноз, алкогольные бредовые психозы, алкогольная эпилепсия и др.), миокардиодистрофии, развитию рака толстой кишки и другим заболеваниям. В кровеносных сосудах алкоголь (особенно в больших дозах) может способствовать развитию атеросклеротических бляшек и тромбов. При алкоголизме происходит снижение числа лейкоцитов и, как следствие, снижение иммунитета, повышается восприимчивость к инфекционным и онкологическим заболеваниям. Алкоголь нарушает выработку половых гормонов, снижает оплодотворяющую способность сперматозоидов, является одной из причин эректильной дисфункции.

По данным учёных США, злоупотребление алкоголем сокращает среднюю продолжительность жизни на 20 лет. Уровень смертности систематически пьющих в 2-3 раза выше, чем непьющих. Наиболее частые **причины смерти при алкоголизме** – несчастные случаи, отравления, травмы, сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования.

Алкоголь, вызывая поражение миокарда, приводит к развитию хронической сердечной недостаточности и увеличивает риск развития смертельной фибрилляции желудочков. Алкоголизм может также оканчиваться смертью от острой алкогольной интоксикации, панкреонекроза при остром панкреатите, алкогольного цирроза печени. Алкоголики имеют высокий риск суицида и получения в результате несчастных случаев травм, несовместимых с жизнью.

Алкоголизм как медико-социальная проблема:

1. В мире 95% людей употребляют алкоголь на протяжении жизни; более 140 млн. человек страдают алкогольной зависимостью; 78% из них не лечатся. По оценкам ВОЗ, в мире от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, в среднем **умирает от 2 до 3 млн. человек в год**, в том числе около 400 тыс. молодых людей в возрасте 15–29 лет.

В странах Европы понятие алкоголизм отсутствует. Поэтому никакого наркологического учета не ведется. Есть понятие «человек, у которого имеется проблема с алкоголем». Показатель людей с данной

симптоматикой составляет около 15% (европеец – самый пьющий человек в мире).

2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) один раз в пять лет составляет рейтинг стран с показателями потребления алкоголя в литрах на душу населения и публикует в издании **«Глобальные доклады Всемирной организации здравоохранения о положении в области алкоголя и здоровья»**. Потребление алкоголя на душу населения в развитых странах мира составляет 7–14 литров в год (согласно исследованиям ВОЗ употребление алкоголя более 8 литров в год на душу населения ведёт к необратимой деградации генофонда, т.е. ставит под угрозу существование нации). Согласно официальной статистике, ежегодное потребление алкоголя на душу населения в Республике Беларусь с 2011 г. (13,3 л.) начало постепенно снижаться и на начало 2016 г. составило 9,05 л.

3. В соответствии с мировой статистикой 15% мужчин и 5% женщин регулярно употребляют алкоголь. Из этого числа 3-6% становятся больными хроническим алкоголизмом.

4. Алкоголизм как причина смерти стоит на **3 месте** (как и травмы), он обуславливает 90% всех прогулов на производстве.

5. Серьёзную проблему представляет собой вождение в состоянии алкогольного опьянения – причина каждой пятой аварии на транспорте (ДТП).

6. По данным МВД Республики Беларусь в 2015 г. в состоянии алкогольного опьянения совершено более 17 тыс. преступлений. Пьянство и алкоголизм остаются основной причиной, повышающей риск возникновения пожаров, травматизма и гибели людей от них.

7. Один пьющий человек наносит прямой или косвенный ущерб минимум 9-10 лицам, непосредственно находящимся в его окружении. Больше 40% всех разводов связано с алкоголизмом, у алкоголиков 82% детей страдают нервно-психическими заболеваниями.

8. Алкоголь наполовину наполняет психиатрические больницы, на 30% повышает смертность, на 50% повышает смертность детей у родителей алкоголиков.

9. Алкоголизм повышает риск появления более чем 200 болезней, таких как цирроз печени и рак. Установлены причинно-следственные связи между вредным употреблением алкоголя и заболеваемостью такими инфекционными болезнями, как туберкулез, пневмонией, а также течением ВИЧ/СПИДа. Токсическое влияние спирта провоцирует множество болезней сердца, печени, системы пищеварения, почек, нарушение работы поджелудочной железы.

10. Алкоголизм – причина 30 % летальных исходов среди мужчин и 15 % – среди женщин; 28% летальных исходов от проблем с системами кровообращения в Республике Беларусь связаны с

потреблением алкоголя. В 2015 году от случайного отравления алкоголем в Республике Беларусь умерло 10,8 на 100 тыс. населения.

11. Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, помимо самих пьющих, затрагивают интересы их семей, окружения, общества. Жестокое отношение к детям вследствие алкоголизма родителей является одной из основных причин социального сиротства.

12. Растет подростковый алкоголизм: к 2015 году около 30% парней и 20% девушек до 18 лет ежедневно употребляло спиртные напитки, на каждую тысячу подростков 25 страдает от хронического алкоголизма.

13. Кроме негативного влияния на демографическую ситуацию, потребление алкоголя подрывает и экономику страны. Экономические затраты государства, связанные с последствиями потребления населением алкоголя, включают не только прямые расходы на лечение медицинских последствий, но и затраты на систему охраны правопорядка, социальной помощи, а также уменьшение доходов в связи со снижением производительности труда, высоким уровнем травматизма, инвалидизации и смертности, пожарами и авариями.

Особенности подросткового и женского алкоголизма:

В большинстве случаев употреблять алкоголь человек начинает в подростковом возрасте. Обычными мотивами бывают желание влиться в компанию, замкнутость, стеснительность, тревожность, эмоциональные взрывы, желание остроты ощущений, подражательство взрослым. Часто дети алкоголиков тоже рано начинают пить, ведь алкоголь для них является обыденным.

В детском и подростковом возрасте разрушительное действие алкоголя происходит ускоренными темпами. Молодой, развивающийся организм в 6–8 раз быстрее, чем взрослый, привыкает к хмельным напиткам. Установлено, что употребление спиртного в возрасте до 20 лет приводит к алкоголизму почти в 80% случаев.

Подростки начинают употреблять лёгкие спиртные напитки (иногда в СМИ используют понятие *пивной алкоголизм* [такое понятие не встречается в МКБ-10] – пиво социально более приемлемый напиток; он не воспринимается как серьёзный алкогольный напиток, что способствует быстрому формированию зависимости), постепенно переходя к крепкому алкоголю. Употребление алкогольных, слабоалкогольных напитков и пива несовершеннолетними по-прежнему остается одной из основных причин совершения ими уголовно наказуемых деяний. Каждое восьмое преступление (230 из 1 881 за 10 месяцев 2016 г.) совершено подростками в состоянии алкогольного опьянения.

Следующий этап – работа (стрессы, влияние коллектива и другие). Также к причинам и факторам риска алкоголизма относятся

безработица, нищета, традиции общества. Пьянство напрямую связано с низким уровнем доходов и социальным неблагополучием. Отсутствие цивилизованной культуры употребления спиртного (предпочтение крепких напитков); пьянство часто сопровождает элементарную неустроенность и бесперспективность в жизни.

С биологической точки зрения женщины более уязвимы, чем мужчины, по отношению к алкоголю. У мужчин полная зависимость от алкоголя наступает через 10-15 лет его регулярного употребления, у женщин – через 3-4 года. Соматические осложнения развиваются раньше, чем у мужчин. Сравнительно чаще встречаются гепатиты и циррозы печени, алкогольные невриты, алкогольная пеллагра. Тяжёлые социальные последствия: женщины скорее теряют квалификацию, утрачивается материнский рефлекс, теряют работу, ведут паразитический образ жизни. Чаще, чем у мужчин встречается суицидальное поведение. Общеизвестна большая трудность терапии алкоголизма у женщин. Одной из главных причин этого является поздняя обращаемость к специалистам, обычно по принуждению социального окружения. Причинами более частых рецидивов становятся длительно сохраняющееся влечение к алкоголю. К сожалению, удельный вес женщин, страдающих алкоголизмом, увеличивается.

Влияние алкоголя на беременность и плод:

Быстрое проникновение алкоголя через плаценту подвергает плод воздействию того же уровня алкоголя, что и организм матери. Особенности метаболизма алкоголя приводят к тому, что концентрация алкоголя в крови плода даже выше, чем в крови матери. Этанол длительно циркулирует в крови и тканях плода и новорожденного в неизменном виде, поскольку не происходит его разрушение в печени. Данное обстоятельство обусловлено отсутствием или недостаточностью фермента *алкогольдегидрогеназы*. Кроме того, не только печень, но и эмбриональные ткани не имеют достаточно зрелых ферментных систем, способных метаболизировать алкоголь. Этанол обнаруживается также в амниотической жидкости, куда он попадает, выделяясь почками плода. В организме плода создается «резервуар» для алкоголя, который будет определять длительное неблагоприятное воздействие на него.

Алкоголь оказывает более тяжёлое воздействие на плод, чем многие другие вещества, в том числе, наркотики. Употребление алкоголя женщиной в первые 4 недели беременности определяет высокий риск врождённых дефектов и гибели плода. Употребление алкоголя во II-м триместре беременности оказывает пагубное влияние на развитие мозга, на костно-мышечную систему, кожу, зубы, миндалины. В III-м триместре под отрицательное влияние алкоголя попадают мозг, лёгкие и рост плода. Систематическое употребление

алкоголя является основной причиной выкидышей и фактор риска рождения недоношенного ребёнка.

Последствия действия алкоголя: задержка физического и умственного развития ребёнка, нарушение развития важнейших внутренних органов (сердца, почек, печени и лёгких), нарушения ЦНС, деформации челюстно-лицевой области (недоразвитый подбородок, заячья губа, расщепление неба, низкий лоб, удлинённое лицо и т.д.), деформация грудной клетки, нарушение расположения пальцев рук и ног, дефицит веса и роста плода при рождении, аномально маленькая голова, аномалии наружных половых органов, врожденные пороки сердца и др. Степень выраженности нарушений зависит от тяжести зависимости и того, сколько женщина пьёт.

Рекомендации ВОЗ (по материалам Информационного бюллетеня ВОЗ №349, январь, 2015 г.):

Одной из основных обязанностей стран является формирование, осуществление, мониторинг и оценка общественной политики, направленной на сокращение вредного употребления алкоголя.

Варианты политики и меры вмешательства, осуществимые в рамках деятельности на национальном уровне, можно разделить на 10 рекомендуемых целевых направлений, которые следует рассматривать в качестве взаимоподдерживающих и взаимодополняющих:

- лидерство, информированность и приверженность;
- ответные меры служб здравоохранения;
- действия по месту жительства;
- политика и меры борьбы с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;
- доступность алкоголя;
- маркетинг алкогольных напитков;
- ценовая политика;
- уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации;
- сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором;
- мониторинг и эпиднадзор.

Действенные стратегии сокращения вредного употребления алкоголя:

- регулирование маркетинга алкогольных напитков (особенно в отношении молодых людей);
- регулирование и ограничение доступа к алкоголю;
- введение в действие надлежащей политики в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;

- уменьшение спроса с помощью механизмов налогообложения и ценообразования;
- повышение информированности и поддержка политики;
- обеспечение доступного и недорогого лечения для людей с нарушениями, связанными с употреблением алкоголя; и
- осуществление программ скрининга и мер краткосрочного вмешательства в отношении опасного и вредного употребления алкоголя.

Профилактика алкоголизма

Профилактика употребления алкоголя имеет чрезвычайную важность для общества. Алкоголизм лучше предупредить, чем столкнуться с ним в результате жизненного кризиса. Профилактикой пьянства, алкоголизма и наркомании в Республике Беларусь непосредственно занимается *наркологическая служба*, входящая в систему Министерства здравоохранения. Она взаимодействует не только с органами правопорядка и здравоохранения, но и с другими министерствами, ведомствами, общественными организациями.

Большинство пьющих не относят себя к алкоголикам. Они полагают, что употребляют спиртные напитки в меру и в любой момент могут это прекратить. Длительное пьянство приводит к потере критического взгляда на вещи, человек начинает думать, что окружающие слишком требовательны к нему. При том, что **желание самого пациента играет ключевую роль в успехе избавления от зависимости**, профилактика должна «пробивать» все уровни защиты, достигая своей цели.

Профилактика алкогольной зависимости представляет собой стратегии, направленные либо на снижение влияния факторов риска заболевания алкоголизмом, либо на усиление действия факторов, которые понижают восприимчивость к этому заболеванию.

Цели профилактики:

- формирование в сознании людей негативного отношения к алкоголю;
- необходимо отучать молодежь от негативных поведенческих стереотипов в обществе;
- пропаганда здорового образа жизни, который исключает распитие спиртного; развенчивание мифов о безвредности алкоголя и т.п.;
- выявление лиц группы риска по отношению к алкоголизму и ведение активной профилактики пьянства среди них (дети родителей-алкоголиков, конфликтные семьи с низким уровнем дохода и др.);
- забота о моральном и материальном благополучии семей, а также физическом, интеллектуальном и психическом развитии;

- внедрение эффективных методов противодействия срывов на выпивку и рецидивов и у людей с уже поставленным диагнозом алкоголизма.

Уровни профилактики алкогольной зависимости:

1. Личностный. Этот уровень включает меры профилактики алкоголизма для отдельно взятого человека. Они предполагают проведение специальных лекций, бесед, выпуск антиалкогольных телепередач, программ на радио и печатной продукции.

2. Общегосударственный. Включает в себя законодательные, медико-социальные и административные мероприятия:

- регулирование объёмов выпускаемой алкогольной продукции и контроль над качеством алкоголя;
- возможность употребления алкоголя несовершеннолетними должна быть сведена к минимуму;
- места, для покупки и употребления алкоголя должны строго лимитироваться;
- исключаящие условия для возможности употребления алкоголя на работе и производстве;
- лица, являющиеся в общественных местах в нетрезвом виде, должны нести административное наказание;
- пропаганда, разъясняющая пагубное действие алкоголя;
- подавление рекламы алкогольных напитков и разрушение положительного имиджа спиртного.

В 2010 г. на Всемирной ассамблее здравоохранения в Женеве ВОЗ была принята *«Глобальная стратегия по снижению злоупотребления алкоголем»*. Среди рекомендуемых мер – ограничение рекламы спиртных напитков, ограничение числа точек продажи алкогольной продукции и сокращение времени продажи, повышение розничных цен на спиртные напитки за счёт налогов, информирование о вреде алкогольных напитков, постепенное снижение допустимых норм содержания алкоголя в крови водителей и др.

Первичная профилактика алкоголизма – это комплекс мероприятий направленных на то, чтобы оградить от риска тех, кто ещё не столкнулся с проблемой алкозависимости. Меры первичной профилактики служат для того, чтобы предотвратить на раннем этапе причины, способствующие развитию алкоголизма, и направлены на предупреждение причин возникновения алкоголизма. Разъяснительная работа должна быть направлена на отрицание потребления алкоголя как символа престижа. Необходимо популярно и доступно рассказать о пагубных свойствах алкоголя и возможных последствиях его употребления, о том, что алкоголь не может являться ценностью в жизни, сформировать в сознании альтернативу стилю жизни, который

включает потребление алкоголя. Девушки часто снимают эмоциональное напряжение простыми разговорами с подругами. Парней же с детства учат не жаловаться на жизнь, а справляться с проблемами другими способами. Нужно не стесняться обсуждать с другими свои проблемы и при необходимости обращаться к психотерапевту.

Контигент воздействия для первичной профилактики зависимости от алкоголя – дети и подростки (школьники), учащиеся, их родители, учителя, участники подростковых и молодежных коллективов и групп. Также в состав целевой группы превентивных мероприятий входят дети, не посещающие школу, не имеющие родителей и постоянного места жительства и т.п.

Технологии первичной профилактики:

– антиалкогольное обучение;

В 2016 г. для учреждений общего среднего образования разработана и утверждена учебная программа по «Основам безопасности жизнедеятельности» для II–VIII классов, где в разделе «Здоровый образ жизни» предусмотрено изучение тем, освещающих опасность алкогольных напитков, влияние алкоголя на здоровье и поведение человека.

– организация детско-подростковой и молодежной активности, как альтернативы употреблению спиртного (физическое воспитание в секциях и спортивных кружках; клубы, дома детского и юношеского творчества; фольклорные, театральные, танцевальные занятия и др.);

– учреждение социально-поддерживающих систем (соц.службы, клубы для молодёжи и пр.);

– организация антиалкогольных акций;

– работа средств массовой информации – трансляция видеофильмов антиалкогольной направленности, ролики социальной рекламы;

– в целях профилактики предусмотреть проведение в учреждениях образования видеоконференций, заседаний «круглых столов», встреч, бесед, вечеров вопросов и ответов, информационных часов, тренингов, консультаций специалистов, дискуссий и др.;

– медико-психологическое обследование детей в школе, с целью раннего выявления лиц, с повышенной склонностью к аномальному (в т.ч. зависимому) поведению, с признаками социальной дезадаптации; проведение с ними (с согласия и совместно с участием семьи) психокоррекционных профилактических мероприятий;

– создание возможности для доступного и свободного консультирования (в т.ч. анонимного): «телефоны доверия», пункты социально-психологической помощи, кабинеты наркологического и

психологического консультирования, кабинеты психотерапевтической помощи и т.д.

– работа сектора ювенальной юстиции.

Подрастающее поколение обязано знать законодательство: правовые меры борьбы с пьянством, меры административного и уголовного воздействия.

Формы разъяснительной и просветительской деятельности: лекции, индивидуальные и групповые беседы, популяризация вредного воздействия алкоголя в стенгазетах, плакатах и т.п.

Вторичная профилактика алкоголизма предполагает работу с людьми, которые уже употребляют алкоголь; диагностика, раскрытие психологического неблагополучия личности, предложение широкой психологической помощи; создание мотивации на полный отказ от употребления спиртного.

Вторичная профилактика алкогольной зависимости более сложная задача. Даже при формировании начальной стадии заболевания без полноценного комплексного лечения алкоголизма и реабилитации речь о профилактике идти не может, так как возникновение алкогольного срыва вопрос времени. Лучшая профилактика алкоголизма после его возникновения – это осознанное отношение человека к своей жизни.

Контингент воздействия для вторичной профилактики – дети, подростки, молодёжь, взрослые (в том числе организованные и неорганизованные группы), семьи.

Технологии вторичной профилактики:

– организация кабинетов анонимной наркологической и социально-психологической помощи;

– организация диагностики, лечения и реабилитации наркологических заболеваний, разработка и внедрение в практику эффективных программ и методов;

– вовлечение в систему социально-психологической помощи: группы анонимных алкоголиков, тренинги, курсы психотерапии.

Для многих пациентов участие в таких группах социально-психологической помощи – это замена привычного круга «друзей», избавление от полного одиночества.

Формы работы: клинические беседы, работа с непосредственным окружением и семьёй пациента, эффективным оказывается общение пациентов в специально организованных группах (клубах) под руководством врача.

Одной из действенных превентивных мер является изоляция лиц в лечебно-трудовые профилактории.

Третичная профилактика алкоголизма – помощь людям, выздоравливающим от алкогольной зависимости; помощь в обретении

мотивации на окончательный отказ от спиртного и соблюдении принципов здорового образа жизни.

Контингент воздействия – лица, зависимые от алкоголя, их семьи.

Технологии третичной профилактики:

– медикаментозная поддержка на соответствующих этапах преодоления алкогольной зависимости и нормализация психофизического состояния;

– диспансерное наблюдение в специализированных организациях здравоохранения;

– организация психологических консультаций, тренинги, образование клубов трезвости и т.п.;

– создание групп самопомощи и взаимопомощи.

Таким образом, применяются следующие методы воздействия:

1. *Методы психологического воздействия на пациента* – помогают закрепить отрицательное отношение пациента к алкоголю и предотвратить рецидивы болезни. При положительном исходе у человека формируется мировоззренческая установка, что он может жить и справляться с возникающими проблемами и трудностями без «помощи» алкоголя, другими методами и способами.
2. *Методы по социальной реабилитации пациента* – призваны восстановить пациента как личность и реинтегрировать его в структуру общества.
3. *Комплексные методы* – совмещают в себе различные методики. Это может быть медикаментозная и психотерапия, или психологическое воздействие и социальная реабилитация.

Психотерапевтические приёмы убеждения пациента в необходимости отказа от употребления алкоголя и прохождении лечения:

- беседа должна проходить в спокойной обстановке; общение не должно проходить на повышенных тонах – это только усугубляет ситуацию;
- беседовать нужно только с трезвым человеком, в состоянии алкогольного опьянения он не способен адекватно мыслить и принимать решения;
- нужно постоянно напоминать пациенту о том, что его здоровье ухудшилось; это поможет вызвать страх и создать мотивацию на лечение;
- беседа должна проходить в группе самых близких для пациента людей (членам семьи должно быть объяснено, как вести себя во время беседы);
- каждый участник беседы должен выписать на листок бумаги список проблем, которые пациент доставил ему лично; писать

нужно конкретные факты, без оскорблений, брани, в спокойном тоне. После чего каждый из членов семьи зачитывает свои претензии (нельзя допустить, чтобы беседа не переросла в семейную ссору). Пациент должен внимательно их выслушать. Всё сказанное резюмируется и самый близкий пациенту человек ставит условие. Если пациент откажется от лечения, то близкий человек тоже предпримет определённое действие, которое доставит пациенту сильный дискомфорт, станет для него определенной утратой. При правильно проведённой беседе, под общим давлением родственников, пациент соглашается с тем, что ему пора начинать лечиться.

Медикаментозная терапия

Лечением должен заниматься только специалист – врач-нарколог. Самолечение, особенно с применением народных и непроверенных методов, недопустимо.

Проведение детоксикации – это внутривенно-капельное введение медикаментов для коррекции соматического состояния при резком прекращении приёма алкоголя. Как правило, в сочетании с такими препаратами, как бензодиазепины, которые имеют аналогичное алкоголю действие, для предотвращения абстинентного синдрома (группы симптомов, возникающих после прекращения алкоголя). Лица, которые имеют риск только мягких или умеренных симптомов абстинентного синдрома, могут пройти детоксикацию на дому. После неё следует провести программу лечения от алкогольной зависимости, чтобы уменьшить риск рецидива.

Сегодня существует широкий спектр препаратов для кодирования от алкоголизма, многие из которых выпускаются в виде таблеток. Эти препараты обычно блокируют фермент, который инактивирует токсичные продукты распада этилового спирта. При регулярном приёме таблеток после принятой дозы алкоголя человека беспокоит головная боль, тошнота, головокружение, боль во всех мышцах, боли в сердце, могут развиваться осложнения и хронические заболевания внутренних органов. Данное тяжёлое состояние может представлять опасность для жизни. Суть кодирования состоит в том, что, принимая таблетки и зная о возможных последствиях, человек не станет употреблять алкоголь, т.е. методы основаны на фиксировании чувства страха умереть из-за несочетаемости введённого препарата и алкоголя. Также лекарственные препараты направлены на снижение желания потребления алкоголя и уменьшение от его употребления приятных эффектов.

Преимущества лечения алкогольной зависимости в домашних условиях:

- пациент находится в привычной домашней атмосфере: он чувствует себя комфортней, в ряде случаев это повышает эффективность терапии;
- соблюдается полная анонимность, не приходится объяснять родственникам, соседям и знакомым, почему алкоголик отсутствует дома, и зачем его отвезли в стационар;
- домашнее лечение часто оказывается удобнее для родственников пациента.

Преимущества лечения алкогольной зависимости в стационаре:

- в стационарных условиях врач может провести полноценное обследование пациента, прибегнуть к современным диагностическим методикам, правильно оценить состояние пациента;
- в стационаре имеется доступ ко всему арсеналу лекарственных препаратов;
- пациент находится под постоянным присмотром медицинского персонала, его состояние постоянно мониторируют;
- многие методы лечения могут применяться только в стационарных условиях.

В связи с этим многие наркологи рекомендуют пациентам именно стационарное лечение.

Государственные и общественные инициативы в Беларуси, направленные на укрепление здоровья нации и жизнь без алкоголя

Нужно помнить, что в лечении алкогольной зависимости исключительно ограничительные меры не решат проблему. Комплексный подход должен реализовываться на всех уровнях: на уровне семьи, школы, медицинских учреждений и психологических служб, государства, включая пропаганду здорового образа жизни и обеспечения условий для самореализации. Человеку нужно помочь при устройстве на работу, наладить отношения в семье, дать возможность чувствовать свою значимость, включенность в окружающую жизнь.

Профилактике вредных зависимостей и правонарушений способствовал проведенный в 2016 г. Национальным центром правовой информации Республики Беларусь совместно с заинтересованными республиканский детский конкурс листовок на темы профилактики пьянства, наркомании, токсикомании и табакокурения «*Выбирай ПРАВОСознательный путь!*».

Деятельность государства по снижению алкоголизации населения страны поддерживается общественными инициативами. В последние годы в нашей стране активизировалось движение «*За жизнь без*

алкоголя», инициаторами которого выступили трудовые коллективы, общественные организации.

На базе туристско-оздоровительного комплекса «Высокий берег» в Столбцовском районе традиционно проводится международная ярмарка здоровья «Трезвая Беларусь». В ней принимают участие трудовые коллективы, оздоровительные клубы и все желающие. Единственное условие для участников – полный отказ от спиртного и табака.

Как отметил **Президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко** на V Всебелорусском народном собрании: «Нельзя недооценивать такую острую для нашего общества проблему, как алкоголизм и наркомания. Эта беда наносит удар как по конкретным людям и семьям, так и по генетическому коду всей нации и имиджу народа... Меры по созданию условий, благоприятных для рождения детей, снижения смертности, должны реализовываться комплексно. Уверен, что нашему обществу по силам решить эти задачи и стабилизировать успех в росте численности белорусского населения».

Здоровье подрастающего поколения – это здоровье будущего нашей нации, и поэтому трезвая молодежь делает Беларусь сильнее!

7.3. Наркомания и токсикомания

История вопроса

Наиболее древним наркотиком, известным человечеству, по всей вероятности, был мак. Первые упоминания о нём относят к древней цивилизации шумеров (называли «гил хул» – «растение веселья»), живших за 5 тысяч лет до н.э., которые отмечали его снотворное действие. Упоминание об изготовлении и употреблении опия можно найти в трактатах Древнего Египта, наркотические свойства мака описываются в «Илиаде» Гомера, древние инки использовали коку в ритуальных целях. Каннабис использовался в Центральной Азии и в северо-западном Китае уже в IV тысячелетии до н.э., распространившись в дальнейшем на другие регионы.

Считается, что термин «*наркωτικός*» («приводящий в оцепенение») впервые был употреблён Гиппократом, – в частности, для описания веществ, вызывающих потерю чувствительности или паралич. Клавдий Гален в качестве таких веществ, например, упоминал корень мандрагоры, семена эклаты и мака.

Наибольшей активности рынок опия достиг в XIX в., в процессе торговли опиём между Индией и Китаем, сопровождавшейся эпидемией опиомании. До конца XIX столетия более половины импорта Китая приходилось на опий. Используя разложение и деградацию китайского общества, Англия вывозит из Китая материальные ценности, золото,

меха. Попытки Китая запретить импорт опиума окончились опиумными войнами.

Вещества, обладавшие в той или иной степени наркотическими свойствами, потреблялись, как правило, в натуральном виде. С развитием индустриального общества толчок к развитию получили химическая и фармацевтическая промышленность. XIX век положил начало массовому потреблению концентрированных наркотиков. Исследователи выделили алкалоиды (морфин, кодеин, опий) из опийного мака.

В первом десятилетии XIX века был получен в чистом виде морфин, во второй половине столетия – кокаин, а в 1874 году из морфина был выделен героин. Все данные вещества первоначально использовались в качестве лекарств, они рекламировались различными компаниями, что подтолкнуло к их широкому распространению.

Виток распространению наркотиков принесло изобретение в 1803 году морфия, как продукта переработки опиума, а также изобретение в 1853 году Чарльзом-Габриэлем Правазом инъекционной иглы, что упростило его применение и усилило его действие, ибо наркотик теперь попадал сразу в кровь, минуя пищеварительный тракт. Употребление морфина вытесняет употребление опиума в конце XIX века.

С начала XX века начинается новый этап: появление веществ, синтезируемые химическим путём (амфетамины). Вещество «мескалин» стал первым галлюциногеном, полученный путём выделения из мексиканских кактусов в 1896 году.

Способы синтеза наркотиков, их массовое производство способствовали резкому росту распространения и производства психоактивных веществ, снижению цен на них. Вместе с тем, контроль за оборотом наркотических веществ отсутствовал. Появились содержащие опий сиропы для младенцев, абсенты, кока-кола с добавлением кокаина.

В итоге, в начале XX века США и Европу завоёвывает эпидемия кокаиновой наркомании, закончившаяся его запретом. В 1903 году в Кока-Колу стали добавлять кофеин вместо кокаина.

В 1930-х годах активно употребляли бензедрин для повышения сопротивляемости усталости и поднятию работоспособности.

К 1960-м годам наркомания приобретает широкий размах и становится частью появившихся в то время молодёжных субкультур: хиппи и панков.

Следующий этап в истории наркотиков ознаменовало случайное открытие Альбертом Хофманом в 1943 году нового синтетического наркотика диэтиламида лизергиновой кислоты (ЛСД). Тысячи людей принимали ЛСД в лечебных целях. Вещество считалось полезным для применения в психотерапии. Последствия приёма ЛСД оказались

непредсказуемы. Даже минимальная доза ЛСД была способна погрузить человека в глубокие наркотические галлюцинации. Человека посещали тяжёлые мысли, нередко приводящие к суицидам. С 1962 года в США начинается кампания по ограничению использования препарата, приведшая к полному его запрету в 1967 году. ЛСД как психотропный наркотик и катализатор ЦНС был запрещён не только к применению в медицине, но в том числе и к изучению в лабораториях.

В 2006 году началась реализация курительных смесей на основе синтетического каннабиноида JWH-018 (является одним из активных компонентов травяных (курительных) смесей Spice, которые широко продавались под видом благовоний в ряде европейских стран с 2004 года).

Международное сообщество осознавало серьёзность проблемы массового распространения наркомании постепенно. В некоторых странах до сих пор употребление психоактивных веществ открыто разрешено, так как связано с определёнными религиозными и культурными обычаями.

Актуальным стал вопрос об установлении контроля за потреблением и распространением наркотических веществ. Отделения антинаркотических структур есть во многих странах мира. Разработаны международные конвенции в сфере контроля над наркотиками. Перечень подконтрольных веществ постоянно корректируется, уточняется и дополняется. В настоящее время для атак на позиции наркобаронов используются даже войсковые спецоперации.

Рост распространения потребления наркотиков и зависимости от них является одной из острых медико-социальных проблем современного общества. По данным Всемирной организации здравоохранения в начале XXI века злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими веществами, изменяющими сознание, приняло характер эпидемии. Наркомания в значительной степени является проблемой молодого поколения, что утяжеляет её социальные последствия. По данным Управления по наркотикам и преступности ООН около 230 миллионов человек, по крайней мере, один раз употребляли какой-либо запрещенный наркотик, что составляет 5% взрослого мирового населения. А 0,6% взрослого мирового населения относится к категории проблемных наркопотребителей. Наблюдается рост числа проблемных семей, так или иначе сталкивающихся с проблемой различного рода зависимостей и нуждающихся в квалифицированной и своевременной помощи.

В 1990 году создана Программа ООН по международному контролю за наркотиками, в национальном масштабе разработана «Концепция государственной политики по контролю за наркотиками» и

первые государственные программы противодействия употреблению наркотиков и их незаконному обороту.

На сегодняшний день наркомания представляет собой серьёзную проблему для здоровья населения во многих странах, в том числе и в Республике Беларусь.

Беларусь не только признала существование наркомании как проблемы, но и активно проводит борьбу с ней. Противодействие незаконному наркообороту и связанной с ним наркопреступности определено Главой государства одним из приоритетных направлений правоохранительной деятельности всего государства.

Наркомания и токсикомания

Наркомания и токсикомания наносят ущерб не только самим потребителям наркотиков, но и обществу в целом. Наркоманы часто не доживают до среднего возраста, умирая от передозировки наркотиков или в результате криминальных причин. Социальная деградация наркоманов является причиной правонарушений и развития нелегального наркобизнеса. Нелегальное изготовление наркотиков приводит к распространению низкокачественных наркотиков.

Наркомания (от греч. νάρκη /narkē/ – оцепенение, сон, и μᾶνία /mania/ – безумие, страсть, влечение) – зависимость, характеризующаяся развитием влечения (психической и/или физической зависимостью), вследствие злоупотребления психоактивными веществами, а так же психической деградацией и стойкими соматоневрологическими расстройствами.

Токсикомания – заболевание, проявляющееся психической, а иногда физической зависимостью от вещества, не относимых к наркотическим согласно «Единой конвенции ООН о наркотических средствах 1961 года».

В МКБ-10 вместо терминов «наркомания» и «токсикомания» используется дефиниция «**синдром зависимости**».

Синдром зависимости определяется как комплекс физиологических и поведенческих явлений, при которых употребление психоактивных веществ начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него.

Употребление сильнодействующих наркотиков по физиологическим механизмам во многом сходно с другими видами зависимостей, в том числе с алкогольной. Основной описательной характеристикой синдрома зависимости является желание (часто сильное, иногда непреодолимое) употреблять психоактивные средства.

Наиболее распространенными **формами наркоманий** являются:

1. употребление наркотических веществ группы опиоидов (опий и его препараты – морфин, кодеин, героин, омнопон, пантопон и др., синтетические морфиноподобные препараты – фенадон, промедол и др.);
2. наркомания при употреблении препаратов конопли (каннабиноидов – марихуана, гашиш, гашишное масло);
3. наркомания при употреблении кокаина и других стимуляторов (кокаин, фенамин, первитин, эфедрин);
4. наркомания при употреблении галлюциногенов и т.д.

В нервной системе человека есть специальная группа гормонов – *эндорфины*. Их еще называют «*гормонами удовольствия*», так как их действие связано с положительными эмоциями. Воздействуя на рецепторы этих гормонов, наркотики – производные морфина – вызывают галлюцинации и дезориентацию в окружающей действительности, быстрое развитие привыкания – как физического, так и психического.

Положительные ощущения от приёма легких наркотиков быстро ослабевают. Наркоман испытывает потребность переходить на более сильные препараты, увеличивать дозу. Однако токсическое действие наркотиков никак не связано с их галлюциногенным действием. В итоге наркоман сталкивается с проблемой – малые дозы уже не оказывают желаемого эффекта, а большие оказывают токсический эффект. Так возрастает риск смерти от передозировки.

Диагностические критерии и клинические проявления интоксикации:

– *при употреблении опиоидов:*

Изменения психического состояния: апатия и седация; расторможенность; психомоторная заторможенность; нарушения внимания; нарушения суждений; нарушения социального функционирования.

Могут присутствовать признаки из числа следующих: сонливость, смазанная речь, сужение зрачков, угнетение сознания (например, сопор, кома). Могут наблюдаться угнетение дыхания (и гипоксия), гипотензия и гипотермия.

– *при употреблении каннабиноидов:*

Изменения психического состояния: эйфория и расторможенность; тревога, подозрительность; чувство замедления времени и/или переживание быстрого течения мыслей; нарушение внимания; изменение скорости реакций; слуховые, зрительные или тактильные иллюзии; галлюцинации с сохранностью ориентировки.

– *при употреблении кокаина:*

Эйфория, ощущение повышенной энергичности (прилива энергии), повышенный уровень бодрствования, агрессивность,

неустойчивость настроения, слуховые, зрительные или тактильные иллюзии, галлюцинации, обычно с сохранностью ориентировки, психомоторное возбуждение.

Могут присутствовать такие признаки как: тахикардия, сердечная аритмия, артериальная гипертензия (иногда гипотензия), потливость и озноб, тошнота или рвота, расширение зрачков, мышечная слабость, боли в груди, судороги.

– *при употреблении психостимуляторов (синтетические вещества, содержащие соединения амфетамина):*

Эйфория, повышенная возбудимость, двигательная активность, болтливость, отсутствует чувство голода, нарушается режим сна и бодрствования, появляется сильное сексуальное раскрепощение.

Абстиненция характеризуется депрессивными расстройствами. Обостренная вспыльчивость, злобность и подозрительность, возможны попытки суицида.

Психостимуляторы в большинстве случаев вводятся внутривенно. В природе эфедрин содержится в растении эфедра, используется для приготовления эфедрона и перветина. Раствор, полученный в результате химической реакции – эфедрон – имеет характерный запах фиалки. Перветин – маслянистая жидкость, имеющая жёлтый либо прозрачный цвет и характерный запах яблок.

Наркотик «скорость» – *speed* – кристаллы жёлтого цвета, которые вдыхают или курят. Их употребление наиболее опасно в подростковом возрасте из-за того, что разрушительные последствия для психики наступают очень быстро.

Спайс, так популярный сейчас среди молодёжи, представляет собой курительную смесь, которая включает в свой состав многообразные компоненты. Некоторые компоненты (их меньше всего) считаются неопасными, другие же (которых большинство) отнесены к веществам наркотического ряда. К таким наркотическим веществам, в том числе принадлежат каннабиноиды, которым очень часто сбрызгивают курительные смеси «Спайс». Кроме того, главные составные компоненты – шалфей предсказателей, гавайская роза, голубой лотос – обладают психотропным и наркотическим действием и содержат в своем составе ядовитые для организма человека вещества. С 2010 года Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь синтетические каннабиноиды, являющиеся действующими веществами «Спайс», внесены в «Список 1 особо опасных наркотических средств и психотропных веществ, не используемых в медицинских целях».

– *при употреблении веществ галлюциногенного типа:*

Мескалин – галлюциногенный алкалоид, который получают из кактуса пейота, или синтезируют в лаборатории. Расстраивает работу

органов чувств: в течение двух часов после принятия может наблюдаться частичная или полная потеря зрения, но все остальные чувства субъекта обостряются; чувство страха и опасности усугубляется болезненным восприятием цвета окружающих предметов.

ЛСД-25 или диэтиламид лизергиновой кислоты – полусинтетический химический препарат; его естественным компонентом является L-лизергиновая кислота – основа всех главных алкалоидов спорыньи, а диэтиламидовая группа присоединяется лабораторным путём. Физические симптомы: ускорение сердцебиения, увеличение кровяного давления, затемнение зрения, выделение густой слюны, чувство озноба, посинение рук и ног; затем замедление пульса, снижение кровяного давления, слезоточивость, повышенное слюноотделение, диарея, тошнота, рвота; недомогание, озноб, ощущение простуды, жар, утомление, разнообразный тремор, подёргивания и судороги или скручивающие движения (либо полное расслабление всех мускулов тела); головная боль, боль в различных частях тела, чувство тяжести в конечностях.

Экстази – общее название группы синтетических наркотиков-стимуляторов (MDMA – «Адам», MECA – «Ева» и др.). У некоторых из них присутствует галлюциногенный эффект. Активно распространяются в ночных клубах, на дискотеках, популярны у школьников-старшеклассников. Достаточно дорогой для ежедневного употребления.

Даже при недолговременном употреблении экстази убивает клетки мозга, вырабатывающие серотонин. Наблюдается возбуждение ЦНС, поднимается тонус организма, увеличивается выносливость, физическая сила. Ускоряются все реакции организма. Под действием этого наркотика принявший его может выдержать экстремальные физические и эмоциональные нагрузки, не спать и не чувствовать усталости. За искусственный «разгон» организма приходится расплачиваться: после прекращения действия наркотика наблюдается состояние апатии, подавленности, сильной усталости и сонливости. Это состояние может продолжаться несколько дней, так как организму требуется восстановить израсходованные силы. *Последствия применения.* Быстро возникает психическая зависимость. Употребление препарата приводит к физическому и нервному истощению. Страдают нервная система, сердце, печень. Длительное употребление приводит к дистрофии внутренних органов. Препарат влияет на генетический код и будущее потомство. Истощение психики приводит к тяжелейшим депрессиям, вплоть до самоубийства.

Таблица 7.3.1

**Признаки употребления наиболее распространённых
психоактивных веществ**

Вид психоактивного вещества	Прямые признаки употребления		Косвенные признаки употребления
	Действие на человека	Поведение	
Марихуана, «Спайс»	Покраснение лица, глаз расширенные зрачки, сухость во рту, повышение АД, учащение пульса, повышенный аппетит, жажда, тяга к сладкому	Приступы смеха, веселости, которые могут сменяться тревогой, испугом, выраженная потребность двигаться, ощущение «невесомости», неудержимая болтливость, изменение восприятия пространства, времени, звука, цвета	Наличие окурков, свернутых в ручную, тяжёлый травяной «запах» от одежды, частые резкие, непредсказуемые смены настроения
Мак, героин, кодеин, дезоморфин	Бледность кожных покровов, резкое сужение зрачков, реакция на свет слабая, пониженное АД	Оживление или заторможенность (полуприкрытые веки, неподвижность, «клюют носом», не реагируют на внешние раздражители), «поза эмбриона», нарушение сна (отсутствие сна ночью, долгий сон утром)	Следы от уколов на руках, кистях, ногах, наличие шприцов, игл, закопченных ложек, похудание, внешний вид нездорового человека, пропажа денег, ценностей, потеря прежних интересов, перепады настроения
Амфетамин, кокаин	Бледные кончик и крылья носа и слизистых, иногда покраснение лица, расширенные зрачки, воспаление конъюнктивы, повышение АД, учащённый пульс, повышенная температура, повышенный	Состояние повышенной активности, самоуверенности, оживление, быстрая речь, маниакальность, гневливость	Наличие пакетиков с остатками белого порошка, бессонница, повышенная утомляемость, сменяющаяся необъяснимой активностью, частые резкие, непредсказуемые

	аппетит		смены настроения.
Экстази	Покраснение лица, глаз расширенные зрачки, повышение АД, учащение пульса, повышенный аппетит, повышение температуры, потливость, нарушение сердечного ритма, отсутствие аппетита	Состояние безмятежного счастья, чувство эмоциональной близости и любви к окружающим, повышенная активность, потребность постоянно двигаться	Наличие разноцветных таблеток или капсул, во время «кайфа» потребление большого количества жидкости, беспричинная депрессия, нарушение сна.

Стадии развития наркотической зависимости:

I стадия. Синдром психической зависимости (достижение психического комфорта от интоксикации).

II стадия. Сформирован синдром физической зависимости (компульсивное влечение и достижение физического комфорта от интоксикации). Полностью сформирован абстинентный синдром.

III стадия. Форма потребления постоянная. Толерантность падает. Наркотик оказывает только тонизирующий эффект. Вне интоксикации отсутствует энергичность вплоть до неспособности передвигаться. Абстиненция тяжёлая, наступает в течение первых суток после лишения наркотика. Прогрессивное снижение энергетического потенциала. Определяется соматическое истощение, дефицит массы составляет 7–10 кг, психическое истощение; резкое преждевременное старение.

Токсикомания. Медико-биологических различий между токсикоманией и наркоманией не существует. Отличие, в первую очередь, заключается в типе употребляемых веществ: токсикоманы предпочитают химические вещества, обладающие одурманивающим или галлюциногенным действием, но официально не причисленные к наркотикам. Ещё одно отличие характеризуется способом употребления веществ. Наркоманы применяют довольно разнообразные методы введения наркотика в организм: курение, глотание, вдыхание через нос, инъекции. Токсикоманы обычно только вдыхают (нюхают) ядовитые вещества – другие способы либо невозможны и крайне опасны, либо не приносят ожидаемого эффекта.

Виды токсичных веществ:

1. Снотворные, производные барбитуровой кислоты (нембутал, меминал, веронал, фенобарбитал (люминал)). Сюда же входят снотворные, не относящиеся к барбитуратам (бромурал, эуноктин, радедорм и т.д.).

2. Группа успокаивающих средств – транквилизаторов (седуксен, реланиум, мепробамат, тазепам, феназепам, элениум, фенибут и т.д.).
3. Группа стимуляторов ЦНС, не отнесённых к наркотикам (кофеин, центедрин).
4. Группа холинолитиков (циклодол, артан, ромпаркин, наком и т.д.).
5. Группа антигистаминных препаратов (димедрол, пипольфен, супрастин).
6. Средства бытовой и промышленной химии (летучие растворители, эфир, хлороформ, бензин, ацетон, керосин, толуол, этиленгликоль, пятновыводители, синтетические клеи, лаки, нитрокраски, дезодоранты в баллонах и т.п.).

При длительном приёме того или иного препарата вначале возрастает толерантность (адаптация, привыкание) к нему, появляется желание постоянно увеличивать дозу, чтобы добиться очередного повышения настроения, улучшения работоспособности, ускорения мыслительных процессов. Но затем хроническое употребление стимуляторов приводит к развитию эмоциональной неустойчивости и психопатизации личности. Возможны также нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, вегетативные расстройства. Абстинентная симптоматика проявляется обычно неярко, в виде вялости, сонливости, раздражительности. Иногда наступает эмоциональная лабильность.

Обычно психотропными средствами злоупотребляют лица с хроническими невротическими состояниями, психопатические личности, люди со стойкими ипохондрическими переживаниями. Привыкание к ним сопровождается явлениями психической привязанности. С течением времени у них появляется раздражительность, эгоистичность, чрезмерное внимание ко всему, что связано с приёмом лекарств; сужается круг интересов. Абстинентный синдром проявляется в виде преходящих вегетативных расстройств (тошнота, озноб, гипертония, головокружение и др.).

Токсикомания к средствам бытовой и промышленной химии чаще наблюдается среди детей и подростков. Вдыхание таких средств ведёт к тому, что через 1-2 минуты в голове появляется ощущение тумана, свист, теряется равновесие. Затем наступает состояние блаженства, появляется беспричинная весёлость. После чего в голове возникает фантастическая картина. Это состояние длится около 10-15 минут. После окончания вдыхания наступает критическая фаза, длительностью 1-2 часа, сопровождающаяся головной болью, тошнотой. Синдром психической зависимости формируется очень быстро. Абстинентный синдром представляет собой психовегетативную реакцию (тремор, гиперрефлексия, ринит, диспепсические нарушения, цефалгия,

лабильность пульса и артериального давления) в сочетании с поведенческой активностью, направленной на обеспечение возможности потребления токсиканта.

Особенности наркомании и токсикомании у подростков

Согласно клиническим и социологическим исследованиям первые эпизоды курения падают на возраст 11–12 лет, первые пробы алкоголя – в 13 лет, наркотических веществ – в 14–15 лет, причём чаще всего ими оказываются курительные смеси, каннабиноиды. В 99 % случаев употреблять курительные смеси начинают те, кто уже курит сигареты.

На формирование зависимости у подростков влияют нерегулярность приёма, вызванная отсутствием денег и условий, благоприятных для приёма; беспорядочность приёма веществ различных групп, изначальная полинаркотизация, чередующаяся с приёмами спиртного.

На этапе первых проб наркотиков и токсикантов для подростков характерны: более быстрый в отличие от взрослых рост толерантности; более выраженные личностные изменения и быстрые темпы десоциализации; значительно чаще, чем у взрослых, отмечается длительное существование побочных реакций (рвота, тошнота, головокружения, головная боль и т.д.).

Последствия регулярного употребления наркотиков и токсикантов крайне тяжелые. Зависимость от наркотика – как физическая, так и психическая – преодолевается очень сложно, полностью устранить её удается крайне редко.

Один из самых сильных наркотиков – героин – вызывает развитие зависимости уже после первого приёма. Для развития устойчивой зависимости достаточно 3-5 инъекций героина, 10-15 инъекций морфина, 30 приёмов кодеина. Зависимость от употребления кокаина возникает через 3-5 инъекций. После употребления морфин обнаруживается в моче в течение 48-72 часов, героин – в течение 36-72 часов, кодеин – 48 часов.

Нарушение работы всех внутренних органов, обмена веществ, необратимые изменения головного мозга, истощение и дистрофия, психическая деградация. Высок риск заражения СПИДом и гепатитами В и С при использовании нестерильных игл и шприцев, употреблении кустарно приготовленных препаратов. Наиболее уязвима для ВИЧ-инфекции возрастная группа от 15 до 25 лет, так как именно на этот возраст приходится пик употребления наркотиков внутривенным введением. Опасность передозировки, вплоть до смерти.

Наркоманы «со стажем» выглядят намного старше своего возраста. Кожа приобретает желтоватый оттенок, становится сухой, морщинистой. Зубы поражаются массивным кариесом, крошатся, выпадают. В связи с широким распространением внутривенного

употребления наркотиков отмечаются гнойные поражения в местах введения: флебиты, флегмоны. Вены в местах введения поражаются асептическим процессом – тромбозом и разрастанием соединительной ткани, кожа пигментирована со следами инъекций.

Поражение головного мозга и нервной системы (проявляется от мелких нарушений психических процессов до психозов; от мелких нарушений координации до серьезных нарушений двигательной системы, параличей, парезов; снижение памяти, нарушения речи, мыслительной деятельности (понимания); координации движений, режима сна).

Поражение дыхательной системы, особенно у наркоманов, вдыхающих наркотические яды, ведёт к постепенному снижению обоняния и, в конечном счёте, – к его потере. У многих развиваются бронхиальная астма, хронический бронхит, трахеит, пневмонии. Вследствие вдыхания наркотиков возникают предраковые процессы, а затем и рак лёгких.

Наркотики оказывают токсическое действие на сердце. Развиваются кардиомиопатии, миокардиты и миокардиодистрофии, инфаркты. Кокаин способствует прогрессированию атеросклероза, ускоренному формированию атеросклеротических бляшек в коронарных и мозговых артериях даже у лиц молодого возраста.

У наркоманов резко снижается аппетит. Они истощены. Развиваются дискинезии желчевыводящих путей, холециститы, желчнокаменная болезнь. Токсическое воздействие наркотика на печень приводят к гепатитам, токсической и жировой дистрофии печени, циррозам. Характерны поражения желудка: гастриты и язвенная болезнь.

Наблюдается также поражение мочевыделительной системы. Острая почечная недостаточность нередко является причиной смерти наркоманов.

Приём стимуляторов первоначально вызывает повышение либидо и потенции, что ведёт к беспорядочным половым связям (промискуитет, групповой секс, начинают формироваться гомосексуальные отношения в подростковой среде), в связи с чем увеличивается риск заражения ИППП (сифилис, гонорея, хламидийные инфекции, ВИЧ/СПИД и др.). Далее с развитием заболевания происходит снижение либидо и потенции, изменение гормонального фона у девушек.

Таким образом, следствием приёма наркотических и токсических веществ является инвалидизация и, в итоге, смерть человека. Продолжительность жизни наркомана редко превышает 5 лет.

Действие на беременность и плод

Употребление наркотиков и токсикантов во время беременности повышает вероятность спонтанного аборта и мертворождения. Кроме

того, увеличивается риск преждевременной отслойки плаценты, которая может привести к внутриутробной гибели плода. Большая вероятность того, что ребёнок родится с отклонениями в развитии.

Возникают вегетативные нарушения. Дети рождаются с небольшой массой тела, с нарушением сосательного рефлекса, отмечается рвота, диарея.

Профилактика наркомании и токсикомании:

С распространением огромного количества синтетических и полусинтетических наркотиков, которые стали доступными и, соответственно, очень популярными у молодёжи, а также нового поколения курительных смесей с изменяемыми формулой и компонентами, наркомания стала массовым явлением. В Беларуси преобладает инъекционный способ употребления наркотиков.

Объектами профилактики наркомании являются лица, потенциально подверженные вовлечению в употребление наркотиков, а также лица, страдающие наркотической зависимостью или находящиеся на реабилитации.

Наиболее доступным методом первичной профилактики наркомании, является пропаганда здорового образа жизни в учебных заведениях и знакомство с жестокими реалиями наркоманской жизни (медицинскими и социальными). Выбор этой возрастной категории не случаен, потому что именно подростки более остальных способны поддаваться пагубному влиянию в силу своей наивности, любознательности и своей протестности против общественных устоев.

Информация по профилактике наркомании должна соответствовать следующим требованиям:

- быть позитивной и не иметь оттенка безысходности;
- должна освещать трагические последствия употребления наркотиков;
- в СМИ не должны демонстрироваться сцены употребления наркотиков;
- любая публикация должна иметь вывод в виде понятной населению информации и рекомендациям по профилактике употребления наркотиков;
- каждая публикация должна иметь мотивационное воздействие на адресную аудиторию;
- подготовку материалов должны осуществлять только специалисты – наркологи, психологи, иные медицинские работники, сотрудники правоохранительных органов, социальные работники.

Должно быть организовано телефонное консультирование:

1. «Горячая линия». Её цель – информировать население по вопросам наркомании, а также давать сведения о лечебных и реабилитационных учреждениях.

2. Круглосуточный телефон поддержки для наркозависимых. Работают специалисты по химической зависимости.

3. «Телефон доверия». От телефона поддержки отличается тем, что на вопросы отвечают и дают рекомендации профессиональные психологи.

Для многих – «знакомство» с наркотиками – это очередной эпизод познания нового, неизведанного ранее. Подростки не считают свои действия необычными и опасными. Наоборот, в их среде бытует мнение, что наркотики помогают расслабиться и успокоиться, что наркотики употребляли сильные и талантливые люди.

Убедительными являются сообщения о тяжёлых отравлениях, ранах, смертельных исходах от передозировок наркотиков и т.п. При первичной профилактике необходимо обучить противостоять давлению группы по приобщению к наркотикам.

Первичная профилактика должна опережать негативное влияние «опытных» сверстников (объектом превентивной работы должны являться все дети младшего школьного возраста, так как нередко экспериментирование детей с психоактивными веществами начинается уже в 4-5 классах школы в возрасте около 10 лет).

В работе по первичной профилактике обязаны участвовать все, кто непосредственно отвечает за воспитание и нравственное развитие учащихся: родители, учителя, воспитатели, врачи, сотрудники органов внутренних дел. Формы и средства информационного воздействия должны быть адаптированы к молодёжной аудитории (КВН, конкурсы, соревнования, тематическое шоу, спектакли, концерты, выставки лучших работ и др.). Полезными являются выступления (в ходе проведения мероприятий или перед их началом) врачей, работников милиции с демонстрацией соответствующих кино-, видеоматериалов. В учреждениях образования должны быть оформлены стенды, разработаны и распространены листовки, буклеты, брошюры, информационные бюллетени, методические рекомендации по профилактике наркозависимости и незаконному обороту наркотиков («Подросток и закон», «Здоровый образ жизни», «Вредные привычки», «Имя беды – наркотик» и др.).

Существуют средства первичной диагностики – экспресс-тесты. Они являются достаточно высокоточными и могут проводиться во внелабораторных условиях.

Необходимо принимать меры по недопущению пребывания несовершеннолетних в ночное время в общественных местах без сопровождения родителей.

Вторичная профилактика наркомании направлена на раннее выявление лиц, употребляющих психоактивные вещества, и их лечение, а также предупреждение рецидивов и проведение поддерживающей терапии.

У молодёжи сильно развито чувство солидарности, поэтому они употребляют наркотики в группе. Для её выявления используется метод фронтального обследования ближайшего окружения.

Представители наркологической службы в школах и вузах должны проводить семинары по обучению преподавателей простейшим приёмам выявления различных видов опьянения.

В задачу третичной профилактики входит социально-трудовая и медицинская реабилитация больных наркоманией.

Вторичная и третичная профилактика наркомании проводится среди тех, кто уже имеет определённый опыт, а также среди опытных потребителей наркотиков, профессионально подготовленными специалистами (медицинские и социальные работники, сотрудники соответствующих отделов милиции).

Лечение наркомании и токсикомании крайне сложное, современные методы редко позволяют достичь полного выздоровления.

Лечение наркотической зависимости включает в себя два направления. Первый – это избавление от ломки и дезинтоксикация организма. Второй этап – это собственно реабилитация. Для этого требуется непрерывное нахождение в реабилитационном центре под присмотром наркологов, психологов и психотерапевтов в течение 4-6 месяцев. Сама реабилитационная программа может быть различной – индивидуальная работа с наркоманом, встречи с семьёй, групповые занятия.

Важно дать человеку мотивацию не просто на выздоровление и отказ от наркотиков, а на возвращение к жизни. Нужно учить пациента заново радоваться, испытывать приятные эмоции, ставить собственные цели и идти к ним.

8. ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Считается доказанным, что повышение или снижение функциональных возможностей организма, развитие патологических процессов, процессов выздоровления и восстановления зависят от степени соответствия рациона питания индивидуальным особенностям и состоянию здоровья человека. Поэтому вопросы питания стоят в центре внимания медицины. Как писали древние мудрецы: *«Человек есть то, что он ест» (Пифагор); «Наша пища должна стать лекарством, а лекарство – пищей» (Гиппократ).*

Однако недостаток и даже избыток пищевых продуктов ещё не означает автоматического внедрения принципов рационального, правильного питания в повседневную жизнь людей.

Наступление эпохи научно-технического прогресса обострило проблему предупреждения заболеваний, связанных с избыточным и нерациональным потреблением пищи и малоподвижным образом жизни или мышечной ненагруженностью (*гиподинамией*). Всё чаще встречаются болезни, возникающие вследствие нарушения обмена веществ (ожирение и др.).

Однако в слаборазвитых и развивающихся странах, где доходы значительного количества населения невысоки, увеличилось количество болезней, связанных с недостаточностью и низкой калорийностью питания.

В связи с этим в настоящее время актуальной становится проблема **повышения культуры питания**, с тем чтобы рацион питания соответствовал энергетическим затратам и физиологическим потребностям организма. Только правильно организованное и построенное на современных научных основах рациональное питание, исключаящее переедание или недоедание, обеспечивает нормальное течение процессов роста и развития организма, а также сохранения здоровья.

Рациональное питание является неотъемлемой составляющей здорового образа жизни (см. **Приложение 4**).

8.1. Принципы здорового питания

Рациональным считается такое питание, которое обеспечивает нормальную жизнедеятельность организма, высокий уровень работоспособности и сопротивляемости воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, максимальную продолжительность активной жизни. Для детей полноценное рациональное питание – это также необходимое условие роста и развития.

Первым принципом рационального питания принято считать **соответствие энергетической ценности рациона среднесуточным**

энергетическим затратам организма, которые зависят от возраста, пола, морфологического и биохимического статуса, состояния здоровья, вида деятельности и климата региона проживания.

Закон сохранения энергии в природе является абсолютным, он справедлив не только для неживой материи, но действует и в живом организме, в том числе и в клетках органов и тканей человека.

Расход энергии в организме осуществляется тремя путями: в результате основного обмена, специфического динамического действия пищи и мышечной деятельности.

Основной обмен – это минимальное количество энергии, которое необходимо человеку для поддержания жизни в состоянии полного покоя. Такой обмен обычно бывает во время сна в комфортных условиях. Его чаще всего рассчитывают по отношению к «стандартному» мужчине (возраст 30 лет, масса тела 65 кг) или к «стандартной» женщине (тот же возраст, масса тела 55 кг), занимающимся лёгким физическим трудом. Основной обмен зависит от возраста (у маленьких детей он на единицу массы тела в 1,3-1,5 раза выше, чем у взрослых), от общей массы тела, от внешних условий проживания и индивидуальных особенностей человека. Установлено, что в среднем при основном обмене затрачивается около 1 ккал на 1 кг массы тела за 1 час. У людей, постоянно испытывающих физические нагрузки, основной обмен, как правило, повышается в пределах 30%. Наибольший расход энергии вызывает переваривание белков, которое увеличивает интенсивность основного обмена на 30-40%. Приём с пищей жиров повышает основной обмен на 4-14 %, углеводов на 4-7%. Чай и кофе вызывают повышение основного обмена на 8%. При смешанном питании и оптимальном количестве потребляемых пищевых веществ основной обмен увеличивается в среднем на 10-15%.

Физическая деятельность оказывает существенное влияние на расход энергии в организме человека. Чем больше физическая активность, тем больше энергии тратит организм человека. Если масса тела человека больше стандартной, то энерготраты при указанных видах деятельности пропорционально увеличиваются, если меньше – снижаются. Суточные энерготраты человека зависят от возраста, пола, массы тела, характера трудовой деятельности, климатических условий и индивидуальных особенностей протекания реакций обмена веществ в организме.

При кратковременном недостатке энергетической ценности пищи организм частично расходует запасные вещества, главным образом жир (из жировой ткани) и углеводы (гликоген). При длительном недостатке энергетически ценной пищи организм расходует не только резервные углеводы и жиры, но и белки, что, в первую очередь, ведёт к

уменьшению массы скелетных мышц, а, следовательно, к возникновению и развитию дистрофии.

При длительном избытке энергетической ценности пищи часть жиров и углеводов начинает откладываться в виде резервного жира в жировой ткани. Это приводит к увеличению массы тела и в последующем к ожирению.

Таким образом, для соблюдения баланса между поступающей с пищей и расходуемой в процессе жизнедеятельности энергией необходима **умеренность** в питании.

Для поддержания нормальной массы тела человеку необходимо знать, сколько калорий его организм расходует в сутки, и какое их количество он потребляет. Расход калорий зависит от пола, возраста и физической нагрузки. Зная энергетическую ценность продуктов питания, легко подсчитать количество калорий содержащихся в ежедневном рационе любого человека.

Таблица 8.1.1

Энергозатраты человека в зависимости от вида деятельности

<i>Группа труда</i>	<i>Вид деятельности</i>	<i>Расход энергии</i>
I	Преимущественно умственный труд (научные работники, студенты, операторы ЭВМ, контролеры, педагоги, диспетчеры, работники учета, секретари и др.)	1800-2450 ккал
II	Лёгкий труд (водители транспорта, работники конвейеров, весовщицы, упаковщицы, швейники, работники радиоэлектронной промышленности, агрономы, медсестры, санитарки, работники связи, сферы обслуживания, продавцы промтоваров и др.)	2100-2800 ккал
III	Средняя тяжесть труда (слесари, наладчики, настройщики, станочники, буровики, водители экскаваторов, бульдозеров, угольных комбайнов, автобусов, врачи-хирурги, текстильщики, обувщики, железнодорожники, продавцы продтоваров, работники химзаводов, работники общественного питания и др.)	2500-3300 ккал
IV	Тяжелый физический труд (строители, проходчики, сельхозрабочие, механизаторы, доярки, овощеводы, деревообработчики, металлурги, литейщики и др.)	2850-3850 ккал
V	Особо тяжёлый физический труд (механизаторы и сельхозрабочие в посевной и уборочный периоды,	3750-4200 ккал

	горнорабочие, вальщики леса, бетонщики, каменщики, землекопы, грузчики немеханизированного труда, оленеводы и др.)	
--	--	--

Второй принцип – удовлетворение потребностей организма в веществах, необходимых для осуществления пластического обмена и регуляции физиологических функций организма. Следует подчеркнуть, что граница между первыми двумя принципами рационального питания является весьма условной, поскольку организм может в зависимости от текущих потребностей использовать одни и те же исходные элементы как в качестве материала для построения клеточных элементов, так и для удовлетворения энергетических нужд.

Третий принцип рационального питания – сбалансированность содержания в рационе различных питательных веществ и определённое их соотношение. Согласно данному принципу, обеспечение нормальной жизнедеятельности возможно не только при условии его снабжения адекватными количествами энергии и белка, но и при соблюдении достаточно строгих пропорций отдельных ингредиентов в рационах.

Всё многообразие продуктов питания складывается из различных комбинаций пищевых веществ: белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ и воды. Различные пищевые продукты имеют разный химический состав. Энергетическая ценность рациона питания зависит от входящих в его состав белков, жиров и углеводов.

Углеводы поставляют преимущественно энергию, тогда как жиры и особенно белки не только снабжают организм энергией, но и являются необходимым материалом для обновления клеточных и субклеточных структур. Использование белков в качестве энергетического материала весьма невыгодно для организма: во-первых, белки – наиболее дефицитное и ценное пищевое вещество, во-вторых, при окислении белков, сопровождающемся выделением энергии, образуются недоокисленные вещества, обладающие существенным токсическим действием.

Главным при сбалансированном питании является определение правильного и обоснованного соотношения основных пищевых и биологически активных веществ – белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных элементов в зависимости от возраста, пола, характера трудовой деятельности и общего жизненного уклада. Наилучшим соотношением белков, жиров, углеводов является соотношение 1:1:6 – для детей; 1:1:4 – для взрослых; 1:0,8:3 – для пожилых. Это соотношение наиболее благоприятно для максимального удовлетворения как пластических, так и энергетических потребностей организма человека. Белки в большинстве случаев должны

составлять 12%, жиры – 30-35% общей калорийности рациона. При значительном повышении доли физического труда, и увеличении в связи с этим потребности в энергии, содержание белков в рационе может быть снижено до 11% его общей калорийности (за счёт увеличения доли жиров и углеводов, как поставщиков калорий).

Пищевой рацион взрослого человека, занимающегося лёгким физическим трудом должен содержать 80-90 г белков, 100- 105 г жиров, 360-400 г углеводов, энергетическая ценность его должна составлять 2750-2800 ккал.

Оптимальное соотношение животных и растительных белков в рационе человека колеблется в пределах от 60:40 до 50:50 (в зависимости от качества растительных белков), а в среднем составляет 55:45.

При определении потребности человека в жирах следует учитывать необходимость полного обеспечения организма полноценными жировыми веществами, а именно: незаменимыми жирными полиненасыщенными кислотами, фосфолипидами, необходимыми для обновления клеток и внутриклеточных компонентов, а также жирорастворимыми витаминами.

В соответствии с научными рекомендациями норма потребления углеводов в расчёте на одного человека должна составлять 386 г в день. Особенно опасным для здоровья является неуклонный рост потребления сахара. Сахар не содержит каких-либо незаменимых компонентов питания. Он способствует возникновению и развитию кариеса зубов, тогда как другой представитель углеводов – крахмал – такого действия не оказывает. При рекомендуемой норме 50-100г/день (50 г при лёгком физическом труде, до 100 г при тяжёлом физическом труде), зачастую превышает 120 г в день (в среднем). Потребление сахара в значительных количествах повышает концентрацию глюкозы в крови, что является фактором риска для возникновения сахарного диабета. Поэтому рекомендуется максимально ограничивать потребление сахара и кондитерских изделий и заменять их, если это необходимо, крахмалом.

Здоровому организму человека необходимы так называемые растительные волокна или балластные вещества, которые представлены, в основном, оболочками растительных клеток и состоят преимущественно из клетчатки и пектина. Оптимальным считается потребление 10-15 г этих веществ в день, в том числе 9-10 г клетчатки и 5-6 г пектиновых веществ. Растительные волокна улучшают моторную функцию желудочно-кишечного тракта, способствуют ликвидации застойных явлений в кишечнике. Установлена обратная зависимость между их содержанием в пище и частотой возникновения рака толстого кишечника.

Витамины занимают особое место в питании. Такие заболевания, как цинга, пеллагра, рахит, полиневрит (болезнь бери-бери), некоторые виды анемии (малокровие) и гемофилии (усиленное кровотечение), а также многие другие неоднократно поражали значительные контингенты людей в результате резкого уменьшения в их пище тех или иных витаминов. В настоящее время, благодаря широкой пропаганде медицинских знаний эти заболевания встречаются относительно редко.

Потребности организма человека в необходимых ему минеральных веществах удовлетворяются обычным набором пищевых продуктов с включением достаточного количества овощей, фруктов, хлеба и молока.

Четвертый принцип – **соответствие химической структуры пищи ферментному статусу организма**. Всякое отклонение от соответствия ферментных наборов организма химическим структурам пищи приводит к нарушению нормальных процессов превращения того или иного пищевого вещества. Это правило должно соблюдаться на всех уровнях ассимиляции пищи и превращения пищевых веществ: в желудочно-кишечном тракте – в процессах пищеварения и всасывания, а также при транспорте пищевых веществ к тканям; в клетках и субклеточных структурах – в процессе клеточного питания, а также в процессах выделения продуктов обмена из организма. Нарушение «правила соответствия» на любом из названных уровней приводит к существенным нарушениям физиологического состояния организма. Так, например, выпадение биосинтеза гидроксилазы фенилаланина переводит эту аминокислоту из комплекса незаменимых факторов в чрезвычайно токсическое для организма соединение, обуславливающее резкую задержку физического и психического развития ребенка.

Пятый принцип рационального питания – **безвредность пищи**, отсутствие в ней токсических веществ и патогенных бактерий.

Таким образом, основные критерии рационального питания сводятся к следующему: питание должно быть адекватным по количеству и качеству, сбалансированным и безвредным по своему составу.

8.2. Функции питания

Первая функция заключается в снабжении организма энергией. Рациональное питание предусматривает примерный баланс поступающей в организм энергии, расходуемой на обеспечение процессов жизнедеятельности.

Вторая функция питания заключается в снабжении организма пластическими веществами, к которым, прежде всего, относятся белки, в меньшей степени – минеральные вещества, жиры и в ещё меньшей степени – углеводы.

Третья функция питания заключается в снабжении организма биологически активными веществами, необходимыми для регуляции процессов жизнедеятельности. Ферменты и большинство гормонов – регуляторы химических процессов, протекающих в организме, – синтезируются самим организмом. Однако некоторые коферменты (необходимая составная часть ферментов), без которых ферменты не могут проявлять свою активность, а также некоторые гормоны организм человека может синтезировать только из специальных предшественников, находящихся в пище. Этими предшественниками являются витамины, присутствующие в продуктах питания.

Четвёртая функция питания заключается в выработке иммунитета, как неспецифического, так и специфического. Установлено, что величина иммунного ответа на инфекцию зависит от качества питания и, особенно, от достаточного содержания в пище калорий, полноценных белков и витаминов. При недостаточном питании снижается общий иммунитет и уменьшается сопротивляемость организма самым различным инфекциям. И, наоборот, полноценное питание с достаточным содержанием белков, жиров, витаминов и калорий усиливает иммунитет и повышает сопротивляемость инфекциям.

8.3. Шесть основных компонентов питания

Все пищевые продукты, которые мы употребляем, состоят из шести **основных компонентов**.

I. Белки в организме выполняют многообразные функции:

- они являются основным строительным материалом клеток, тканей, межтканевого вещества и клеточных мембран;
- являются основным компонентом практически всех ферментов – внутриклеточных и пищеварительных;
- значительная часть гормонов по своей природе является белками: инсулин, гормоны гипофиза и др.;
- иммунная функция;
- белки участвуют в переносе кровью газов (O_2 и CO_2), углеводов, жиров, некоторых витаминов и пр.; обеспечивают перенос минеральных солей через клеточные мембраны и внутриклеточные структуры.

Рекомендовано оптимально 85–90 г белка в сутки, а минимально – не менее 1 г на 1 кг массы тела. В пищевом рационе в среднем за счёт белка должно обеспечиваться 12% общей энергетической ценности. При этом 55% белка, предусмотренного физиологическими нормами, должно обеспечиваться белком животного происхождения.

II. Жиры выполняют в организме множественные функции:

➤ они участвуют в построении клеток, особенно велико их содержание в оболочке клетки (в частности, в оболочке нервных и половых клеток их доля достигает 50% и более). Без них невозможно построение и некоторых органелл клетки;

➤ участвуют в синтезе гормонов, особенно гормонов гипофиза, коркового вещества надпочечников и половых гормонов;

➤ являются высокоэнергетическим резервом организма: при сжигании 1 г его освобождается 9,3 ккал тепла, что более чем в 2 раза превышает энергоёмкость белков и углеводов;

➤ необходимы для реализации функций жирорастворимых витаминов (А, К, Е и др.) – без их достаточного поступления эти витамины не только не дают необходимого эффекта, но и могут даже вызвать явления интоксикации.

Недостаточное поступление жиров может привести:

- к ослаблению иммунобиологических механизмов;
- нарушению деятельности центральной нервной системы;
- изменению кожи, почек и др.

С жирами в организм поступает ряд биологически ценных веществ: фосфатиды (летицин), полиненасыщенные жирные кислоты (линолевая, линоленовая, арахидоновая), стерины (зоостерины, ситостерины), токоферолы и другие вещества, обладающие биологической активностью. Свойства жиров определяют жирные кислоты, которые подразделяются на предельные (насыщенные) и непредельные (ненасыщенные).

Предельные (насыщенные) жирные кислоты в большом количестве встречаются в составе животных жиров.

Непредельные (ненасыщенные) жирные кислоты широко представлены во всех пищевых жирах, особенно в растительных маслах.

Суточная потребность взрослого здорового человека в жирах равна 1–1,5 г/кг массы тела (но не менее 25–30 г.), из них 1/3 должна быть представлена жирами растительного происхождения. Жир улучшает вкусовые свойства пищи, а также повышает её питательность.

В состав жиров входят витамины А, D, Е, а также пигменты. К пигментам жиров, обладающих биологической активностью, относится βкаротин, который содержится в большом количестве в масле облепихи, обладает А-витаминной активностью.

III. Углеводы в организме человека не синтезируются, поэтому потребность в них полностью должна удовлетворяться пищей. Углеводы в организме имеют преимущественно энергетическую ценность, хотя участвуют и в пластических процессах.

Если углеводы с пищей не поступают, то уже через 12–18 ч. резко усиливаются процессы окисления жиров и человек начинает худеть. Углеводы и их метаболиты играют важную роль в синтезе нуклеиновых кислот, аминокислот, глюкотеидов, мукополисахаридов, коэнзимов и других жизненно необходимых веществ. Некоторые углеводы обладают выраженной биологической активностью, например: аскорбиновая кислота, обладающая С-витаминными свойствами; гепарин, предотвращающий свёртывание крови в сосудах; гиалуроновая кислота, препятствующая проникновению бактерий через клеточную оболочку; олигосахариды женского молока, задерживающие развитие некоторых кишечных бактерий; гетерополисахариды крови, определяющие специфичность групп крови, и др.

Суточная потребность человека в углеводах определяется особенностями его жизнедеятельности и затратами энергии таким образом, чтобы они покрывали недостающую часть потребности в энергии с учётом потребленных жиров и в меньшей степени белков. Оптимальным считается потребление углеводов из расчета 6–8 г/кг массы тела или 400–500 г/сут., т.е. 50–60 % суточной энергетической ценности рациона.

Пищевыми источниками углеводов являются: мука, крупы, хлеб, макаронные и хлебобулочные изделия, фрукты, овощи, сахар, мед, конфеты, варенье, творожные сырки, мороженое, компоты, кисели, фруктовые соки.

В углеводном рационе человека сахар должен составлять лишь 10–20% от общего числа потребляемых углеводов.

В зависимости от сложности строения, растворимости, быстроты усвоения и использования для гликогенообразования углеводы пищевых продуктов подразделяются на простые и сложные.

Простые углеводы (сахара) представлены *моносахаридами* и *дисахаридами*. Они имеют несложную химическую структуру, легко расщепляются и растворяются в воде, быстро усваиваются. Все они обладают сладким вкусом.

1. Моносахариды – глюкоза, фруктоза и галактоза.

Глюкоза – наиболее распространенный моносахарид, который содержится во многих плодах и ягодах, а также образуется в организме в результате расщепления дисахаридов и крахмала пищи. Глюкоза наиболее быстро и легко используется в организме для образования гликогена, для питания тканей мозга, работающих мышц, в том числе сердечной мышцы, для поддержания необходимого уровня сахара крови и создания запасов гликогена в печени.

Фруктоза обладает теми же свойствами, что и глюкоза. Однако она медленнее усваивается в кишечнике и быстро покидает кровяное русло. До 70–80% фруктоза задерживается в печени и не вызывает

перенасыщение крови сахаром. Фруктоза теряет свои свойства при продолжительном кипячении. Она в 3 раза слаще глюкозы, что важно при построении пищевых рационов ограниченной калорийности. Поэтому в оптимизации сахарной части пищевого рациона большое значение придается фруктозе как сахару, наиболее приемлемому в современных условиях жизни и деятельности.

Галактоза – третий моносахарид, продукт расщепления основного углевода молока лактозы на глюкозу и галактозу. Последняя обладает малой сладостью.

Глюкоза и фруктоза широко представлены в пчелином мёде, где содержание глюкозы достигает 36,2%, фруктозы – 37,1%. В арбузах весь сахар представлен фруктозой – 8 %. Глюкоза и фруктоза содержатся во фруктах и ягодах. В винограде и хурме весь сахар представлен глюкозой и фруктозой.

2. *Дисахариды* в питании человека играют основную роль (сахароза и лактоза).

Сахароза – свекловичный и тростниковый сахар. Содержание сахарозы в сахарной свекле составляет 14–25%, а в сахарном тростнике –10–15%.

Лактоза – молочный сахар, который содержится только в молоке. При гидролизе лактоза расщепляется на глюкозу и галактозу. Гидролиз лактозы в кишечнике протекает замедленно, в связи, с чем ограничиваются процессы брожения в кишечнике и нормализуется жизнедеятельность полезной кишечной микрофлоры. Поступление лактозы способствует развитию молочнокислых бактерий, подавляющих в кишечнике развитие гнилостных микроорганизмов. В наименьшей степени лактоза используется в организме для жиरोобразования. Содержание лактозы в молоке и в некоторых молочных продуктах составляет 4–6%.

Сложные углеводы, или *полисахариды*, характеризуются сложностью строения своей молекулы и плохой растворимостью в воде. К сложным углеводам относятся крахмал, гликоген, пектиновые вещества и клетчатка.

Крахмал обуславливает пищевую ценность зерновых продуктов, бобовых и картофеля. На долю крахмала в пищевых рационах человека приходится около 80% от общего количества потребляемых углеводов.

Гликоген – полимерные цепочки из молекул глюкозы, его ещё называют «животным крахмалом». Гликоген содержится в печени – до 20%, мышцах – 0,3–0,9%, мозге – 0,15–0,20 %. Расщепление внутренних запасов гликогена (гликогенолиз) инициируется рядом гормонов (глюкагон, адреналин), стимуляторами симпатической нервной системы (эфедрин, кофеин и др.). Образованию гликогена способствует гормон поджелудочной железы – инсулин.

В организме гликоген используется для питания работающих мышц, органов и систем в качестве энергетического материала. Восстановление гликогена происходит путём ресинтеза гликогена за счет глюкозы крови.

Пищевые волокна непосредственному перевариванию в пищеварительном тракте не подвергаются, однако их роль трудно переоценить. Пищевые волокна:

- формируя гелеобразные структуры перевариваемых пищевых масс, влияют на опорожнение желудка, скорость всасывания в тонкой кишке и время прохождения пищевых (каловых) масс через желудочно-кишечный тракт;
- предотвращают образование каловых камней; удерживая воду, определяют консистенцию и увеличивают массу фекалий;
- адсорбируют желчные кислоты, предотвращая их потерю и обеспечивая нормальный обмен холестерина и желчных кислот и поддержание достаточного уровня гемоглобина в крови;
- оказывают противовоспалительное и антитоксическое действие, что предупреждает нарушение обмена веществ в организме и развитие рака толстой кишки;
- участвуют в синтезе некоторых витаминов;
- около 50% пищевых волокон в толстом кишечнике подвергается усвоению микрофлорой с последующим использованием образовавшихся веществ организмом;
- способствуют выведению из организма токсинов и тяжёлых металлов;
- предупреждают развитие таких заболеваний, как атеросклероз, гипертония, сахарный диабет и др.

Различают нежные пищевые волокна, которые расщепляются и достаточно полно усваиваются организмом (они в большом количестве содержатся в яблоках, капусте, картофеле), и грубые – менее усваиваемые (содержатся в моркови, свекле и пр.). Для обеспечения нормального пищеварения суточное потребление пищевых волокон должно составлять не менее 15–20 г.

IV. Вода является обязательным компонентом пищи. Вода является основной средой, в которой протекают основные биохимические процессы, лежащие в основе жизни, участвует в выведении шлаков из организма. Постоянство содержания воды в организме – одно из главных условий нормальной жизнедеятельности.

В организме взрослого человека вода составляет до 65% массы, из которых около 40–45% находится внутри клеток, а 20–25% – в составе клеточных жидкостей. По мере возрастного развития содержание воды в организме человека снижается с 70% у новорожденного до 55% у

стариков. Колебания её содержания ведут к изменению функции клеток и тканей, потеря 20% влаги вызывает смерть.

Суточная потребность организма человека в воде в нормальных условиях составляет около 2,5 л. При повышении температуры воздуха и при физической работе потребность в воде увеличивается. Следует обратить внимание на то, что водопроводная вода не всегда пригодна для питья и приготовления пищи, её лучше всего пропускать через специальные фильтры.

V. Витамины (от лат. *vita* – жизнь) являются неотъемлемой частью питания. Витаминами называются низкомолекулярные соединения органической природы, не синтезируемые в организме человека или синтезируемые в недостаточном количестве, поступающие извне в составе пищи, не обладающие энергетическими и пластическими свойствами, проявляющие биологическое действие (коферментов) в малых дозах. Витамины после превращений в организме входят в состав ферментов, которые являются катализаторами биохимических процессов в организме.

Современная промышленность выпускает рафинированные, т. е. высокоочищенные продукты, такие как сахар-рафинад, рафинированное растительное масло или мука высшего сорта и изделия из неё. Такие продукты лишены клетчатки, витаминов и часто вредят организму, так как не естественны для него. Хотя они и кажутся нам вкусными, следует по возможности избегать их.

Если витаминов в пище мало или они вообще отсутствуют, развиваются болезни, приводящие к летальному исходу. **Витаминная недостаточность** может проявляться в виде авитаминозов, гиповитаминозов и скрытых форм.

Причиной авитаминозов и гиповитаминозов может быть:

- ✚ длительное питание пищевыми рационами, полностью лишёнными витаминов (войны, блокады, морские экспедиции);
- ✚ нарушение всасывания витаминов при некоторых заболеваниях пищеварительной системы;
- ✚ ограниченное и недостаточное поступление витаминов с пищей;
- ✚ нерациональное питание;
- ✚ весенний период;
- ✚ повышенная физиологическая потребность в витаминах – беременность, тяжелый физический труд и др.

Скрытые формы витаминной недостаточности, как правило, не имеют каких-либо проявлений и симптомов, однако оказывают отрицательное влияние на работоспособность, общий тонус организма, его устойчивость к различным неблагоприятным факторам.

Недостаточность некоторых витаминов – В12, В6 – и белков животного происхождения часто приводит к анемиям.

В основу классификации витаминов положен принцип растворимости их в воде и в жире. Витамины подразделяются на *водорастворимые* и *жирорастворимые*, кроме того, выделяют витаминopodobные вещества.

К *жирорастворимым* *витаминам* относятся: витамин А (ретинол), провитамины А (каротины); витамин D (кальциферолы); витамин Е (токоферолы); витамин К (филлохиноны).

К *водорастворимым* *витаминам* относятся: витамины группы В – тиамин (витамин В1), рибофлавин (витамин В2), никотиновая кислота (витамин РР), пантотеновая кислота (витамин В3), пиридоксин (витамин В6), биотин (витамин Н), фолиевая кислота (витамин Вс), цианкобаламин (витамин В12), аскорбиновая кислота (витамин С); биофлавоноиды (витамин Р); липоевая кислота (витамин N).

Витаминopodobные вещества объединяют группу веществ, обладающих рядом свойств, присущих истинным витаминам, однако не удовлетворяющих всем требованиям, предъявляемым к ним.

Таблица 8.3.1

Основные витамины и их влияние на организм

<i>Название витамина</i>	<i>Функции</i>	<i>Болезнь из-за его недостатка</i>	<i>Суточная потребность</i>	<i>Продукт, в котором он содержится</i>
А-ретинол	Рост и формирование скелета, ночное зрение, состояние костей, зубов, волос, кожи и репродуктивной системы	Куриная слепота – отсутствие сумеречного зрения	0,5 - 1,0 мг	Рыбий жир, печень, сливки, сыр, почки, молоко, мясо. В растительных продуктах оранжевого цвета (морковь, тыква) содержится каротин, который становится витамином А при переваривании в присутствии жиров
Д-кальциферол	Регулирует обмен Са и Р, укрепляет зубы, предупреждает рахит	Рахит, нарушение Р-Са	0,3мг	Рыба, говяжья печень, сливочное масло, молоко, яйца. Образуется в коже под воздействием солнечных лучей

Е-токоферол	Антиоксидант, функция биологических мембран, состояние половых желез, гипофиза, надпочечников и щитовидной железы, мышечная работоспособность, долголетие	Бесплодие, постарение клеток, тканей, всего организма	12-15мг	Зелёные части растений, растительные масла, проросшие зерна пшеницы, злаки
К (филлохинон, витамин К)	Свертывание крови, анаболическое действие	Плохая свертываемость крови	1,5мг	Зелёные салат, капуста, мед.препарат «Викасол»
С – аскорбиновая кислота	Окислительно-восстановительные процессы, состояние стенок капилляров и артериол, устойчивость организма к действию неблагоприятных факторов, антиоксидант	Снижение иммунитета, утомляемость, а при отсутствии – цинга	100–300мг	Чёрная смородина, цитрусовые, капуста, укроп, петрушка, лук, чеснок, шиповник, красный перец, картофель
В1 – тиамин	Обмен углеводов, функции желудка, сердца, нервной системы	Расстройство нервной системы, полиневриты, а при отсутствии – болезнь «бери-бери»	1 – 2,0 мг	Продукты из неочищенного зерна, дрожжи, печень, свинина пивные дрожжи, картофель
В2 – рибофлавин	Обмен белков, жиров, углеводов, рост, ночное и цветовое зрение	Конъюнктивит, кератит, светобоязнь, хейлоз, глоссит, анулярный стоматит («заеды» в углах рта)	2,0 мг	Дрожжи, хлеб, гречневая крупа, молоко, мясо, печень, рыба, яйца овощи, фрукты,
В3 (никотиновая кислота)	Функции нервной системы, состояние кожи, уровень	Тяжелое поражение кожи в виде обширных дефектов	10 мг	Пивные дрожжи, проросшие зерна, рис, яйца, рыба, орехи, сыр, сухофрукты

	холестерина в крови, функции щитовидной железы и надпочечников	кожного покрова; снижение концентрации внимания, внимательности		
В6 – пиридоксин	Необходим для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы	Расстройства нервной системы	Для беременных 1,8-2,4 мг; кормящих мам 2,0-2,6 мг; взрослых 1,6-2,2 мг; детей 0,9-1,6 мг; грудных детей 0,3-0,6	Многие продукты, особенно печень, дрожжи, цельные зерна злаковых культур
В12 – кобаламин	Образование эритроцитов, обмен белков, улучшение роста и общего состояния детей	Малокровие	3 мкг	Мясо, печень, молоко, сыр, творог, рыба, яйца
Вс – фолиевая кислота	Участвует в образовании эритроцитов и гемоглобина, регуляции процесса деления клеток, необходима для кроветворения, обмена веществ	Малокровие, патологии развития плода	200 мкг	Зеленые листья овощей

VI. Минеральные вещества в организме играют многосторонние и важные функции:

- определяют структуру и функции многих ферментативных систем и процессов;
- обеспечивают нормальное течение определенных важных физиологических процессов;
- принимают участие в пластических процессах и построении тканей, особенно костной;
- поддерживают кислотно-щелочное равновесие;
- определяют солевой состав крови и структуру формирующих его элементов;

- нормализуют водно-солевой обмен.

Главным источником минеральных веществ для организма являются фрукты и овощи. Особая их ценность заключается в том, что в составе цельных растительных продуктов или их соков эти вещества находятся в естественной взаимосвязи с биологическими структурами – именно эти комплексы лучше всего и усваиваются организмом.

Таблица 8.3.2

Минеральные вещества и их влияние на организм

Вещество	Физиологическое значение	Суточная потребность	Источники
Кальций	Построение костной ткани и зубов, процессы сокращения мышц, свертывание крови, деятельность ЦНС	1 г	Молочные продукты, горох, фасоль, орехи, рыба с костями, яичная скорлупа
Калий	Внутриклеточный обмен, улучшает деятельность мышечной, нервной ткани, сердца, эритроцитов, поддержание осмотического давления крови и кислотно-щелочного равновесия, мочегонное действие	4 г	Абрикосы, чернослив, изюм, горох, фасоль, картофель, мясо, рыба, орехи
Натрий	Поддержание осмотического давления крови	4 г	Горох, смородина, картофель, помидоры, гречка
Йод	Из него образуются гормоны щитовидной железы	у детей до года - 50 мкг; у детей в возрасте 1-6 лет - 90 мкг; у детей в возрасте 7-12 лет - 120 мкг; у детей старше 12 лет и взрослых - 150 мкг; у беременных и кормящих женщин - 200 мкг.	Продукты морского происхождения, йодированная соль

Магний	Расширение сосудов, активация перистальтики кишечника, деятельность сердца и надпочечников, влияет на нервную и мышечную деятельность	400 мг	Хлеб, крупы, бобовые, орехи, какао-порошок
Железо	Участвует в кроветворении	10 мг для мужчин, 15-20 мг для женщин (18 мг для беременных и кормящих)	Мясо. В гранатах и яблоках находится в плохо усвояемой форме
Фосфор	Деятельность ЦНС, обмен жиров и белков, энергообмен	700 мг	Фасоль, орехи, горох, гречка, яйца, пшено, молочные продукты
Фтор	Формирует зубную эмаль	взрослые - 1,5 мг дети - 1 мг беременные женщины и спортсмены - 1,5-2 мг	Питьевая вода
Сера	Входит в состав инсулина, аминокислот, витамина В1	1 г	Мясо, рыба, яйца, бобовые, овсяная крупа, сыр
Селен	Защищает печень от ядов, организм от рака, улучшает работу сердца	50-60 мкг, при интенсивных тренировках до 200 мкг	Морепродукты, искусственное обогащение
Хлор	Регуляция осмотического давления в тканях и водного обмена, образование соляной кислоты железами желудка	от 4 до 6 г	Удовлетворяется обычными пищевыми продуктами, поваренная соль

Фитонциды представляют собой отдельную важную группу пищевых веществ. К ним относят вещества, уничтожающие или снижающие развитие и активность возбудителей заболеваний – вирусов, бактерий и низших грибов. Пищеварительные соки не снижают их специфических свойств, поэтому фитонциды оказывают свой благоприятный эффект на весь желудочно-кишечный тракт. Фитонциды содержатся в большом количестве в сырых растительных продуктах: цитрусовые, клюква, калина, клубника, яблоки (антоновка), лук, чеснок, морковь, хрен, красный перец, помидоры и др.

8.4. Группы крови и диета

В середине 90-х гг. XX в. американский врач П. Д'Адамо совершил потрясающее открытие. Он установил, что группы крови являются важнейшим жизненным определяющим, какие пищевые продукты полезны, а какие вредны для того или иного человека.

Употребление соответствующей диеты для людей каждой из четырех групп крови будет способствовать:

- улучшению пищеварения и исчезновению нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта;
- стабилизации уровня сахара в крови, из-за чего даже при низкокалорийном питании возникает чувство насыщения;
- нормализации массы тела уже через 45 дней, что свидетельствует о нормализации обмена веществ в организме;
- значительному улучшению общего самочувствия;
- оказывает существенное влияние на иммунитет.

Различные группы крови по-разному воспринимают одни и те же пищевые продукты. Различают четыре группы крови, которые обусловлены содержанием в крови агглютининов альфа и бэта, агглютиногенов А и В.

Первая группа крови 0 (I) – содержит только агглютинины альфа и бэта, агглютиногенов нет. Она возникла в первобытном обществе, когда люди занимались охотой и собирательством. Основной продукт – мясо (животный белок). Людям с первой группой нужно уделять достаточно времени спорту и питаться продуктами животного происхождения. Такие люди не приспособлены к продуктам, которые произошли позже. Они плохо переносят продукты из злаков, молоко. Их организм приспособился к переработке мяса, повышена кислотность желудочного сока. Лицам с этой группой крови необходимо отдавать предпочтение дичи, говядине, баранине, рыбе, ограничивать свинину, заниматься спортом 3 раза в неделю по 2 ч, чтобы белок превратился в свой белок, а не в жир. Красное мясо в их рационе должно составлять 4-6% от общей массы продуктов, а птица – 2%.

Важнейшие пищевые продукты для людей с первой группой крови:

- говядина, ягнятина, баранина, дичь;
- щука, сельдь, треска, скумбрия, хек;
- рис, чеснок, кольраби, тыква (семечки), хрен, петрушка, лук-порей, стручки красного перца, шпинат, грецкие орехи, лук, ананасы, фрукты и соки;
- сливочное масло, сыр «Мацарелла», сыр из овечьего и козьего молока;
- чай «Матэ», чай «Пуэрх», минеральная вода;
- йодированная соль, куркума, майоран, шалфей, кайенский перец.

Проблемные пищевые продукты для людей с первой группой крови:

- гусятина, свинина, шпик;
- копчёный лосось, солёная селедка, рольмопс;
- выпечки из кукурузной муки, выпечка из нескольких сортов, макароны из пшеничной муки;
- кукуруза, баклажаны, бобовые, капуста, картофель, грибы;
- земляника, дыня, кокосовые орехи, мандарины, апельсины, ревень;
- сыры, мороженое, цельное молоко;
- кофе, кола, лимонад, чёрный чай;
- яблочный уксус, перец, ваниль, корица, мускатный орех.

Вторая группа крови А (II) – содержит агглютиноген А и агглютинин бэта. Эта группа возникла приблизительно 20 000 лет назад, когда человечество перешло к земледелию и скотоводству. Новая группа крови оказала помощь при переработке и усвоении злаковых и молочных продуктов. Вторая группа крови более устойчива к возбудителям инфекционных заболеваний (чума, холера).

Организм людей, перешедших к земледелию, с большим трудом усваивает мясо, кроме птицы, хорошо усваивает продукты из зерна (особенно хорошо – ячмень, рожь, амарант). Плохо усваивается молоко, которое содержит лактозу, плохо совместимую с антителами данной группы крови. Альтернатива – кисломолочные продукты: йогурт, кефир, продукты из козьего и овечьего молока. Людям с такой группой нужно отказаться от мяса, рекомендуется только птица, не менее 1 раза в неделю, и рыба не менее 2 раз. Полное вегетарианство противопоказано, ибо быстро наступает дефицит железа, йода, кальция, витамина В12 и белка. Снизить массу тела людям со второй группой крови можно путём употребления оливкового и льняного масла, а также – ананасов, которые содержат фермент бромелайн, ускоряющий обмен веществ и уменьшающий аппетит.

Важнейшие пищевые продукты для людей со второй группой крови:

- окунь, щука, треска, карп, лосось, скумбрия, форель, сардина;
- амарантовая мука, гречневая крупа, толокно, рисовая мука, хлеб из проросшей пшеницы;
- арахис, зелёные бобы, чеснок, кольраби, семена тыквы, льняное семя, хрен, морковь, бобы, лук, грецкие орехи;
- ананас и соки, абрикос и соки, ежевика, земляника, грейпфрут, вишня и сок, малина, брусника, лимоны и сок, слива;
- кефир;
- зелёный чай, красное вино;
- имбирь, чеснок, мелисса, горчица, соевый соус.

Проблемные пищевые продукты для людей со второй группой

крови:

- гусятина, баранина, ягнятина, говядина, свинина, шпик, дичь;
- угорь, камбала, палтус, сельдь, хек, икра, копчёная и соленая рыба;
- разные сорта муки, ржаной хлеб, пшеничный хлеб, хлопья;
- баклажаны, картофель, фасоль, перец, помидоры, капуста;
- бананы, дыня, мандарины, кокосовые орехи, апельсины и сок;
- масло, пахта, сыр из коровьего молока, мороженое;
- пиво, кола, лимонад, чёрный чай, томатный сок;
- перец, майонез, томатный кетчуп.

Третья группа крови В (III) – содержит агглютиноген В и агглютинин альфа. Эта группа возникла со скотоводами 10–15 тыс. лет назад в Гималаях. Источником энергии у них были жировые отложения, чтобы выжить в холоде при нерегулярном питании. Это люди обычно с избыточным весом. Они едят молочные продукты сколько угодно. Лектины ржи способны вызывать у них заболевания крови и сосудов. Организм прекрасно усваивает баранину, молоко, сыр. Иммунная система устойчива к заболеваниям дыхательных путей, склонны к неврозам, склерозу, воспалению мочевых путей. В рационе таких людей мясо должно составлять 2–3% всех потребляемых продуктов, предпочтение необходимо отдавать баранине, дичи и птице. Нельзя употреблять много злаковых культур, таких как пшеница, амарант, рожь, кукуруза, которые могут служить причиной заболеваний сердечно-сосудистой системы. Хорошо усваивается просо и овёс, полезен кефир.

Важнейшие пищевые продукты для людей с третьей группой

крови:

- баранина, крольчатина, ягнятина, дичь;
- щука, палтус, треска, лосось, скумбрия, красный окунь, хек;
- пшеничная, рисовая, просяная мука;
- баклажаны, цветная капуста, фасоль, морковь, красный перец, петрушка, капуста;
- ананасы и сок, бананы и сок, слива, брусника, виноград;
- пшено, просо, рис;
- перец, имбирь, тмин.

Проблемные пищевые продукты для людей с третьей группой

крови:

- утятина, гусятина, курятина, свинина;
- угорь, устрицы, омары, крабы, лангусты;
- ячменная мука, пшеница, кукуруза, рожь, пшеница;
- арахис, мак, лесной орех, помидоры, оливки, кукуруза;
- гранаты, кокосовые орехи;

- кола, томатный сок, спиртные напитки.

Четвертая группа крови АВ (IV) – содержит только агглютиногены А и В, агглютининов нет. Четвёртая группа крови – самая молодая, возникла 1000 лет назад при слиянии кавказских народов (А (II)) с монгольскими кочевниками (В (III)). Люди с IV группой склонны к раковым заболеваниям, но устойчивы к аллергиям и аутоиммунным заболеваниям. Им категорически противопоказано курение. У людей с четвёртой группой в желудочном соке мало соляной кислоты, что затрудняет переваривание животных белков, зато у них хорошо перевариваются молочные продукты – йогурт, кефир. Им необходимо ограничивать мясо, можно употреблять баранину, крольчатину, индюшатину, фазана. Мясо должно занимать 1–3% от суточного рациона, а от птицы лучше вообще отказаться. Лучшими из фруктов для этих людей будут ананасы, киви, слива, виноград. Снизить массу тела помогают зелёный чай, кефир, зелёные овощи.

Важнейшие пищевые продукты для людей с четвертой группой крови:

- баранина, крольчатина, дичь;
- щука, треска, лосось, скумбрия, хек;
- ржаной, просяной, соевый хлеб, овсяная мука;
- баклажаны, рис, бобы, цветная капуста, грецкие орехи, арахис, чеснок, красная свекла, сельдерей;
- ананасы и сок, вишня, слива, брусника, виноград, лимоны;
- сыр, кефир, сметана.

Диета в соответствии с группой крови дает положительные результаты:

- улучшается пищеварение, исчезают метеоризм, несварение и другие проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом;
- стабилизируется уровень сахара крови, из-за чего даже при низкокалорийном питании возникает чувство насыщения;
- уже по прошествии 4–5 дней наблюдается очевидный результат – осязаемое снижение массы тела, что свидетельствует о нормализации обмена веществ в организме.

В этой связи необходимо:

- избегать продуктов, которые не рекомендуются вашей группе крови;
- руководствоваться собственным опытом, не употреблять те продукты, которые вы не переносите.

Необходимо знать, что каждый человек сугубо индивидуален и обладает рядом только ему присущих особенностей, не ограничивающихся группой крови.

8.5. Правила рационального питания и культура приёма пищи

Режим питания человека обычно регулируется аппетитом. Каждому знакомо чувство голода, которое сигнализирует о том, что организму человека для правильной жизнедеятельности важно получить новую порцию пищи, несущую истраченные в процессе обмена веществ энергию, пластические вещества, витамины и минеральные вещества. Физиолого-биохимическая сущность этого чувства, называемого также *аппетитом*, до конца не выяснена. Возбуждение пищевого центра различными импульсами создаёт аппетит, степень которого зависит от степени возбуждения пищевого центра. В результате определённой инерции возбуждения пищевого центра аппетит сохраняется ещё некоторое время даже после приёма пищи. Это связано с необходимостью переваривания и всасывания пищевых веществ. И только после начала поступления их в кровь возбуждение пищевого центра начинает сменяться его торможением. Аппетит сигнализирует о потребности не только в необходимом количестве пищи, но и в её качестве. Надо помнить также, что острые и солёные блюда (не говоря уже об алкоголе) существенно усиливают аппетит.

В основу режима питания должны быть положены четыре основных принципа.

Первым принципом является *постоянство приёмов пищи по часам суток*. Каждый приём пищи сопровождается определённой реакцией на него организма – выделяются слюна, желудочный сок, желчь, сок поджелудочной железы и т.д. В цепи условно-рефлекторных реакций большое значение принадлежит фактору времени, т.е. выработанной привычке человека потреблять пищу в определённое время суток. Выработка постоянного стереотипа в режиме питания имеет большое значение для условно-рефлекторной подготовки организма к приёму и перевариванию пищи.

Вторым принципом является *дробность питания в течение суток*. Одно- или двухразовое питание нецелесообразно и даже опасно для здоровья ввиду слишком большого количества одномоментно потребляемой пищи. Исследования показали, что при двухразовом питании инфаркт миокарда, острые панкреатиты встречаются значительно чаще, чем при трёх- и четырёхразовом питании, и это объясняется именно обилием одноразово потребляемой пищи при двухразовом питании. Практически здоровому человеку рекомендуется трёх- или четырёхразовое питание: завтрак, обед, ужин и стакан кефира или яблоко перед сном. Можно вводить в режим питания один или два дополнительных приёма пищи: между завтраком и обедом, между обедом и ужином, но при этом не должно увеличиваться общее количество потребляемой пищи за день.

При четырёх или пятиразовом приёме пищи промежутки между приёмами не должны превышать 3,5–4,0 ч, в результате чего создается равномерная нагрузка на пищеварительный аппарат, обеспечивается высокое воздействие ферментов на пищу и наиболее полная обработка ее полноценными по переваривающей силе соками.

Третьим принципом режима питания является *максимальное соблюдение сбалансированности пищевых веществ при каждом приёме пищи*. Это значит, что набор продуктов при каждом основном приёме пищи (завтрак, обед, ужин) должен доставлять организму человека белки, жиры, углеводы, а также витамины и минеральные вещества в рациональном соотношении.

Четвёртый принцип режима питания заключается в *правильном физиологическом распределении количества пищи по её приемам в течение дня*. Наиболее полезен такой режим, когда на завтрак приходится около трети общего количества суточного рациона, на обед – несколько более трети и на ужин – менее трети.

Избранное для завтрака, обеда и ужина время суток, может варьировать в довольно широких пределах в зависимости от производственной деятельности человека. Однако важно, чтобы время между завтраком и обедом, а также между обедом и ужином составляло 5-6 часов. После ужина до начала сна должно пройти 3-4 часа. Некоторые изменения в режим питания нужно вносить время от времени специально, с целью тренировки пищеварительной системы. Однако, как и при тренировке других органов и систем, нельзя допускать слишком резких изменений в режиме питания.

Таким образом, режим питания включает в себя следующие **основные характеристики**:

- а) кратность приёмов пищи;
- б) распределение энергетической ценности по отдельным приемам пищи. В таблицах 8.5.1 и 8.5.2 приведено рекомендуемое распределение калорийности рациона в течение дня.

Таблица 8.5.1

Распределение энергетической ценности суточного рациона по отдельным приёмам пищи

Приём пищи	Энергетическая ценность суточного рациона при питании (%)	
	Трёхразовом	Четырёхразовом
Первый завтрак	30	20
Второй завтрак		10
Обед	45	45
Ужин	25	25

Таблица 8.5.2

Приём пищи	Доля энергетической ценности рациона (%)
Завтрак	25
Обед	35
Полдник	15
Ужин	25

При рациональном питании пища должна соответствовать следующим **требованиям**:

- быть питательной, не вызывать безразличия и уныния;
- полностью перевариваться и усваиваться организмом, не производить побочных продуктов распада;
- способствовать естественному и упорядоченному образу жизни, не вызывать пищевых отравлений;
- оказывать положительное влияние на органы чувств – издавать приятный запах, иметь приятный вид;
- по калорийности и химическому составу оно должно соответствовать интенсивности обменных процессов в организме, энергозатратам, полу, возрасту, выполняемой работе, состоянию организма, времени года, климату и другим показателям;
- оптимальным соотношением белков, жиров, углеводов являются 1:1:4 – для взрослых и 1:1:6 – для детей;
- суточная потребность молодых людей 20–25 лет, занимающихся умственным трудом или средним физическим трудом, должна составлять 2400-2800 ккал, так как в процессе пищеварения 1 г белков выделяет 4 ккал, 1 г жиров – 9 ккал и 1 г углеводов – 4 ккал;
- при тяжёлом физическом труде организм должен в среднем потреблять 45 ккал/кг массы тела, при среднем физическом и умственном труде – 35-40, при лёгком труде – 30 ккал/кг;
- при рациональном питании необходимо учитывать совместимость продуктов питания, так как каждый из них требует своей среды для переваривания – кислотной, щелочной или нейтральной. Продукты, требующие кислотного пищеварения, – фрукты, ягоды, молоко, сыр жирностью до 55%, продукты щелочной группы – злаковые и мучные изделия, картофель, бананы; продукты нейтрального пищеварения – капуста, зелень, репа и редька, орехи, растительные масла, творог и сыр жирностью 60% и более. Каждый продукт требует особых ферментов и определенной среды для пищеварения: обычно с 0 до 12 ч. в организме щелочная среда, а с 12 до 24 ч – кислотная.

В зимне-весенний период наблюдается дефицит витаминов, что требует соответствующей коррекции в рацион питания.

Распределение суточного пищевого рациона по отдельным приемам пищи производится дифференцированно в зависимости от

характера трудовой деятельности и распорядка дня. При четырехразовом питании и работе в первую смену рекомендуется распределять на первый завтрак 25% суточного рациона, на второй – 15%, на обед – 35% и на ужин – 25%, а при работе во вторую смену распределять на завтрак – 25 %, на обед – 35%, на полдник – 15%, на ужин – 25% суточного рациона.

Температура пищи не должна быть холодной, так как оптимальная температура работы пищеварительных ферментов составляет 37–38 С и холодная пища долго не переваривается в желудке. Горячая пища, во-первых, вызывает прилив крови к желудку и повышает процесс пищеварения, во-вторых, в горячей пище жиры находятся в эмульгированном состоянии, что улучшает доступ пищеварительным сокам для их расщепления, в-третьих, в горячей пище лучше выделяются ароматические вещества, которые рефлекторным путём через органы обоняния способствуют эффективному образованию и выделению пищеварительных соков. Чрезмерно горячая пища снижает тонус желудка.

Требования к приготовлению пищи:

- необходимо соблюдать требования безопасности в отношении продуктов питания: мытье фруктов и овощей перед употреблением в пищу, соблюдение сроков хранения и годности продуктов питания;
- необходимо учитывать набор продуктов в рационе питания для определенного региона, где исторически на протяжении многих веков употребляются определенные продукты, т.е. практикуются национальные блюда;
- в приготовлении пищи должен соблюдаться щадящий температурный режим. Растительные продукты лучше готовить на пару, на слабом огне, с закрытой крышкой, меньше помешивать, чтобы не разрушать в них витамины;
- наиболее благоприятная пища и продукты те, которые в меньшей мере подвержены термической и химической обработке;
- рекомендуется употреблять свежими овощи и фрукты, семена подсолнуха и тыквы, орехи, коровье молоко (желательно парное), куриный желток; это обеспечивает организм ферментами и витаминами, аккумулирующими солнечную энергию, а также микро- и макроэлементами.

Основные требования к приёму пищи:

- не следует принимать пищу без аппетита, при гнев, раздражении, страхе, утомлении;
 - принимать пищу желательно не на кухне, а в самой просторной комнате; каждому члену семьи нужно иметь свои столовые приборы;
 - перед едой необходимо вымыть руки и лицо, прополоскать рот.
- Во время еды не нужно слушать радио, смотреть телевизор, читать,

вести серьезные разговоры. Допускается тихое звучание спокойной музыки.

- необходимо, не торопясь, старательно пережёвывать пищу и медленно её заглатывать; на тарелку следует накладывать еды столько, сколько сможете с удовольствием съесть;

- пищу нужно принимать сидя;

- не следует набрасываться на еду, необходим психологический настрой на приём пищи, ибо человека питает не то, что он съедает, а то, что он усваивает;

- пища, плохо смоченная слюной и недостаточно пережёванная, затрудняет моторную, секреторную и эвакуационную способность желудка и может приводить к её длительному застою в желудке, а также гниению или брожению в желудочно-кишечном тракте, что часто является причиной различного рода диспепсических состояний и заболеваний;

- не рекомендуется употреблять жидкость до еды (снижает концентрацию желудочного сока, увеличивает объём принятой пищи и вызывает растяжение желудка, т.е. создает эффект насыщения), до еды можно пить, только если необходимо похудеть;

- после приёма пищи столовую посуду следует вымыть и стол привести в порядок, почистить зубы или хотя бы прополоскать рот.

Органы пищеварения нуждаются (не менее 8 ч) ежедневно в отдыхе, которым является ночной сон. Непрерывная работа секреторных систем приводит к снижению переваривающей силы сока и нарушению его нормального отделения. Поэтому ужинать рекомендуется не позднее 19–20 ч, т.е. за 2–3 ч до отхода ко сну. Перед сном можно выпить стакан кисломолочных продуктов.

8.6. Оценка пищевого статуса

Наряду с изучением полноценности пищевых рационов и вопросов режима питания необходимо также знать степень адекватности (соответствия) получаемого питания потребностям организма в данных конкретных условиях труда и быта. **Определяются показатели состояния функции питания организма, пищевого статуса и заболеваемости.** Наиболее демонстративными являются показатели физического развития (масса тела, массо-ростовой показатель, толщина жировой складки и др.), отдельных звеньев обмена веществ (белкового, жирового, углеводного, витаминного и минерального), функционального состояния отдельных органов и систем организма (нервной и сердечно-сосудистой систем, пищеварительного аппарата и др.), а также наличие ранних клинических признаков недостаточности или избыточности питания (витаминного, белкового, минерального и др.).

Весьма эффективным методом оценки рационов питания в медицинской практике является **табличный (расчётный) метод**, поскольку этот метод является достаточно точным и вместе с тем вполне доступным, поскольку не требует для своего осуществления специальной лаборатории. Для подсчёта химической и энергетической ценности рациона необходимо иметь перечень и количество продуктов, входящих в суточный рацион (меню-раскладка), таблицы калорийности и удельного содержания в данных продуктах всех учитываемых компонентов пищи (нутриентов).

Поскольку учёт и коррекция поступления в организм человека с пищей питательных веществ и энергии играют важную роль в ряду не только лечебных, но и профилактических мероприятий, то методы оценки и составления рациона питания должны быть освоены каждым врачом, независимо от его специальности.

Различают обычный, оптимальный, избыточный и недостаточный пищевой статус. При *обычном пищевом статусе* человек питается по нормам, достаточным для нормальных условий существования. *Оптимальный пищевой статус* характерен для питания по специальным нормам с учётом экстремальных условий. *Избыточный и недостаточный статусы питания* связаны с избыточным и недостаточным поступлением пищевых веществ (табл. 8.6.1).

Таблица 8.6.1

Классификация состояний питания (пищевого статуса)

№ п/п	Статус	Характеристика
I.	Статус обычный	В результате питания функция и структура не нарушены. Адаптационные резервы соответствуют условиям существования
II.	Статус оптимальный	Для функции и структуры созданы оптимальные условия питания. Адаптационные резервы компенсируют потребность организма в чрезвычайной ситуации
III.	Статус избыточный	В результате избыточного поступления в организм питательных веществ происходит ухудшение функций, снижение адаптационных резервов, выходящих за пределы изменения структуры
IV.	Статус недостаточный	В результате поступления питательных веществ ухудшается функция и нарушается структура питания. Адаптационные резервы снижены: 1. <i>Неполноценный</i> – в результате недостаточного питания отсутствуют видимые нарушения функций, структуры, но адаптационные резервы не соответствуют обычной стрессовой ситуации.

		<p>2. <i>Скрытый преморбидный</i> – болезнь ещё не наступила, но в результате недостаточного питания ухудшается функция и структура и отсутствуют необходимые адаптационные резервы.</p> <p>3. <i>Болезненный, патологический</i> – в результате недостаточного питания нарушения функции и структуры, проявляющиеся в форме заболевания (синдрома) пищевой недостаточности.</p>
--	--	--

8.7. Рекомендации по здоровому питанию для пациентов с изолированным фактором риска «нерациональное питание»:

- для поддержания оптимального веса тела необходима сбалансированность пищевого рациона по энергопоступлениям и энергозатратам в зависимости от физической нагрузки, пола, возраста и др. факторов (при умеренной нагрузке для взрослого человека – в среднем около 2850 ккал) и по основным пищевым веществам (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины);
- ограничить потребление соли (не более 5г в сутки – 1 чайная ложка без верха), «свободных» сахаров;
- ограничить животные жиры с частичной заменой на растительные жиры;
- уменьшить потребление холестерина в день до 300 мг;
- потреблять 2-3 раза в неделю жирной морской рыбы;
- потреблять ежедневно 400-500 гр. фруктов и овощей (не считая картофеля);
- предпочтительное потребление цельнозерновых продуктов (хлеб, крупы);
- изменение рецептуры традиционных блюд и обучение новым техникам приготовления (не жарка, а запекание и отваривание).

При избыточной массе тела (ожирении):

- информировать о целевых уровнях массы тела для снижения риска заболеваний;
- рекомендовать снижение калорийности пищевого рациона и контроль массы тела в домашних условиях;
- рекомендовать пациенту самостоятельно оценить свой повседневный режим питания и двигательной активности;
- объяснить, что снижение избыточной массы тела требует волевых усилий самого пациента;
- объяснить опасность снижения массы тела путём применения различных «модных» диет, особенно голодания.

Пациенты с избыточной массой тела, выражающие желание снизить массу тела, должны быть направлены в *кабинет (отделение) медицинской профилактики*, при возможности, проконсультированы

врачом-диетологом. Пациенты с выраженным ожирением должны быть проконсультированы врачом-диетологом и, при необходимости, **врачом-эндокринологом.**

При гиперхолестеринемии (дислипидемии):

- калорийность пищи должна поддерживать оптимальную массу тела (для конкретного пациента);
- ограничить потребление жира (включая растительные жиры), доля которого должна не превышать 30 % от суточной калорийности (при значительной избыточной массе тела – до 20 %);
- рекомендуется уменьшать потребление продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином (жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, шоколад, выпечка с содержанием жиров, желтки яиц и сами жиры – сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое масло, пальмовое масло);
- ограничить продукты, богатые холестерином (яичные желтки, субпродукты, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы высокой жирности);
- насыщенные (животные) жиры должны составлять не более половины суточной потребности – около 25-30 г/сут.;
- предпочтение необходимо отдавать продуктам, богатым полиненасыщенными и мононенасыщенными жирными кислотами, которые содержатся также в жирных сортах рыб;
- рекомендуется потребление морской рыбы 2–3 раза в неделю по 100–150г в виде различных блюд;
- полезны растворимые пищевые волокна – пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.

8.8. «10 ступеней к здоровому питанию»

- 1) Здоровое питание в основном основывается на растительной пище, которая разнообразна и питательна.
- 2) Богатая крахмалом пища должна составлять более половины объема поглощенной энергии.
- 3) Овощи и фрукты должны составлять более 7 % энергии, выбор должен быть разнообразным и в основном из местных продуктов.
- 4) Мясо, если его есть, должно составлять менее 10 % от потребляемой энергии.
- 5) Потребляемые молоко и молочные продукты должны быть нежирными.
- 6) Жиры должны составлять только 15-30 % от потребляемой энергии.
- 7) Потребление соли должно быть менее 6 грамм в день.
- 8) Вес тела не должен превышать рекомендованных норм.

- 9) Физическая активность должна производиться ежедневно.
- 10) Ешьте разнообразные продукты, а не добавки одного и того же.

8.9. «Пирамида здорового питания»



Помимо широко распространённых пирамид, ориентированных в первую очередь на жителей Европы и Америки, существуют также пирамиды, которые учитывают национальные пищевые и культурные традиции региона (например, «азиатская» пирамида питания содержит большое количество овощей, а также типичные для региона рис, соевые продукты и зелёный чай), а также пирамиды для определённых слоёв населения, к примеру, пирамида питания для детей, пирамида для вегетарианцев и т.д.

Очень важно обращать внимание на формирование и воспитание рациональных пищевых привычек с раннего возраста, чтобы в зрелом возрасте проблем со здоровьем, связанных с питанием, у человека уже не возникало.

Нерациональное питание является одной из главных причин возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов пищеварения, болезней, связанных с нарушением обмена веществ.

Большой выбор пищевых продуктов и различные их комбинации с учетом особенностей кулинарной обработки позволяют организовать питание здорового и больного человека с учётом максимальной его сбалансированности, профилактической направленности и лечебного воздействия.

9. СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ. СЕКСУАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА И ЭТИКА СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ

9.1. Понятие «сексуального здоровья». Сексуальность человека

Сексуальное здоровье человека – это важная составляющая общего физического здоровья. Говоря о сексуальном здоровье человека, подразумевают отсутствие сексуальных заболеваний и общую гармонию человека в этом отношении.

Под *сексуальным здоровьем* понимается не просто отсутствие болезни, а состояние соматического, эмоционального, интеллектуального и социального благополучия в отношении сексуальности (*определение ВОЗ, 2002*).

Сексуальное здоровье предполагает позитивное и уважительное отношение к сексуальности и половым отношениям, возможность безопасно вести половую жизнь, приносящую удовлетворение, отсутствие принуждения, дискриминации и насилия. Достижение и поддержание сексуального здоровья связывается с реализацией присущих людям гражданских прав и свобод.

Изучением половой жизни и сексуальным здоровьем занимается наука сексология, зачатки знаний по которой содержатся в древнейших мифологических системах и медицине древности. Однако древняя *эротология* (теория и практическое искусство любви) не ставила своей целью исследовать сексуальность, а только показывала отношение к ней общества.

Современная *сексология* – это комплекс междисциплинарных исследований, охватывающих медико-биологические, социально-исторические, социологические и психологические аспекты изучения всех проявлений сексуальности человека (как нормальной сексуальности, так и сексуальных девиаций). Специалисты-сексологи занимаются изучением дисфункций сексуальности, помогают пациенту понять проблемы патологий сексуального влечения, выявляют причины дисгармонии и т.д.

Сексопатология – это раздел клинической медицины, изучающий болезненные отклонения в половой жизни человека, их происхождение, методы распознавания, лечения и профилактики.

Сексуальность человека – совокупность биологических, психофизиологических, душевных и эмоциональных реакций, переживаний и поступков человека, связанных с проявлением и удовлетворением полового влечения

Сексуальность является врожденной потребностью и функцией человеческого организма, подобно процессам дыхания, пищеварения и др. Человек рождается с определённым физиологическим сексуальным потенциалом, далее сексуальность формируется уже в рамках

индивидуального жизненного опыта. Сексуальность представляет собой движущую силу социальной активности человека, поскольку направлена на достижение не только сексуального удовлетворения, но и социально-психологического состояния, обозначаемого как «счастье», повышение качества жизни. Сексуальность является фактором, побуждающим людей к совместному проживанию и деятельности, является одной из основных составляющих семейной жизни.

В целом, сексуальность человека обусловлена интегрированным взаимодействием биологических, психических и социокультурных факторов.

В связи с этим выделяют несколько *компонентов человеческой сексуальности*:

1. Биологический пол.
2. Гендерная идентичность.
3. Гендерная социальная роль.
4. Сексуальная ориентация.
5. Сексуальная идентичность.

Биологический пол – морфофункциональная характеристика организма, характеризующая биологическую принадлежность к сообществу мужчин или женщин. Биологический пол характеризуется генетическим полом, определяющимся нашими половыми хромосомами, и анатомическим полом, включающим очевидные физические различия между мужчинами и женщинами.

Гендерная идентичность – это субъективное ощущение человеком своей принадлежности к мужскому или женскому полу. Гендерная идентичность человека может не совпадать с его биологическим полом.

Гендерная социальная роль – совокупность установок и форм поведения, считающихся в определённой культуре нормальными и приемлемыми (адекватными) для представителей того или иного пола. Гендерные роли формируют у людей связанные с их полом поведенческие ожидания, которые они должны оправдывать. Поведение, рассматриваемое как социально приемлемое для мужчины, называется маскулинным, а для женщины – фемининным.

Сексуальная ориентация – эмоциональное, романтическое, сексуальное или эротическое (чувственное) влечение индивида к другим индивидам определённого пола. Выделяют 4 типичные сексуальные ориентации:

▪ **Гетеросексуальность** – эмоциональное, романтическое и чувственное влечение к индивидам противоположного пола.

Гетеросексуальность свойственна большинству людей и двуполых животных. Выражение «нормальная ориентация» подразумевает, что гетеросексуальные отношения являются нормой, а их альтернативы –

отклонениями от этой нормы. Для обозначения людей гетеросексуальной ориентации используется термин «гетеросексуал», в разговорной речи употребляется также слово «натурал» (от англ. natural – «естественный», «природный»). Долгое время считалось, что гетеросексуальность является врождённым инстинктом, имеющим целью продолжение рода.

▪ *Гомосексуальность* – эмоциональное, романтическое и чувственное влечение к людям противоположного пола к индивидам своего пола (гендера).

Гомосексуальность бывает мужской и женской. В ряде стран Запада люди гомосексуальной ориентации по закону имеют равные права с представителями гетеросексуальной ориентации в плане заключения брака, создания семьи путём усыновления и воспитания детей, имеют возможность искусственного оплодотворения. В то же время нередка и их дискриминация. Терминология для обозначения однополых сексуальности разнообразна. К примеру, в современной западной медицинской литературе лица, имеющие гомосексуальную практику, обозначаются аббревиатурами MSM (Men Who Have Sex with Men – «мужчины, имеющие секс с мужчинами») и WSW (Women Who Have Sex with Women – «женщины, имеющие секс с женщинами»).

▪ *Бисексуальность* – феномен человеческой сексуальности, который определяется как романтическое (чувственное), эротическое и/или половое влечение к индивидам двух полов (гендеров), необязательно в равной степени и необязательно одновременно.

▪ *Асексуальность* – отсутствие полового влечения к индивидам как своего, так и противоположного пола. Асексуальность не является тем же самым, что и сознательное воздержание от половой активности (это называют термином «антисексуальность»). Многие асексуалы вступают в половые отношения под действием социальных предрассудков, стремясь удовлетворить желание партнера, или для продолжения.

Сексуальная идентичность – это самоидентификация человека; то, кем он себя считает. Однако человек может проявлять или не проявлять свою сексуальную ориентацию в своём сексуальном поведении, поддерживать либо имитировать сексуальное поведение, не соответствующее его реальной сексуальной ориентации. Сексуальная идентичность не равнозначна истинной сексуальной ориентации индивида и не обязательно с ней совпадает.

9.2. Половое развитие

С момента зачатия на дифференциацию полов на мужской и женский оказывают влияние многочисленные биологические факторы. Биологический пол определяется при зачатии хромосомным составом сперматозоида (мужской половой клетки), оплодотворяющего

яйцеклетку, или яйцо (женскую половую клетку). Если яйцеклетка оплодотворена сперматозоидом с X-хромосомой, то рождается девочка, если сперматозоид с Y-хромосомой, то – мальчик.

Приблизительно на 8-й неделе после зачатия половые гормоны начинают играть важную роль в дифференциации полов. До тех пор пока гонады не начнут выделять собственные гормоны на 6-й неделе после зачатия, ткани мужских и женских наружных половых органов остаются недифференцированными. Из этих тканей начинают формироваться либо мужские, либо женские гениталии. Это зависит от присутствия либо отсутствия продукта тестостерона. К 12-й неделе процесс дифференциации завершается: у плода мужского рода отчетливо видны формирующиеся мужские половые органы, а у плода женского рода – женские.

Женский организм отличается от мужского целым рядом признаков. Среди них ряд особенностей в темпах роста и развития, в продолжительности жизни, заболеваемости, смертности, в уровне обмена веществ, а также особенности психоэмоционального, поведенческого характера и т.д. Принято выделять 4 основных **характеристики половой принадлежности**:

- *генетическую* (набор половых хромосом – XX или XY);
- *гонадную* (половая железа у мужчин – яички, у женщин – яичники);
- *соматическую* (особенности телосложения);
- *психосексуальную* (осознание собственной половой принадлежности, характерные для мужского и женского пола особенности психики и поведения).

При отсутствии циркуляции тестостерона в женском гипоталамусе развиваются специализированные рецепторные клетки, исключительно восприимчивые к присутствию эстрогена в крови. В зародыше мужского организма присутствие тестостерона препятствует развитию у этих клеток восприимчивости к эстрогену. Данная форма пренатальной дифференциации является ключевым фактором, оказывающим влияние на все последующие события. В период полового созревания восприимчивый к эстрогену женский гипоталамус управляет работой гипофиза, побуждая его выделять гормоны, согласно циклическому ритму, запуская таким образом менструальный цикл. У мужчин невосприимчивый к эстрогену гипоталамус управляет стабильной (неритмической) выработкой половых гормонов.

К возрасту 18 месяцев у большинства детей прочно формируется гендерная идентичность.

У человека выделяют первичные и вторичные половые признаки – наиболее однозначные и служащие для определения пола репродуктивные особенности. К *первичным половым признакам*

относятся: половые железы (главный признак) и особенности строения половых органов, то есть те признаки, по которым определяют пол новорожденного ребенка. *Вторичные половые признаки* чётко выражены только у взрослого человека, к ним относятся особенности пропорций тела, степень развития молочных желез, характер оволосения, тембр голоса и другие.

Первичные половые признаки развиваются в течение внутриутробного периода, а вторичные – в период полового созревания.

И в мужском, и в женском организме половые железы имеют две функции:

- выработка ими яйцеклеток (женских половых клеток) и сперматозоидов (мужских половых клеток);
- синтез половых гормонов: женского – эстрадиол, мужского – тестостерон.

Известны и другие половые гормоны, но они менее эффективны. Совместно с другими гормонами эндокринной системы половые гормоны оказывают влияние на обменные процессы, определяя тип телосложения – мужской или женский.

К мужским половым органам относятся яички (мужские половые железы), придатки яичек, семявыносящие протоки, семенные пузырьки, предстательная железа, половой член. Их деятельность находится под контролем коры больших полушарий, подкорковых нервных центров, поясничного и крестцового отделов спинного мозга, гипоталамуса и передней доли гипофиза. Ускоренный рост яичек и мошонки как первый признак начала полового созревания отмечается в 10-13 лет. В возрасте 11-15 лет происходит ускорение роста длины тела, удлинение полового члена, усиление волос на лобке. На лице и подмышечных впадинах волосы появляются на 1,5-2 года позже, окончательное оволосение лица происходит к 25 годам. Одновременно усиливается рост волос на теле, происходит ломка голоса и активное увеличение гортани. В середине *пубертатного периода* (периода полового созревания) примерно у 1/3 мальчиков наблюдается набухание сосков, которое продолжается 12-18 месяцев, после чего постепенно исчезает. Это изменение вызвано повышенным выделением гипофизом особого гормона фоллитропина, обладающего стимулирующим действием на развитие, как яичек, так и молочных желез, и связано с повышенной чувствительностью к нему последних. В пубертатный период впервые появляются поллюции – непроизвольное извержение семени, чаще происходящее во сне – явление физиологически нормальное. К женской половой системе относятся наружные (большие и малые половые губы, клитор) и внутренние (влагалище, матка, маточные (фаллопиевы) трубы) половые органы, яичники (половые железы). У входа во влагалище находится девственная плева – тонкая перепонка с

множеством кровеносных сосудов и нервных окончаний, поэтому её разрыв болезнен и может сопровождаться небольшим кровотечением. Считается, что она до разрыва выполняет гигиеническую роль, препятствуя инфицированию и загрязнению влагалища. Деятельность яичников, а значит, и состояние всей женской половой системы находятся под контролем гипоталамуса и гипофиза. Гипофиз вырабатывает гонадотропины (фолликулостимулирующий, лютеинизирующий, лютеотропный), а гипоталамус – соответствующие либерины (нейрогормоны). Половое развитие девочек начинается с 8-10 лет, когда заметно усиливается рост грудных желез, матки, яичников и влагалища. Несколько позднее (с 10 лет) начинается оволосение наружных половых органов. С 11-12 лет начинается рост волос в подмышечных впадинах. Первые менструации появляются в возрасте 11-15 лет, часто не сопровождаясь выходом яйцеклетки из яичников (период относительного бесплодия). Эндокринная зрелость устанавливается лишь через 5-10 лет после первой менструации (менархе). Это является признаком того, что основные связи в системе регуляции женских половых органов уже сформированы. Нередко регулярный менструальный цикл устанавливается не сразу, примерно у 1/3 девочек это происходит в течение от полугода до полутора лет.

Таким образом, *половое созревание* – это процесс, результатом которого является половая зрелость. Физиологически человек достигает её в течение подросткового возраста (11-15 лет). Учитывая психологические и социальные факторы, то он достигает её к 16-19 годам.

9.3. Этапы психосексуального развития

Психосексуальное развитие является одним из аспектов индивидуального психического развития, которое охватывает первые четыре возрастных периода становления и динамики сексуальности, а его окончание знаменует вступление в период зрелой сексуальности. В итоге формируются половое самосознание, полоролевое поведение и психосексуальные ориентации.

В процессе психосексуального развития можно выделить следующие периоды:

1) *Паранубертатный период* (1-7 лет) – формируется половое самосознание; соответствует I этапу психосексуального развития.

2) *Пренубертатный период* (7-13 лет) – характеризуется выбором и формированием стереотипа полоролевого поведения; соответствует II этапу психосексуального развития.

3) *Нубертатный период* (12-18 лет) – самый бурный в сексуальном развитии организма; происходит половое созревание и формирование

платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо (первые 2 стадии III этапа психосексуального развития).

4) *Переходный период становления сексуальности* (16-26 лет) характеризуется началом половой жизни, мастурбационной практикой, сочетанием сексуальных эксцессов с периодами абстиненции (последняя стадия III этапа психосексуального развития с завершением формирования сексуального либидо).

5) *Период зрелой сексуальности* (26-55 лет) отличается регулярной половой жизнью с постоянным партнёром.

6) *Инволюционный период* (51-75 лет) – снижение половой активности и ослабление интереса к сексуальной сфере, сочетающееся с регрессом либидо (до уровня эротической, а затем платонической стадий).

Пик половой активности у мужчин и у женщин не совпадает по возрасту. У мужчин он приходится на 18-20 лет. После этого сексуальная активность поддерживается на достаточно высоком уровне до 40-45 лет, а затем медленно, но неуклонно идёт на убыль. Сексуальная активность женщин, как правило, пробуждается позднее. Пик сексуальной активности у женщин наступает после 30 лет, ближе к 40 годам.

Сексуальность является неотъемлемым признаком физического и психического здоровья, как в молодом, так и в пожилом возрасте. Сохранение сексуальных потребностей в старости характерно для людей с высоким уровнем интеллекта и высоким качеством жизни, проявлявших большую сексуальную активность в молодом возрасте.

Формирование полового самосознания происходит под влиянием микросоциальной среды, но в значительной степени детерминировано половой дифференцировкой мозга в пренатальном периоде. В этом возрасте происходит формирование речи, появление способности сопоставлять и противопоставлять объекты и их образы, становление самосознания (выделение себя из окружающего мира); обнаруживается яркость зрительных представлений. Преобладание аффективных реакций над рассудочными обеспечивает избирательность привязанностей и контактов. Формируются осознание половой принадлежности собственной личности и окружающих. Детское любопытство направлено на выяснение причин появления детей и изучение половых признаков (строение тела, гениталий и т.п.). Дети проявляют естественный интерес к своему телу, в т.ч. и к половым органам, подмечают анатомические различия между мужчинами и женщинами и часто играют со своими половыми органами.

Таким образом, понятие *половой принадлежности* полностью развивается к 3 годам, в процессе того, как ребёнок осознает себя как

личность. Это знание не является просто запоминанием, а формируется на основании анализа признаков собственной половой принадлежности.

Формирование стереотипа полоролевого поведения. На этом этапе (7-13 лет) происходит выбор половой роли, наиболее соответствующей психофизиологическим особенностям ребёнка и идеалам маскулинности (или фемининности) микросоциальной среды. Он характеризуется интенсивной социализацией ребёнка. Совершенствуются и дифференцируются эмоциональные реакции, оформляется преобладающее настроение, формируется характер. Этому возрасту свойственны недостаточное развитие воли и импульсивность поведения, любознательность, доверчивость, подражательность. Развиваются зачатки абстрактно-логического, понятийного мышления. Приобретение личной независимости не означает потери контакта с родителями. Наоборот, родители и их взаимоотношения становятся объектом пристального внимания и подражания.

Элементарные сексуально значимые реакции появляются в возрасте после 9-10 лет, они произвольны, неосознанны и не связаны с половым влечением и не имеют значения для осознания ребёнком его половой принадлежности. В период между 3 и 9-10 годами отмечается относительно равномерное ежегодное увеличение массы тела и роста. В это время дети безразличны к собственному телу, основное место в жизни занимает общий познавательный процесс и всё новое в окружающем мире и изменяющемся организме самого ребёнка вызывает любопытство и требует объяснения. Это очень важный период для правильной организации полового воспитания. Полоролевое поведение родителей во многом определяет формирование адекватной половой роли у ребенка.

Формирование психосексуальных ориентаций. Если предыдущие этапы протекали на относительно спокойном гормональном фоне, то на данном этапе (12-26 лет) начинается и достигает максимума функционирование эндокринной системы, в частности, половых желез. На основе индивидуальных особенностей темперамента и характера формируется личность, вырабатывается собственное мировоззрение, развиваются высшие эмоции. Формируются общественные представления и социальное сознание, адекватная оценка своих способностей.

Половое влечение начинает развиваться в подростковом возрасте (период полового созревания) наиболее бурно, что связано с изменением гормонального фона, физиологическими и психологическими перестройками. Формируются идеалы поведения и общения между полами, эталоны мужественности и женственности.

При отсутствии взаимопонимания в семье подросток получает интересующую его информацию, обсудить волнующие его проблемы на

стороне. Потребность в самоутверждении и самовыражении может находить выход в неформальных группах. Увеличение роли стихийных средовых факторов в сочетании со скрытностью подростков представляет благодатную почву для различного рода нарушений становления сексуальности, чему способствует отсутствие целенаправленного полового воспитания. Подавление сексуальных реакций зачастую влечёт переход сексуального напряжения в иные эмоциональные формы, в том числе связанные с агрессией.

Данный этап также включает в себя следующие стадии формирования *либидо* (сексуальное желание, половой инстинкт):

Платоническое либидо – фаза «детской» влюблённости. На этой стадии вполне достаточно совместного приготовления уроков, учёбы за одной партой, внимания со стороны объекта влюбленности и т.п. Включаются сначала отдельные элементы эротического фантазирования (стремление к прикосновениям и ласкам), которые затем нарастают, их диапазон расширяется и они занимают значительную часть свободного времени подростка.

При *эротической стадии* возникает интерес к интимной стороне взаимоотношения полов, эротической литературе, фильмам, что возбуждает воображение подростка, толкает его к эротическому фантазированию. Данную фазу эротической стадии формирования либидо нельзя считать наступившей при ярком эротическом фантазировании и интересе до тех пор, пока они не реализуются с партнёром.

Сексуальное либидо связано с началом половой жизни.

Факторы, способствующие поддержанию сексуальной активности:

1. Существует значительная корреляция между уровнем сексуальной активности человека в ранней зрелости и его сексуальной активностью в последующие годы для обоих полов. Люди, сильно интересующиеся сексом в молодости, сохраняют свой интерес и в преклонном возрасте.

2. Регулярный секс (как самостимуляции, так и секс с партнёром). Это основной фактор, способствующий поддержанию удовлетворительного сексуального функционирования в зрелости и преклонном возрасте. Люди, которые продолжают вести сексуально активный образ жизни, реже сталкиваются с сексуальными проблемами, чем те, кто перестал заниматься сексом.

3. Здоровье. Гораздо больше на сексуальное функционирование влияют плохое здоровье и болезни, чем возраст. Регулярная физическая активность (прогулки, лёгкие пробежки, спортивная ходьба, плавание и т.д.) и здоровое питание не только укрепляют общее, но и сексуальное

здоровье, усиливают сексуальное желание и эротические способности человека.

Интимные отношения нужны человеку на протяжении всей жизни. И с возрастом, когда личность человека становится более зрелой, это может добавить отношениям новые и более глубокие измерения.

9.4. Сексуальная культура

Любовь – это философская категория, основанная на субъектном отношении, интимном избирательном чувстве; является своеобразным индикатором счастья. Любовь основана на чувстве глубокой симпатии и привязанности к другому человеку или объекту.

Существуют многочисленные формы любви: любовь к родителям, детям, к Богу, себялюбие (нарциссизм), половая любовь и т.п.

С точки зрения биохимических процессов, возбуждение, восторг и головокружение, которыми отмечено состояние страстной влюблённости, вызваны повышенной секрецией трёх нейромедиаторов: норэпинефрин, допамин и фенилэтиламин – по химическому составу схожи с амфетаминами и потому вызывают амфетаминоподобные эффекты, такие как эйфория, головокружение и восторг. В нейробиологии, на основе изучения работы мозга влюблённых, любовь была определена как «дофаминэргическая целеполагающая мотивация к формированию парных связей». Постепенное перерастание влюблённости в глубокую привязанность может быть вызвано тем, что со временем мозг начинает вырабатывать другую разновидность нейромедиаторов, называемых эндорфинами. Эти морфиноподобные вещества оказывают успокаивающее воздействие, вызывают ощущения безопасности, умиротворённости, душевного покоя.

Любовь часто (не всегда) является основой полового влечения.

Половое влечение – это комплекс желаний и связанных с ними переживаний, имеющий в своей основе биологические инстинкты, направленные на воспроизведение жизни. Включает стремление к половой близости, выраженность и направленность которого определяются генетическим набором хромосом, диэнцефальным отделом мозга, развитием желез внутренней секреции и формированием условно рефлекторных комплексов под влиянием индивидуального психосоциального опыта.

Половое влечение часто вызывает желание полового сношения без непосредственной цели зачатия, а с целью удовлетворить естественные сексуальные потребности, вызываемые половым влечением, и получить яркое эмоциональное и физиологическое наслаждение.

Физиология и психология полового влечения:

1) *Релаксация (разрядка)*, достигаемая путём реализации полового возбуждения. При релаксации достигается лишь удовлетворение физиологической потребности, на личные качества партнёра практически не обращается внимания.

2) *Продолжение рода*. Сексуальное влечение выступает лишь средством достижения конкретной цели деторождения.

3) *Удовольствие*. В достаточно большом числе случаев сексуальные взаимодействия осуществляются исключительно с целью получения приятных ощущений.

4) *Познание*. Удовлетворение полового любопытства (как правило, ещё в детском возрасте).

5) *Средство сексуального самоутверждение*. Иногда вступление в сексуальные отношения служит средством доказательства собственной состоятельности как представителя определённого пола. Это наиболее характерно для подросткового возраста.

6) *Привычка*. Повторяемые многократно сексуальные действия образуют фиксированную форму действий и их совершение само по себе становится потребностью.

7) *Компенсация*. Сексуальные отношения могут замещать другие виды деятельности, способы удовлетворения эмоционального голода.

Факторы, влияющие на выбор партнёра у мужчин и у женщин:

- *Пространственная близость.*
- *Сходство убеждений, интересов и ценностей.*
- *Взаимная ответная реакция.*
- *Физическая привлекательность.*

Многочисленные эксперименты доказали, что зачастую привлекательность имеет преобладающее значение в возникновении любовного влечения; физически привлекательные люди больше «востребованы» в качестве друзей и любовников и чаще воспринимаются окружающими как приятные, интересные, чуткие, уравновешенные, счастливые, сексуальные, компетентные и социально адаптированные, в отличие от тех, кто имеет заурядную или непривлекательную внешность.

Сексуальное поведение человека включает в себя различные формы взаимодействия, мотивированные его половой потребностью. Оно выполняет 3 основные функции:

- репродуктивную;
- гедоническую (направленную на получение наслаждения);
- коммуникативную (как форму выхода из одиночества).

Развитие интимных отношений:

1. *Включение* – первый шаг, предпринимаемый человеком для встречи (форма зрительного контакта, улыбки или доброжелательного приветствия).

2. *Забота* – искреннее беспокойство о благополучии другого.

3. *Доверие* – ключевой фактор в установлении близких отношений на начальном этапе, так и в дальнейшем при их развитии и сохранении.

4. *Привязанность* – порождает желание быть физически ближе друг другу (часто выражается во взаимных прикосновениях, телесном контакте, объятиях и ласках, словах восхищения; знаки привязанности могут быть невербальными и выражаться улыбкой, подмигиванием, нежными взглядами, симпатии).

5. *Игривость* – выражает восхищение другим и удовольствие от его общества; сопровождается весельем, раскрепощённостью и смехом.

6. *Генитальный контакт* – заключительная фаза отношений; партнёры решают выразить свои чувства друг к другу, вступив в полноценные сексуальные отношения. Отношения, не содержащие сексуального элемента, характеризуются как дружеские.

Сексуальные отношения рушатся гораздо чаще, чем дружеские. Они часто сопровождаются конфликтностью и неоднозначностью. Люди связывают секс с любовью, однако характер этой связи далеко не всегда очевиден.

Можно заключить, что здоровые сексуальные отношения – это основа доверительного отношения между партнёрами, основа семейного благополучия. Сексуально здоровый человек достигает всех жизненных целей и имеет правильную жизненную позицию.

9.5. Половое воспитание детей и подростков

Задачи полового воспитания состоят в помощи молодому поколению гармонично развиваться, в привитии нравственных основ создания брака и семьи. Половое воспитание в семье должно начинаться ещё до полового созревания ребенка. Основы полового воспитания должны прививаться комплексно, не только в семье, но и в дошкольных учреждениях, школе.

От проделанной информационной работы, зависит насколько ребёнок будет подготовлен к тем анатомическим изменениям, с которыми он столкнется в дальнейшем. Недостаток информации он почерпнёт от сверстников «на улице», из интернета и т.д. Не освещая сексуальное развитие ребёнку можно привести его к половой распущенности и неразборчивости в половых отношениях.

В *дошкольном возрасте* родители должны привить ребёнку основные навыки гигиены и правила поведения. Правильное половое развитие напрямую связано с общим физическим развитием. Гигиена

детей дошкольного возраста состоит не только в уходе за своим телом, но и сохранении общего соматического здоровья.

В раннем возрасте дети хорошо воспринимают сказки. Необходимую информацию о появлении малыша можно преподнести в форме сказки. Малышей вполне удовлетворит ответ на вопрос об их появлении, что он «рос у мамы в животике, и она родила его в роддоме». Не ответив на вопрос, интерес ребёнка лишь подогреется к этой теме, или же он закроется от родителей.

Половое воспитание дошкольников должно прививать ребёнку такие качества, как стыдливость, выдержка, отзывчивость. Нельзя забывать, что детское внимание акцентируется на теме 7-8 минут, поэтому отвечать на вопросы нужно коротко и лаконично.

Основы полового воспитания ребёнка заключается в поддержании мужского авторитета в семье. На глазах у ребёнка нельзя открыто критиковать отца и унижать его достоинство. Сын на примере отца будет строить свою семью и выстраивать отношения с противоположным полом. Дочь в отце видит идеал своего мужчины, которого она будет искать на протяжении своей жизни.

На первый план воспитания *подростков* выходит подготовка к взрослой жизни, умение адекватно воспринимать межполовые различия, устанавливать нормальные отношения со сверстниками, противоположным полом и в коллективе, умение реализовать свои потребности, основываясь на нормах нравственности и этики.

К 15-17 годам подростки уже имеют тело практически взрослого человека при сохранении мышления ребёнка. Личность подростка не достигает ещё психосоциальной зрелости. Поэтому самым понятным способом приобретения стереотипа поведения взрослого для подростка являются сексуальные отношения.

Сексуальное просвещение подростков должно быть направлено на информирование о вопросах, касающихся пола, репродуктивной функции и становления сексуальности. Мальчиков нужно подготовить к поллюциям. Девочек подготовить к началу менструации, объяснить правила гигиены, как вести цикл. Объяснить, что изменения в организме лишь свидетельствует о его взрослении. На первый план выходит разъяснение и предупреждение негативных последствий, с которыми может столкнуться подросток при первом сексуальном опыте.

Причины, побуждающие молодых людей вступать в половую связь:

1. Увеличенная выработка половых гормонов, особенно тестостерона, усиливает сексуальное желание и привлекательность у обоих полов.
2. Любопытство и чувство готовности попробовать «это».
3. Около четверти подростков считают, что сексуальные отношения – это настоящее проявление привязанности или любви.

4. Стремление вести себя «как взрослые», влияние со стороны сверстников, чувство обязанности по отношению к партнёру.

Раннее начало сексуальных отношений в сочетании с низким уровнем знаний в этой области, плохой осведомлённостью о средствах и методах контрацепции и недостаточным их применением приводит к росту числа беременностей у подростков и, как следствие, к увеличению числа абортов, неблагоприятных исходов родов и ухудшению репродуктивного здоровья подростков.

По определению ВОЗ к подросткам относятся молодые люди 10-19 лет. Согласно современным статистическим данным отмечено резкое увеличение числа «сексуально активных» подростков во всём мире. Средний возраст первого полового контакта среди мальчиков составляет 16 лет, среди девочек – 14 лет.

Основные медико-социальные проблемы в подростковой и молодежной среде:

- сексуальное поведение и вредные привычки;
- инфекции, передаваемые половым путём (ИППП);
- нежелательные беременности.

Сексуальное партнёрство в молодёжной среде имеет свои особенности:

- сексуальный дебют с малознакомым недавно встреченным партнёром на стадии влюблённости;
- случайный секс или сексуальные отношения помимо постоянного партнёрства без предохранения от нежеланной беременности;
- терпимость к внебрачным половым отношениям;
- промискуитет (более 50% девочек-подростков к 19 годам успевают сменить от трёх до шести партнёров);
- на этапе проб возможны множественные случайные связи, в т.ч. незащищённые гомосексуальные контакты. Это может привести к заражению венерическими заболеваниями, тяжёлыми вирусными инфекциями (вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией), различной природы заболеваниями толстого и тонкого кишечника, мочеполовому шигеллёзу и т.д.

Сексуальная активность подростков привела к такому явлению, как *юное материнство (подростковая беременность)*.

Негативные последствия подростковой беременности:

1. Развиваются физические осложнения (к ним относятся: токсикоз, кровотечения, невынашивание беременности, задержка внутриутробного развития плода, преждевременные роды, низкая оценка по шкале Апгар и даже смерть, как матери, так и ребёнка).
2. Высокие показатели пренатальной и младенческой смертности.

3. Матери-подростки чаще оказываются плохими родителями по сравнению с взрослыми матерями.

4. У детей подростков выше риск общесоматических заболеваний, интеллектуальных и эмоциональных проблем, чем у остальных детей.

5. У потомства, рождённого от юных отцов, часто выявляются врождённые пороки развития элементов нервной трубки (микроцефалия, менингоцеле); врождённые пороки развития эктодермы (омфалоцеле, гастрошизис);

6. проведение аборта с наличием соответствующих осложнений после этой операции, вплоть до бесплодия и тяжелыми психическими испытаниями.

Стратегии по снижению частоты беременности у подростков:

1. Необходимо постоянное совершенствование системы планирования семьи.

2. Обязательное половое просвещение; предоставление информации в доброжелательной форме (без осуждения), при необходимости обеспечить приватность и конфиденциальность беседы.

3. Выявление лиц из «группы риска» с учётом условий жизни и уровня социальной напряжённости.

4. Предупреждение нежелательной беременности требует эффективной контрацепции. Большое количество подростков часто в несколько первых половых актов вообще не используют никаких контрацептивов. Юноши-подростки часто считают предохранение делом девушек. Программы полового просвещения должны подчёркивать, что ответственность за контрацепцию разделяется между партнерами в равной степени.

5. Многообразие и доступность противозачаточных средств значительно повышает частоту их использования сексуально активными подростками, но не влечёт за собой увеличения сексуальной активности в целом.

Всеобщая декларация прав человека говорит о том, что подростки имеют право:

– быть информированными о репродуктивном здоровье и его составляющих;

– доступа к безопасным и эффективным методам контрацепции;

– осознанного решения о темпах и сроках самовоспроизводства.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, подростки имеют право на выбор метода контрацепции и должны иметь доступ ко всему многообразию при выборе контрацепции.

9.6. Профилактика заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП)

Инфекции, передающимся половым путём (ИППП) представляют собой большую группу болезней человека, имеющих социальный характер и передающиеся от человека к человеку исключительно или преимущественно половым путем. Венерические заболевания известны с древних времён. Заболевания, передающиеся половым путём (ЗППП) характеризует хроническое течение (сами они не проходят и без лечения неизбежно переходят в хроническую форму), отсутствие на них иммунитета, возможность повторного заражения сразу же после выздоровления, а также то, что способ заражения напрямую связан с поведением человека, так как венерические заболевания передаются, преимущественно, половым путём. К венерическим болезням относятся сифилис, гонорея, трихомониаз и др.

Предупреждение болезней, передающихся половым путём, основано на знании их основных проявлений (симптомов), последствий, эффективных мер профилактики.

Наиболее простым и эффективным средством профилактики таких заболеваний является презерватив. Большое значение имеет наличие постоянного полового партнёра, а из арсенала доступных процедур – обмывание половых органов в течение первых 2-3 часов после полового контакта водой с мылом (гонококк и бледная трепонема очень неустойчивы к щелочам), промывание мочеиспускательного канала раствором марганцовокислого калия (трихомон и гонококк неустойчивы к дезинфицирующим веществам), использование специальных мазей и паст. Знания об особенностях течения и последствиях передающихся половым путём заболеваний необходимы, чтобы начать как можно более раннее их лечение.

Высокий уровень заболеваемости ИППП, является одной из актуальных проблем не только венерологии, но и в целом клинической медицины.

Факторы риска ИППП у подростков:

- ранее начало половой жизни;
- частая смена полового партнёра;
- случайные половые связи (с незнакомыми и малознакомыми людьми);
- употребление алкоголя и наркотиков, что ведёт к снижению самоконтроля над поступками, в т.ч. сексуального характера;
- не применение средств индивидуальной защиты (презервативов) и средств экстренной профилактики – обработка половых органов антимикробными препаратами в первые 2 часа после незащищенного полового акта с заведомо больным партнёром;

- самолечение (по внешним признакам невозможно угадать какой болезнью заболел).

Немаловажное значение в уровне заболеваемости ИППП молодого поколения имеет позднее обращение (или его отсутствие) за медицинской помощью, причинами которого являются:

- бессимптомное течение ИППП и их диагностика только после выявления у партнёров;
- недоверие подростков родителям, ожидание от них только негативной реакции, а не помощи;
- боязнь презрения со стороны сверстников, которые узнают о лечении у венеролога, стационаре;
- надежда, что «болезнь сама пройдет»;
- уверенность в том, что можно лечиться по медицинским справочникам, Интернету, приобретая «хорошие» лекарства в аптеке.

Профилактика ИППП базируется на:

- изменении сексуального поведения людей;
- пропагандировании образа жизни без наркотиков и других психостимулирующих веществ;
- пропагандировании отказа от вредных привычек;
- пропагандировании использования латексных презервативов (женских и мужских) и иных современных методов контрацепции, которые, если их использовать правильно, препятствуют заражению ВИЧ/СПИД и ИППП;
- призыв к своевременному обращению к специалистам – венерологам для предупреждения дальнейшего распространения и развития ИППП;
- повышение уровня знаний подростков о проблеме ИППП и репродуктивного здоровья.

Основной профилактикой инфекций, передаваемых половым путем, является информация о крайней опасности случайных сексуальных контактов с незнакомыми партнёрами. Большинство инфекционных заболеваний проходят в скрытой форме и только на поздних стадиях процесса они начинают свое проявление, когда лечение уже будет затруднено и имеется большая вероятность всевозможных осложнений. Только квалифицированная информация, направленная на просвещение в части половых инфекций, об их последствиях, путях передачи, а также о средствах контрацепции, может стать реальными методами профилактики возникновения данных инфекционных заболеваний.

9.7. Этика семейной жизни. Планирование семьи

Семья – это выработавшаяся за многие века форма сожительства людей мужского и женского пола в интересах создания нормальных условий для их повседневной жизнедеятельности, сохранения здоровья, рождения и воспитания детей; союз мужчины и женщины, объединённых чувством любви, дружбы, взаимного уважения, ведущих при этом общее хозяйство и оказывающих друг другу моральную и материальную поддержку. Известно, что заболеваемость людей семейных ниже, чем несемейных. Наиболее благоприятный с медицинской точки зрения возраст для вступления в брак для мужчин – 23-28 лет, для женщин – 20-22 года.

Для устойчивого брака важны как психологическая, так и сексуальная совместимость. С возрастом сексуальная активность супругов снижается: средняя частота половых актов на первом году брака составляет 11 раз в месяц, на втором – 9-10 раз, а при стаже от 4 до 10 лет – 8-9 раз. Тесный физический контакт, устанавливаемый в браке, способствует также синхронизации некоторых физиологических процессов супружеской пары – температуры тела, частоты сердцебиений, гормональных циклов, что способствует синхронизации их эротических желаний. Синхронизация некоторых физиологических процессов может быть и результатом психологической близости. Супружеская пара, как и личность, обладает духовной и психофизиологической индивидуальностью, единство которой не ограничивается сексуальной сферой. Не последнюю роль в гармонизации супружеских отношений играет и правильное половое воспитание. В некоторых культурах половой акт оценивается бесспорно, если он приемлем только в браке.

Для консультирования семейных пар по вопросам контрацепции, сохранения репродуктивного здоровья, планирования деторождения организуется *служба планирования семьи*.

Планирование семьи позволяет людям иметь желаемое число детей и определять интервалы времени между их рождением. Это достигается благодаря использованию методов контрацепции и лечения бесплодия.

Планирование семьи – это комплекс медицинских, социальных и юридических мероприятий, проводимых с целью рождения желанных детей, регулирования интервалов между беременностями, контроля времени деторождения, предупреждения нежелательной беременности. Планирование семьи включает в себя подготовку к желанной беременности, обследование и лечение бесплодных пар, контрацепцию, прерывание нежелательной беременности.

Основной принцип работы службы – «беременность должна быть желанной, промежутки между родами должны контролироваться, аборт не должно быть».

В службу планирования семьи обращаются в следующих случаях:

- при рождении ребёнка;
- после аборта;
- при начале половой жизни;
- при вступлении в брак;
- при консультировании по вопросам контрацепции;
- для выбора безопасного метода контрацепции при наличии каких-либо заболеваний (как гинекологических, так и общих).

Проблема бесплодия

Бесплодие – это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться беременности в течение одного года. Мужчина-партнер может быть проверен на бесплодие или субфертильность (пониженную плодовитость) с помощью целого ряда клинических методов, а также с использованием лабораторного исследования спермы.

Первичное бесплодие определяется как «неспособность женщины родить ребёнка из-за ее неспособности либо забеременеть, либо доносить и родить живого ребенка». Иногда этому дается другое определение – «первичная стерильность».

Вторичное бесплодие определяется как «неспособность женщины родить ребёнка из-за её неспособности либо забеременеть, либо доносить и родить живого ребенка» уже после того, как у неё либо была предыдущая беременность, либо она смогла ранее доносить и родить живого ребёнка. Поэтому, тех женщин, у которых происходит спонтанный выкидыш или рождается мёртвый ребёнок, но при этом у них была предыдущая беременность или они смогли ранее доносить и родить живого ребенка, можно назвать «вторично бесплодными».

Клиническое определение бесплодия (которое используется для решения проблемы обеспечения необходимого доступа к средствам диагностирования и мерам вмешательства в отношении репродуктивного здоровья) звучит так: «это болезнь репродуктивной системы, которая выражается в отсутствии клинической беременности после 12 или более месяцев регулярной половой жизни без предохранения от беременности».

Основные причины женского бесплодия

1. Проблемы с созреванием яйцеклетки. Они встречаются в 39% всех случаев. Чаще всего такие нарушения происходят в результате неправильной работы гормонов, контролирующей развитие яйцеклетки.

2. Дефекты маточных труб, которые могут быть повреждены или закупорены. Привести к этому могут спайки, появившиеся после операций органов брюшной полости, а также абортов или внематочных беременностей или сами воспалительные процессы маточных труб (воспаление придатков) и матки (эндометрит).

3. Проблемы с каналом шейки матки – эрозии или воспалении шейки матки.

4. Дефекты матки: пороки развития, миомы, фибромы, фибромиомы, полипы и опухолевидные образования — кисты.

5. Болезни, напрямую не связанные с половой сферой. Это нарушения обмена веществ, заболевания щитовидной железы, надпочечников, сахарный диабет и т.п.

Факторы, снижающие фертильность:

1. с возрастом вероятность забеременеть постепенно снижается;

2. коварную роль может сыграть длительный стаж курения, злоупотребление алкоголем;

3. плохая экология;

4. стрессы;

5. неправильное питание: ожирение, нехватка веса, недостаток витаминов.

В основе мужского бесплодия лежат следующие причины и проблемы:

1. неполноценность сперматозоидов (нарушения их подвижности и жизнеспособности); резкое снижение их числа; нарушение их продвижения по семявыносящим путям и выброса наружу;

2. варикоцеле – расширение вен яичка и семенного канатика;

3. травмы и дефекты половых органов мужчин (неопущение и перекручивание яичек);

4. инфекционные заболевания, в первую очередь те, которые передаются половым путем: гонорея, сифилис, хламидиоз, трихомониаз и т.д. Но хуже всех половых инфекций действует на мужчин паротит (обычная детская болезнь — «свинка»);

5. воспаление мужских мочеполовых органов, (простатит, уретрит);

6. иммунологические нарушения;

7. гормональные нарушения, дефицит мужского полового гормона – тестостерона;

8. внешние причины: психоактивные вещества (алкоголь, табак, наркотики, некоторые медикаменты), плохая экология (радиация, пестициды, недостаток витамина С и цинка) и даже просто неаккуратное обращение с собственным организмом (слишком тугая

одежда, частое посещение сауны, чрезмерное усердие в спортивных занятиях) и т.д.

Методы современной медицины:

1. стимуляции яичников (применяется при нарушении или отсутствии овуляции);

2. искусственной инсеминации (применяется при половой слабости у мужчины, недостаточном количестве или активности сперматозоидов в естественных условиях, аллергической реакции организма женщины на компоненты спермы и т.д.);

3. ЭКО (оплодотворение яйцеклетки в пробирке и помещение её непосредственно в полость матки);

4. ЭКО с непосредственным введением сперматозоида в яйцеклетку;

5. донорства спермы;

6. донации ооцитов (использование донорской яйцеклетки);

7. суррогатного материнства (в этом случае используется ЭКО, но лишь как один из промежуточных этапов).

Профилактика бесплодия у женщин сводится к соблюдению ряда правил:

- необходимо придерживаться гигиены в сексуальной жизни (частые аборты, беспорядочная половая жизнь, несогласованное с врачом принятие противозачаточных средств, частая смена половых партнеров, занятие сексом на протяжении менструального цикла);

- правильно питаться;

- снизить употребление напитков, содержащих алкоголь;

- избегать стрессовых ситуаций.

Профилактики бесплодия у мужчин подразумевает:

- посещение хирурга или уролога с целью выявить заболевания, патологии и своевременно их вылечить;

- здоровый образ жизни: умеренные физические нагрузки, восьмичасовой сон, прогулки, времяпрепровождение на природе;

- необходимо следить за рационом: в обязательном порядке он должен включать зелень, орехи, яйца, рыбу и мясо.

- не стоит чрезмерно увлекаться банями и саунами, злоупотреблять алкоголем и табаком, нервничать, носить тесное бельё. Положительную роль играет регулярная интимная жизнь с постоянным партнером.

Профилактика бесплодия должна начинаться с детского возраста, родители должны водить девочку на плановые врачебные осмотры и следить за её гигиеной. Первый осмотр у детского гинеколога девочка проходит до поступления в школу, или же не позже, чем в 12 лет. Обследуя детей и девочек-подростков, гинеколог обращает внимание на телосложение, степень развития молочных желез, выраженность

оволосения наружных половых органов. Иногда проводится пальпация внутренних половых органов через прямую кишку.

При диагностированном бесплодии, иногда могут помочь самые несложные меры: лечебная гимнастика и физкультура, корректировка режима дня и рациона.

К гинекологу необходимо обращаться:

- после начала половой жизни посещать гинеколога и сдавать анализы на выявление скрытых инфекций необходимо регулярно. Особенно стоит быть внимательной при смене полового партнера. Даже если у вас нет жалоб, показываться гинекологу надо не реже, чем один раз в год;
- болезненные, нерегулярные менструации, нарушения цикла;
- межменструальные кровотечения;
- жжение, раздражение и зуд половых органов, выделения с неприятным запахом;
- боль во время полового акта и после него;
- кровянистые выделения после полового акта;
- боли внизу живота, резь при мочеиспускании;
- появление уплотнений в области половых органов или молочных желез, выделения из сосков.

Перед посещением гинеколога стоит провести гигиенические процедуры, а также:

- не применять вагинальные свечи, кремы и таблетки;
- в некоторых случаях потребуется отказ от приёма антибиотиков и противовирусных препаратов, о чем надо предварительно посоветоваться с врачом;
- исключить половые контакты за 2-3 дня до посещения гинеколога;
- при необходимости сдачи анализов рекомендуется не мочиться перед посещением врача 1,5 часа.

УЗИ органов малого таза проводят при опорожненном мочевом пузыре, а исследование гормонального статуса – в определенные дни менструального цикла, о чем вас заранее предупредит врач.

Проблемы мужского здоровья

1. Профилактика заболеваний предстательной железы у мужчин. Заболевания предстательной железы у мужчин могут стать причиной импотенции. Простата (предстательная железа) – это орган размером с грецкий орех, расположенный под мочевым пузырем. Простата является половой железой, но не вырабатывает гормонов.

Для профилактики заболеваний предстательной железы необходимо поддерживать физическую активность, вести регулярную половую жизнь, соблюдать гигиену, правильно питаться и не допускать длительных переохлаждений организма.

2. *Влияние и последствия курения и алкоголя для организма мужчины.* Влияние курения на организм мужчины пагубно, сексуальная активность вдвое меньше, чем у некурящих. Когда человек расстаётся с этой привычкой, потенция, как правило, восстанавливается.

Второй мощный фактор риска, разрушающий здоровье мужчины, – неумеренное и многолетнее злоупотребление алкоголем. Причинами смертности вследствие негативного влияния алкоголя на мужчину бывают больное сердце, цирроз печени, несчастные случаи, автомобильные катастрофы.

3. Мужчины чаще страдают ишемической болезнью сердца, инфарктами миокарда, артериальной гипертонией. Мужские проблемы со здоровьем объясняются тем, что у них в отличие от женщин отсутствуют эстрогены, являющиеся защитой от сердечных болезней. Кроме этого, они чаще подвержены стрессам, нервным срывам.

Правила поддержания мужского здоровья в сексуальной сфере:

1) В любом возрасте каждый мужчина раз в год должен проходить обследование у уролога. Этот специалист может вовремя обнаружить у мужчины признаки надвигающейся опасности – простатита, и назначить своевременное лечение для устранения этой болезни.

2) Необходимо следить за своим весом. Лишний вес негативно сказывается на сексуальной функции мужчины, уменьшая вероятность зачатия ребёнка в разы, а также нарушая отношения с женой.

3) Важно следить за мочеиспусканием. Любые нарушения этого процесса или неприятные симптомы во время мочеиспускания указывают на начало развития простатита или других заболеваний предстательной железы.

4) При каждом сексуальном контакте мужчина должен позаботиться о том, чтобы контакт был максимально безопасным. Половые инфекции и венерические заболевания, передающиеся при сексуальной связи, могут спровоцировать тяжёлые осложнения в простате, яичках, почках и всей мочеполовой системы в целом.

5) Спорт и физические нагрузки. Регулярное занятие спортом, активный образ жизни способны держать организм в тонусе, сжигать лишний жир, избавляться от стрессов и сбрасывать негативную энергию. Занятия спортом очень полезны как для сексуального здоровья мужчины, так и для физического и интеллектуального благополучия.

10. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

10.1. Профилактическая направленность здравоохранения

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» государственная политика в области охраны здоровья населения предусматривает **профилактическую направленность системы здравоохранения**.

Согласно *Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года*:

Профилактика заболеваний – система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Цель профилактики заболеваний – добиться сохранения и укрепления здоровья народонаселения, воспитания здорового молодого поколения, обеспечение высокой трудоспособности и продолжительной активной жизни.

Укрепление здоровья – это организованный процесс, позволяющий человеку осуществлять контроль за своим здоровьем и направленный на улучшение здоровья.

Принцип социально-профилактической направленности предусматривает последовательное проведение комплекса социально-экономических, медицинских, экологических, технических, хозяйственных, административных, воспитательных и прочих мер, которые направлены на предотвращение и искоренение причин возникновения и развития заболеваний, создание наиболее благоприятных условий для охраны здоровья, долголетней активной жизни граждан.

Научно-теоретическая база профилактики включает ряд *компонентов*:

- профилактическое направление охраны здоровья населения; занимает центральное место в системе социально-экономических и медицинских мер, ориентировано на укрепление общественного здоровья путём формирования здорового образа жизни;
- профилактическое направление здравоохранения. Реализуется в формах и методах деятельности организаций здравоохранения, направленных на предупреждение, раннее выявление заболеваний, факторов риска и своевременное оздоровление населения;
- социальная профилактика – направление социальной политики государства, имеющее целью создание необходимых условий,

оказывающих благоприятное влияние на каждого человека и общества в целом;

- медицинская профилактика – комплекс специфических мероприятий, имеющих целью устранение причин и условий, порождающих заболевания, и проводимых органами и организациями здравоохранения для предупреждения возникновения заболеваний, их раннего выявления, своевременного лечения и оздоровления пациентов;
- медико-социальная профилактика – синтез медицинских и социально-экономических мер (профилактической деятельности государственных, общественных организаций, органов и организаций здравоохранения, направленных на укрепление здоровья);
- экологическая медико-социальная профилактика – комплекс мер по предупреждению отрицательного влияния природных факторов на здоровье человека;
- индивидуальная профилактика – рациональный режим, гигиеническое поведение в быту, на производстве;
- общественная (популяционная, социальная) профилактика – система государственных, общественных, медицинских мероприятий по сохранению здоровья коллективов.

Профилактическое направление является решающим условием успехов здравоохранения. ВОЗ ориентирует страны мира на развитие профилактики, интеграцию профилактических служб со всей системой здравоохранения.

Необходимость усиления мер профилактики основывается на следующих предпосылках:

1. изменился тип патологии населения: в заболеваемости населения преобладает неэпидемический тип патологии; причиной около 80% смертности, первичного выхода на инвалидность являются хронические неэпидемические заболевания, возрастает их удельный вес в структуре заболеваемости;

2. складываются неблагоприятные тенденции инфекционной заболеваемости (рост кишечных инфекций, гриппа и др.);

3. динамика демографических процессов по факту и по прогнозу имеет негативные тенденции;

4. ухудшается физическое и нервно-психическое здоровье населения, особенно детского;

5. повышается агрессивность окружающей среды – фактор риска многих заболеваний;

6. последствием аварии на ЧАЭС стало загрязнение радиоактивными веществами четверти территории Беларуси;

7. отсутствует осознанная потребность у различных контингентов населения в сохранении и укреплении здоровья, получении информации о факторах риска заболеваний, мерах по их устранению.

Профилактические мероприятия немедицинского характера: обеспечение безопасных условий труда и профилактика травматизма, охрана окружающей природной среды, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и т.д.

Профилактические мероприятия медицинского характера реализуются через систему организаций здравоохранения и определяются по отношению к населению как:

- **индивидуальная** – профилактические мероприятия, проводимые с отдельными индивидуумами;
- **групповая** – профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц; имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы);
- **популяционная (массовая)** – профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или всё население в целом.

Профилактическое направление находит своё отражение в работе почти всех типов организаций здравоохранения.

В Республике Беларусь профилактика не является узковедомственной функцией органов здравоохранения, а обеспечивается всей системой социально-экономических мероприятий общества, имеет всеобъемлющий характер и направлена на предупреждение болезней, охрану и укрепление здоровья каждого человека и всего общества в целом.

Профилактическое направление здравоохранения закреплено законодательством, неуклонно проводится в жизнь и включает проведение широких социально-экономических и санитарно-гигиенических мероприятий (охрана окружающей среды, оздоровление условий труда и быта, санитарный контроль за проектированием, строительством и эксплуатацией техники и различных объектов), противоэпидемических мер (обеспечение эпидемического благополучия, предупреждение и борьба с эпидемиями и инфекционными заболеваниями и др.), осуществление мероприятий по улучшению гигиенического воспитания населения, дальнейшее внедрение здорового образа жизни, физической культуры и спорта.

10.2. Виды профилактических мероприятий

Различают социальную и медицинскую профилактику.

Социальная профилактика – важнейшая функция государства и его органов на местах. Она создаёт все необходимые условия для сохранения и укрепления здоровья каждого человека и общества в

целом. К мерам социальной профилактики следует отнести меры государства по социально-экономическому развитию общества: повышение экономики, реальной заработной платы, развитие общественных фондов потребления, повышение культурного уровня населения, меры по охране окружающей среды, условий труда и быта, жилища, питания и др.

Медицинская профилактика – комплекс мероприятий, имеющих целью устранение непосредственных причин и условий, порождающих заболевания. Она проводится органами и организациями здравоохранения для предупреждения возникновения заболеваний, их раннего выявления, своевременного лечения пациентов и их оздоровления.

В зависимости от состояния здоровья объекта приложения профилактических мер выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика – основной раздел профилактики, имеет целью предупреждение самих условий, вызывающих непосредственные причины заболеваний и достижение оптимальных для здоровья условий жизни.

В Законе РБ «О здравоохранении» она представлена как комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения патологического процесса, предупреждение воздействия факторов риска здоровью. Они гипотетически связаны с развитием того или иного заболевания, ассоциируются с большим распространением, повышенной вероятностью возникновения новых случаев заболеваний.

Цель первичной профилактики состоит в том, чтобы уменьшить частоту новых случаев (инцидентность) какой-либо болезни путём контроля за её причинами, эпидемиологическими условиями, факторами риска.

В современных условиях первичной профилактике отводится главенствующая роль. Первичная профилактика неинфекционных заболеваний в настоящее время является потенциально наиболее эффективной мерой снижения заболеваемости, смертности и нетрудоспособности населения нашей страны. Поэтому для будущих практических врачей необходимо глубокое осознание значения первичной профилактики заболеваний. Первичная профилактика: снижение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний – индекса массы тела (ИМТ), курения, рост физических упражнений; хорошее питание, например, больше овощей, меньше жира.

Первичная профилактика включает:

- Проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга и принятие мер по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха,

питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни).

- Формирование здорового образа жизни, в том числе:
 - создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии негативных факторов и возможностях их снижения;
 - гигиеническое воспитание;
 - снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств;
 - привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.
- Меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидности и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма и др.
- Осуществление медицинского скрининга с целью снижения влияния факторов риска и раннего выявления и предупреждения заболеваний различных целевых групп населения путём проведения *профилактических медицинских осмотров*:
 - предварительных – при приёме на работу или поступлении в учебное заведение;
 - при приписке и призыве на воинскую службу;
 - периодических – для экспертизы допуска к профессии, связанной с воздействием вредных и опасных производственных факторов, либо с повышенной опасностью для окружающих;
 - осмотров декретированных контингентов (работников общественного питания, торговли, детских учреждений и т.д.) с целью предупреждения распространения ряда заболеваний.
- Проведение иммунопрофилактики различных групп населения.
- Диспансеризация населения с целью выявления рисков развития хронических соматических заболеваний и оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных факторов, с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Вторичная профилактика – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений

жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию пациентов в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

Вторичная профилактика применима только к тем болезням, которые поддаются идентификации и лечению в ранний период развития, что позволяет предупредить переход болезни в более опасную стадию. Путём раннего выявления пациентов на основании скрининговых тестов (маммография, электрокардиограмма, мазок по Папаниколау и др.) и их лечения достигается основная цель вторичной профилактики – предупреждение нежелательных исходов заболеваний (смерть, инвалидизация, хронизация, переход рака в инвазионную стадию).

Вторичная профилактика включает:

- Целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний.
- Проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий.
- Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения.
- Проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма.
- Проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности пациентов.

Эффективность вторичной профилактики определяется рядом обстоятельств:

1. Насколько часто болезнь в доклинической стадии встречается в популяции.
2. Известна ли продолжительность периода между появлением первых признаков и развитием выраженного заболевания.

3. Обладает ли диагностический тест высокой чувствительностью и специфичностью в отношении этой болезни и является ли он простым, недорогим, безопасным и приемлемым.

4. Располагает ли клиническая медицина адекватными медицинскими средствами диагностики этой болезни, эффективными, безопасными и доступными методами лечения.

5. Имеется ли необходимое медицинское оборудование.

Третичная профилактика – реабилитация (синоним – восстановление здоровья) комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на предупреждение перехода возникших или врождённых функциональных нарушений в устойчивые дефекты. Это комплекс мероприятий по реабилитации пациентов, утративших возможность полноценной жизнедеятельности с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса, предупреждения рецидивов и хронизации заболевания.

Цель третичной профилактики – замедление развития осложнений при уже возникшей болезни.

Задачи третичной профилактики – предотвратить физическую недостаточность и нетрудоспособность, свести к минимуму страдания, вызванные утратой полноценного здоровья, и помочь пациентам адаптироваться к неизлечимым состояниям.

В клинической медицине во многих случаях трудно провести грань между третичной профилактикой, лечением и реабилитацией.

Третичная профилактика включает:

- Обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний.
- Проведение диспансеризации пациентов с хроническими заболеваниями и инвалидов, включая диспансерные медицинские осмотры с целью оценки динамики состояния здоровья и течения заболеваний, осуществление перманентного наблюдения за ними и проведение адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий.
- Проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма.
- Проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска.
- Сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде.

- Создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности пациентов и инвалидов (например, производство лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений, создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями и т.д.).

Первичная, вторичная и третичная профилактика могут иметь государственный (законодательная функция), общественный (функция общественных организаций) и индивидуальный характер. Поэтому, по характеру, её подразделяют также на государственную, общественную и индивидуальную профилактику.

10.3. Уровни профилактики

Различают *государственный, общественный, семейный, индивидуальный уровни профилактики*. Важна рациональная организация профилактики на каждом из этих уровней.

Государственный уровень – комплекс профилактических мер, организуемых и осуществляемых законодательными и исполнительными органами по охране здоровья, улучшению условий труда.

Общественный уровень – участие в движении за поддержку здоровья общественных организаций и трудовых коллективов.

Семейный уровень – формирование и реализация поведенческих действий и потребности в здоровом образе жизни в отдельных ячейках общества (семья, социальные группы).

Индивидуальный уровень – формирование мотивации и ответственности каждого члена общества за сохранение и укрепление своего здоровья.

Для всех указанных уровней имеет значение целостность представления о содержании профилактического направления, которое включает в себя следующие структурные компоненты:

- поведенческое ориентировано на повышение уровня медицинской активности и грамотности населения; цель данного направления – формирование здорового образа жизни;
- санитарно-гигиеническое предусматривает воздействие на природную, производственную и бытовую среду человека с целью укрепления здоровья;
- функционально-биологическое предусматривает выявление, устранение или нейтрализацию индивидуальных биологических факторов риска;
- лечебно-оздоровительное имеет целью в возможно ранние сроки выявить отклонения в здоровье, провести эффективное лечение и реабилитацию.

Каждое направление имеет свою специфику, арсенал средств и методов. Они являются основой деятельности всех лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических организаций, определяют развитие медицинской науки, подготовку медицинских кадров.

В системе современного здравоохранения основным проводником профилактики являются звенья здравоохранения зоны первичного контакта населения и медико-санитарных служб – первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Главный исполнитель профилактики – врач общей практики, участковый врач. Значение состояния здоровья, условий и образа жизни своих пациентов и их семей позволяет ему предметно заниматься профилактикой и гигиеническим воспитанием.

За рубежом в рамках оценки значимости индивидуальной профилактики всё больше внимания уделяется роли социальных факторов, значению общественных мер и программ профилактики болезней.

10.4. Основные цели профилактического медицинского осмотра:

1. Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, к которым относятся:

- болезни системы кровообращения и в первую очередь ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания;
- злокачественные новообразования;
- сахарный диабет;
- хронические болезни лёгких.

2. Выявление и коррекцию основных факторов риска развития указанных заболеваний, к которым относятся:

- повышенный уровень артериального давления;
- повышенный уровень холестерина в крови;
- повышенный уровень глюкозы в крови;
- курение табака;
- пагубное потребление алкоголя;
- нерациональное питание;
- низкая физическая активность;
- избыточная масса тела или ожирение.

3. Выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

- опрос (анкетирование) в целях выявления хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития,

- потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчёт индекса массы тела (ИМТ);
 - измерение артериального давления;
 - определение уровня общего холестерина в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);
 - исследование уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);
 - определение суммарного сердечно-сосудистого риска (для граждан в возрасте до 65 лет);
 - флюорографию лёгких (флюорография лёгких не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года либо года проведения профилактического медицинского осмотра проводилась рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки);
 - маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);
 - клинический анализ крови (минимальный объём исследования включает: определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);
 - исследование кала на скрытую кровь (для граждан в возрасте 45 лет и старше);
 - приём (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (у врача-терапевта или у врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики), краткое профилактическое консультирование, при наличии медицинских показаний направление граждан для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

При выявлении у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра медицинских показаний к проведению исследований и осмотров врачами-специалистами, не входящих в объём профилактического медицинского осмотра они назначаются.

Основными задачами врача-терапевта при проведении профилактических медицинских осмотров являются:

1. привлечение населения участка к прохождению профилактического медицинского осмотра, информирование об его целях и задачах, объёме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению профилактического медицинского осмотра, в

том числе путём проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

2. проведение заключительного медицинского осмотра гражданина, установление диагноза заболевания (состояния), определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (у врача-терапевта или врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объём профилактического медицинского осмотра, или для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

3. проведение профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;

4. участие в оформлении (ведении) учётной и отчётной медицинской документации;

5. подведение итогов профилактических медицинских осмотров.

10.5. Принципы организации профилактических мероприятий:

- 1) непрерывность профилактических мероприятий (на протяжении всей жизни, начиная ещё в антенатальном периоде);
- 2) дифференцированный характер профилактических мероприятий;
- 3) массовость профилактики;
- 4) научность профилактики;
- 5) комплексность профилактических мер (участие в профилактике лечебных учреждений, органов власти, общественных организаций, населения).

10.6. Стратегии профилактики

Первичная профилактика в зависимости от характера объекта также предусматривает две стратегии: *популяционную* и *индивидуальную* (для групп высокого риска), которые дополняют друг друга.

При популяционной стратегии цель профилактики – воздействие на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития заболеваний среди населения (гиперхолестеринемия или уровень артериального давления и др.), путём проведения мероприятий, охватывающих всё население или большую его часть.

Реализация этой стратегии является, прежде всего, задачей правительства и органов управления республиканского и регионального

и уровней. Роль медиков сводится в основном к инициированию данных действий и анализу происходящих процессов. Задача органов управления, включая органы здравоохранения – повышение мотивации населения к здоровому образу жизни и созданию условий, делающих выбор ЗОЖ доступным для большинства населения. Однако очевидно, что без активного участия самого населения невозможно добиться успеха в оздоровлении образа жизни.

Индивидуальная стратегия решает другую задачу – снижение высокого риска у лиц, отнесенных к «группам риска» по тем или иным эпидемиологическим признакам (пол, возраст, воздействие какого-либо специфического фактора и др.).

Реализация этой стратегии основана на выявлении первичными службами здравоохранения лиц с высоким риском заболеваний, оценке степени риска и коррекции этого риска путём рекомендаций по оздоровлению образа жизни или применения медикаментозных и немедикаментозных средств.

Эффект на популяционном уровне можно ожидать лишь спустя 10–15 лет после начала активных действий по выявлению и коррекции факторов риска. В отличие от популяционной стратегии, реализация стратегии индивидуальной профилактики может обеспечить сравнительно быстрое снижение уровня корригируемых факторов риска у значительной части населения, снизить заболеваемость и смертность.

10.7. Причины, требующие усиления профилактики на современном этапе:

1. Изменился тип патологии: в заболеваемости населения преобладает неэпидемический тип патологии; причиной около 80% смертности, первичного выхода на инвалидность являются хронические неэпидемические заболевания, возрастает их удельный вес в структуре заболеваемости.
2. Складываются неблагоприятные тенденции инфекционной заболеваемости (рост кишечных инфекций, гриппа и др.).
3. Отмечается неблагоприятное течение вирусной патологии.
4. Неблагоприятные тенденции динамики демографических процессов.
5. Ухудшается физическое и нервно-психическое здоровье населения (особенно детского).
6. Повышается агрессивность окружающей среды.
7. Последствием аварии на ЧАЭС стало загрязнение радиоактивными веществами четверти территории Беларуси.
8. Отсутствует осознанная необходимость у различных контингентов населения в сохранении и укреплении здоровья,

получении информации о факторах риска заболеваний, мерах по их устранению.

10.8. Пути повышения эффективности профилактики

Современная концепция профилактики охватывает комплекс объективных и субъективных факторов жизнедеятельности каждого человека и общества в целом. Важнейшие компоненты повышения её эффективности следующие:

5. Интегральность, целостность профилактики – связь с разработкой и реализацией комплексных национальных программ профилактики. Она обеспечивается межсекторальным (межведомственным) уровнем их реализации. Это позволяет рассматривать профилактику не только как метод работы органов и организаций здравоохранения, но и как комплекс мер, осуществляемых различными ведомствами, предприятиями, организациями, учреждениями.
6. Направленность профилактики не только на охрану здоровья, предупреждение болезней, но, главным образом, и на укрепление здоровья, «охрану здоровья здоровых».
7. Активное участие населения в осуществлении программ профилактики – это одно из главных направлений укрепления здоровья.
8. Формирование у населения мотивации к самоконтролю своего здоровья и самостоятельному восприятию его важности как составной части личного богатства и благополучия.
9. Усиление общественной направленности профилактики. Профилактические мероприятия в республике имеют активный характер, реализуются при поддержке государственной власти, с участием общественных объединений, обществ, клубов в движении в поддержку здоровья.

10.9. Индивидуальное профилактическое консультирование

Основными задачами консультативно-оздоровительной помощи является:

- оценка состояния здоровья по данным медицинского (включая доврачебное) обследования;
- выявление имеющихся проблем;
- оценка и формирование мотивации и навыков в ведении ЗОЖ;
- разработка индивидуальной программы профилактического и оздоровительного вмешательства с учётом имеющихся медицинских показаний и противопоказаний;

- оказание медицинских, образовательных и информационных услуг, содействующих укреплению здоровья и снижению воздействия модифицируемых факторов риска;
- выдача необходимых рекомендаций и /или направление пациента для проведения необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствующие подразделения или к специалистам ЛПО или в иные организации,
- оценка динамики и результатов реализации профилактической программы,
- повышение знаний врачей, среднего медицинского и иного персонала медицинской организации по вопросам снижения влияния модифицируемых факторов риска, показаний и противопоказаний к проведению различных видов профилактических и оздоровительных услуг, их возможной эффективности.

Итогом эффективного профилактического консультирования должно стать выполнение пациентом профилактических мероприятий, достижение целевых уровней факторов риска и поддержание их на достигнутом уровне.

10.10. Диспансерный метод и его сущность

Ведущим методом профилактики является диспансеризация.

Диспансеризация – метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья всех групп населения: с целью сохранения и укрепления здоровья населения, повышения производительности труда, увеличения продолжительности жизни, снижения инвалидности и смертности как здоровых лиц, имеющих факторы риска, так и пациентов, страдающих определёнными заболеваниями.

Диспансерный метод предполагает следующее:

- раннее выявление заболеваний;
- взятие их на учёт;
- динамическое наблюдение;
- комплексное лечение заболевших;
- реабилитацию;
- оздоровление условий труда и быта;
- предупреждение распространения болезней;
- предупреждение их хронизации;
- восстановление трудоспособности;
- продление активной жизнедеятельности;
- оценка эффективности диспансеризации.

К мероприятиям по обеспечению качества и охвата диспансеризацией населения относятся учёт и обследование населения с целью активного выявления факторов риска и ранней симптоматики

заболеваний, проведение необходимых профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за состоянием здоровья и оценка эффективности проводимых мероприятий.

Ведущая роль в осуществлении диспансеризации населения принадлежит врачам-терапевтам участковым, педиатрам, врачам общей практики.

К основным этапам организации и проведения диспансеризации относится регистрация и динамическое наблюдение. Для этой цели используется «Медицинская карта амбулаторного пациента», «Контрольная карта диспансерного наблюдения» и «Карта учёта диспансеризации».

С точки зрения социальной значимости и потребности в медицинской помощи, все заболевания могут быть разделены на основные группы:

- Заболевания, которые являются основными причинами смертности населения.
- Заболевания, приводящие к различным жизненным ограничениям, включая инвалидность.
- Заболевания, вызывающие кратковременные расстройства здоровья, но ввиду массовости случаев наносящие значительный экономический ущерб.

Диспансерное наблюдение взрослого населения представляет собой систему медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, и включает:

- диспансерный осмотр;
- диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья;
- пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью.

Диспансеризацию пациентов осуществляют амбулаторно-поликлинические организации, диспансеры и организации охраны материнства и детства. Отбор пациентов, подлежащих диспансеризации, проводится в период их обращений, при профосмотрах, в стационарах, в санаториях. Ведущим критерием взятия на учёт является состояние здоровья и трудоспособность каждого работающего.

Для каждого контингента диспансеризуемых устанавливаются свои сроки динамического наблюдения, профилактических и лечебных мероприятий. Следует учитывать возраст, профессию, условия труда и быта больного, течение заболевания.

Ведущим принципом дифференциации контингентов диспансеризованных по группам здоровья является выделение групп,

однородных по состоянию здоровья и степени активности патологического процесса.

Диспансеризация включает:

- ежегодный медицинский осмотр всего населения с проведением обязательного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики;
- выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний;
- выявление заболеваний в ранних стадиях;
- индивидуальная оценка состояния здоровья;
- разработку и проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

Важнейшая черта диспансеризации – перенесение внимания на здорового человека. Управление ежегодной диспансеризацией всего населения осуществляют органы и организации здравоохранения, поэтому персональная ответственность за проведение этой работы возлагается на их руководителей. Методическое руководство осуществляют организационно-методические отделы (кабинеты) республиканских, областных и центральных районных больниц.

Используются разнообразные формы проведения диспансеризации:

- самостоятельные обращения населения в амбулаторно-поликлинические организации (за исключением обращений при заболеваниях в остром периоде);
- активные вызовы лиц, обслуживаемых данной поликлиникой, для ежегодного диспансерного осмотра;
- посещения врачами поликлиники на дому хронических пациентов и лиц пожилого возраста;
- выезды бригад.

(Более подробно о диспансеризации можно почитать в учебно-методическом пособии:

- *Глушанко, В.С. Методика изучения уровня, частоты, структуры и динамики заболеваемости и инвалидности. Медико-реабилитационные мероприятия и их составляющие: учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2016. – 177 с.).*

11. МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

11.1. Цели и задачи, принципы и пути медико-гигиенического воспитания и обучения населения

Медико-гигиеническое воспитание – часть государственной системы здравоохранения, включающая распространение медицинских и гигиенических знаний, формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) и привитие населению гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья, повышения работоспособности и активного долголетия.

Основной *целью* медико-гигиенического воспитания населения является формирование знаний и умений самостоятельно принимать решения по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Назрела необходимость превращать знания о ЗОЖ в навыки. Определяя направление этой работы, надо говорить не о санитарном просвещении, а о гигиеническом обучении и воспитании. Актуальной составной частью медико-социальной активности является установка на здоровый образ жизни.

Обучение означает выработку умений и навыков как предпосылок правильного гигиенического поведения. Воспитание – это выработка убеждений, взглядов, свойств характера как действующей силы этого поведения.

Результатом медико-гигиенического обучения и воспитания населения является улучшение здоровья населения, повышение санитарно-эпидемиологического благополучия региона, коррекция основных факторов риска заболеваний.

Основными *задачами* при формировании ЗОЖ и медико-гигиеническом обучении и воспитании населения являются:

- пропаганда здорового образа жизни;
- формирование у населения идеологии здорового образа жизни, укрепление физического и духовного здоровья населения;
- развитие здоровьесберегающих технологий;
- проведение прикладных научных и эпидемиологических исследований по обоснованию совершенствования законодательства и методической базы;
- обеспечение межведомственного сотрудничества и функционирования координационного механизма;
- разработка современных подходов и обеспечение условий для обучения специалистов, совершенствование учебных программ, развитие инфраструктуры научных, образовательных учреждений;

- организация и развитие медико-профилактической помощи путём внедрения современных медико-профилактических технологий;
- организационно-методическое обеспечение деятельности региональных профилактических организаций (центров медицинской профилактики), а также организаций первичной медико-санитарной помощи (ПСМП);
- разработка и реализация республиканских информационных и коммуникационных кампаний;
- организация вертикали взаимодействия между центрами медицинской профилактики и кабинетами профилактики в первичном звене;
- организация школ здоровья по основным факторам риска;
- развитие условий для ведения здорового образа жизни, включая обеспечение мониторинга и современного уровня контроля (надзора) за соответствием продукции, предназначенной для человека, а также факторов среды обитания человека требованиям действующего законодательства.

Повышение уровня медицинской активности и грамотности населения – важнейшая задача врача-терапевта участкового, педиатра и особенно врача общей практики.

Принципы медико-гигиенического обучения и воспитания населения:

1. *Государственный характер* – государство финансирует деятельность учреждений и организаций по гигиеническому обучению и воспитанию населения, обеспечивает развитие материально-технической базы, подготовку кадров, правовую основу деятельности учреждений службы.
2. *Научность* – соответствие медицинских и гигиенических знаний современному состоянию науки и практики.
3. *Массовость* – участие всех медицинских работников, вовлечение специалистов других ведомств и общественных организаций.
4. *Доступность* – при изложении материала нужно избегать непонятных медицинских терминов, речь должна быть доступна для понимания.
5. *Целенаправленность* – работу следует проводить по выбранному направлению дифференцированно с учётом различных групп населения.
6. *Оптимистичность* – для достижения эффекта важно подчёркивать возможность успешной борьбы с заболеваниями.
7. *Актуальность* – выбор направления работы должен быть актуальным в данный момент времени.

К основным **направлениям** формирования медико-гигиенической культуры населения относится формирование навыков ЗОЖ у подрастающего поколения, углубление и закрепление гигиенических знаний и убеждений, формирование ЗОЖ у населения, развитие санитарно-гигиенической активности и самостоятельности в помощь органам здравоохранения.

Пути совершенствования медико-гигиенического воспитания населения: пропаганда и внедрение ЗОЖ, индивидуализация медико-гигиенического воспитания, методическое обеспечение медико-гигиенического обучения, лекторского мастерства, подбор и подготовка врачей-валеологов.

Для формирования здорового образа жизни необходимо внедрение **системы государственных и общественных мер** по:

1) Совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения (особенно детей, подростков и молодёжи) через СМИ и обязательное внедрение соответствующих образовательных программ в учреждения дошкольного, среднего и высшего образования.

В рамках указанного направления необходимо осуществлять обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда (в т.ч. учёбы) и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье.

2) Созданию эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания и др.).

Система должна включать просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, содействие сокращению употребления табака и алкоголя, регулирование и раскрытие состава табачных изделий и алкогольной продукции, и предоставление полных сведений о составе на упаковке, защита некурящих от воздействия табачного дыма, ограничение употребления алкоголя в общественных местах, регламентирование размещения мест продажи алкогольных напитков, табака и порядка их реализации, а также ценовые и налоговые меры.

3) Созданию системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях.

Это должно обеспечиваться путём популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан Республики Беларусь, формирования моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения, внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан; ведение разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан.

4) Организацию системы профилактики через развитие Центров здоровья, кабинетов медицинской профилактики, кабинетов здорового ребёнка.

5) Созданию системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни.

6) Профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.).

7) Совершенствованию системы мониторинга показателей здоровья населения.

8) Совершенствованию нормативной, правовой, материально-технической и организационно-управленческой базы.

9) Созданию системы мотивирования руководителей учреждений системы образования к участию в охране здоровья и формированию здорового образа жизни.

10) Оказанию поддержки в организации рационального питания для детей в общеобразовательных учреждениях.

Хорошо организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение. Мировой опыт свидетельствует, что эффективность профилактической деятельности среди населения исключительно высока. Гигиеническое обучение и воспитание населения оказывается достаточно мощным инструментом формирования здоровья.

Экономический анализ результатов крупных профилактических программ доказывает высокую эффективность гигиенического обучения и воспитания. Реализация медико-социальных программ укрепления здоровья обеспечивает соотношение стоимости затрат и полученной выгоды. При осуществлении в школах хорошо спланированных долгосрочных мероприятий по формированию ЗОЖ, которые направлены на предотвращение курения, профилактику нежелательной беременности, инфекций передаваемых половым путем (ИППП) и синдрома приобретённого иммунодефицита (СПИДа), соотношение стоимости затрат и полученной выгоды составляет 1:14. Для сравнения такой же показатель эффективности может быть получен при успешной реализации программ вакцинопрофилактики.

Ключевым партнёром всех мероприятий по укреплению здоровья и профилактике является само население, чьё вовлечение и просвещенность в вопросах здоровья определяют успех или неудачу любой программы.

11.2. Формы, методы и средства работы по формированию здорового образа жизни

Используемые медицинскими работниками методы и средства (лекции, беседы, вечера вопросов и ответов, анкетирование и социологические опросы и др.) должны соответствовать основным принципам гигиенического обучения и воспитания; быть обучающими, наглядными, актуальными, доступными, оптимистичными и нести воспитательную функцию. Средства массовой информации (СМИ) являются одним из основных путей образования населения по вопросам здоровья.

Таблица 2.2.1

Классификация методов и средств гигиенического обучения и воспитания

№ п/п	Методы	Средства
1	<i>Устный (вербальный)</i>	Лекция (эпизодическая, цикловая), беседа (групповая, индивидуальная), совет, дискуссия, информационное выступление по радио, вечер вопросов и ответов и др.
2	<i>Печатный</i>	Памятка, листовка, статья в газете, доска вопросов и ответов, лозунг, книга, брошюра, стенная санитарная печать и др.
3	<i>Наглядный</i>	Плакаты, слайды, натуральные объекты, муляжи, фотографии, альбомы, рисунки и др.
4	<i>Смешанный</i>	Телевидение, кинофильмы, выставки (стационарные и передвижные), уголки здоровья, курсовые занятия, театрализованные постановки, телекоммуникационное обучение

Устный метод – наиболее эффективный, популярный, экономичный, простой, доступный в организационном отношении.

Печатный метод – охватывает широкие слои населения.

Наглядный метод – самый многообразный по числу входящих в него средств:

– плоскостные (плакат, рисунок, схема, таблица, план, чертёж, диаграмма, картограмма, фотография, слайд, мультимедийные презентации);

– объёмные (муляж, модель, макет, диаграмма, фантом, скульптура);

– натуральные (микропрепарат, макропрепарат, образец (растительного, животного происхождения и др.).

Комбинированный метод – метод массовой пропаганды, при которой происходит одновременное воздействие на слуховые и зрительные анализаторы.

Традиционные формы и методы работы:

Лекция является массовым средством гигиенического обучения и воспитания, характеризуется наибольшей ёмкостью переработанной лектором информации. За небольшой период времени лектор должен изложить новый, большой материал. Обычно для чтения лекций предполагается большая аудитория.

Беседа предполагает активное участие слушателей. Задача ведущего беседу заключается в том, чтобы сделать её интересной путём наводящих вопросов, вовлекать слушателей в общий разговор.

Вечер вопросов и ответов требует предварительной подготовки и хорошей организованности. Население заранее оповещается о проведении такого вечера, заранее собираются вопросы от населения.

Доска вопросов и ответов – форма заочных консультаций.

Памятка даётся пациенту с целью напомнить ему советы врача. Она рассчитана на конкретного человека (например памятка пациенту, страдающему сахарным диабетом, памятка по контрацепции и др.).

Стенная санитарная печать – стенная газета санитарно-просветительной тематики, которая должна быть актуальна, наглядна, и содержать конкретную информацию.

Плакаты – массовое средство санитарного просвещения, над которым работают учёные, художники, педагоги и др.

Наряду с традиционными формами и методами, применяются ***современные формы работы***: *школы-семинары, образовательные программы, уроки здоровья, конференции, телефоны доверия, горячие телефоны, тренинги, школы здоровья («артериальной гипертонии», «сахарного диабета», «астма-школы», «закаливания», «менопаузы», «грудного вскармливания» и др.)*.

В медицинских организациях могут проводиться социологические исследования, внедряться профилактические и оздоровительные программы.

Содержание и тематика материалов по гигиеническому обучению и воспитанию населения определяются в соответствии с задачами и потребностями контингента, обслуживаемого медицинской организацией.

Для участковых медицинских работников это могут быть: правила ухода за тяжелобольным в домашних условиях, профилактические мероприятия в очаге инфекционного заболевания, просветительная работа о необходимости профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактики и др. Для медицинских работников отделений и кабинетов медицинской профилактики – это проведение различных акций или декад в медицинской организации. Например, декада ко дню пожилого человека, включающая комплекс мероприятий: профилактические осмотры, лекции, демонстрации

видеоматериалов и др. Для медицинских работников специализированных служб – это работа с пациентами в рамках профильных школ, раздача информационных материалов по вопросам профилактики различных заболеваний.

Для выбора средств гигиенического обучения и воспитания необходимо оценить ситуацию.

Таблица 2.2.2

Типы ситуаций и соответствующие им средства гигиенического обучения и воспитания

Тип ситуации	Сочетание признаков	Рекомендуемые средства гигиенического обучения и воспитания
1.	Численность группы более 20 человек и не экстремальность ситуации	Лекция, школы здоровья, научно-популярный фильм, телевидение, книга, плакат, брошюра
2.	Численность группы более 20 человек и экстремальность ситуации (эпидемия и т.п.)	Краткое агитационно-информационное информационное выступление по радио, телевидению, лекция, листовка, памятка, лозунг, информация через прессу
3.	Группа неоднородна	Беседа, лекция, дискуссия, вечер вопросов и ответов, брошюра
4.	Группа однородна	Курсовое обучение, семинарское занятие, групповой профилактический приём, памятка, видеофильм
5.	Индивидуум	Индивидуальная беседа, брошюра, памятка, непосредственное обучение

При неоднородной группе лучше использовать такие средства, с помощью которых можно заинтересовать максимальное число участников мероприятия. Например, во время дискуссии задать некоторым участникам вопросы, чтобы привлечь их внимание.

В однородной группе используются смешанные методы, объединённые одной темой или печатные информационные материалы, рассчитанные на определённую целевую группу.

В зависимости от цели формируется **структура группового занятия**.

Если целью занятия является предоставление новой информации, целесообразно 40 % рабочего времени посвятить информационному блоку (лекция, беседа, ответы на вопросы, наглядные материалы, дискуссия и т.д.), 55 % рабочего времени посвятить закреплению новой информации (игры и упражнения, викторины, ответы на вопросы,

анкеты, практические задания и т.д.), 5 % рабочего времени распределить на знакомство и завершение работы.

Если целью занятия является закрепление знаний, умений и навыков участников, основное время необходимо посвятить созданию условий для лучшего усвоения знаний. Если целью является формирование практических навыков, основная часть занятия должна быть посвящена обучению практическим навыкам, играм, упражнениям, направленным на приобретение навыков принятия решения, поиска выхода из рискованной ситуации, навыков отказа в ситуациях, опасных для здоровья.

При выборе методов и средств гигиенического обучения и воспитания необходимо помнить, что *степень усвоения материала различна при разных формах работы.*

Лекция (5 % усвоения материала). Лекция является быстрым способом подачи необходимой информации, но если лекция длинна и не предполагает активного участия аудитории, она неэффективна. Эта форма работы ставит обучаемых в положение пассивных слушателей, поэтому лучше всего лекционные блоки чередовать с игровыми, дискуссионными и т.д.

Чтение (10 % усвоенного материала). Индивидуальное или коллективное чтение – необходимый метод обучения, но, как и лекция, он не позволяет глубоко усвоить информацию. Является эффективным лишь в сочетании с другими способами обучения. Этот метод можно использовать в качестве домашнего задания.

Аудиовизуальные средства (20 % усвоенного материала). Демонстрация слайдов, фильмов и видеofilмов делает процесс подачи информации более интересным, красочным. Очень эффективно в сочетании с другими способами обучения. Эффективность будет более высокой, если использовать аудиовизуальные средства не только документального, но и публицистического, художественного характера. Ведущему необходимо комментировать материал в процессе показа, поясняя проблемные моменты, либо после просмотра проводить разбор (дать возможность участникам задать вопросы и ответить на них), при необходимости можно прерывать просмотр с целью комментариев и обсуждения.

Наглядные пособия (30 % усвоенного материала). В процессе получения информации человек отдаёт предпочтение определённым органам чувств, одни усваивают материал, воспринимаемый с помощью зрения, другие – при помощи осязания или слуха. Используя наглядные пособия, можно помочь участникам с различными типами восприятия. Достаточно эффективно использование участниками собственных рисунков на доске или ватмане.

Обсуждение в группах (50 % усвоенного материала). Это устный обмен мнениями между участниками занятия. Обсуждение углубляет понимание материала и предоставляет участникам возможность практического использования полученных знаний. Самые распространённые формы групповой работы – **дискуссия** и **«мозговой штурм»**. Во время дискуссии иногда, особенно при обсуждении спорных вопросов, стороны не достигают единодушия, но при этом формируются ценностные установки, запоминаются новые факты, которые впоследствии могут оказать влияние на поведение участников. Как бы ни проходила дискуссия, удаётся найти общие позиции и выработать совместные решения. «Мозговой штурм» предполагает участие каждого члена группы в решении общей проблемы. Задав вопрос, ведущий записывает все поступающие варианты ответов. После этого поступившие предложения группируются по смысловому содержанию. Затем происходит оценка и анализ выдвинутых идей и предложений.

Обучение практикой действия (70 % усвоенного материала). Участникам предлагается представить себя в той или иной роли при решении жизненных ситуаций. Темы для деловых игр могут быть различны, но не следует копировать жизненные ситуации, имевшие место в реальной жизни участников. В **деловой игре** участники играют роль какого-нибудь персонажа, а не свою собственную, что меньше смущает людей, когда нужно выражать свои чувства, эмоции, высказываться по тем или иным вопросам. Играя чью-то роль, участник может больше узнать о своих желаниях, стремлениях, привычках, стиле поведения, увидеть ситуацию глазами другого человека.

Выступление в роли обучающего (90 % усвоенного материала). Тот, кто знакомит с информацией других, сам усваивает 90 % преподаваемого материала. Эта форма работы наиболее эффективна в подростковой среде и используется при подготовке волонтеров.

При организации и проведении обучения медицинских работников формам и методам профилактической работы могут использоваться:

- проведение конкурсов, семинаров-тренингов, круглых столов;
 - рассмотрение вопросов формирования здорового образа жизни на заседаниях коллегий, лечебно-контрольных советов, учёных советах;
 - организация работы лекторского бюро, в состав которого входят врачи, заведующие отделениями, учёные;
- организация бесед для групп среднего медицинского персонала.

Важной составляющей медико-гигиенического воспитания и образования является **консультативно-оздоровительная помощь** – вид медицинской помощи, включающий в себя оказание медицинских, информационных и образовательных услуг, выдачу рекомендаций,

направленных на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, а также консультирование специалистов, участвующих в ведении и лечении пациента.

Консультант – специалист с высшим медицинским или немедицинским (например, медицинский психолог) образованием, имеющий специальную дополнительную подготовку и опыт, позволяющий оценивать состояние здоровья пациента и прогнозировать его развитие, консультировать, обучать пациентов и медицинских работников, оказывать медицинские услуги и разрабатывать программы проведения лечебно-оздоровительных мероприятий и оценивать их эффективность, вносить коррективы в лечебно-диагностический процесс.

Цель консультативно-оздоровительной помощи – оказание максимально-возможного содействия пациентам в снижении воздействия модулируемых факторов риска, профилактике заболеваний и их последствий путём проведения *индивидуального профилактического консультирования*. Указанная цель достигается путём формирования определенных взаимоотношений между специалистом – консультантом и пациентом. Модель подобных взаимоотношений может быть интерпретационной, при которой специалист выступает в роли советника, осуществляя помощь пациенту в достижении поставленных задач, или информационной, при которой специалист предоставляет пациенту всю имеющуюся информацию, касающуюся его состояния.

11.3. Технологии формирования здорового образа жизни населения

Для формирования здорового образа жизни обычно используются разнообразные *виды технологий*:

- социальные;
- педагогические;
- психологические;
- медицинские.

1. *Социальные технологии* направлены, главным образом, на обеспечение условий для формирования здорового образа жизни у представителей целевых групп, а также развитие ценностных ориентиров и нормативных представлений о здоровом образе жизни. Кроме того, социальные технологии направлены на повышение благополучия и качества жизни представителей целевых групп.

Социальные технологии могут иметь разностороннюю направленность:

- информационно-просветительскую;
- социально-поддерживающую;
- организационно-досуговую;

спортивно-развивающую.

2. *Педагогические технологии* направлены на информирование, овладение умениями и навыками здорового образа жизни, посредством применения универсальных инновационных интерактивных технологий. Педагогические технологии служат основой для разработки обучающих программ, обеспечивающих специальное целенаправленное системное воздействие на адресные группы.

Важно в этом контексте развитие системы специальной подготовки педагогических кадров. Это связано с тем, что эксперты акцентируют внимание на высокую эффективность использования немедицинских методов профилактики, особенно при реализации программ первичной профилактики.

3. *Психологические технологии* формирования здорового образа жизни направлены на личностный рост, формирование системы ценностей и мотивации на здоровый стиль жизни. Целью психологического компонента здоровьесберегающей деятельности в также является развитие определенных личностных и социальных компетенций, обеспечивающих продвижение к здоровью, создание благоприятного доверительного климата в коллективе. Психологические технологии осуществляются как в рамках программной деятельности в групповой работе, так и при индивидуальном консультировании представителей целевых групп.

4. *Медицинские технологии* направлены на развитие эффективных профилактических, лечебных и реабилитационных стратегий, в результате которых формируется устойчивая система предупреждения острых и хронических соматических, инфекционных, нервно-психических и иных заболеваний, а также социально-значимых расстройств – зависимость от табака, алкоголя, наркотиков, ВИЧ/СПИД, туберкулёз. Медицинские технологии представляют собой систему развития разнообразных адресных профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных программ.

11.4. Субъекты и объекты пропаганды здорового образа жизни

К субъектам пропаганды ЗОЖ относят:

1. Педагогический персонал детских дошкольных учреждений, учителя.
2. Преподаватели колледжей и техникумов.
3. Профессорско-преподавательский состав ВУЗов.
4. Врачи-педиатры, школьные врачи, медперсонал детских дошкольных учреждений, детских оздоровительных организаций.
5. Медработники поликлиник, здравпунктов, других ЛПО.
6. Медработники отделений (кабинетов) медицинской профилактики ЛПО, ЦГЭ и ОЗ и санитарно-профилактических организаций.

7. Врачи-валеологи.
8. Работники МСЧ и здравпунктов предприятий.
9. Медработники ФАП, участковых больниц.
10. Научные сотрудники РНПЦ и ВУЗов медицинского профиля.
11. Медперсонал санаториев, домов отдыха, пансионатов, профилакториев.
12. Работники культурно-просветительных учреждений (методисты, массовики).
13. Спортивные тренеры и комментаторы;

Тематика материалов по гигиеническому обучению и воспитанию определяется в соответствии с задачами, стоящими перед медицинской организацией. В медицинских организациях осуществляются различные формы работы с населением, внедряются научно-обоснованные новые технологии, профилактические и оздоровительные программы.

К объектам пропаганды ЗОЖ относят:

1. Дети дошкольного возраста.
2. Учащиеся.
3. Родители детей.
4. Студенты, курсанты.
5. Промышленные и сельскохозяйственные рабочие.
6. ИТР, служащие.
7. Военнослужащие.
8. Лица старших возрастных групп.
9. Беременные женщины.
10. Диспансерные пациенты и лица с «факторами риска».
11. Стационарные пациенты.
12. Отдыхающие санаториев, домов отдыха, пансионатов, профилакториев.

Функционально служба формирования здорового образа жизни включает в себя:

- диспансеры спортивной медицины (отделения, кабинеты);
- косметологические лечебницы (отделения, кабинеты);
- кабинеты формирования здорового образа жизни лечебно-профилактических организаций и ЦГЭ и ОЗ;
- хозрасчетные структурно-функциональные подразделения медико-оздоровительного и просветительского плана;
- консультативные и оздоровительные пункты;
- учебные классы;
- кинолектории, видеосалоны;
- кабинеты психологической разгрузки, психогигиены;
- телефон доверия;
- игровые физкультурные тренажеры;
- отделения семейной реабилитации;

- детские эколого-эстетические клубы;
- санаторно-курортные оздоровительные комплексы;
- диагностико-восстановительные центры;
- клубы «Здоровая семья» и т.д.

Научно-методическое обеспечение формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь осуществляет Республиканский Центр здоровья.

11.5. Медико-гигиеническое воспитание в различных группах населения

Для более эффективного информирования населения гигиеническое обучение и воспитание осуществляется в различных целевых группах:

- по возрастному составу (дети в детском саду, школьники и учащиеся, студенты и т.д.);
- социальному статусу (работающие, пенсионеры);
- профессиональному признаку (работники промышленных предприятий, декретированные группы населения, работники служб безопасности и др.);
- по наличию заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.).

Формирование целевых групп целесообразно, т.к. при этом используются аналогичные формы и методы профилактических воздействий: например, профильные школы для пациентов с сахарным диабетом, артериальной гипертензией и др.

Информация излагается с учётом возраста, уровня образования, наличия определенных факторов риска. При работе с населением на всех уровнях информация излагается доступно для широких слоев населения, без использования сложных медицинских терминов, носит позитивный характер.

Дошкольный возраст является периодом наиболее интенсивного психического и физического развития человека. Его здоровье, умственные способности и нравственные качества во многом зависят от социальных и гигиенических условий, созданных в период развития в раннем детстве. Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста тесно связано с общими проблемами воспитания. Гигиеническим воспитанием дошкольников должны заниматься родители, медицинские работники и педагоги детских дошкольных учреждений, врачи и медицинские сестры детских поликлиник. Его основными задачами являются: создание оптимальных условий внешней среды для правильного физического и психического развития ребенка; формирование осознанных и прочных гигиенических навыков и

соответствующего гигиенического поведения, способствующих здоровью; гигиеническая подготовка детей старшей группы к школе.

В дошкольном возрасте детям сообщаются знания и прививаются гигиенические навыки и привычки, направленные на предупреждение заболеваний, охрану и укрепление здоровья.

Все сведения даются с постепенным усложнением от одной возрастной группы к другой. Гигиеническое обучение должно носить целенаправленный характер. Важно исключить стихийное образование навыков и привычек, при котором они часто закрепляются неправильно, поэтому взрослые должны своевременно обучать ребенка гигиеническим приемам.

При работе с детьми необходимо учитывать особенности возраста: для детей дошкольного возраста следует использовать игры, сказки, красочные картинки для привития гигиенических навыков.

Гигиеническое обучение и воспитание школьников складывается из классной, внеклассной и внешкольной работы, осуществляемой преподавателями всех предметов, медицинским персоналом учреждений, руководителями кружков, клубов, объединений. Классная работа ведется в соответствии с образовательными стандартами, учебными программами, методическими рекомендациями. В основном вопросы гигиены освещаются в процессе преподавания природоведения, основ безопасности жизнедеятельности, труда, физической культуры, естествознания, биологии (образовательные учреждения), а также охраны труда, техники безопасности (образовательные учреждения с профессиональным обучением). Внеклассная и внешкольная работа включает: занятия на факультативах и в кружках «Юный медик», проведение бесед, лекций медицинским персоналом, индивидуальных консультаций, просмотр кино- и видеофильмов. Однако более эффективной является организация игровых (особенно в младших классах) и состязательных форм обучения и воспитания: викторин, олимпиад, театрализованных представлений, шоу, конкурсов с обязательным участием старшеклассников в программах для младших школьников, выпуске санитарных бюллетеней, листовок.

Для *старшеклассников* хорошим способом обучения и воспитания является организация конференций, диспутов, круглых столов. Мощным средством гигиенического воспитания является участие школьников в работе клубов, общественных объединений гигиенической и экологической тематики. В работе со школьниками можно использовать их знания по гигиене, природоведению, биологии, анатомии, привлекать к работе педагогов.

Работа с женщинами, беременными, матерями направлена на разъяснение гигиены половой жизни, подготовку к материнству,

обучению контрацепции (например, «Школа грудного вскармливания», «Школа планирования семьи» и др.).

Работа с контингентом промышленных предприятий направлена на ознакомление их с вопросами гигиены труда (борьба с шумом, сварочными аэрозолями, пылью и др.) личной гигиены (профилактика болезней кожи) и использование средств общей и индивидуальной защиты.

В сельской местности работа направлена на ознакомление населения с правилами работы с химическими удобрениями, ядохимикатами, разъяснение значения своевременной вакцинации против столбняка, важность дезинфекции и т.д.

Работа с пациентами также требует определённых правил: необходимо учитывать особенности психики пациента, повышенный интерес к своему заболеванию.

11.6. Особенности медико-гигиенического воспитания и обучения населения в деятельности врачей лечебно-профилактических организаций

Медико-гигиеническое обучение и воспитание – обязательный раздел деятельности каждого ЛПО, поскольку роль личностного и поведенческого фактора имеет большое значение в предупреждении заболеваний, в раннем обращении за медицинской помощью. Этот фактор влияет на сроки лечения, эффективность реабилитации и восстановления работоспособности, на предупреждение обострения заболеваний. В работе по пропаганде медицинских и гигиенических знаний выделено три основных звена – врачебный участок, поликлиника, стационар.

Работа по медико-гигиеническому обучению и воспитанию на участке

Участково-территориальный принцип здравоохранения позволяет проводить широкую санитарно-просветительскую работу на обслуживаемой территории. Она включает два направления: работу с пациентами и родственниками при посещениях на дому и работу с населением.

Гигиеническое обучение и воспитание пациентов при их посещениях на дому, при патронажах. Медицинский работник изучает больного в социальном (условия работы, жилищные условия и пр.) и психологическом плане. На основе полученных данных, в зависимости от домашнего уклада жизни, семейных традиций и привычек принимаются меры для устранения или смягчения факторов, отрицательно влияющих на течение болезни. Здесь наиболее уместны индивидуальная беседа с пациентом или индивидуально-групповая беседа с его близкими.

В личной беседе с близкими пациента врач или средний медицинский работник раскрывает причины и сущность заболевания, определяет правила поведения пациента, ухода за ним, говорит о важности создания в семье обстановки, направленной на появление у пациента положительных эмоций и исключая какие бы то ни было травмирующие факторы. Поведение близких должно вселять в пациента веру в успех лечения.

Санитарно-просветительскую работу с население обслуживаемой территории медицинские работники осуществляют по месту жительства (домоуправления, ЖЭСы, общежития), на объектах обслуживаемой территории (предприятиях, учебных заведениях, учреждениях). Эта забота имеет целью способствовать через пропаганду надлежащего образа жизни предупреждению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья.

Пропаганда здорового образа жизни включает широкий круг гигиенических вопросов: гигиена труда, отдыха, быта, физическая активность, закаливание, рациональное питание, личная гигиена, борьба с вредными привычками.

При пропаганде мер первичной профилактики в отношении наиболее актуальных заболеваний население надо информировать:

- о распространённости этих заболеваний;
- их особенностях и факторах, способствующих их возникновению при нарушении гигиенических норм поведения;
- ранних признаках этих заболеваний и состояниях пограничных между здоровьем и болезнью;
- необходимости немедленного обращения к врачу при самых первых признаках заболевания;
- важности прохождения профилактических обследований – либо путём самостоятельного обращения к врачу, либо в условиях массовых профилактических осмотров.

Работа по медико-гигиеническому обучению и воспитанию в поликлинике

Амбулаторно-поликлинические организации – важнейшее звено здравоохранения, на которое возможно осуществление комплекса мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний. При определении основных элементов с санитарно-просветительной работы следует иметь в виду те контингенты населения, которые обслуживает современная поликлиника (амбулатория, ФАП):

- 1) здоровые (практически здоровые) лица;
- 2) лица, здоровье которых находится под угрозой (лица с факторами риска и потенциальной патологией);
- 3) пациенты с острыми и хроническими заболеваниями.

Группу здоровых посетителей составляют лица, пришедшие на медицинскую консультацию или профилактический осмотр, для прохождения обследования в связи с поступлением на работу, диспансеризуемые здоровые. Для них предусмотрены пропаганда здорового образа жизни и информирование по широкому кругу вопросов: режим труда, отдыха, питания, борьба с вредными привычками, особенности поведения в связи предстоящим изменением образа жизни (например, поступлением на работу, отпуском и пр.). Методика гигиенического обучения здоровых лиц условно названа целевой информацией и включает проведение индивидуальной беседы, выдачу памятки.

Работая с лицами, здоровье которых находится под угрозой, с лицами с потенциальной патологией, факторами риска, их следует информировать о наличии предболезни, её особенностях и возможном прогнозе; о конкретных мерах устранения нарушения норм гигиенического поведения, в том числе ликвидации (или смягчении) факторов риска и рационализации образа жизни. Методика гигиенического обучения этих лиц условно названа коррекцией гигиенического поведения и включает индивидуальную беседу, выдачу буклета, групповую беседу (для лиц, имеющих одни и те же нарушения), индивидуальные беседы лечащего врача и специалистов (врача ЛФК, диетолога, психотерапевта и др.)

Работа по гигиеническому обучению и воспитанию среди пациентов должна быть направлена на то, чтобы добиться их правильного гигиенического поведения, выполнения ими врачебных назначений и рекомендаций. В связи с этим программа информации должна включать:

- ознакомление пациента с сущностью имеющегося заболевания коротко, лишь настолько, чтобы обосновать последующие рекомендации;

- обоснование и расшифровку роли личного фактора, значения активного участия самого пациента в борьбе с болезнью (сформулировать активно противодействующее отношение к болезни;

- гигиенические советы, рекомендации, касающиеся режима питания, физической активности, закаливания, отказа от вредных привычек, устранения перегрузок нервной системы, стрессовых ситуаций.

Содержание гигиенических предписаний должно быть дифференцированным по нозологическим нормами применительно к болезни данного пациента. Методика работы с этим контингентом названа обязательным минимумом информации. Она включает вручение памятки, индивидуальную беседу.

Более 55% обращающихся в поликлиники людей – это страдающие хроническими заболеваниями. Работа по гигиеническому обучению этих пациентов должна носить систематический и дифференцированный характер. В процессе лечения хронических заболеваний с пациентами проводится работа, включающая индивидуальную беседу, групповую беседу и др.

Поскольку на выполнение пациентами лечебно-профилактических мероприятий немалое влияние оказывают близкие и родственники больных или лица, которые ухаживают за больными в домашней обстановке с ними также проводится работа по санитарному просвещению. Её цель – создать благоприятную обстановку или профилактический климат в семье; способствовать выполнению назначений и предписаний врача; обеспечить уход за пациентом.

Работа по медико-гигиеническому обучению и воспитанию в стационаре

Гигиеническое воспитание в стационаре ставит целью повысить эффективность лечебных и профилактических мероприятий. Оно дает информацию о правильном гигиеническом поведении во время пребывания в больнице, и, особенно, после выписки, т.е. служит целям вторичной профилактики заболеваний. В программу гигиенического обучения пациентов с хроническими заболеваниями обязательно должны включаться вопросы оказания самопомощи при обострении заболевания. Пациента необходимо ориентировать в отношении начальных признаков рецидива заболевания с тем, чтобы он мог вовремя прибегнуть к самопомощи и своевременно обратиться к врачу. В этих вопросах должны быть ориентированы и родственники пациента.

11.7. Методика и практика формирования здорового образа жизни в дошкольном и школьном возрастах

Здоровье и благополучие детей – главная забота семьи, государства и общества в целом, так как дети составляют единственный резерв страны, который в недалеком будущем будет определять её благополучие, уровень экономического и духовного развития, состояние науки и культуры.

Дошкольный возраст является решающим в формировании фундамента физического и психического здоровья. Именно в этот период идёт интенсивное развитие органов и становление функциональных систем организма, закладываются основные черты личности, формируется характер, отношение к себе и окружающим.

Увеличение числа детей, имеющих недостатки в физическом и психическом развитии, подтолкнуло к созданию программ по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни,

начиная уже с первых лет жизнедеятельности ребёнка. Обращается внимание, что здоровьесберегающий характер обучения и воспитания особенно важен в дошкольном возрасте.

Приоритетными целями и задачами специалистов при работе с детьми дошкольного возраста является:

- формирование у детей мотивов, понятий, убеждений в необходимости сохранения своего здоровья;
- обучение основам и приобщение к здоровому образу жизни дошкольников;
- накопление знаний о здоровье и способах его поддержания в дошкольном возрасте.

Методика и практика формирования здорового образа жизни в дошкольном возрасте:

Для эффективного начала работы по формированию здорового образа жизни в дошкольных учреждениях организовывается специальным образом педагогический процесс, в результате которого ребёнок получает элементарные анатомические и медицинские знания о собственном организме. Эти знания, гигиенические навыки, навыки оказания первой медицинской помощи доводятся ребёнку через цикл обучающих, игровых, тренирующих, оздоровительных занятий. Воспитывается умение предвидеть возможные опасные для личной жизни и здоровья окружающих последствия своих поступков.

Для сохранения психосоматического здоровья с детства должна проводиться значительная работа по формированию позитивных эмоций, обучение положительному отношению и принятию других людей, развитие уверенности в себе, умения сочувствовать и сопереживать (игры и упражнения, направленные на знакомство с основными эмоциями человека – «Мимическая гимнастика», «Настроение», «Проигрывание ситуаций», игры-драматизации, коллективное рисование, различные активные эмоциональные разминки – «Похохочем», «Покричим так, чтобы стены задрожали», «Кричит огромный, неведомый зверь» и минутки покоя – «Посидим молча с закрытыми глазами», «Посидим и полюбуемся на горящую свечу», «Ляжем на спину и расслабимся, будто мы тряпичные куклы» и т.п.; игры и упражнения, направленные на преодоление замкнутости, пассивности, скованности и двигательное раскрепощение ребенка во время общения – «Изображаем животное», «Походки», «Свободный танец»; упражнения по преодолению застенчивости – «Весёлая зарядка», «Торжественная речь», «Окажи внимание другому», музыкотерапия).

Важна работа по формированию стрессоустойчивости, обучение способам предупреждения и разрешения конфликтных ситуаций. Нарушения в поведении корректируются (игры и упражнения,

направленные на коррекцию конфликтности, расторможенности, негативизма – «Спина к спине», «Ролевая гимнастика», «Закончи ситуацию», беседы «Как поступить?», «Как правильно дружить?»; коррекция агрессивности – «Брыкание», «Медвежата», «Высвобождение гнева», «Прорви круг»).

Следующий этап – закрепление знаний, т.е. приобретение практических навыков здорового образа жизни: проведение водных закаливающих процедур (повышают устойчивость к влиянию плохой погоды и мобилизуют резервные возможности организма, обеспечивают профилактику простудных и иных заболеваний); регулярные пешие прогулки; выполнение дыхательных упражнений; гимнастика с элементами йоги; физкультминутки; динамические и активные паузы (потягивания, «Поползть как змея без помощи рук», «Повалиться как неваляшка», повороты головы, массаж рук и ног, живота, шеи, головы, ушных раковин и т.д.); для укрепления зрения – зрительные гимнастики, тренировочные упражнения для глаз, массаж глаз; развитие мелкой моторики (пальчиковые игры и т.п.).

Важным элементом ФЗОЖ является также работа с родителями. Обязательно проведение теоретико-практических семинаров по вопросам оздоровления; семейных соревнований «Папа, мама, я – спортивная семья» и т.п.

Таким образом, благодаря системной целенаправленной работе специалистов и родителей у детей с раннего детства формируется позитивное ценностное отношение к собственному телу, развивается и укрепляется опорно-мышечная система ребёнка, повышается степень резистентности организма к заболеваниям, улучшается социальное самочувствие.

От того насколько успешно удаётся сформировать и закрепить в сознании принципы и навыки здорового образа жизни в подростковом возрасте, зависит вся последующая жизнедеятельность человека. Сложившаяся на сегодняшний день система школьного образования не формирует должной мотивации к здоровому образу жизни. Работа с детьми школьного возраста направлена в первую очередь не на предупреждение и профилактику вредных привычек, а на корректировку уже сложившегося асоциального образа жизни и поведения.

Приоритетными целями и задачами специалистов при работе с детьми школьного возраста является:

- продолжение информационно-просветительской работы о сохранении и укреплении своего здоровья и способах его поддержания; развитие навыков саморегуляции;
- формирование устойчиво-негативного личностного отношения к вредным привычкам;

- пропаганда преимуществ здорового образа жизни;
- работа по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании, токсикомании, заболеваний передающихся половым путём, школьного дорожного травматизма;
- работа по корректировке девиантного поведения школьников.

Методика и практика формирования здорового образа жизни в школьном возрасте:

После перехода на школьную ступень образования обязательно должен проводиться мониторинг состояния здоровья детей, уровня их психического развития и личностных особенностей. Однако часто решения по результатам мониторинга могут иметь формальный характер, либо данная работа может не проводиться вовсе.

С целью профилактики психофизических перегрузок и переутомления школьников, в учреждениях общего среднего образования специальным образом организуется учебно-воспитательный процесс, в соответствии с санитарными нормами и правилами «Требования для учреждений общего среднего образования» (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2012 № 206). Согласно данным Требованиям образовательный процесс в учреждениях образования должен быть организован при условии поддержания работоспособности учащихся, необходимой двигательной активности в течение учебного дня, недели, учебного года и обеспечения сохранения их здоровья.

Расписание учебных занятий на учебную неделю составляется с учётом ранговой шкалы трудности учебных предметов. Например, оптимально изучение учебных предметов, требующих большого умственного напряжения, сосредоточенности и внимания, на 2-ом и 3-ем учебных занятиях в I – IV классах, на 2-ом, 3-ем и 4-ом учебных занятиях в V – XI классах. Учебные предметы, требующие большого умственного напряжения, сосредоточенности и внимания, не должны изучаться на первом или последнем учебном занятии чаще 1 раза в неделю в одном классе. Проведение контрольных работ в понедельник, пятницу и на последних учебных занятиях запрещается.

Важной составляющей ФЗОЖ является проведение физкультминуток на уроках, зрительных гимнастик с использованием тренажёра для глаз. Приложения с тренажёром для глаз можно также установить ребёнку на компьютер, смартфон или планшет.

Организованные формы физического воспитания учащихся включают:

- учебные занятия по учебному предмету «Физическая культура и здоровье»;

– факультативные занятия «Час здоровья и спорта», «Час футбола» и т.д., занятия лечебной физкультурой (ЛФК). Во всех образовательных учреждениях РБ введены обязательные «Часы плавания». Регулярно проводятся различные спортивно-оздоровительные мероприятия (дни спорта, массовые соревнования, олимпиады, туристические слёты, походы и т.п.).

Корректирующей работой девиантного поведения подростков занимаются Совет профилактики правонарушений и специалисты службы СППС (социально-педагогическая и психологическая служба) учреждений образования, которые выявляют детей группы риска, создают банк данных учащихся и семей, находящихся в социально-опасном положении, с целью оказания последующей помощи им.

К моменту наступления *совершеннолетия* положительным итогом работы на предыдущих этапах в идеале должно стать сформированное чувство потребности в сохранении и укреплении здоровья, стремление к самокоррекции поведения при его несоответствии основам здорового образа жизни.

Государственная стратегия и тактика воздействия на общественное здоровье и образ жизнедеятельности человека включает различные эффективные мероприятия:

1. просветительская работа – широкое информирование населения через лекции, семинары, средства массовой информации, включающие информационные и мотивационные ролики, образовательные передачи, печать постеров, плакатов, рекламных листовок; выпуск методической литературы;

2. создание многофункциональных порталов по здоровому образу жизни в сети Интернет, включающих знания о воздействии факторов риска на здоровье человека и информацию об эффективных методах избавления от них;

3. создание консультативных центров (например, кабинет по формированию здорового образа жизни в ВУЗе), «горячей» телефонной линии;

4. физкультурно-оздоровительная работа – проведение массовых спортивных соревнований, дней здоровья, конкурсов, праздников, спартакиад, туристических походов, экскурсий и т.п.;

5. пересмотр и разработка нормативно-правовых актов Республики Беларусь, направленных на защиту населения от табачного дыма, на снижение предложения и потребления табачной и алкогольной продукции; ограничение рекламирования данной продукции и регулирование ценовой политики;

6. вовлечение работодателей в проведение на предприятиях и организациях политики, стимулирующей работников к отказу от

употребления табака и алкоголя, а также создание условий, способствующих улучшению состояния здоровья работников;

7. увеличение количества спортивных клубов и секций;

8. работа по развитию доступного различным слоям населения санаторно-курортного лечения;

9. обеспечение высокого качества и безопасности продуктов питания; образование населения в области здорового питания;

10. организация прохождения регулярных медицинских осмотров; осуществление медицинскими организациями широкомасштабной профилактической работы;

11. проведение тренингов, обучающих навыкам эмоциональной разгрузки и др.

11.8. Воспитание здорового образа жизни в студенческой среде

Студенческая молодёжь испытывает наибольшее отрицательное воздействие окружающей среды, так как её половое и физическое становление совпадает с периодом адаптации к новым, изменившимся для них условиям жизни, обучения. Пока молодые люди здоровы, зачастую не возникает мотивированной потребности в сохранении и укреплении здоровья. Выраженная потребность в этом начинает ощущаться при его утрате. Большинство современных молодых людей знают, что курение, употребление алкогольных и наркотических веществ вредно. Однако сигареты, алкоголь и даже наркотики остаются пагубным эталоном студенческой среды. Следствием специфических условий труда студентов (высокие психоэмоциональные и умственные нагрузки в период семестра и экзаменационной сессии) и нездорового образа жизни является ухудшение показателей физического и психического здоровья, возникновение рецидивов имеющихся хронических болезней и возникновение новых.

Наиболее распространенными признаками отклонений в самочувствии студентов являются психосоматические симптомы. К примеру, усталость в течение дня, сонливость, раздражительность и головные боли, невозможность сосредоточиться на занятиях, повышенная тревожность. Они нарушают повседневную учебную деятельность значительной части студентов университета.

Часто студенты, придя с учёбы, ложатся спать. Ночью им трудно уснуть, а утром они чувствуют себя «разбитыми». Отсюда плохое самочувствие и низкий уровень успеваемости. Условием оптимального функционирования организма при сохранении и укреплении здоровья является соблюдение правильно организованного самим студентом рационального режима труда и отдыха. Вставать ежедневно в одно и то же время, заниматься регулярно утренней гимнастикой, питаться в установленные часы. После занятий в

университете и обеда 1,5-2 часа необходимо потратить на отдых. Отдых после работы вовсе не означает состояния полного покоя. Лишь при очень большом утомлении может идти речь о пассивном отдыхе. Необходим «контрастный» принцип построения отдыха студента – характер отдыха противоположен характеру работы. Вечернюю работу желательно проводить в период с 17 до 23 часов. Во время работы через каждые 50 минут сосредоточенного труда рекомендуется отдыхать 10 минут (сделать легкую гимнастику, проветрить комнату, пройти по коридору).

Нужно отметить также, что досуг большинства студентов недостаточно насыщен развивающими и творческими видами деятельности. Преобладающая ориентация на эпизодические, развлекательные, пассивные, зрительские виды досуга, организуемые в городской инфраструктуре и в университете (вечеринки, дискотеки и т.п.) не составляют основы для систематического и творческого участия большинства студентов в культурной жизни университета и города. Некоторые виды студенческого досуга тесно соприкасаются с девиантными течениями в молодёжной субкультуре, пропагандирующими индивидуализм, алкоголь, сексуальную свободу, лежащую в русле интересов индустрии развлечений.

11.9. «Школы здоровья»

В настоящее время в мировой медицине признано, что одним из прогрессивных подходов к решению проблем, связанных с формированием навыков здорового образа жизни и с лечением хронических неинфекционных заболеваний, является система обучения больных пациентов. Успех обучения зависит от формирования у пациента мотивации – осознанного стремления человека обучаться и выполнять необходимые действия.

Желание быть здоровым требует от самого человека и его окружения систематически выполнять одни и те же действия (закаливание, двигательная активность, рациональное питание и т.п.), в то же время отказаться от других (курение, потребление алкоголя и т.п.). Особенности лечения многих хронических заболеваний также состоят в том, что пациенту приходится в течение длительного времени, а иногда и пожизненно, самостоятельно выполнять множество различных процедур и рекомендаций. Для этого он должен быть хорошо осведомлён обо всех аспектах своего заболевания и уметь самостоятельно менять тактику лечения в зависимости от конкретной ситуации.

Чтобы обучение пациента было эффективным, стоит воспользоваться некоторыми *принципами*:

- адекватное определение целей обучения;

- соответствующий отбор обработка содержания обучения;
- умелое использование всего спектра обучения, особенно активных методов.

Цель обязательно должна предполагать достижение заранее определённого результата. При разработке целей обучения следует учитывать следующие принципы:

- цель должна быть жизненной, т.е. соответствовать потребностям человека;
- цель должна быть реальной, т.е. соответствовать исходному уровню знаний;
- цель должна быть диагностической (её следует формулировать таким образом, чтобы можно было объективно определить степень её достижения).

Одним из путей формирования партнерства врача и пациента является обучение пациентов в ***Школах здоровья***.

Школа здоровья пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

В Беларуси накоплен опыт работы Школ здоровья для пациентов с различными хроническими заболеваниями. Успешно проводятся занятия с пациентами с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью, гастрошколо, тиреошколо, школы активного долголетия и другие.

Школы здоровья, школы для пациентов и лиц с факторами риска являются организационной формой обучения целевых групп населения по приоритетным проблемам укрепления и сохранения здоровья.

Цель «школы здоровья» – повышение информированности пациентов об основах здорового образа жизни, обучение двигательной активности, отказу от вредных привычек, управлению общими навыками самоконтроля за состоянием здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в случае обострения заболеваний, получению дополнительных знаний о болезни, факторах риска, её течении и умению самостоятельно менять тактику лечения в зависимости от конкретной ситуации, т.е. активное вовлечение пациента в лечебный и профилактические процессы.

При посещении этих школ у пациентов формируется ответственность за сохранение своего здоровья, рациональное и активное отношение к здоровью, мотивация к оздоровлению, соблюдению режима лечения.

Задачи «школы здоровья»:

- повышение информированности отдельных групп населения в вопросах общественного и собственного здоровья и степени влияния на него факторов окружающей среды и иных рисков
- обучение пациентов навыкам здорового образа жизни;
- формирование ответственности за здоровье и определение степени участия системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья;
- повышение уровня знаний, умений и навыков по самоконтролю за здоровьем и оказанию помощи самому себе в случаях, не требующих медицинского вмешательства;
- разъяснение причин возникновения и развития заболевания;
- знакомство с методами уменьшения развития осложнений заболевания;
- знакомство с методами лечения;
- создание мотивации для здорового образа жизни и предупреждения развития отклонения и осложнений в состоянии здоровья, утраты трудоспособности и дезадаптации в обществе;
- формирование адекватных состоянию здоровья поведенческих реакций и здоровьесберегающих технологий;
- обучения пациентов правилам самоконтроля основных физиологических параметров организма (артериальное давление, вес, уровень сахара в крови и моче и др.);
- обучение методам профилактики;
- стабилизация состояния пациентов и снижение показателей госпитализации;
- создание наглядной информации, разработка носителей малой информации.

Организация «школ здоровья»

Обучение пациентов может производиться и в группе, и индивидуально. Групповое обучение в составе школы здоровья имеет ряд ощутимых преимуществ. Оно создаёт определённую атмосферу, помогающую в нужном свете воспринимать новую информацию, особенно о болезни, уменьшить чувство одиночества, ощутить поддержку и внимание слушателей школы. Пациенты имеют возможность обменяться опытом, увидеть положительную динамику в течение заболевания на примере других людей. В группе усиливается эмоциональный компонент обучения, что способствует положительному восприятию пациентом процесса лечения.

Организационные принципы работы Школ здоровья:

- в Школу направляются пациенты, не прошедшие обучение (первичный цикл) или пациенты, уже прошедшие обучение на

повторный цикл (поддерживающий цикл). Численность пациентов в группе не более 8-10 человек;

- занятия в Школе носят циклический характер и проводятся в интерактивной форме. Полный цикл обучения в Школе состоит из не менее 6-8 занятий по 90 минут;
- продолжительность обучения пациентов обычно составляет 1-2 месяца;
- периодичность занятий – 1-2 раза в неделю;
- продолжительность занятий 1-1,5 часа.

Структура занятий:

- 20–30 % – лекционный материал;
- 30–50 % – практические занятия;
- 20–30 % – ответы на вопросы, обсуждение, дискуссия;
- 10 % – индивидуальное консультирование.

Комплектация групп:

- занятия проводятся в группах по 8-12 человек;
- контингент слушателей для занятий в Школе здоровья отбирается врачом (фельдшером) на основании данных анамнеза, результатов клиническо-инструментальных и биохимических исследований с учётом возраста, состояния здоровья и сопутствующих заболеваний;
- набранная группа пациентов является «закрытым коллективом», т.е. в процессе проведения занятий к ней не присоединяются новые пациенты;
- критерии исключения: нарушение когнитивных функций; наличие острых заболеваний или хронических заболеваний в стадии обострения; наличие хронических заболеваний в стадии декомпенсации.

Таким образом, формируется группа, которая проходит курс обучения от начала до конца в довольно короткий срок и практически без перерыва. Она требует поступления значительного количества пациентов данного профиля (8-12 чел.) в сжатые календарные сроки (4-7 дней). Занятия в школе проводят врачи отделений, причём одновременно в отделении могут обучаться несколько групп пациентов. Учитывается, что только первые 20 минут слушатели хорошо усваивают информацию, длительность бесед не должна превышать 30 минут. Таким образом, за один месяц один врач отделения сможет обучить примерно 2 группы пациентов (получается 8 бесед, или 4 часа на одного врача).

Группа, обучающихся в школе здоровья, формируется из пациентов со сходными заболеваниями. Например, одну неделю в школе здоровья занимаются пациенты с артериальной гипертензией, другую с ишемической болезнью сердца, третью – с заболеваниями

желудочно-кишечного тракта и т.д. (это может быть в основном в районных и сельских участковых больницах). Если в отделении невозможно сформировать такие группы, тогда занятия проводятся по тематике школы здоровья общего профиля.

Второй вариант школы здоровья (для стационаров) – проведение повторяющихся циклов занятий с фиксированным расписанием тематики по дням недели, без привязки к конкретной группе пациентов. Пациенты посещают занятия по мере поступления. В этом варианте группа получается «текучей», а каждый отдельный пациент начинает занятие не обязательно с первого урока, а с того, который идёт по расписанию на момент его подключения к группе. Это вполне допустимо, так как каждый из уроков является законченным самостоятельным фрагментом знаний и освоения практических навыков.

Для амбулаторного контингента наиболее подходящая форма занятий – вечерняя, с частотой 2–3 раза в месяц в фиксированный день недели. В этом случае цикл длится 8–10 недель и затем повторяется снова. Пациенты посещают занятия по типу «клубов встреч», проходя всю программу отдельными фрагментами, возможно, пропуская отдельные уроки, но имея возможность прослушать их во время следующего цикла. Однако групповое обучение не должно исключать индивидуальной работы с пациентами, так как индивидуальный подход на групповых занятиях может помочь медицинскому работнику использовать сильные и слабые стороны каждого участника.

Главным методическим приёмом и стержнем работы «школ здоровья» является переход в отношениях между врачом и пациентом от авторитарной модели воздействия (врач – жёсткий «лидер», а пациент пассивный «исполнитель») к партнёрской, где часть полномочий и ответственности делегируется пациенту, а врач выступает в роли мудрого и более опытного партнёра, «дирижёра», «режиссёра» и т.д.

На практике это достигается вовлечением в дискуссию. Предложением ситуационных задач, обучением методам контроля за эффективностью лечения. С этой целью в программы вводятся разделы, предполагающих освоение пациентами практических навыков: измерение артериального давления, выбор вида физических тренировок, самоконтроля при занятии физическими тренировками умение определять гликемию, суточный диурез, гликозурию, ацетонурию в домашних условиях, уход за новорождёнными и т.д.

По балансу времени на освоение практических навыков, дискуссии и другие формы проявления собственной активности пациентов должно уходить не менее половины уроков.

В детских отделениях Школы здоровья занятия проводятся с матерями больных детей младшей возрастной группы и детьми старшей возрастной группы. Тематика занятий в этих отделениях составляется по единому принципу: понятие о болезни, факторы риска, профилактика. На итоговом занятии врач кратко обобщает пройденный материал, отвечает на вопросы пациентов. Для «школы здоровья» заводится журнал учёта школы здоровья, в котором осуществляется полицейской учёт пациентов каждой группы с обязательной отметкой посещений и указанием тем занятий.

В зависимости от профиля Школы здоровья к проведению занятий в Школах активно привлекаются врачи различных специальностей, медицинские сестры, психологи и другие специалисты. В проведении занятий в Школах значительное место отводится среднему медицинскому персоналу. Они проводят практические занятия, обучают пациентов правилам тонометрии, приемам доврачебной помощи, правилам ведения дневника самонаблюдения, индивидуально определяют факторы риска, проводят тестирование пациентов. После занятий заполняют листок-вкладыш в амбулаторную карту, журнал учёта занятий, фиксируют наличие факторов риска у каждого проучившегося пациента для оценки эффективности проводимых занятий.

Таким образом, в целевых группах населения применяются идентичные методы и средства работы и решаются единые задачи гигиенического обучения и воспитания.

Профилактика заболеваний в семье в последние годы приобретает особую актуальность в связи с развитием системы общей врачебной практики. Место специалиста общей практики в системе здравоохранения уникально – он непосредственно общается с пациентом и его семьёй, берёт на себя ответственность за здоровье наблюдаемых, обеспечивает лечение и профилактику, привлекая для этого самые современные достижения медицинской науки, координирует усилия всех служб здравоохранения.

Мировой опыт свидетельствует о высокой экономической эффективности данной стратегии. Проведение образовательных программ среди пациентов позволяет снизить количество больных с тяжёлыми формами заболеваний, частоту визитов к врачу и число госпитализаций, сократить потери по временной нетрудоспособности и инвалидности, снизить смертность, улучшить качество жизни пациента и выработать у него правильное отношение к своему заболеванию и лечению.

11.10. Роль Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в реализации цели и задач формирования здорового образа жизни

Работа по формированию здорового образа жизни (далее – ФЗОЖ) является обязательным разделом деятельности всех структурных подразделений Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (республиканского, областного, городского, районного) и служебной обязанностью всего медицинского персонала.

Основными задачами Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья и их структурных подразделений в сфере ФЗОЖ на современном этапе являются:

- проведение сравнительной характеристики территорий по основным показателям, характеризующим условия и образ жизни населения с последующим анализом полученных в ходе мониторинга данных для определения степени их влияния на состояние здоровья населения;
- участие через контрольную функцию в создании благоприятных условий для реализации принципов здорового образа жизни (благоустройство, питание и т.д.);
- организация и проведение контроля за деятельностью, осуществляемой различными организациями в сфере ФЗОЖ, в том числе по выполнению государственных профилактических программ;
- создание постоянно действующей системы информирования населения по вопросам здорового образа жизни;
- ориентация всех организаций здравоохранения на активные действия по профилактике заболеваний и укреплению здоровья, на вовлечение в работу по гигиеническому обучению и воспитанию всех медицинских работников;
- координация деятельности различных органов и учреждений здравоохранения, образования, культуры, спорта и туризма и других государственных и неправительственных организаций, направленной на внедрение принципов здорового образа жизни.

Работа по ФЗОЖ включает в себя организационную, методическую и массовую работу.

Организационная работа предусматривает взаимодействие по вопросам ФЗОЖ с территориальными распорядительными и исполнительными органами, организациями здравоохранения, образования, культуры, спорта и туризма и других государственных и неправительственных организаций: планирование, организация и проведение комплекса мероприятий по гигиеническому обучению и пропаганде ЗОЖ, проведение организационных совещаний, организацию взаимодействия, контроль исполнения.

Методическая работа включает изучение уровня санитарной культуры населения, разработку методических материалов, рекомендаций, программ гигиенического обучения для различных групп населения, проведение методических семинаров, совещаний, тренингов.

Массовая работа заключается в проведении работы по ФЗОЖ непосредственно с населением.

Основные направления деятельности по ФЗОЖ Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья:

- участие в разработке и реализации республиканских и региональных профилактических программ, нормативных и правовых документов по вопросам ФЗОЖ и гигиенического обучения;
- организация и проведение мониторинга социальных и поведенческих факторов риска по основным показателям, характеризующим условия и образ жизни населения для сравнительной характеристики территорий;
- анализ полученных в ходе мониторинга данных, определение степени их влияния на состояние здоровья населения; определение и реализация основных направлений деятельности в сфере ФЗОЖ;
- разработка и внедрение, совместно с управлениями и службами Министерства здравоохранения, учебными заведениями и научно-исследовательскими учреждениями научно-обоснованных форм и методов работы по гигиеническому обучению и воспитанию, ФЗОЖ;
- организация, контроль и анализ деятельности по ФЗОЖ, осуществляемой различными организациями в сфере формирования здорового образа жизни;
- создание фонда информации по проблемам здорового образа жизни, включающего, в том числе, сведения об организациях и учреждениях, осуществляющих профилактическую деятельность и сведения о профилактических программах;
- организация и участие в проведении обучения медицинских работников и специалистов других отраслей современным формам и методам профилактической работы и пропаганды здорового образа жизни;
- взаимодействие со средствами массовой информации (печать, радио, телевидение);
- информирование населения об аспектах здорового образа жизни, в том числе, о качестве внешней среды, продуктов питания, об угрозе инфекционных заболеваний и мерах их предупреждения;
- разработка, издание и распространение информационно-образовательных материалов по проблемам ФЗОЖ;

- участие в организации и проведении массовых мероприятий, направленных на пропаганду и формирование здорового образа жизни и способствующих укреплению здоровья населения;
- оказание организационно-методической помощи заинтересованным;
- участие в проведении научных исследований в области ФЗОЖ;
- разработка методических рекомендаций по ФЗОЖ;
- организация взаимодействия по вопросам ФЗОЖ с организациями здравоохранения, образования, культуры, спорта и туризма, другими государственными и неправительственными организациями.

Взаимодействия Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья со средствами массовой информации:

В современных условиях средства массовой информации являются ведущими проводниками медицинских и гигиенических знаний в области здравоохранения к широким слоям общественности. Особенно важная роль средств массовой информации в профилактической работе. Учитывая профилактическую направленность здравоохранения и все более возрастающий интерес к своему здоровью, взаимодействие со СМИ должно стать неотъемлемой частью профессиональной деятельности специалистов центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

Информационная работа в области здравоохранения – это в первую очередь методология, которая помогает добиваться положительных изменений в поведении и мировоззрении отдельных лиц и целых групп населения.

При разработке стратегического плана информационной работы необходимо учитывать аудиторию, ее свойства и потребности, а также объем информации и каналы ее распространения, которые будут использованы.

План мероприятий по взаимодействию со СМИ должен обязательно включать разделы по взаимодействию с другими организациями и учреждениями здравоохранения, методической работе, организационным мероприятиям и мониторингу (сбор и обобщение материалов, прошедших в СМИ по итогам какого-либо информационного мероприятия).

Взаимодействие должно быть комплексным, включать в себя публикации в прессе, выступления на радио и телевидении, проведение пресс-конференций, заседаний «круглого стола», брифингов, «прямых линий», подготовку пресс-релизов и оперативных «сообщений для СМИ». Такая работа должна проводиться постоянно.

В зависимости от актуальности проблемы, необходимости ее оперативного освещения, а также от целей, которые ставят перед собой специалисты санитарно-эпидемиологической службы, выбираются

наиболее приемлемые формы взаимодействия со средствами массовой информации.

Чаще других используются **следующие формы работы:**

➤ Организация пресс-конференций или заседаний «круглого стола» для представителей средств массовой информации с целью информирования населения по актуальным вопросам определенной тематики.

Пресс-конференция – презентация организационной точки зрения на некоторую общественно значимую проблему представителями СМИ.

Заседание «круглого стола» одна из форм обсуждения специалистами проблемы, имеющей общественное значение при участии представителей СМИ.

➤ Проведение брифингов, т.е. коротких, сжатых во времени, инструктивных встреч специалистов санэпидслужбы с представителями средств массовой информации с целью их достоверного и оперативного информирования об официальной точке зрения высшего руководства по возникшей проблеме.

Брифинг – короткая, сжатая во времени, инструктивная встреча журналистов с представителями официальной структуры (государственного учреждения).

➤ Подготовка пресс-релизов для анонсирования предстоящего события, а также для информирования средств массовой информации по актуальной проблеме.

Пресс-релиз – небольшая информация по актуальной теме.

➤ Подготовка «сообщений для СМИ» в целях информирования средств массовой информации о предстоящих мероприятиях, в которых они могут принять участие, а также оперативного информирования о внештатных ситуациях, влияющих на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.

➤ Проведение «прямых линий» – выступлений руководства или специалистов санэпидслужбы в прямом эфире, либо на страницах печати с ответами на поступающие звонки населения.

➤ Выступление специалистов и руководства санитарно-эпидемиологической службы республики на радио, телевидении, публикация статей в прессе по вопросам сохранения здоровья и профилактики заболеваний.

12. КАБИНЕТ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УО «ВГМУ»

12.1. Организация работы кабинета здоровья и здорового образа жизни

1. Групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни среди проходящих профилактические осмотры.
2. Разъяснение цели и задач ежегодной диспансеризации.
3. Обучение борьбе с возникновением и развитием факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.).
4. Пропаганда активного отдыха, туризма, занятий физкультурой и спортом.
5. Разъяснение принципов рационального питания.
6. Рекомендации по созданию, укреплению и сохранению психологического климата на работе, в учебе и в быту.
7. Расширение и углубление санитарно-гигиенических знаний среди проходящих профилактические осмотры.
8. Разработка и выполнение планов и графиков работы по амбулаторно-поликлинической организации и кабинету.
9. Подборка и распространение методических материалов, касающихся формирования здорового образа жизни.
10. Организация различных мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения на территории обслуживания амбулаторно-поликлинической организации.
11. Привлечение для участия в работе врачей, среднего медицинского персонала своей и других медицинских организаций, психологов, юристов, педагогов, профсоюзного актива, работников обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и др.

Кабинет оснащается видео- и мультимедиапроекционной звукозаписывающей аппаратурой, экранами, плакатами, альбомами, наборами памяток, листовками, научно-популярной литературой.

12.2. Кабинет здоровья и здорового образа жизни УО «ВГМУ»

В соответствии с положениями Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 года, Указа Президента Республики Беларусь «Об утверждении приоритетных направлений научно-технической деятельности» № 378 от 22 июля 2010 года, Постановления Совета Министров Республики Беларусь № 200 от 14 марта 2016 года «Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы», Приказа Министра здравоохранения Республики Беларусь № 335 от 31 марта 2011 года «Об утверждении Концепции реализации

государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года» в целях формирования личностно-ориентированной мотивации процесса обучения, качественной подготовки будущих врачей по вопросам медико-гигиенического обучения населения и формирования здорового образа жизни в УО «ВГМУ» модернизирована Программа подготовки студентов по вопросам формирования здорового образа жизни:

1. На кафедре общественного здоровья и здравоохранения преподаются вопросы медико-гигиенического обучения и воспитания населения и формирования здорового образа жизни. Целью преподавания данного направления является подготовка высокопрофессиональных медицинских кадров, владеющих современными технологиями медико-гигиенического обучения и воспитания населения и формирования здорового образа жизни.

2. Разработанные образовательные технологии включают ряд взаимосвязанных компонентов: учебная, учебно-методическая, учебно-исследовательская, научно-исследовательская, организационно-методическая и информационно-воспитательская работа.

3. Согласно учебной программе, под руководством кафедры, каждый студент 4 курса лечебного факультета готовит одно из средств привития медико-гигиенических знаний по формированию здорового образа жизни. Ключевыми аспектами данной работы являются: создание условий для улучшения здоровья населения с охватом всех этапов жизни; информированности населения (с учетом целевой аудитории) о факторах риска, угрожающих здоровью; формирования самоохранительного поведения; сокращения уровня смертности; улучшения показателей здоровья и др.

4. Образовательная концепция здоровьесберегающих технологий реализуется также посредством анализа практической работы студентов по вопросам ФЗОЖ в период производственной практики. В частности: отработка и закрепление практических навыков по ФЗОЖ и медико-гигиеническое обучение населения.

Историко-социальная составляющая кабинета здоровья и здорового образа жизни УО «ВГМУ»

Показатели, характеризующие социальную обусловленность общественного здоровья, отображают группу социальных, культурных, психологических и информационных факторов, объективно влияющих на поведение людей в сфере здоровья и формирования здорового образа жизни. Для анализа социальной обусловленности общественного здоровья в контексте формирования здорового образа жизни учитываются:

- ценностное отношение индивидов (групп населения) к своему здоровью;

- самооценка здоровья (удовлетворенность его состоянием);
- информированность населения об имеющихся заболеваниях;
- поведенческие стратегии населения в сфере здоровья;
- оценка доступности общей и специализированной медицинской помощи.

Генеральная Ассамблея ООН приняла политическую декларацию, в которой констатировала, что глобальное бремя и угроза неинфекционных заболеваний – это один из основных вызовов развитию в XXI веке.

Преждевременная смертность, инвалидность, жизнь с хроническим заболеванием приводит к тяжелым экономическим последствиям для семьи и общества. Общество несет экономические потери, связанные с невыходом на работу, снижением производительности труда и текучестью кадров, уменьшением доходов, ранним выходом на пенсию, повышенной нагрузкой на службы медико-социальной помощи и социальной защиты.

Среди неинфекционных заболеваний (по данным Белорусского статистического комитета «О естественном движении населения по Республике Беларусь в 2015 году») основной вклад в смертность вносят болезни системы кровообращения – 55,4%, новообразования - 14,8%, внешние причины - 7,3%, которые в сумме являются причиной более 75% всех смертей. Основными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, является предрасположенность и образ жизни. Факторы риска носят полиэтиологический характер, а их устранение часто требует применения интегрированных форм профилактики. То есть, реализация конкретных превентивных мер может предупреждать ряд заболеваний. Почти 60% общего числа факторов приходится на долю 7 ведущих факторов риска: повышенное кровяное давление; курение; алкоголь; повышенное содержание холестерина в крови; избыточная масса тела; недостаточное потребление фруктов и овощей и малоподвижный образ жизни.

Здоровый образ жизни должен стать идеологией белорусского общества. При этом для человека важно осознавать свою ответственность, прежде всего, за свое здоровье, и здоровье своей семьи. Врач, принимающий позитивные поведенческие установки ЗОЖ на индивидуальном уровне, будет более качественно и эффективно осуществлять медико-гигиеническое обучение населения по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактике заболеваний (в том числе социально значимых) и негативных явлений.

В ходе преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранения» обращается внимание на факторы риска возникновения заболеваний (курение, гиподинамия, нерациональное питание, избыточный вес, пьянство, алкоголизм, наркомания,

токсикомания, неблагоприятные условия среды обитания и др.), т.е. на конкретном фактическом материале доказывается актуальность медико-гигиенического обучения и воспитания населения как неотъемлемой части будущей практической врачебной деятельности.

Более сорока лет тому назад при кафедре общественного здоровья и здравоохранения (1974 г.) был создан методический кабинет санитарного просвещения, которым руководили А.Н. Судник (1974-1985 гг.), Н.Я. Вороненко (1986-1994 гг.), Ю.А. Жуков (1994-2001 гг.). Кабинет по формированию здорового образа жизни получил статус штатного.

Кабинет здоровья и здорового образа жизни работает под общим руководством заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения.

Кабинет является информационным, организационно-методическим и координирующим центром по вопросам ЗОЖ. Осуществляет координацию и интеграцию преподавания вопросов медико-гигиенического обучения и воспитания населения.

Задачи кабинета:

- содействие повышению качества преподавания вопросов формирования ЗОЖ; оказание всемерной помощи в активном творческом изучении студентами проблем формирования ЗОЖ, в расширении и углублении их теоретических и профессиональных знаний;
- привитие навыков формирования здорового образа жизни;
- оптимизация процесса обучения студентов по вопросам ФЗОЖ;
- внесение предложений по ФЗОЖ в соответствующие программы;
- осуществление координации и интеграции преподавания студентам вопросов ФЗОЖ на основе межкафедральной программы;
- формирование моды на здоровье;
- оказание помощи сотрудникам других кафедр, в т.ч. кураторам, по изучению проблем формирования ЗОЖ среди населения;
- оказание методической помощи и взаимосвязь с организациями и учреждениями, осуществляющими ФЗОЖ населения.

Заведующий кабинета здоровья и здорового образа жизни назначается на должность и освобождается от должности ректором университета. Он непосредственно подчиняется заведующему кафедрой общественного здоровья и здравоохранения.

В его **функции** входит:

- осуществление планирования организационно-методической работы кабинета;
- обновление документации кабинета;

- участие в проведении лабораторных занятий по теме: «Формирование ЗОЖ населения»;
- обеспечение учебного процесса наглядными, иллюстративно-справочными пособиями и техническими средствами;
- подготовка и разработка методических пособий, консультативных и других материалов, планов проведения лабораторных занятий;
- организация самостоятельной подготовки студентов в учебное и внеучебное время;
- оказание помощи студентам в изучении проблем ФЗОЖ, составлении текстов лекций, изготовлении санбюллетеней и других средств медико-гигиенического обучения и воспитания населения;
- обеспечение студентов литературой, наглядными, справочными пособиями и электронными документами по тематике ЗОЖ;
- оказание преподавателям помощи в организации НИРС по вопросам ФЗОЖ и профилактики заболеваний и зависимостей;
- оказание помощи кафедре в организации среди студентов и преподавателей других кафедр научных конференций, семинаров и дискуссий по вопросам ФЗОЖ;
- информирование и организация на кафедрах обсуждения новой литературы по формированию ЗОЖ и оказание помощи научным сотрудникам и студентам в изучении проблем медико-гигиенического обучения и воспитания населения;
- организация выставок, смотров-конкурсов санбюллетеней, текстов лекций и других средств формирования среди студентов и сотрудников кафедр;
- формирование заказа на специальную литературу по вопросам формирования ЗОЖ, отслеживание процесса ее обновления в библиотеке ВГМУ;
- составление указателей основной и дополнительной литературы по медико-гигиеническому обучению и воспитанию населения;
- материальная ответственность за сохранность литературы и имущества кабинета;
- обеспечение учёта и отчётности о своей работе перед кафедрой;
- отслеживание новой нормативной документации, регламентирующей работу кабинета здоровья и здорового образа жизни развитие профилактического направления здравоохранения;
- сбор и анализ информации, статистических данных и др., подготовка на их основе аналитических записок, статей в СМИ и научную медицинскую печать, информационных бюллетеней по вопросам формирования здорового образа жизни и других материалов;
- участие в проведении социологических опросов студентов и сотрудников по проблемам формирования здорового образа жизни,

анализ полученных данных, разработка на основе полученных результатов основных направлений работы и методических подходов по формированию здорового образа жизни;

- формирование фонда методической литературы «В помощь лектору» по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний, в т.ч. социально значимых (СПИД, туберкулёз и др.);
- формирование базы данных информационных, методических и нормативных материалов по вопросам формирования ЗОЖ, профилактики заболеваний и другим смежным вопросам на электронных носителях на русском и английском языках;
- оказание методической помощи студентам и сотрудникам ВГМУ в подготовке средств медико-гигиенического обучения и воспитания населения (текстов лекций, бесед и др.), наглядной агитации по вопросам формирования здорового образа жизни и др.;
- проведение специальных инструктажей с преподавателями (в т.ч. с кураторами), администрацией и воспитателями общежитий по вопросам профилактики патологических зависимостей среди молодежи с участием сотрудников воспитательного отдела и деканата факультета подготовки иностранных граждан (ФПИГ);
- размещение средств наглядной агитации по актуальным вопросам ФЗОЖ среди студенческой молодежи в общежитиях университета;
- сотрудничество с фармацевтическими фирмами по вопросу обеспечения кабинета здоровья и здорового образа жизни наглядными материалами, организации совместных лекций и презентаций;
- налаживание сотрудничества с зарубежными ассоциациями, институтами и др., которые занимаются ФЗОЖ и изучением других смежных проблем;
- техническое обеспечение кабинета здоровья и здорового образа жизни оборудованием и средствами: стендами, плакатами, техническими средствами; электронными информационными носителями и т.д.;
- внесение предложений по обновлению каталога рекомендуемой литературы по ФЗОЖ в библиотеке ВГМУ, по закупке новой литературы;
- обновление методических материалов по основным направлениям ФЗОЖ для студентов и преподавателей;
- создание лекторских групп по ФЗОЖ из числа студентов старших курсов – победителей смотров-конкурсов текстов лекций ВГМУ;
- участие в организации университетских научных конференций, семинаров и дискуссий по вопросам ФЗОЖ;

- анализ работы студентов по вопросам ФЗОЖ в период производственной практики по лекционным путёвкам и отзывам кураторов практики;
- привлечение студентов к НИРС по тематике, связанной с ФЗОЖ и медико-гигиеническим воспитанием населения;
- участие в научных конференциях, семинарах и т.п., посвященных проблемам ФЗОЖ, профилактике заболеваний и другим смежным вопросам;
- участие в совместных мероприятиях с организациями и учреждениями, осуществляющими ФЗОЖ населения:
 - а) проведение смотров-конкурсов средств ФЗОЖ;
 - б) подготовка совместной организационной и методической документации;
- проведение совместных мероприятий по ФЗОЖ с первичной организацией ОО БРСМ.

Внештатные руководители – старший преподаватель Т.Л. Петрище (2001 – 2011 гг.), с 2011 по 2013 г. – старший преподаватель Р.Ш. Шефиев., с 2014 по 2015 гг. – ассистент Н.В. Лаппо, с 2015 г. по 2016 гг. старший преподаватель Д.В. Мороз и Т.Н. Ковалевская. В январе 2017 г. кабинет здоровья и здорового образа жизни УО «ВГМУ» получил снова статус штатного. Возглавила кабинет О.Н. Тенюшко.

Кабинет здоровья и здорового образа жизни оснащён информационными стендами, создана база нормативно-правовых документов по ФЗОЖ, систематизированный тематический каталог мультимедийных презентаций и материалов по здоровому образу жизни. Постоянно совершенствуется работа по методическому обеспечению практических занятий со студентами: обновляются папки «В помощь лектору» (более 50 тем) и каталог рекомендуемых средств по ФЗОЖ; изготавливаются новые учебно-информационные плакаты; формируются и динамически пополняются базы данных электронных документов. Кабинет здоровья и здорового образа жизни предоставляет лучшие работы студентов по тематике, связанной с ФЗОЖ для участия в ежегодной выставке-ярмарке «Витебщина – за здоровый образ жизни».

На основе кабинета здоровья и здорового образа жизни студенты обучаются навыкам ФЗОЖ, приобщаются к освоению здоровьесберегающих технологий и методологической профилактики социально значимой патологии.

IX. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

При подготовке любых материалов на медицинскую тематику необходимо знать следующее:

- тема должна быть плановой, актуальной, содержательной, приуроченной к каким-либо сезонным заболеваниям, к ежемесячным Дням здоровья, к информационным Дням;
- необходимо следить за тем, чтобы все содержащиеся в материале сведения соответствовали действительности, исходили из компетентного источника;
- каждый материал на медицинскую тематику должен быть адресным, т.е. ориентированным на определенный возрастной контингент, конкретную социальную группу;
- необходимо расшифровывать все медицинские и специальные термины, сокращения и аббревиатуры, не перегружать текст лишними подробностями и описаниями, стремиться к простоте, но не упрощенности изложения.

1. Рекомендации к составлению и оформлению конспекта лекции

Приступая к лекции, необходимо чётко сформулировать тему и определить цель; уяснить целевую группу, на которую рассчитана лекция, а затем составить план, т.е. перечень вопросов, подлежащих освещению в лекции в порядке их изложения.

Каждая лекция состоит из 3 частей: вступления, изложения (основная часть) и заключения.

Во вступлении лектор раскрывает актуальность темы и информирует аудиторию о значении данной темы, чтобы слушатели с самого начала понимали практическую важность для них получения знаний и рекомендаций по данному вопросу. На вступление должно быть отведено 5-6 мин при часовой лекции и 7-10-при двухчасовой.

Изложение. В этой части необходимо раскрыть содержание темы, опираясь на современные представления и знания по рассматриваемому вопросу. Самой пространной частью изложения должно быть раскрытие конкретных мер первичной и вторичной профилактики, доступных для выполнения, убеждение слушателей в необходимости выполнять именно те правила поведения, которые рекомендует лектор.

В лекции не нужно:

1. Подробно излагать вопрос этиологии, патогенеза заболевания (например, все имеющиеся теории происхождения рака).
2. Раскрывать клиническую картину заболевания до терминального конца (слушателям следует изложить лишь первые

признаки заболевания или обострения, осложнения, с тем, чтобы пациент, определив их, немедленно обратился к врачу).

3. Давать готовые рецепты, называть дозировку лекарственных препаратов, названия труднодоступных препаратов (во избежание самолечения).

4. Давать непонятные медицинские термины (если они необходимы по ходу изложения лекции, то давать общеизвестную расшифровку их и толкование).

5. Давать рекомендации, в которых лектор сомневается или они недостаточно проверены.

Заключение. Краткое повторение главного, о чём говорит в лекции. Акцент делается на профилактические мероприятия, которые имеют решающее значение в формировании гигиенических навыков, привычек.

Конспект является памяткой лектора. Он составляется в виде развёрнутого плана, дополненного различными материалами. Конспект – это ответы на те вопросы, которые являются заголовками составных частей плана, отдельных его разделов, частей, глав и параграфов.

2. Рекомендации по подготовке и оформлению санитарного бюллетеня

Санитарный бюллетень можно определить как иллюстрированную тематическую стенную газету. Он может выпускаться в лечебно-профилактических учреждениях, на предприятиях, в учебных заведениях, детских дошкольных учреждениях и т.д. Авторами санитарного бюллетеня являются медицинские работники. Санитарный бюллетень бывает типовым (разработанным по образцу) и оригинальным (единственным).

Правильно разработанный и оформленный санитарный бюллетень – эффективное средство пропаганды медицинских и гигиенических знаний.

Санитарный бюллетень должен иметь профилактическую направленность, т.е. содержать информацию не столько о заболеваниях и их лечении, сколько о профилактике и принципах здорового образа жизни. Лишь в случаях вспышек какого-либо инфекционного заболевания можно подготовить бюллетени о предупреждении распространения инфекции. Таким образом, тематика санитарного бюллетеня должна быть актуальной, в соответствии с задачами, стоящими перед здравоохранением, а также с учётом сезонности и эпидемиологической обстановки на данной конкретной территории.

Содержание, как правило, строится на основе местных материалов и примеров, но иногда авторы санбюллетеня могут пользоваться готовыми текстами из газет, журналов и т.п.

Вся содержательная часть санитарного бюллетеня должна иметь познавательное и воспитательное значение.

Санитарный бюллетень состоит из текста и изобразительных элементов, причём текстовая часть преобладает. Возможен санитарный бюллетень, состоящий только из одного текста, но ни в коем случае— из одного рисунка или иллюстраций с коротким разъясняющим текстом. Это уже не санитарный бюллетень, а плакат. Каждая статья должна иметь свой цветной подзаголовок и выделяться абзацами. Если на листе один большой текст, то он обязательно разбивается на фрагменты, каждый из которых должен быть озаглавлен соответственно содержанию.

Количество текста всегда следует ограничивать, избегать надписей и комментариев, не несущих информационной нагрузки.

Содержательная часть санитарного бюллетеня состоит из введения, основной части и заключения. Введение, или передовая статья, вводит в проблему и объясняют выбор и актуальность данной темы. Введение не имеет названия или подзаголовка. Изложение основной части может быть в виде информации, статьи, рассказа, очерка, интервью, открытого письма, а также в виде вопросов и ответов, причем каждый вопрос и каждый ответ должен иметь подпись читателя и врача (соответственно). Основная часть может также состоять из нескольких сообщений, информации или коротких зарисовок. Каждая из них должна иметь подзаголовок. В основной части раскрывается суть проблемы. В текстах можно использовать лозунги, призывы, поговорки, пословицы.

Содержание санбюллетеня не должно провоцировать человека на самолечение, поэтому вопросы клиники подробно не излагаются, а вопросы лечения исключаются полностью. Больному необходимо знать лишь первые признаки заболевания, чтобы он смог обратиться за квалифицированной медицинской помощью.

Меры профилактики, рекомендации должны быть изложены четко и конкретно. Заканчиваться содержание санитарного бюллетеня должно выводом, формирующим мотивацию читателя к определённым немедленным действиям по сохранению своего здоровья.

Текст санитарного бюллетеня должен быть доходчивым (с учётом интересов и образовательного уровня читателей) и не слишком пространным, так как это затрудняет его усвоение. Следует избегать длинных, трудночитаемых предложений, а также сленга и непонятной медицинской терминологии.

Следует знать, что текст, заключенный в квадрат или круг, привлекает внимание в первую очередь и вызывает больше доверия. Он обычно делится на 4-6 столбцов шириной 12-14 см. В бюллетене должны быть выделены абзацы, а знаки препинания (восклицательный

знак, многоточие, тире и т.д.) лучше использовать как можно реже. Текст не должен идти поверх иллюстрации.

Изобразительная часть, которая иллюстрирует текстовую и может состоять из рисунков, фотографий, схем, аппликаций готовых санитарно-просветительных материалов, занимает в санитарном бюллетене центральное место. Изобразительные элементы должны формировать зрительное пятно, то есть точку, привлекающую к себе взгляд читателя в первую очередь. Однако художественное оформление не должно быть громоздким. Если рисунков или фотографий слишком много и все они пестрые и многоцветные, то внимание читателя рассеивается, ему трудно сосредоточиться. Оптимальное соотношение изобразительных элементов и текста – примерно 2:3.

Необходимо наличие смысловой связи между текстом и изображением. Санитарный бюллетень – это единство текста и рисунка: они должны пояснять, дополнять друг друга, но не дублировать. Изобразительная часть вместе с текстовой не должны перегружать санитарный бюллетень

Чтобы санитарный бюллетень привлекал внимание, название лучше подобрать короткое, яркое, интригующее и не запугивающее. Оно должно выделяться крупным шрифтом и отражать его содержание. Желательно при этом не использовать название заболеваний. Например, вместо скучного «Профилактика дизентерии» лучше написать «Болезнь грязных рук», а вместо «Профилактика глазного травматизма» можно дать название «Береги глаз, как алмаз» и т.д.

Слово «санитарный бюллетень» большими буквами на газете не пишется. Его пишут обычно мелким шрифтом в правом нижнем углу газеты, где указываются выходные данные: город, наименование учреждения, дата выпуска, фамилии, имя и отчество (полностью) и должности лиц, выпустивших санитарный бюллетень. Размеры бюллетеня обычно составляют 90х60 см.

3. Изготовление памяток

Памятка – это средство вербальной и/или визуальной передачи информации, краткое изложение какого-либо вопроса или проблемы, а также самые важные сведения по пропаганде здорового образа жизни.

Важный аспект памятки о здоровье – побуждение населения к определенным действиям, направленным на профилактику заболеваний, и формирование сознательной установки на здоровый образа жизни.

Памятка может включать в себя:

- факты по проблеме;
- советы;
- алгоритм действий в определенных случаях;

- информацию об адресах и телефонах специализированных лечебно-профилактических и других учреждений и т.п.

Используются памятки в ситуациях, когда нет возможности непосредственного общения с аудиторией, и как дополнение к общению. По сравнению с другими средствами пропаганды здорового образа жизни памятки имеют ряд преимуществ, а именно:

- воздействуют на конкретные группы людей, определённую аудиторию, что дает наибольший эффект;
- дешёвы и просты в изготовлении и распространении.

По характеру содержания можно выделить следующие виды памяток.

1. *Памятка-алгоритм*, в которой все предлагаемые действия довольно жестко фиксированы, их последовательность обязательна (например, комплекс упражнений лечебной гимнастики, действия при появлении признаков инсульта, гипертонического криза и т.п.).

2. *Памятка-инструкция*, в которой даются вполне конкретные указания о необходимости конкретных действий, шагов (пример: измерение АД, подсчет индекса массы тела, количества хлебных единиц в продуктах и т.п.).

3. *Памятка-совет, рекомендация*. В ней целевая группа получает рекомендации о том, при каких условиях то или иное действие осуществляется успешно (например, как сознательно ограничить употребление алкогольных напитков или снизить потребление соли; способы быстрого снятия стресса, правила кормления ребенка грудью и т.п.).

4. *Памятка-разъяснение*, в которой опровергаются устоявшиеся мнения и стереотипы и утверждаются другие, основанные на более современных научных исследованиях.

5. *Памятка-стимул*, целью которой является стимулирование человека, раскрытие перспектив его деятельности и т.п. (например, сопоставление жизни с наркотиками и без них).

6. *Памятка «вопрос-ответ»*.

Деление это условно, поскольку в каждом виде памяток есть общее: информация, представленная с помощью выразительных средств. Выбор той или иной модели содержательной части и художественного оформления во многом зависит от целеполагания, тематики, характера целевой аудитории, представлений и вкусов создателей данной памятки.

Рекомендации по составлению памяток

1. Разрабатывая информационное сообщение, всегда опирайтесь на вопросы:

- чего мы хотим добиться?
- что люди должны понять в результате?

– какие действия они должны предпринять?

2. Чётко следуйте цели. Не включайте в памятку материал, не относящийся к теме: он только отвлечет от основной идеи вашего сообщения. Следует помнить, что небольшой объем информации не позволяет в тексте одной памятки затрагивать слишком много аспектов проблемы. Целесообразнее выделить лишь один из них и именно ему посвятить содержание памятки.

3. Особое внимание уделяйте правильно составленному и рационально размещенному тексту. Текст памятки должен быть написан доступным неспециалисту языком, основываться на достоверных фактах (информационная памятка) или на алгоритмах выполнения манипуляции (рекомендательная памятка). Название должно четко определять тематику и направленность памятки, например, «Правила кормления грудью», «Рекомендации по режиму дня беременной женщины» и др. Предложения должны быть краткими, набранными небольшими блоками. Не разрешается использовать сленговые выражения и специальную медицинскую терминологию (за исключением рекомендаций по подготовке пациентов к специальному обследованию). Шрифт должен быть простым, легко читаемым. Крупный шрифт облегчает прочтение материала людьми пожилого возраста. Ни в коем случае нельзя набирать текст декоративным, трудноразличимым шрифтом.

Иллюстрации, ключевые слова, тематические строки информационного сообщения должны быть простыми и ясными. Все незнакомые специальные термины лучше объяснять. Текст нужно представить на проверку нескольким читателям, чтобы убедиться, что он не содержит двусмысленных фраз.

Формат – книжный, сложенный вдвое (карманный вариант памятки может быть меньше).

4. Очень важно выбрать ту цветовую гамму, на фоне которой текст будет восприниматься лучшим образом. Для облегчения восприятия материала используйте не слишком сложное оформление. Цвет может служить для выделения наиболее важной информации. Выбирайте его осторожно, поскольку разные цвета вызывают разные эмоции (не стоит делать памятку очень яркой), могут ассоциироваться с определенными идеями, образами.

5. Проверяйте грамотность текста будущей памятки, т.к. грамматическая ошибка или стилистическая неточность могут вызвать недоверие к материалу.

6. Иллюстрация в памятке всегда привлекает внимание. Могут использоваться фотографии, рисунки, диаграммы и т. п. Но изобразительная часть не должна перегружать памятку, не рекомендуется использовать медицинскую символику (кресты, змеи и

т.д.). Используемые зрительные образы должны обладать определенной силой воздействия.

7. Структурно текст памятки обычно представляет следующие блоки:

- заголовок (должен быть точным, кратким, набираться большими буквами; его цель – привлечь внимание); здесь же может быть указание, кому предназначена памятка (для населения, для подростков, для родителей и т. д.);

- ведущий абзац (заставляет читать текст дальше, интригует);

- средний абзац (развивает понимание и оценку предмета, отвечает на все вопросы);

- заключительный абзац (дает понять, какое действие от читателя желательно).

8. Материал памятки подбирается с расчётом на конкретную аудиторию (например, памятка для молодых родителей, школьников, будущих мам и т.д.). Внимание к той или иной информации зависит от того, насколько значимые сведения она содержит для определенной группы людей. И, например, памятка, призывающая подростков не употреблять наркотики, должна отличаться от памятки, обращенной по этой же проблеме к их родителям.

9. Идею содержание материалов памятки не должно вызывать у людей страха и отрицательных эмоций. При составлении памяток для детско-подростковой аудитории крайне важным является принцип преимущественного позитива в изложении материала. Надо показать подростку не то, как плохо курить, а как хорошо быть здоровым и не курить; раскрыть преимущества жизни, свободной от никотина.

10. Необходимо осуществлять чёткий, жёсткий контроль также за тиражированием и распространением памяток. Ибо то отрицательное воздействие, которое способна принести непроверенная информация или информация, поданная не с тем акцентом и не той группе пользователей, способна повлечь за собой нарушение одного из краеугольных принципов профилактики и всей медицины в целом – принципа «Не навреди!». В конце или в начале памятки обязательны выходные данные: указание на ее разработчиков.

11. Убедительность материалов памятки зависит не от длинного перечня правил, советов, запретов и рекомендаций, не от сухой назидательности, а от того, насколько интересен и несложен текст. Можно «оживить» его, используя афоризм, четверостишие, расчёт суточного рациона здорового питания и даже рецепт блюда.

4. Рекомендации по подготовке листовок и буклетов

Листовки и буклеты также являются одними из наиболее простых и вместе с тем эффективных письменных речевых средств

гигиенического воспитания. Большие тиражи, возможность быстрого переиздания делают их удобными и доступными средствами распространения гигиенических знаний.

Они могут быть использованы при оформлении санитарных уголков, витрин, их можно раздавать населению непосредственно на приеме у врача, в рекреациях лечебно-профилактических учреждений, в других общественных местах, на конференциях, семинарах, лекциях.

Под *листовкой* понимают лист, обычно с односторонним расположением сообщения, формата А4 (210x297 мм). Близкие родственники листовки – флаер (маленькая листовка), наклейка (самоклеящаяся листовка, так называемый стикер) и другие.

Листовка носит агитационно-информационный характер. В листовке могут быть даны лаконичные советы и рекомендации. Текст листовки часто сопровождается мотивированным призывом к участию в тех или иных профилактических мероприятиях.

Буклет – это произведение печати, изготовленное на одном листе, сложенном параллельными сгибами в несколько страниц так, что текст на буклете может читаться без разрезки, раскрывается напечатанный буклет, как ширма. Выполняет рекламно-информационную функцию.

Буклеты позволяют предоставить потребителям более полную информацию, и сделать подачу информации более структурированной, чем это могут сделать обычные рекламные листовки. Кроме того, буклеты более компактны, но, несмотря на это они лишены ощущения некой незавершенности, которое может появиться у потребителей после ознакомления с обычной рекламной листовкой.

Создаваться буклет может с помощью текстового редактора Microsoft Word, Microsoft Publisher. Программа Microsoft Publisher представляется наиболее удобной для создания информационного буклета, так как в ней имеются шаблоны публикаций для печати, что позволяет упростить процесс их создания.

Рекомендации по изготовлению буклета:

1. Правильно составленный буклет должен включать в себя три основных блока: визуальный ряд, информативный материал и контактную информацию.

2. В буклете не должно быть лишней информации. Информация, изложенная доступно, воспринимается лучше. Особое внимание уделяется контактной информации.

3. Поскольку буклет является достаточно компактным по своему объему, то и представленная в нем информация должна быть представлена в компактном виде, тезисно.

4. В качестве ключевых точек используйте броские заголовки. Длинные тексты не вызывают интереса.

5. Для разработки дизайна буклета необходимы следующие элементы: графические материалы (слайды, фотографии). Не перегружайте буклет лишними элементами, т.к. все, что отвлекает, снижает эффективность буклета, но и не старайтесь свести дизайн к минимуму, т.к. он будет неинтересным.

6. Возможно, наиболее удачным решением станет двусторонняя печать буклета.

5. Рекомендации по изготовлению плаката

Плакат – броское изображение на крупном листе формата А3 либо А2 с кратким пояснительным текстом. Главная мысль в плакате передается через образ, представленный в изображении. Изображение может представлять собой рисунок или фото, а иногда и то и другое. Текст на плакате (до 2-х предложений) несёт основную смысловую нагрузку или поясняет зрительный образ. Если изображение настолько выразительно, что не нуждается в пояснении, текст на плакате может отсутствовать. Используется как *агитационный плакат* – одно крупное яркое изображение и короткий лозунг, призыв, оригинальность композиции, так и *пропагандистский (информационный)* – может включать несколько фрагментов, рисунков, логические цепочки изображений, разъяснительный текст, более спокойные краски и композицию. Основными требованиями к тексту плаката являются доходчивость (краткость, удачная лексико-синтаксическая структура, смысловая точность, смысловая связь изображения и текста) и выразительность (применение изобразительно-выразительных средств языка).

Размер плаката и текста, характер иллюстраций, шрифтов, цветовые решения определяются условиями, в которых плакат будет восприниматься зрителями (на улице, при входе в учреждение, в помещении). Для плаката, который предстоит рассматривать издали, рекомендуются лаконичный текст, простой по своему решению рисунок, крупный шрифт, контрастные цвета. С большого расстояния лучше всего читаются темные буквы на светлом фоне (черные на белом, красные на белом, черные на желтом). К тому же, одни цвета (красный, оранжевый) активнее привлекают внимание, чем другие (желтый, зеленый). Если плакат предполагается вывесить на улице, то необходимо учитывать, как будет восприниматься тот или иной цвет не только в дневное, но и в вечернее время, а также при искусственном освещении. Например, красный и желтый цвета в сумерки бледнеют и воспринимаются хуже, чем синий и зеленый. Необходимо наличие ведущего цвета, в соответствии с которым подбираются остальные. Рекомендуется использовать не более 4-х цветов.

Для размещения плакатов лучше использовать места большого скопления людей. Развешивать в одном месте сразу несколько плакатов не рекомендуется, так как они будут мешать друг другу, рассеивать внимание. Плакаты по однотипной тематике целесообразно размещать в ряд. Не рекомендуется использовать плакат на одном месте более месяца.

6. Рекомендации по изготовлению брошюры

Брошюра – это книжное малоформатное издание объемом от 4 до 48 страниц формата А5, в популярной форме освещающее вопросы здорового образа жизни и профилактики различных заболеваний. В этом ее отличие от буклетов, напечатанных на одном листе, и от книг (имеют более 48 страниц).

Страницы соединяются ниткой, скрепкой, пружиной или склеиванием. Отсюда и название (от французского слова *brochure*, что означает «сшивать»). Характерна мягкая обложка. В виде брошюры могут издаваться сборники методических разработок, программы мероприятий и т.д.

Процесс создания начинается с разработки идеи. Благодаря книжной компоновке, брошюры могут обладать высокой информативностью. Чтобы объем информации не отбивал охоты к знакомству с содержанием, большое значение имеет гармоничное оформление издания. Основным требованием разработки дизайна брошюр является принцип ненавязчивости. Необходимо наличие диаграмм, графиков, иллюстраций и фотографий. Материал должен быть систематизирован, изложен максимально просто и четко. Текстовая часть брошюры может содержать вступительную статью автора или составителя, основные материалы сборника, заканчиваться может сведениями об авторах, обращением к читателям, просто чистым листком для заметок.

Все страницы брошюры могут быть пронумерованы арабскими цифрами в нижней части по центру с использованием «сквозной нумерации». Титульный лист включается в общую нумерацию, но номер на нем не проставляется. Желательно, чтобы все статьи отдельных авторов или по отдельной теме печатались в брошюре с новой страницы, текст должен печататься шрифтом Times New Roman, размер 14 через одинарный межстрочный интервал. Верхняя и нижняя границы текстового поля должны составлять 2 см, левая граница – 3 см, правая – 1 см. Первая строка абзаца начинается на расстоянии 1,2 см от левой границы текстового поля.

7. Малые формы печатных информационно-образовательных материалов

Открытки, календари, закладки, наклейки – это так называемые малые формы печатных информационно-образовательных материалов. Характерной их особенностью является способность информировать по одному вопросу, одной теме.

Календари. Карманные календари отличаются разнообразием форматов и вариантов использования. Они удобны и компактны, поэтому их всегда можно иметь при себе.

Настольные перекидные – обычно изготавливаются в виде «домика».

Настенные календари-плакаты представляют собой листы, на которых посредством полиграфической печати размещаются изображение и календарная сетка на один или два года.

Настенные перекидные – для их изготовления обычно используется шесть двусторонних листов, скрепляемых пружиной или скобами.

При изготовлении любого календаря важную роль играет функциональность, которую обеспечивает удобная календарная сетка, где легко читаются даты, названия дней недели и месяцев; определенным цветом выделяются выходные и праздничные дни. Для настенных календарей все надписи должны быть хорошо различимы с большого расстояния.

Календарь является не только полезным инструментом при планировании рабочего времени, но и эффективной рекламой и оригинальным носителем информации по вопросам здорового образа жизни.

Закладка – полоска бумаги или полимерного материала с нанесённой на неё информацией специальной направленности, служащая для отметки места чтения.

Стикер (от англ. sticker – этикетка, наклейка) – небольшая наклейка, используемая с информационными целями. Изготавливается из самоклеящейся плёнки и предназначен для наклеивания на различные поверхности.

Флаер (от англ. flyer (flier) – рекламный листок) – небольшая рекламная листовка, выполненная в ярких красках, используемая в основном как раздаточный материал. Дизайн необходимо сделать таким, чтобы за минимальное время привлечь наибольшее количество заинтересованных людей. В зависимости от того, что рекламируется флаером, и какова целевая аудитория, они могут быть *имиджевыми* или *информационными*. В основном флаеры имеют форматы: А6 – 105x148мм, А5 – 148x210мм, 1/3А4 – 100x210мм.

При оформлении флаера категорически не рекомендуется использование более двух шрифтов: один шрифт для заголовка, другой – для основного текста. Не надо стараться заполнить каждый сантиметр пространства текстом или картинкой. Это создает перегруженную композицию, и важные элементы теряются.

8. Мультимедийные информационные средства обучения ЗОЖ (мультимедийные презентации, видеофильмы, видеоролики, фото/видеофокусы, интерактивные плакаты)

Термин «*мультимедиа*» (англ. multimedia) произошёл от слияния двух латинских слов: *multum* – много и *media, medium* – средство, соединение, сочетание. Использование термина «мультимедиа» в системах современных информационных технологий означает соединение в компьютерной среде всего многообразия инструментальных средств, которые позволяют представлять разные информационные модели реального мира, создавая системный эффект наиболее полного его восприятия человеком. Инструментальные средства, которые обеспечивают автоматическое создание базовых элементов (текста, графики, звука и видеoinформации) в побитовом виде и позволяют их соединять в одном программном модуле (мультимедийном приложении) или создавать готовый программный продукт (мультимедийный продукт), принято называть *мультимедийными средствами обучения*.

Виды мультимедийных средств обучения:

- светотехнические (видеофильмы и пр.);
- звукотехнические (CD, магнитофонные записи, лингафонное оборудование и др.);
- средства программного обучения (обучающие программы, web-технологии, сайты, блоги, базы данных, форумы, чаты, тестовые модули и пр.).

К наиболее эффективным мультимедийным информационным средствам обучения ЗОЖ относят – мультимедийные презентации, видеофильмы, видеоролики, фото/видеофокусы, интерактивные плакаты, анимированные GIF-файлы и пр. Они должны соответствовать следующим критериям:

- Соответствие указанной теме.
- Техническая реализация.
- Композиция.
- Оригинальность, новизна.
- Содержательность работы – законченность сюжета.
- Выразительные средства: наличие звукового сопровождения, видеоэффекты.
- Общее эмоциональное восприятие.

Видеоролики не должны быть низкого качества, рекламного характера, содержать оскорбления. Видеоролик не должен нарушать авторские права других сторон.

Материал в мультимедийных информационных средствах обучения ЗОЖ представляется с использованием различных средств сообщения информации – текста, графики, звука, видеоизображения. Нельзя строить данные информационные средства в виде изложения теоретического материала, с множеством понятий, определений, фактов. Всё, что представляется на слайдах, должно быть детально методически продуманным, целесообразным и логически последовательным, необходимый материал представлен динамично и увлекательно.

На Youtube зарегистрирован ресурс «Здоровый образ жизни ВГМУ», где размещаются для просмотра лучшие мультимедийные информационные средства обучения ЗОЖ студентов университета.

Х. ОБРАЗЕЦ ВЫПОЛНЕНИЯ ТИПОВОГО ЗАДАНИЯ

Мужчина 25 лет. Курит с 16 лет, в настоящее время по две пачки сигарет в день. Пять лет назад в стационаре поставлен диагноз – «Хронический бронхит». К советам медиков бросить курить не прислушался. Курит чаще всего в квартире, балкона нет. Употребляет спиртные напитки, после однократного приёма алкоголя в большой дозе отмечалось сумеречное помрачение сознания, которое проявлялось дезориентацией в пространстве и времени, нарастало двигательное возбуждение, появились патологические аффекты. В этой связи мужчина был доставлен в приёмное отделение наркологического диспансера.

Из анамнеза: женат, имеет сына 2 лет. У ребёнка наблюдаются приступы удушья по ночам. Периодически госпитализируется в детскую больницу для стационарного лечения.

1. Как называется комплекс симптомов, наблюдаемый у пациента?
2. Какие заболевания могут возникать при курении и длительном употреблении алкоголя?
3. Какие факторы риска у пациента и его сына?
4. Перечислите перечень мероприятий, которые можно рекомендовать пациенту по изменению образа жизни?
5. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Ответ:

1. У мужчины наблюдается патологическое опьянение, занимающее промежуточное положение между алкогольным психозом и острым опьянением.

Алкогольное опьянение – это патологическое состояние, возникающее вследствие воздействия этанола на центральную нервную систему. Алкоголь угнетает функции ЦНС, а возникающие на начальных этапах эйфория и возбуждение являются признаками ослабления тормозных механизмов ЦНС.

2. Алкоголизм может вызывать субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния, панкреатит, гастрит, цирроз печени, рак пищевода и желудка.

Курение вызывает рак трахеи, бронхов, глотки, гортани, полости рта и пищевода, в меньшей степени почек, поджелудочной железы, желчного пузыря и желудка. Курение – главный среди этиологических факторов развития различных заболеваний лёгких.

Имеет значение не только активное, но и пассивное курение. Длительное воздействие дыма повреждает реснички эпителия бронхов,

что приводит к нарушению выделения слизи и способствует развитию хронического бронхита, воспалению и сужению дыхательных путей, утяжелению приступов бронхиальной астмы, увеличению склонности к рецидивам респираторных инфекций.

3. Факторы риска у отца – активное курение, чрезмерное (пагубное) потребление алкоголя. У сына и жены – пассивное курение.

В семьях, где курят, повышается на 20% риск заболевания детей бронхиальной астмой, бронхитом. Уровень смертности от сердечных заболеваний в семье, где курит один из супругов, на 20% выше, чем в некурящих семьях.

Пациент нуждается в проведении мер по профилактике развития алкогольной зависимости и курения.

4. В данной ситуации целесообразно провести беседу по темам «О вреде табакокурения и употребления алкоголя», «Эффективные методы отказа от курения и употребления алкоголя», а также

– *информировать пациента о том, что:*

- курение табака – один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхо-лёгочных, онкологических и других хронических заболеваний;

- пассивное курение также вредно, как и активное;

- нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака; так называемые «лёгкие» и тонкие сигареты также вредны для здоровья;

- отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения;

- если курящий выкуривает первую утреннюю сигарету в течение первых 30 минут после подъёма, то необходимо его информировать о высоком риске у него никотиновой зависимости, что расценивается как заболевание и требует медицинской помощи, объяснить необходимость обратиться в кабинет по оказанию помощи в отказе от курения (кабинет медицинской профилактики).

При нежелании пациента бросить курить, повторить совет, дать памятку и рекомендовать при появлении такого желания обратиться за медицинской помощью по отказу от курения. Дать информацию о режиме работы кабинета медицинской профилактики или кабинета медицинской помощи по отказу от курения.

– *информировать пациента о том, что:*

- у него имеется подозрение и риск чрезмерного (пагубного) потребления алкоголя;

- о негативном влиянии алкоголя на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации);

- при наличии возможности (времени), спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления алкогольных напитков и готовности снизить это потребление;

Дать памятку. При подозрении на наличие зависимости посоветовать обратиться за помощью к наркологу. Рекомендовать пациенту обучение в Школе здоровья.

5. Целесообразно и рационально в данной ситуации применить следующие средства формирования здорового образа жизни: *памятку, брошюру, буклет, листовку, флаер*, – как наиболее эффективные, простые, недорогие, компактные и удобные для прочтения средства; имеющие убедительный информационный блок. Также можно показать, к примеру, видеофильм, видеоролик, интерактивный плакат по вопросу профилактики курения и алкоголизма.

XI. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

Задание № 1

Мужчина 29 лет. Рос и развивался нормально. Окончил 9 классов и техникум. Учился посредственно, много времени проводил на улице. По характеру вспыльчив, обидчив. Со спиртным познакомился в 12 лет, в компании отца. Учась в техникуме, часто употреблял спиртное. В возрасте 25 лет один из приятелей убедил его попробовать амфетамины. После внутривенной инъекции 20 мг он почувствовал себя всемогущим. Постоянно думал о том, как бы достать наркотик, повышал дозы. Когда не мог достать, наступали сонливость и раздражительность.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 2

Мужчина 39 лет, работает начальником отдела в строительной компании, работа ответственная, связана с общением с людьми, ведением переговоров, в основном сидячая, рабочий день ненормированный. С юности занимался спортом: бег, лыжи, футбол, бокс. Последнее время занимается нерегулярно, на фоне чего прибавил в весе на 10 кг за 3 года. Калорийность рациона – высокая. Курит по 15 сигарет в день. Умеренно употребляет слабые и крепкие алкогольные напитки 2–3 раза в неделю. Рост 176 см, вес 98 кг. Наследственность: у родителей с 40–50 лет – артериальная гипертензия, у бабушки по материнской линии – сахарный диабет.

1. Имеет ли пациент факторы риска развития у него артериальной гипертензии?
2. Является ли ожирение фактором риска развития артериальной гипертензии?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 3

Женщина 56 лет. Образование высшее, работает менеджером высшего звена в крупной компании. Гинекологические заболевания

отрицает, менопауза в 51 год. Курит до 0,5 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Из анамнеза известно, что мать пациентки, страдает артериальной гипертензией, перенесла острое нарушение мозгового кровообращения. Отец умер в возрасте 54 лет от обширного инфаркта миокарда.

1. Имеет ли пациентка факторы риска развития у неё артериальной гипертензии? Назовите их.
2. Является ли курение фактором риска развития артериальной гипертензии?
3. Какие дать пациентки рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 4

Подросток 14 лет, состоит на диспансерном учёте с диагнозом: «Вегетососудистая дистония по кардиологическому типу. Хронический эрозивный гастрит, хронический дуоденит». Последнее обострение пять месяцев тому назад, лечился в стационаре, выписан с улучшением. Из анамнеза известно, что подросток курит с 8 лет, не соблюдает диету, не регулярно принимает лечение.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 5

На приём к терапевту обратился пациент 25 лет с диагнозом: «Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки». Из анамнеза выявлено, что больным себя считает около года, однако к врачам не обращался. Работа связана с частыми нервными перенапряжениями, нерегулярным питанием, более 5 лет курит по 15 сигарет в день, умеренно употребляет алкоголь.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 6

Пациент, 43 года, состоит на диспансерном учёте около 10 лет с диагнозом: «Язвенная болезнь желудка. Хронический холецистит. Хронический панкреатит». Последнее обострение три месяца тому назад, находился в стационаре, выписан с улучшением. Работает шофером на междугороднем автобусе. Курит с 20 лет по 1,5 пачки сигарет в день. Семья состоит из семи человек, в т.ч. трое взрослых.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни и профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта.
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 7

Мужчина 67 лет. Имеет двоих взрослых детей, живущих семьями отдельно. Шесть месяцев назад потерял жену. Имеет хронические заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда). Месяц назад был уволен с работы (работал инженером). В настоящий момент обострились хронические заболевания. Пациент замкнут, не желает общаться с близкими и знакомыми, перестал регулярно принимать лекарственные средства, начал курить и употреблять алкоголь.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни и профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы.
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 8

В женскую консультацию обратилась женщина 25 лет, с целью прерывания беременности в сроке 11 недель. Мужу 28 лет, плотник. Из анамнеза: данная беременность третья, первая закончилась рождением доношенного ребенка весом 3200 г, вторая – аборт. Муж курит, злоупотребляет алкоголем, последнее время замечает, что муж курит «какую-то травку».

1. Объясните необходимость формирования здорового образа жизни в семье.
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 9

К врачу наркологу обратилась женщина с просьбой помочь её сыну. Парень 22 лет прочно «сел на иглу», не получает очередную дозу наркотика, у него возник абстинентный синдром, т.е. острая потребность в новой дозе. Это состояние называют «ломкой», некоторые называют его «героиновым адом»: слёзы, обильные выделения из носа и сильный понос, мучительно болят суставы и внутренности – парень буквально кричит от боли.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 10

В женской консультации на учете по беременности находится женщина 38 лет. Работает поваром. Мужу 42 года, слесарь на заводе. Из анамнеза: данная беременность третья, первая и вторая закончились выкидышами. Кроме того, женщина курит, страдает артериальной гипертензией I степени, сахарным диабетом.

1. Объясните необходимость формирования здорового образа жизни в семье.
2. Рекомендовано ли пациентке посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациентке рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 11

Пациент 17 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом: «Ревматизм, активная фаза. Ревматический полиартрит». Больным себя считает в течение двух

недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом, начал курить.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 12

Во время проведения предрейсового осмотра водителей в автопарке у одного водителя 42 лет выявлено АД 180/110. Из анамнеза: водитель не состоит на учёте в поликлинике по поводу артериальной гипертензии, не принимает гипотензивные препараты, курит по 10 сигарет в день, употребляет периодически алкоголь.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 13

Мужчина М. 68 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на одышку, сердцебиение, повышенную массу тела. Очень любит жирную пищу, яичницу, сливочное масло. В рацион питания почти не включает овощи и зелень, не занимается физкультурой, периодически курит.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 14

К врачу общей практики обратился сын мужчины 68 лет в связи с тем, что его отец в последнее время стал более замкнутым, с трудом идет на контакт, потерял интерес к общению с внуками. Из анамнеза:

страдает повышенным артериальным давлением, два года назад умерла жена, работал начальником отдела на оборонном предприятии, месяц назад был уволен, начал курить. В последние годы увлечений не имел, так как был занят работой. В молодости коллекционировал старинные монеты, увлекался живописью.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 15

Подросток 14 лет. Во время беседы в поликлинике выяснено, что подросток из неполной семьи, одна мать. Подросток не организованный. Мать состоит на «Д» учёте в психоневрологическом диспансере. Со слов матери ребенок от первой беременности. За последний год трижды перенес ангину, практически каждый месяц болеет ОРЗ. Отмечается отставание нервно-психического и физического развития. Курить начал с 8 лет.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 16

Женщина 24 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 8 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, была двигательно-беспокойной, пыталась выпрыгнуть с балкона. Родственники вызвали дежурного психиатра.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациентке посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациентке рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 17

У пациента 27 лет, злоупотребляющего психоактивным веществом, с внутривенным введением, через несколько месяцев регулярного применения при отмене препарата возникли: боль в желудке и крупных суставах, дисфория с приступами агрессии, ознобы и профузный пот, мелкий тремор конечностей, судороги мышц, эпилептиформные припадки.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациентке посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациентке рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 18

Мужчина 43 лет, злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд, прекращение употребления сопровождается подъемом давления, тахикардией. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 19

Пациент злоупотребляет алкоголем в течение 5 лет. В период воздержания появляется раздражительность, снижается настроение, испытывает сильную тягу к спиртному. Для достижения «насыщения» ему требуются все большие дозы алкоголя, он является инициатором употребления алкоголя в компании. Часто забывает отдельные события предыдущего «застолья». Последнее время стал употреблять психоактивные вещества.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 20

«Стаж» алкоголизации пациента около 20 лет. Длительность запоев составляет примерно одну неделю. В период запоя по утрам возникает сердцебиение, боли в области сердца, потливость, нарушения перистальтики, колебания артериального давления, беспокойство, снижение аппетита.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 21

На консультацию к наркологу пришли родители подростка. Сыну 16 лет. Последнее время он ведет себя странно: стал нервным, скрытным. Часто у него «блестят глаза». Ухудшились успеваемость и поведение. При осмотре одежды сына, из карманов выпали неизвестные таблетки. Откуда эти лекарства сын отказался отвечать.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 22

Женщина 55 лет, бухгалтер, длительно страдающая сахарным диабетом и хроническим холециститом, через год после смерти мужа обратилась к врачу с жалобами на быструю утомляемость, резкое ухудшение памяти, головокружение, профессиональную несостоятельность, эмоциональную лабильность. Курит с 35 лет.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 23

Женщина 24 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 8 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, была двигательльно-беспокойной, пыталась выпрыгнуть с балкона. Родственники вызвали бригаду скорой медицинской помощи.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 24

Мужчина 36 лет, злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд, прекращение употребления сопровождается подъемом давления, тахикардией. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 25

Служащая 29 лет, после развода с мужем, испытывала сниженное настроение, тоску, подавленность. Для облегчения состояния начала регулярный приём спиртных напитков. Примерно, через три месяца в состоянии алкогольной абстиненции, внезапно развился приступ, который сопровождался страхом, ощущением дурноты и слабости, онемением ног. Вне приступов испытывает страх возникновения новых

приступов, критична, детально описывает свои состояния, активно ищет помощи. Воспитывает двоих малолетних детей.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 26

Рабочий 37 лет, обратился в поликлинику к неврологу с жалобами на постоянную тревогу, чувство внутреннего напряжения, плохое предчувствие и ожидание худшего, трудности в сосредоточение внимания, прерывистый ночной сон и позднее пробуждение. Данные симптомы наблюдаются в течение 7 месяцев. Внешне больной напряжён, раздражителен, перебирает руками, периодически тяжело вздыхает, определяется потливость, умеренная тахикардия. Причину тревоги точно указать не может. Из анамнеза: курит с 15 лет, последнее время друзья предложили курительную смесь трав.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 27

Служащий 30 лет самостоятельно обратился за помощью в наркологический диспансер. Находится в состоянии алкогольного опьянения. Рассказывает, что после гибели жены, на протяжении года испытывает постоянную тревогу, внутреннее напряжение. Каждый день опасается за жизнь своего ребенка и родителей. Нарушился сон, долго не может уснуть, а утром «не хочется просыпаться». Тягостные переживания, трудность в сосредоточении внимания привели к полной социальной дезадаптации. Чтобы снять тревогу, стал употреблять спиртное, которое в первое время приносило значимое облегчение. Самостоятельно решил обратиться за помощью. Перед выходом из дома с алкоголем принял «какие-то успокоительные таблетки», чтобы на время отвлечься от тягостных тревожных дурных предчувствий.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 28

Женщина 56 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз). Считает себя больной в течение года, когда стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 29

Пациент 64 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, возникающую при ходьбе на 100 метров, подъеме на 1 пролет лестницы, сопровождающуюся легким головокружением, проходящую после остановки; боли в икроножных мышцах при быстрой ходьбе; сухость во рту, учащенное мочеиспускание (за ночь — 3-4 раза). Жажду и сухость во рту отмечает в течение последних 8 лет, внимания этому не придавал, к врачам не обращался. Одышка появилась полгода назад, интенсивность ее постепенно нарастала, что заставило обратиться к врачу. Повышенного питания: вес 110 кг при росте 168 см. Страдает повышенным артериальным давлением.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 30

На приём к врачу обратилась женщина, 37 лет, с жалобами на одышку при ходьбе, боли в суставах, головокружение, плохой сон. Из анамнеза: пациентка не работает, основное время проводит дома, любит смотреть разные телесериалы, либо время проводит за компьютером. Курит с 20 лет. Не соблюдает диету, любит сладости. Вес 100 кг, рост 1,60 м.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 31

На приём в центр здоровья обратилась мужчина 56 лет, с просьбой дать рекомендации по снижению веса. Работает в офисе на руководящей должности, отмечает частые стрессы, ненормированный рабочий день, в связи с чем, нерегулярное питание, частые перекусы «быстрой едой», поздние ужины, курение. Свободное время предпочитает проводить за просмотром телевизора. Страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. При осмотре рост 170 см, вес 106 кг.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 32

Учитель средней школы, 55 лет, обратился на приём к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками, курением. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?

2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 33

Рабочий мучной фабрики, 50 лет, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой, усиливающийся в утренние часы, слабость, недомогание. Из анамнеза: курит 25 лет, периодически употребляет спиртное. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи «простудных» заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 34

Студентка 18 лет, жалуется на периодическое затруднение дыхания, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, после переохлаждения. Курит с 14 лет.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 35

Ученик 10 класса, обратился к школьному врачу с жалобами на сильную головную боль, озноб, позывы к рвоте. Болен 2-й день. Из анамнеза: несколько дней назад с одноклассниками курил «травку», запивая какой-то жидкостью.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?

2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 36

Шофер 49 лет, на амбулаторном приёме жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Считает себя больным около 2-х месяцев. Длительно много курит. Страдает повышенным артериальным давлением. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда. Имеет избыточный вес.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 37

У подростка, 16 лет, на медицинском осмотре в военкомате выявлено повышение артериального давления до 180/120 мм рт. ст. Направлен на обследование в стационар. Предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. Подросток курит с 9 лет. Месяц назад друзья дали покурить «травку», после чего появились головные боли, плохой сон, раздражительность.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 38

Ветеринарный врач 50 лет, поступил на стационарное лечение с жалобами на отсутствие аппетита, слабость, зуд кожных покровов, одышку, увеличение живота в течение последнего месяца, боли в ногах. В анамнезе: злоупотреблял алкогольными напитками, курит по пачке

сигарет в день. Пациент пониженного питания, кожа желтушная со следами расчёсов. Страдает повышенным артериальным давлением.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 39

Пациентка М., 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, нерегулярные месячные. Считает себя болеющей в течение последних 1,5 лет. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 12 кг за период болезни. Из анамнеза: курит с 18 лет, периодически употребляет алкоголь.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

Задание № 40

В наркологический диспансер для лечения поступил подросток 16 лет, употреблявший в течение года кокаин в состоянии глубокой депрессии, раздражительности и всепоглощающего желания принять еще больше наркотика. Со слов родителей известно, что у подростка нарушен аппетит, сон, ощущаются перебои в работе сердца, нередко подросток проявляет гнев, злобу и беспокойство.

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

ХИ. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Здоровье населения. Факторы, влияющие на здоровье населения.
2. Основные принципы государственной политики Республики Беларусь в области охраны здоровья населения.
3. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 гг.
4. Цель и задачи Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 гг.
5. Целевые показатели Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 гг.
6. Здоровье как медицинская и социальная категория.
7. Факторы, определяющие здоровье человека. Факторы риска.
8. Влияние неблагоприятных факторов на здоровье населения.
9. Целевые уровни факторов риска.
10. Уровни здоровья. Группы индикаторов здоровья населения.
11. Показатели здоровья населения. Способы и методы оценки его состояния.
12. Факторы, влияющие на здоровье современного человека.
13. Образ жизни. Категории образа жизни.
14. Качество жизни, его стандарты.
15. Концепция здорового образа жизни. Основные компоненты, составляющие понятие «здоровый образ жизни».
16. Нормы поведения.
17. Индекс человеческого развития. Другие интегральные индексы.
18. Рациональная организация образа жизни.
19. Оптимальная организация рабочего режима.
20. Хронобиология и биоритмы.
21. Культура умственного и физического труда.
22. Наследственность, окружающая среда и здоровье.
23. Иммуитет и здоровье. Виды и механизмы иммунной защиты.
24. Психологические основы здоровья.
25. Вредные привычки и их профилактика:
курение и здоровье; алкоголизм; наркомания и токсикомания.
26. Основы здорового питания.
27. Сексуальное здоровье. Сексуальная культура и этика семейной жизни.
28. Профилактическая направленность здравоохранения.
29. Цели и задачи, принципы и пути медико-гигиенического воспитания и обучения населения.
30. Субъекты и объекты пропаганды здорового образа жизни.
31. Медико-гигиеническое воспитание в различных группах населения.
32. Кабинет здоровья и здорового образа жизни УО «ВГМУ».

33. Методические рекомендации и требования по подготовке информационно-просветительных материалов по ФЗОЖ.

ХШ. ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Основные принципы государственной политики Республики Беларусь в области охраны здоровья населения законодательно закреплены в следующих ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ И ИНЫХ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТАХ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ:

I. Конституция Республики Беларусь.

В разделах I и II Конституции РБ сформулированы права и свободы граждан, касающиеся охраны здоровья и жизни. Конституционные нормы правового регулирования здравоохранительных отношений гарантируют гражданину Республики Беларусь:

- защиту и покровительство государства (ст. 10);
- достойный уровень жизни, включая достаточное питание, одежду, жильё и постоянное улучшение необходимых для этого условий (ст. 21);
- право человека на жизнь, её защиту государством от любых противоправных посягательств (ст. 24);
- свободу, неприкосновенность и достоинство личности (ст. 25);
- защиту брака, семьи, материнства, отцовства, детства (ст. 32);
- здоровые и безопасные условия труда (ст. 41);
- справедливое вознаграждение за труд (ст. 42);
- право на отдых (ст. 43);
- право на охрану здоровья (ст. 45);
- право на благоприятную окружающую среду и возмещение вреда, причинённого его нарушением (ст. 46);
- государственное обеспечение в старости, в случае болезни, утраты трудоспособности, инвалидности (ст. 47).

II. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении».

Закон направлен на обеспечение правовых, организационных, экономических и социальных основ государственного регулирования в области здравоохранения, укрепления и восстановления здоровья населения. Сформулированные в Законе положения регламентируют вопросы деятельности по охране здоровья населения, оказанию медицинской помощи, деятельности врача, правах и обязанностях пациентов и пр. В ст. 3 Закона изложены основные принципы государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения:

1. Создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения.
2. Обеспечение доступности медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения.

3. Приоритетность мер профилактической направленности.
4. Приоритетность развития первичной медицинской помощи.
5. Приоритетность медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения, несовершеннолетних, женщин во время беременности, родов и в восстановительный период после родов, инвалидов и ветеранов в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

6. Обеспечение санитарно-эпидемического благополучия населения и его будущих поколений.

7. Формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих.

8. Ответственность республиканских органов государственного управления, иных государственных организаций, подчиненных Правительству Республики Беларусь, местных исполнительных и распорядительных органов и других организаций за состояние здоровья населения.

9. Ответственность нанимателей за состояние здоровья работников.

Также в *Законе «О здравоохранении»* определены следующие **меры по охране здоровья населения:**

– развитие физической культуры и спорта, оздоровление окружающей среды, совершенствование охраны труда;

– формирование у населения навыков здорового образа жизни, ответственности за собственное здоровье и здоровье окружающих;

– спасение жизни людей и защита здоровья при чрезвычайных ситуациях;

– разработка и реализация государственных и региональных программ по вопросам формирования здорового образа жизни, в том числе противодействия табакокурению, употреблению алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, потреблению наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

– профилактика потребления населением алкогольных напитков, наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, табачных изделий;

– пропаганда здорового образа жизни;

– информирование населения о факторах, оказывающих негативное влияние на здоровье человека (табакокурение, употребление алкогольных напитков, наркотических средств,

психотропных веществ, их аналогов, гиподинамия, неправильное питание и др.);

– информирование населения о факторах, воздействующих на организм человека, в том числе о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания человека, сбалансированном и рациональном питании, качестве, безопасности и безвредности продукции, о работах и услугах, представляющих потенциальную опасность для жизни и здоровья человека;

– реализация иных мер в области охраны здоровья населения путём создания социально-экономических механизмов, направленных на устранение факторов и условий, отрицательно влияющих на здоровье.

III. Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1999 г. №322-З «О государственных минимальных социальных стандартах».

В Законе установлены:

- нормативы бюджетного финансирования расходов на здравоохранение в расчёте на одного жителя, отражающие размеры средств, необходимых для компенсации затрат государственной организации здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи;
- основные виды услуг по оказанию стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи государственными организациями здравоохранения бесплатно;
- нормы и нормативы обеспечения средствами реабилитации и зубопротезирования, выделяемые инвалидам бесплатно или на льготных условиях;
- на основе государственных минимальных стандартов разрабатываются и утверждаются территориальные программы государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан в порядке, определяемом МЗ РБ.

IV. Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 340-З «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

В Законе сформулированы правовые, организационные основы предотвращения неблагоприятного воздействия на организм человека факторов среды его обитания в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие обеспечивается путём (ст. 11):

- реализации государственной и региональных программ в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- предупреждения распространения заболеваний с учётом санитарно-эпидемиологической обстановки и прогноза её изменения;

- проведения государственными органами, иными организациями, физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями, санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- соблюдения государственными органами, иными организациями, физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями, законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- государственного санитарно-эпидемиологического нормирования;
- подтверждения соответствия факторов среды обитания человека требованиям законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе требованиям безопасности и безвредности для организма человека, а также использования и (или) разработки и утверждения соответствующих методов (методик) определения указанных факторов;
- государственной санитарно-гигиенической экспертизы;
- государственной регистрации;
- социально-гигиенического мониторинга;
- санитарно-эпидемиологического аудита;
- производственного контроля;
- использования достижений науки в изучении состояния здоровья населения, среды обитания человека;
- предоставления информации о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания человека, проводимых санитарно-противоэпидемических мероприятиях;
- проведения мероприятий по гигиеническому обучению и воспитанию населения;
- формирования здорового образа жизни.

V. Закон Республики Беларусь от 29.06.2003 г. № 217-3 «О качестве и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов для жизни и здоровья человека» – направлен на улучшение качества и структуры питания как одного из основных факторов, определяющих здоровье.

VI. Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 №345-3 «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека».

Согласно Закону, ВИЧ-инфицированные граждане РБ обладают на её территории всеми правами и свободами в соответствии с действующим законодательством. Не допускаются увольнение с работы, отказ в приёме на работу, отказ в приёме в образовательные

учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов, ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции.

Медицинское освидетельствование граждан на наличие у них ВИЧ-инфекции в учреждениях системы здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица.

Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также работники отдельных профессий, перечень которых утверждается Правительством РБ.

Работники государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ, имеют право на сокращённую продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжёлых условиях труда в соответствии с законодательством РБ.

VII. Закон Республики Беларусь от 13.07.2012 №408-З «О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах».

Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту строится на следующих принципах:

- государственной монополии на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ;
- приоритетность мер по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков;
- лицензирование всех видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ;

В РБ запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи.

VIII. Закон Республики Беларусь от 06.01.2009 г. № 9-З «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий».

В Законе определён порядок диспансерного обследования граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, и их несовершеннолетних детей с целью оказания им медицинской помощи и освидетельствования.

IX. Закон Республики Беларусь от 11.11.1991 г. № 1224-XII «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» и Закон от

23.06.2008 г. № 422-3 «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов». «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов».

Данными Законами утверждается:

- Положение о медико-реабилитационных экспертных комиссиях;
- Положение о порядке проведения медико-социальной экспертизы (экспертизы нарушения жизнедеятельности пациентов).

А также, определяются правовые и организационные основы предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов в целях предотвращения случаев возникновения инвалидности, улучшения качества жизни инвалидов, их социальной адаптации и интеграции в общество, восстановления или компенсации нарушенных или утраченных функций организма и имеющихся ограничений жизнедеятельности инвалидов в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями.

X. Закон «О лекарственных средствах» от 20.06.2006 г. № 161–3 «О лекарственных средствах» направлен на совершенствование правовых и организационных основ государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств в целях обеспечения населения Республики Беларусь безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами.

XI. Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 349–3 «Об оказании психиатрической помощи».

В Законе зафиксированы: гарантии государства в области оказания психиатрической помощи; права лиц, страдающих психическими расстройствами, и ограничения в правах; порядок осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении таких лиц; права, обязанности и меры социальной защиты врачей-психиатров, иных специалистов и медицинского персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи; порядок проведения психиатрического освидетельствования, оказания консультативно-лечебной помощи психиатрического профиля, диспансерного наблюдения, госпитализации (добровольной и недобровольной) лиц, страдающих психическим расстройствами, и помещения их в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

XII. Декрет Президента Республики Беларусь от 17 декабря 2002 г. № 28 «О государственном регулировании производства, оборота и потребления табачного сырья и табачных изделий» – определяет правовые основы ограничения курения табака в целях снижения заболеваемости населения.

ХШ. Декрет Президента Республики Беларусь от 28.12.2014 г. № 6 «О неотложных мерах по противодействию незаконному обороту наркотиков».

Декрет направлен на обеспечение защиты жизни и здоровья белорусских граждан, создание условий для безопасного развития детей и молодежи, пресечение распространения наркомании как угрозы для демографической безопасности и здоровья нации.

Для достижения этих целей был введен комплекс неотложных мер по противодействию незаконному обороту наркотиков. Декрет предусматривает максимальную активизацию усилий государственных органов, учреждений образования и здравоохранения, советов общественных пунктов охраны правопорядка, добровольных дружин, общественных объединений и иных организаций.

Ужесточена уголовная ответственность за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков. Увеличен максимальный срок лишения свободы за действия, связанные со сбытом наркотиков при наличии отягчающих признаков (например, совершенные группой лиц, либо в отношении особо опасных наркотиков, либо в крупном размере, либо на территории учреждения образования), – от 13 до 15 лет; сбыт наркотиков заведомо несовершеннолетнему – от 8 до 15 лет; действия, связанные со сбытом наркотиков, совершенные организованной группой, – от 15 до 20 лет, а также за изготовление или переработку наркотиков в лабораторных условиях – от 8 до 20 лет. Введена уголовная ответственность за действия, связанные со сбытом наркотиков, повлекшие по неосторожности смерть человека в результате потребления им наркотиков (лишение свободы на срок от 12 до 25 лет); незаконное перемещение наркотиков через государственную границу Беларуси при отсутствии признаков контрабанды (лишение свободы на срок до 12 лет). Снижен **возраст наступления уголовной ответственности** за действия, связанные со сбытом наркотиков с 16 до 14 лет. Усилены **меры административной ответственности** за правонарушения, связанные с потреблением наркотиков: административная ответственность за появление в общественном месте в состоянии наркотического опьянения (штраф в размере от 5 до 10 базовых величин); непринятие индивидуальным предпринимателем либо юридическим лицом мер по недопущению на дискотеках, в культурно-развлекательных (ночных) клубах, игорных заведениях потребления наркотиков либо их сбыта, а также за неинформирование органов внутренних дел о выявленных фактах совершения таких действий (штраф в размере от 20 до 50 базовых величин).

Декретом утверждены положения, позволяющие оперативно запрещать оборот на территории Беларуси новых психоактивных

веществ (курительных смесей, «спайсов») и привлекать к ответственности их распространителей. Предусматривается уточнение понятия аналогов наркотиков, позволяющее относить к ним более широкий спектр химических веществ. Максимально упрощена процедура отнесения новых психоактивных веществ к наркотикам и введения тем самым запрета на их незаконный оборот в Беларуси.

В связи с угрозой широкого распространения наркотиков с использованием сети Интернет закрепляется механизм оперативного ограничения доступа пользователей Интернет-услуг к Интернет-ресурсам, содержащим материалы, направленные на незаконный оборот наркотиков. Декретом возложены обязанности на владельцев Интернет-ресурсов анализировать содержание принадлежащих им Интернет-ресурсов, не допускать их использования для распространения материалов, направленных на незаконный оборот наркотиков, а также информировать органы внутренних дел о попытках распространения таких материалов. На поставщиков Интернет-услуг были возложены обязанность обеспечить с 1 января 2016 года формирование и хранение актуальных сведений о посещаемых пользователями Интернет-услуг Интернет-ресурсах в порядке, определяемом Минсвязи.

Также с 1 марта 2015 года была создана ***Единая система учёта лиц, потребляющих наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги.***

Правительству предписывается принять меры по созданию отдельных исправительных учреждений для лиц, осуждённых за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков; организации специализированных лечебно-трудовых профилакториев для больных наркоманией или токсикоманией, а также по созданию профильных лечебно-воспитательных учреждений, обеспечивающих комплексную реабилитацию несовершеннолетних, состоящих на наркологическом учете.

XIV. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 06.01.2000 г. № 23 «О Концепции государственной антиалкогольной политики». Основными целями Концепции являются:

- ✚ выработка государственной политики по предотвращению пьянства и алкоголизма;
- ✚ сохранение и улучшение здоровья людей, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счёт снижения заболеваемости и смертности населения, вследствие употребления алкоголя;
- ✚ снижение уровня злоупотребления алкоголем, совершенствование организационной структуры и повышение эффективности работы наркологических учреждений республики, разработка эффективной системы профилактики пьянства и алкоголизма,

формирование в общественном сознании твёрдой установки на трезвый образ жизни.

XV. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 27 января 2004 г. № 82 «Об утверждении Положения о системе социально-гигиенического мониторинга» – определяет причинно-следственные связи между состоянием здоровья человека и воздействием факторов среды обитания, а также указывает необходимость совершенствования информационной системы в сфере охраны здоровья населения.

XVI. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь».

Данное Постановление утверждает инструкцию о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь.

Диспансерное наблюдение представляет собой систему мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний или факторов риска их возникновения, их лечение, оценку состояния здоровья граждан. Данная система мероприятий включает:

- первичный медицинский (диспансерный) осмотр с определением группы диспансерного наблюдения;
- диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья;
- пропаганду здорового образа жизни, воспитание ответственности граждан за своё здоровье.

XVII. Указ Президента Республики Беларусь «О подписании Республикой Беларусь Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака» от 2.06.2004 года № 266.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) – первый в истории договор, принятый под эгидой Всемирной организации здравоохранения и открытый для подписания с 16.VI.2003 г. в Женеве. РКБТ ВОЗ является договором, в котором подтверждается право всех людей на обладание наивысшим уровнем здоровья.

РКБТ ВОЗ была разработана в ответ на глобализацию табачной эпидемии. Резкому расширению масштабов потребления табака содействуют либерализация торговли, глобальный маркетинг, транснациональная реклама, стимулирование продажи и спонсорство табака, а также международные перевозки контрабандных и поддельных сигарет.

Основные положения РКБТ ВОЗ, регламентирующие сокращение спроса на табак, содержатся в Статьях 6-14:

Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак, и неценовые меры по сокращению спроса на табак, а именно:

- Защита от воздействия табачного дыма.
- Регулирование состава табачных изделий.
- Регулирование раскрытия состава табачных изделий.
- Упаковка и маркировка табачных изделий.
- Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения.
- Реклама, стимулирование, продажа и спонсорство табака.
- Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака.

Основные положения РКБТ ВОЗ, регламентирующие сокращение предложения табака, содержатся в Статьях 15-17:

- Незаконная торговля табачными изделиями.
- Продажа несовершеннолетним и несовершеннолетними.
- Поддержка альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности.

Конвенция в настоящее время насчитывает 168 государств-участников. Государства-члены, подписавшие Конвенцию, указали, что они будут стремиться в духе доброй воли ратифицировать её и проявлять политическую волю, с тем, чтобы не подрывать содержащиеся в ней цели.

2. КОНЦЕПЦИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ НА ПЕРИОД ДО 2020 ГОДА

В целях решения демографических проблем, дальнейшего развития деятельности по охране здоровья, сохранения и увеличения функциональных резервов человека, реализации комплекса профилактических мер, направленных на укрепление здоровья населения Республики Беларусь были утверждены и реализуются:

I. Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года.

II. Отраслевой план мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь.

Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья населения Республики Беларусь на период до 2020 года представляет собой

государственную стратегию общественного здоровья, основанную на приоритетах профилактической деятельности, культуры здоровья и здорового образа жизни.

Концепция направлена на формирование культуры здоровья, усиление ответственности за сохранение и укрепление здоровья на национальном и региональном, а также на индивидуальном уровнях, развитие профилактической деятельности. Она была разработана в соответствии с основными направлениями экономического, политического и культурного развития белорусского общества, основами политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе в XXI веке (Резолюция EUR/RC48/R5, принятая на 48-й сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ, Копенгаген, Дания, 14–18.09.1998 г.).

В последние годы негативной тенденцией выступало прогрессирующее социальное зависимость дефектов здоровья населения (дезадаптивные синдромы, утомление и переутомление, стрессогенные заболевания и другие факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний). В Республике Беларусь отмечается постепенный рост соматической заболеваемости по основным нозологическим формам.

Концепция нацелена на решение перечисленных проблем, на развитие деятельности по охране и укреплению здоровья населения, по определению основных направлений развития экспресс-диагностики уровней здоровья, путей сохранения и увеличения функциональных резервов человека, принципов создания индивидуальных и популяционных систем оздоровительных технологий.

Проблема охраны здоровья населения в Республике Беларусь рассматривается как фактор национальной безопасности и стратегической цели отечественного здравоохранения.

Необходимость разработки данной Концепции была вызвана недостаточным уровнем развития культуры здоровья у населения и сохраняющимся в обществе потребительским отношением к здоровью и отсутствием личной ответственности за его сохранение и укрепление.

Существовала необходимость совершенствования национальной системы оздоровления с выходом на индивидуальное самосознание, на соответствующий образ жизни, на оперативный контроль резервов здоровья, на формирование экономической ценности здоровья, а также эффективного применения здоровьесберегающих технологий.

Концепция стала основой для разработки комплекса мероприятий по охране и укреплению здоровья населения, предусматривающих объединение усилий республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов, общественных организаций и самих граждан.

Ожидаемая высокая эффективность реализации Концепции общественного здоровья в Республике Беларусь основана на международном опыте внедрения профилактических программ и разработок, экономический эффект которых, по данным ВОЗ, достигает соотношения 1:8 вложенных средств. Экономическая целесообразность внедрения Концепции определялась также методологией оздоровительных мероприятий, основанной на преимущественном применении немедикаментозных технологий и ограничении приёма лекарственных средств.

Таким образом, **потребность в разработке Концепции** в Республике Беларусь определяется в первую очередь следующими основными обстоятельствами:

- необходимостью создания основ устойчивого экономического и духовного развития Республики Беларусь, обеспечения высокого качества жизни народа, укрепления и развития генофонда нации;
- необходимостью обеспечения здоровой, активной и творческой жизни населения как основной задачи государственной социальной политики;
- признанием роли здоровья населения как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества;
- необходимостью ориентации на здоровье как социальное свойство личности, обеспечивающее в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, благополучие семьи, профессиональное долголетие, обеспеченную старость;
- необходимостью формирования культуры здоровья, раскрытия механизмов сохранения, формирования и укрепления здоровья в процессе индивидуального развития и реализации потенциала человека с учётом генетических, физиологических, психологических, интеллектуальных функций.

Целью Концепции явилось создание системы формирования, сохранения и укрепления здоровья людей, реализации потенциала здоровья для ведения активной производственной, социальной и личной жизни, направленных на снижение преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличение средней продолжительности и повышения качества жизни, улучшение демографической ситуации в стране.

Основные задачи Концепции:

- систематизация и совершенствование законодательства, обеспечивающего межведомственный подход к формированию здорового образа жизни;

- формирование установки и мотивации населения на здоровье как высшую ценность; обеспечение условий для здорового образа жизни: разработка перспективных и увеличение объёма существующих технологий укрепления здоровья и профилактики заболеваний;
- разработка и внедрение системы подготовки детей, подростков и молодёжи к семейной жизни, нравственного воспитания, культивирование по вопросам профилактики заболеваний, передаваемых половым путём, формирование сексуальной культуры в обществе в единой системе гигиенического воспитания населения;
- дальнейшее развитие условий для духовно-нравственного, интеллектуального и физического потенциала молодёжи, популяризация и содействие оздоровительной физической активности;
- создание востребованной системы первичной профилактики распространённых заболеваний, а также алкоголизма, наркомании и табакокурения;
- формирование культуры питания, чётких установок в пользу здорового рационального питания;
- развитие творческого потенциала, профилактика стрессов, формирование психоэмоциональной устойчивости населения к психологическим проблемам и кризисным ситуациям;
- создание здоровой и безопасной экологической среды дома и на работе; улучшение условий труда, быта и отдыха населения; разработка технологий оптимизации экологической обстановки.

Основные принципы реализации Концепции:

- совершенствование государственного механизма создания и развитие условий для реализации прав каждого человека на здоровье, здоровый образ жизни;
- консолидация действий органов власти всех уровней, организаций и граждан по формированию и реализации комплексных программ охраны здоровья человека;
- повышение ответственности человека за своё здоровье и здоровье своих близких перед государством и обществом;
- приоритет профилактических мер в области охраны здоровья;
- доступность и непрерывность оздоровительных мероприятий в течение всей жизни человека;
- многоуровневый подход к организации оздоровительных и профилактических мероприятий с учётом общих потребностей населения страны, отдельных социальных, профессиональных и возрастных групп.

Ожидаемые результаты реализации Концепции:

- совершенствование законодательства в области формирования здорового образа жизни;
- внедрение технологий, рекомендаций и программ для различных групп населения, способствующих укреплению здоровья и профилактике заболеваний;
- снижение рисков развития заболеваний, связанных с поведением и образом жизни (сердечно-сосудистых, травматизма, ожирения и других) на 10% в течение 10 лет;
- повышение доли лиц, ведущих образ жизни, способствующий сохранению здоровья и профилактики заболеваний, на 20% в течение 10 лет;
- снижение трудовых потерь от временной нетрудоспособности на 20% в течение 10 лет;
- уменьшение распространённости ожирения и избыточной массы тела на 7% в течение 10 лет;
- повышение физической активности населения на 20% в течение 10 лет;
- снижение распространённости табакокурения на 10% в течение 10 лет;
- снижение употребления алкогольных напитков на 10% в течение 10 лет.

3. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА «ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ» НА 2016 – 2020 ГГ.

В настоящее время в нашем государстве реализуется **Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы** (Утверждена Постановлением Совета министров Республики Беларусь от 14 марта 2016 года № 200).

Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг. (далее – Государственная программа) разработана в соответствии с приоритетными направлениями социально-экономического развития, определёнными в Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2020 года и уточненными в Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 года, а также с учётом таких направлений Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016 – 2020 годы, как «Улучшение демографического потенциала и укрепление института семьи» и

«Повышение уровня здоровья белорусских граждан и доступности медицинских услуг».

В указанных документах переход к устойчивому развитию республики связывается с улучшением физического и репродуктивного здоровья населения, созданием предпосылок для повышения рождаемости и увеличения ожидаемой продолжительности жизни, всесторонним укреплением института семьи, а стабилизация численности населения и увеличение ожидаемой продолжительности жизни являются одной из целей устойчивого развития в среднесрочной перспективе (2016 – 2020 годы).

Государственной программой предусматривается создание условий для улучшения здоровья населения с охватом всех этапов жизни, широкой информированности населения о факторах риска, угрожающих здоровью, пропаганды здорового образа жизни, формирования у населения самосохранительного поведения, развития и укрепления семейных ценностей, повышения престижа родительства, улучшения воспроизводства населения, сокращения уровня смертности, прежде всего в трудоспособном возрасте, увеличения ожидаемой продолжительности жизни, повышения качества и доступности услуг системы здравоохранения, а также оптимизации внутренних миграционных процессов.

Структура Государственной программы:

Государственная программа включает следующие подпрограммы:
подпрограмма 1. «Семья и детство»;
подпрограмма 2. «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний»;
подпрограмма 3. «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма»;
подпрограмма 4. «Туберкулёз»;
подпрограмма 5. «Профилактика ВИЧ-инфекции»;
подпрограмма 6. «Внешняя миграция»;
подпрограмма 7. «Обеспечение функционирования системы здравоохранения Республики Беларусь».

Цель и задачи Государственной программы:

Реализация конституционных прав граждан на охрану здоровья, благоприятную окружающую среду, защиту семьи, материнства, отцовства и детства является важнейшей задачей социальной политики государства.

Один из приоритетов государственной политики – создание условий для качественного развития человеческого потенциала, здоровой и достойной жизни населения, в том числе на основе

реализации комплекса мер по укреплению здоровья, увеличению рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни.

Исходя из указанных приоритетов, целью Государственной программы являются стабилизация численности населения и увеличение ожидаемой продолжительности жизни.

Для достижения поставленной цели предусматривается решение следующих задач.

Задачами подпрограммы 1 «Семья и детство» являются:

- совершенствование системы охраны здоровья матери и ребенка;
- развитие системы поддержки семей с детьми и улучшение условий их жизнедеятельности, укрепление института семьи;
- обеспечение прав и законных интересов детей.

Задачами подпрограммы 2 «Профилактика и контроль инфекционных заболеваний» являются:

- снижение влияния факторов риска инфекционных заболеваний за счет создания единой профилактической среды;
- обеспечение профилактики инфекционных заболеваний на протяжении всего жизненного цикла посредством всеобщего и доступного охвата населения услугами первичной медицинской помощи;
- снижение преждевременной смертности и стабилизация инвалидности населения, наступивших по причине инфекционных заболеваний;
- обеспечение проведения мониторинга состояния здоровья населения посредством создания единого информационного пространства здравоохранения Республики Беларусь.

Задачами подпрограммы 3 «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма» являются:

- снижение уровня негативных социальных и экономических последствий пьянства и алкоголизма;
- снижение объемов потребления населением алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива.

Задачами подпрограммы 4 «Туберкулез» являются:

- предотвращение смертности от туберкулеза;
- предупреждение заболеваемости туберкулезом;
- обеспечение качественным лечением пациентов с множественными лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза.

Задачами подпрограммы 5 «Профилактика ВИЧ-инфекции» являются:

- обеспечение всеобщего доступа к диагностике, лечению, уходу и социальной поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией, в том числе в пенитенциарной системе;
- элиминация вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и случаев передачи ВИЧ, связанных с оказанием медицинской помощи;
- снижение распространения ВИЧ в группах населения с высоким риском инфицирования.

Задачами подпрограммы 6 «Внешняя миграция» являются:

- управление внешней миграцией с учетом демографического и социально-экономического развития регионов страны, а также возвращения соотечественников;
- совершенствование системы выявления, предупреждения и пресечения незаконной миграции, а также интеграции иностранцев;
- совершенствование порядка привлечения иностранных специалистов в Республику Беларусь, а также противодействия нелегальной интеграции.

Задачами подпрограммы 7 «Обеспечение функционирования системы здравоохранения Республики Беларусь» являются:

- создание условий для динамичного развития здравоохранения;
- обеспечение условий для оказания услуг организациями здравоохранения в соответствии с их уставной деятельностью.

Целевые показатели Государственной программы:

Сводным целевым показателем Государственной программы и целевыми показателями подпрограмм предусматривается обеспечить к 2020 году:

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74,6 года;
- недопущение коэффициента младенческой смертности более 3,4 промилле на 1000 детей, рожденных живыми;
- 6 снижение детской смертности в возрасте 0 – 18 лет до 40,5 просантимилле на 100 000 человек;
- увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,75;
- уменьшение распространенности потребления табака среди лиц в возрасте от 16 лет до 24,5 процента; увеличение физической активности взрослого населения (средняя физическая активность не менее 30 минут в день) до 40 процентов;
- уменьшение потребления поваренной соли в сутки до 5 граммов;
- снижение содержания трансизомеров жирных кислот в продуктах переработки растительных масел до 2 и менее процентов;

- долю врачей, работающих по принципу врача общей практики, в общем количестве врачей, работающих в системе оказания первичной медицинской помощи, – 100 процентов;
- удельный вес пациентов со злокачественными опухолями в I – II стадии заболевания в общем количестве пациентов с выявленными в процессе скрининга злокачественными заболеваниями – 70 процентов;
- охват реабилитацией пациентов трудоспособного возраста после инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, оперативных вмешательств по поводу злокачественных, нейрохирургических, травматологических и иных неинфекционных заболеваний – не менее 80 процентов;
- снижение коэффициента смертности трудоспособного населения до 3,8 промилле на 1000 человек; показатель тяжести первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста – 50 процентов;
- уменьшение смертности от случайных отравлений алкоголем до 10,6 просантимилле на 100 тысяч человек;
- снижение потребления алкоголя на душу населения до 9,2 литра;
- уменьшение заболеваемости населения туберкулезом до 30,6 случая на 100 тысяч человек;
- уменьшение смертности населения от туберкулеза до 4,41 случая на 100 тысяч человек;
- долю пациентов с множественными лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, успешно закончивших полный курс лечения (18 – 24 месяца), в общем количестве таких пациентов – не менее 60,4 процента;
- охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении, – 80 процентов;
- снижение риска передачи ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери ребёнку до 1 процента;
- охват групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ-профилактическими мероприятиями до 50 процентов;
- 7 удельный вес выполненных объемов оказания медицинской помощи по видам в объемах, утвержденных планами оказания медицинской помощи, – 90 процентов;
- миграционный прирост – 70 тысяч человек.

4. ЕВРОПЕЙСКИЙ КОДЕКС ПО БОРЬБЕ С РАКОМ: 12 СПОСОБОВ СНИЗИТЬ РИСК ЗАБОЛЕТЬ РАКОМ

В Европейском кодексе по борьбе с раком, перечислены *12 правил*, которые следует соблюдать людям для того, чтобы уменьшить для себя риск заболеть раком. В верхней части списка находится табак,

затем идёт здоровый вес тела, правило избегать излишнего количества солнца и алкоголя, но есть также и несколько новых рекомендаций – о радоне (влечёт повышенный риск рака лёгких), рекомендация избегать использования лежаков и оборудования для загара (чтобы избежать рака кожи), кормлении грудью (уменьшает риск возникновения рака у матери), заместительной гормональной терапии (ЗГТ) (повышает риск развития некоторых видов рака (молочной железы, эндометрия и яичников)), а также о прививках и организованных программах скрининга.

Кодекс был составлен Международным агентством по изучению рака (МАИР), специализированным онкологическим агентством Всемирной организации здравоохранения, при участии Европейской Комиссии. Кодекс написан бытовым языком и предназначен для непрофессионалов: советы в виде позитивных рекомендаций. Каждый может сделать что-то для того, чтобы уменьшить свой риск заболеть раком. Рекомендация о физических упражнениях изложена в Кодексе очень просто: «Будьте физически активными в повседневной жизни. Ограничьте то время, которое вы проводите сидя». Люди должны знать, что даже небольшая физическая активность приносит пользу. Подъём по лестнице вместо использования лифта, даже 15-30 минутная быстрая ходьба каждый день, всё это дополнительно снижает риск заболеть раком. Нет необходимости бегать марафоны или каждый день ходить в тренажёрный зал (*Комментарий Йохима Шуза (Joachim Schuz), доктора наук, главы секции охраны окружающей среды и радиации Международной ассоциации исследования рака (IACR) в Лионе, Франция*).

Европейский кодекс по борьбе с раком: 12 способов снизить риск заболеть раком

1.	Не курите! Не используйте табак ни в какой форме.
2.	Сделайте свой дом зоной, свободной от курения. Поддерживайте на своем рабочем месте политику зоны, свободной от курения.
3.	Примите меры для поддержания здорового веса тела.
4.	Будьте физически активными в повседневной жизни. Ограничьте то время, которое вы проводите сидя.
5.	<p>Практикуйте здоровое питание:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ешьте много цельного зерна, бобовых, овощей и фруктов. • Ограничьте потребление высококалорийных продуктов (продуктов с высоким содержанием сахара или жиров) и избегайте потребления сладких напитков. • Избегайте потребления мяса, подвергнутого обработке; ограничьте потребление красного мяса и продуктов с высоким

	содержанием соли.
6.	Если вы пьёте алкоголь какого-либо вида, ограничьте его потребление. Для профилактики рака лучше не пить алкоголь вообще.
7.	Избегайте излишнего количества солнца, особенно это важно для детей. Используйте защиту от солнца. Не пользуйтесь лежаками.
8.	На рабочем месте защищайте себя от канцерогенных веществ, следуя инструкциям в отношении здоровья и безопасности.
9.	Выясните, подвергаетесь ли вы воздействию радиации вследствие естественного высокого уровня радона в вашем доме. Примите меры по сокращению высокого уровня радона.
10.	Для женщин: <ul style="list-style-type: none"> • Кормление грудью уменьшает риск рака для матери. По возможности, кормите малыша грудью. • Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) повышает риск некоторых видов рака. Ограничьте использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ).
11.	Обеспечьте участие ваших детей в программах вакцинации для: <ul style="list-style-type: none"> • Гепатита В (для новорожденных) □ • Вируса папилломы человека (ВПЧ) (для девочек).
12.	Принимайте участие в организованных программах онкологического скрининга для: <ul style="list-style-type: none"> • Рака кишечника (мужчины и женщины) • Рака молочной железы (женщины) • Рака шейки матки (женщины).

5. АНКЕТЫ, ОПРОСНИКИ, ТЕСТЫ (ПРИМЕРЫ)

5.1. Медицинская опросная анкета для определения образа жизни человека

1. ФИО _____
2. Возраст (полных лет)
3. Пол
4. Профессия, место работы
5. Место жительства
6. Образование (начальное, среднее неполное, среднее общее, среднее специальное, высшее)
7. Придерживаетесь ли Вы в своей жизни принципа здорового образа жизни: всегда (4), почти всегда (3), иногда (2), нет (0).
8. Стремитесь ли Вы к долгой (90 и более лет) жизни: постоянно (4), почти постоянно (3), иногда (2), нет (0).
9. Наблюдаете ли Вы пристально за состоянием своего здоровья: всегда (4), почти всегда (3), иногда (2), нет (0).

10. Сознаете ли Вы, что для того, чтобы жить долго, необходимо вести здоровый образ жизни: да (4), иногда (2), нет (0).
11. Занимаетесь ли Вы спортом: постоянно (4), почти постоянно (3), иногда (2), нет (0).
12. Занимаетесь ли Вы зарядкой: постоянно (4), почти постоянно (3), иногда (2), нет (0).
13. Много ли Вы ходите или физически работаете на открытом воздухе: постоянно (4), часто (3), иногда (2), очень редко (0).
14. Занимаетесь ли Вы закаливанием своего организма (водой, обтиранием, холодным воздухом): постоянно (4), часто (3), иногда (2), никогда (0).
15. Знаете ли Вы, что такое рациональное питание: да (4), немного (2), нет (0).
16. Придерживаетесь ли Вы требований рационального питания: постоянно (4), почти постоянно (3), иногда (2), никогда (0).
17. Имеются ли в Вашем рационе питания фрукты: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
18. Имеются ли в Вашем рационе питания овощи: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
19. Имеются ли в Вашем рационе питания молочные продукты: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
20. Имеются ли в Вашем рационе питания мясные продукты: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
21. Много ли в Вашем рационе питания мучных и крупяных продуктов: постоянно много (2), не очень много (3), мало (4).
22. Имеются ли в Вашем рационе питания сладости: постоянно (2), часто (3), иногда (4), нет (0).
23. Контролируете ли Вы вес своего тела: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
24. Знаете ли Вы что такое рациональный (здоровый) режим дня: да (3), немного (2), нет (0).
25. Придерживаетесь ли Вы требований рационального (здорового) режима дня: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
26. Придерживаетесь ли Вы постоянного времени отхода ко сну, утреннего подъёма, приёма пищи, отдыха, выполнения различной работы в течение дня: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
27. Знаете ли Вы, что режим Вашей жизни в течение суток не должен нарушать суточные биологические ритмы Вашего организма: да (3), немного (2), нет (0).
28. Стараетесь ли Вы, чтобы режим Вашей жизни в течение дня не нарушал суточные ритмы Вашего организма: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

29. Какие у Вас взаимоотношения с членами коллектива, в котором Вы работаете или учитесь: стабильно хорошие (4), чаще всего хорошие (3), скорее плохие, чем хорошие (2), стабильно плохие (0).
30. Какие у Вас взаимоотношения в семье: стабильно хорошие (4), чаще всего хорошие (3), скорее плохие, чем хорошие (2), плохие (0).
31. Употребляете ли Вы спиртные напитки: нет (4), иногда (2), часто (0).
32. Курите ли Вы: нет (4), мало (2), много (0).
33. Употребляете ли Вы наркотики: да (0), нет (4).
34. Соблюдаете ли Вы личную гигиену: постоянно (4), не всегда (3), редко (2), нет (0).
35. Как часто Вы принимаете ванну: несколько раз в неделю (4), один раз в неделю (3), один раз в 2-3 недели (2), очень редко (0).
36. Проводите ли Вы гигиенические процедуры по уходу за отдельными частями тела (лицо, ноги, органы выделения и другие): ежедневно (4), ежедневно только некоторые части тела (3), не ежедневно (2), иногда (0).
37. Соблюдаете ли Вы гигиену полости рта: систематически (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
38. Соблюдаете ли Вы гигиену Вашего жилища: постоянно (4), не регулярно (3), иногда (2), нет (0).
39. Как часто Вы проводите влажную уборку своего жилища: 1-2 раза в день (4), 2-3 раза в неделю (3), 1 раз в неделю (2), 2-3 раза в месяц (0).
40. Как часто Вы проветриваете свое жилище: постоянно или несколько раз в день зимой и летом (4), 1 раз в день (3), несколько раз в неделю (2), очень редко (0).
41. Соблюдаете ли Вы чистоту своей одежды: постоянно (4), почти всегда (3), редко (2), почти нет (0).
42. Как часто Вы меняете свое нижнее белье и одежду: 1-2 раза в неделю (4), по мере загрязнения (2), редко (0).
43. Носите ли Вы одежду, стесняющую Ваши движения или наносящую повреждения кожи: часто (0), иногда (2), нет (0).
44. Имеете ли Вы хороший отдых в течение дня: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
45. Имеете ли Вы хороший отдых в выходные дни: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
46. Имеете ли Вы хороший отдых в ежегодный отпуск: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).
47. Хороший ли у Вас ночной сон: хороший постоянно (4), хороший часто (3), иногда хороший, чаще плохой (2), плохой почти постоянно (0).

2 шаг

Параметр №1. Установка сознания на здоровую и продолжительную жизнь.

Показатель в баллах рассчитывается как средняя величина из показателей пунктов анкеты 7, 8, 9, 10. Полученная средняя округляется до десятых.

Параметр №2. Движение. Показатель в баллах рассчитывается как средняя величина из показателей пунктов анкеты 11, 12, 13.

Параметр №3. Закаливание. Показатель определяют по результатам пункта 14 анкеты.

Параметр №4. Рациональное питание и поддержание веса на нормальном уровне.

Показатель определяется как средняя величина из результатов пунктов анкеты 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.

Параметр №5. Рациональный режим жизни и его соответствие биологическим ритмам. Показатель определяется как средняя величина из результатов пунктов анкеты 24, 25, 26, 27, 28.

Параметр №6. Психологический (индивидуальный, семейный, коллективный) оптимум. Показатель определяется как среднее число из результатов пунктов анкеты 29, 30.

Параметр №7. Отсутствие вредных привычек и увлечений. Показатель определяется как среднее число из результатов пунктов анкеты 31, 32, 33.

Параметр №8. Личная гигиена. Показатель определяется как средняя величина из результатов пунктов анкеты 34, 35, 36, 37.

Параметр №9. Гигиена жилища. Показатель определяется как среднее число из результатов пунктов анкеты 38, 39, 40.

Параметр №10. Гигиена одежды. Показатель определяется как средняя величина из результатов пунктов анкеты 41, 42, 43.

Параметр №11. Эффективный отдых. Показатель определяется как средняя величина из результатов пунктов анкеты 44, 45, 46.

Параметр №12. Здоровый ночной сон. Показатель определяется по результату пункта анкеты 47.

3 шаг

Для интегральной оценки образа жизни используется оценочная шкала.

ОЦЕНОЧНАЯ ШКАЛА ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Медицинский тип образа жизни	Сумма набранных баллов по 12 параметрам ОЖ (на основании анкеты)
здоровый	42-48 баллов
медицински удовлетворительный	30-41 балл
медицински неблагоприятный	24-29 баллов
нездоровый	< 24 баллов

5.2. «Что мешает бросить курить?» (10 мин.) (для курящих; некурящие в тесте участия не принимают).

За ответ «иногда» запишите себе 5 очков, за ответы «часто» – 4, «от случая к случаю» – 4, «редко» – 2, «никогда» – 1.

А. Чтобы поддерживать себя в форме.

Б. Я держу сигарету в руках, и это доставляет мне удовольствие.

В. Я испытываю удовольствие от того, что с сигаретой мне легче расслабиться, у меня появляется чувство раскованности.

Г. Я закуриваю, если почему-то расстроен.

Д. Мне не по себе, когда под рукой нет сигареты.

Е. Я курю автоматически, не задумываясь о причинах.

Ж. Курю, чтобы собраться, сосредоточиться.

З. Сам процесс прикуривания сигареты доставляет мне удовольствие.

И. Мне просто приятен запах табака.

К. Я закуриваю, когда волнуюсь.

Л. Когда я не курю, то мне как будто чего-то не хватает.

М. У меня такое ощущение, что я курю одну сигарету: пока старая догорает в пепельнице, я, не замечая, прикуриваю новую.

Н. Когда я курю, мне кажется, что я становлюсь бодрее.

О. Смотреть на дым от сигареты доставляет мне удовольствие.

П. Чаще всего я курю, когда мне хорошо, я спокоен и умиротворен.

Р. Я курю, когда мне скучно и не хочется ни о чем думать.

С. Если я какое-то время не курю, то начинаю испытывать неудержимое желание сделать это.

Т. Иногда случается, что зажженная сигарета у меня в зубах, но я закурил ее автоматически, неосознанно.

А теперь подсчитайте очки.

Очки складываются. Сумма ответов на вопросы А, Ж и Н, например, говорит о том, что вы курите для того, чтобы поддержать, «взбодрить» себя; группа ответов на вопросы Б, З и О говорит о том, получаете ли вы удовольствие от самого процесса прикуривания, курения и т.д.

I группа мотивов

1. А + Ж + Н – мотив стимулирования.

2. Б + З + О – мотив удовольствия от самого процесса курения.

3. В + И + П – расслабление, удовольствие, поддержка.

II группа мотивов

4. Г + К + Р – снятие напряжения, придание бодрости.

5. Д + Л + С – неконтролируемое желание закурить, психологическая зависимость.

6. Е + К + Р – привычка.

Результаты могут варьироваться от 3 до 15 очков. Результат от 11 очков и выше говорит о высокой зависимости, 7 и менее очков – о не высокой. А теперь подведем итоги.

Вариант первый: вы набрали высокие суммы очков в I группе. Это значит, что ваша зависимость от табака скорее психологического, чем физиологического характера. В принципе держа, перебирая в руках что-то более «безопасное», чем сигарета (карандаш, ручка, четки...), вы легко могли бы избавиться от курения. Шансы, что это вам сделать будет нетрудно, у вас высоки.

Вариант второй: дело принимает более серьезный оборот, если вы получили высокие баллы во II группе. Если вы действительно хотите бросить курить, то важно подумать над тем, чем же на самом деле помогает вам курение, и попытаться чем-то заменить эту привычку. Для этого достаточно может оказаться лишь усилия воли. Но не стоит отказываться и от других средств. Надеемся, что этот тест поможет вам понять, почему вы курите, и определить ситуацию, когда табак, как вам кажется, вам необходим. Если вы решите отказаться от курения и подобные ситуации возникнут, вы должны будете подготовиться к тому, чтобы справиться с этой привычкой, преодолеть себя. Нужно быть готовым и к чувству нехватки сигарет, к тому, что, особенно сначала, вам придется нелегко.

Сейчас применяется много способов избавления от курения. Но важно помнить, что в любом случае успех будет зависеть, прежде всего, от воли того, кто решил бросить курить.

5.3. «Правильно ли Вы питаетесь?»

1. Как часто в течение дня Вы питаетесь:
а) три раза в день; б) два раза; в) один раз.
2. Всегда ли Вы завтракаете:
а) всегда; б) не всегда; в) никогда.
3. Из чего состоит Ваш завтрак:
а) каша и чай; б) мясное блюдо и чай; в) чай.
4. Часто ли Вы перекусываете между завтраком и обедом, обедом и ужином:
а) никогда; б) один-два раза в день; в) три раза и более.
5. Как часто Вы едите овощи, фрукты, салаты:
а) три раза в день; б) один-два раза в день; в) два-три раза в неделю.
6. Как часто Вы едите жареную пищу:
а) один раз в неделю; б) три-четыре раза в неделю; в) каждый день.
7. Как часто Вы едите выпечку:
а) один раз в неделю; б) три-четыре раза в неделю; в) каждый день.
8. Что Вы намазываете на хлеб:
а) маргарин; б) масло с маргарином; в) только масло.

9. Сколько раз в неделю Вы едите рыбу:
а) три-четыре раза ; б) один-два раза; в) один раз и реже.
10. Как часто Вы едите хлебобулочные изделия:
а) менее трех раз в неделю; б) от 3 до 6 раз в неделю; в) за каждой едой.
11. Сколько чашек чая или кофе выпиваете за день:
а) одну-две; б) от трех до пяти; в) шесть и более
12. Прежде чем приступит к приготовлению мясного блюда, нужно:
а) убирать весь жир; б) убирать часть жира; в) оставлять весь жир.

«а»– 2 балла, «б» - 1 балл, «в» - 0 баллов.

Подсчитайте сумму баллов. Если Вы набрали:

0-13 баллов – будьте внимательны, есть опасность для здоровья;

14-17 баллов – надо улучшить питание;

18-24 балла – отличный режим и качество питания.

5.4. Тест Остберга (определение типа суточной работоспособности)

1. Трудно ли Вам вставать рано утром:
а) да, почти всегда;
б) иногда;
в) редко;
г) крайне редко
2. Если бы у Вас была возможность выбора, в какое время Вы бы ложились спать:
а) после 1 часа ночи;
б) с 23.00 до 1.00;
в) с 22.00 до 23.00;
г) до 22.00
3. Какой завтрак Вы предпочитаете в течение первого часа после пробуждения?
а) плотный;
б) менее плотный;
в) можете ограничиться вареным яйцом или бутербродом;
г) Вам достаточно чашки чая или кофе.
4. Если Вы вспомните Ваши последние размовки на работе (в школе) или дома, в какое время они преимущественно происходили:
а) в первой половине дня;
б) во второй половине дня.
5. От чего Вы могли бы отказаться с большей легкостью:
а) от утреннего чая или кофе;
б) от вечернего чая.
6. Насколько точно Вы можете оценить промежуток времени, равный 1 минуте:
а) меньше минуты;

б) равно и больше.

7. Насколько легко нарушаются Ваши привычки, связанные с принятием пищи во время отпуска (каникул):

а) очень легко;

б) достаточно легко;

в) трудно;

г) остаются без изменений.

8. Если рано утром предстоят важные дела, насколько времени раньше Вы ложитесь спать по сравнению с обычным распорядком:

а) более чем на 2 часа;

б) на час-два раньше;

в) меньше, чем на час;

г) как обычно.

Ключ:

1: а – 3 балла, б – 2, в – 1, г – 0.

2: а – 3, б – 2, в – 1, г – 0.

3: а – 3, б – 2, в – 1, г – 0.

4: а – 1, б – 0.

5: а – 2, б – 0.

6: а – 0, б – 2.

7: а – 0, б – 1, в – 2, г – 3.

8: а – 3, б – 2, в – 1, г – 0.

Вы относитесь к утреннему типу – «жаворонки», если набрали до 7 баллов, к промежуточному типу – «голуби», если набрали от 8 до 13 баллов, и к вечернему типу – «совы», если сумма баллов более 14.

XIV ЛИТЕРАТУРА

1. Глушанко, В.С. **Общественное здоровье и здравоохранение: пособие, 2-е изд., перераб. и доп.** / В.С. Глушанко. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2011. – 491 с.
2. Глушанко, В.С. **Методика изучения уровня, частоты, структуры и динамики заболеваемости и инвалидности. Медико-реабилитационные мероприятия и их составляющие: учеб.-метод. пособие** / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг. Под ред. д-ра мед. наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2016. – 177 с.
3. Глушанко, В.С. **Модернизация структуры управления здравоохранением и организация медицинской помощи сельскому населению: учеб.-метод. пособие** / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг, Р.Ш. Шефиев / Под ред. д-ра мед. наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2016. – 202 с.
4. Глушанко, В.С. **Организация деятельности службы государственного санитарного надзора: учеб.-метод. пособие** / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.П. Грузневич. – Витебск: ВГМУ, 2013. – 144 с.
5. Глушанко, В.С. **Анализ деятельности организаций здравоохранения службы охраны здоровья матери и ребёнка: учеб.-метод. пособие** / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, Т.В. Колосова, Д.В. Мороз / Под ред. д-ра мед. наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2010. – 239с.
6. **Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие** / Пилипцевич Н.Н., Павлович Т.П., Глушанко, В.С. – Минск: Новое знание, 2015. – 784 с.
7. **Общественное здоровье и здравоохранение: учебник в 2 ч. Ч.1** / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Мн.: Выш. шк., 2013. – 335 с.
8. **Общественное здоровье и здравоохранение: учебник в 2 ч. Ч.2** / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Мн.: Выш. шк., 2013.– 351 с.
9. **Здоровье нации – высшая ценность государства. Меры по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма в Беларуси** [Электронный ресурс] / Материалы Информационно-аналитического центра при Администрации Президента Республики Беларусь для информационно-пропагандистских групп. – Минск, декабрь 2016. – Режим доступа: www.mpt.gov.by. – Дата доступа: 02.04.2017.

- 10.Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / Жарко В.И., Малахова И.В., Новик И.И., Сачек М.М. – Минск: Минсктиппроект, 2012. – 320 с.**
- 11.Лисицын, Ю.П.** Общественное здоровье и здравоохранение: учебник, 2-е изд. / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г. – 512 с.
- 12.Медик, В.А.** Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть I. Общественное здоровье и здравоохранение. / В.А. Медик, В.К. Юрьев – М.: Медицина, 2003. – 368 с.
- 13.Михалевич, П.Н.** Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций. В2 ч. Ч.1 / П.Н. Михалевич, П.А. Савчук, Н.С. Сердюченко. – Мн: Адукацыя і выхаванне, 2014. – 720с.
- 14.Профилактика заболеваний.** / С.Н. Алексеенко, Е.В. Дробот. – М.: Изд. дом Акад. естествознания, 2015. – 449 с.
- 15.Капилевич, Л.В.** Здоровье и здоровый образ жизни: учебное пособие / Л.В. Капилевич, В.И. Андреев. – Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2008. – 102 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

I.	ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ	3
II.	НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ	4
III.	НЕОБХОДИМО УМЕТЬ	4
IV.	МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ	5
V.	ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ	5
VI.	МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ	6
VII.	МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ	6
VIII.	ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК ТЕМЫ	7
1.	ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	7
1.1.	Определение здоровья	7
1.2.	Государственная политика в области охраны здоровья населения	8
2.	ЗДОРОВЬЕ КАК МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ КАТЕГОРИЯ	10
2.1.	Концепции здоровья	10
2.2.	Факторы, определяющие здоровье человека. Факторы риска ...	11
2.3.	Уровни здоровья. Группы индикаторов здоровья населения	16
2.4.	Показатели здоровья населения. Способы и методы оценки его состояния	18
2.5.	«Формула здоровья»	22
2.6.	Образ жизни. Категории образа жизни	23
2.7.	Качество жизни, его стандарты	24
2.8.	Концепция здорового образа жизни. Основные компоненты, составляющие понятие «здоровый образ жизни»	27
2.9.	Нормы поведения	28
2.10.	Индекс человеческого развития. Другие интегральные индексы	29
3.	РАЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ	33
3.1.	Работоспособность и утомление	33
3.2.	Оптимальная организация рабочего режима	37
3.3.	Понятие «активный отдых»	42
3.4.	Хронобиология и биоритмы	43
3.5.	Культура умственного и физического труда	46
4.	НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ, ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И ЗДОРОВЬЕ ...	48
4.1.	Наследственность	48
4.2.	Наследственные заболевания	50
4.3.	Окружающая среда и здоровье человека. Проблема урбанизации	51

5. ИММУНИТЕТ И ЗДОРОВЬЕ	58
5.1. Виды и механизмы иммунной защиты	58
5.2. Нарушения иммунитета	61
5.3. Причины снижения иммунитета	63
5.4. Рекомендации по повышению иммунитета	64
6. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЯ	67
6.1. Теория стресса и адаптации	67
6.2. Методы оценки психоэмоционального статуса	69
6.3. Эмоциональное (психоэмоциональное) здоровье. Методы его психокоррекции	71
7. ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	75
7.1. Курение и здоровье	76
7.2. Алкоголизм	93
7.3. Наркомания и токсикомания	112
8. ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ	127
8.1. Принципы здорового питания	127
8.2. Функции питания	132
8.3. Шесть основных компонентов питания	133
8.4. Группы крови и диета	144
8.5. Правила рационального питания и культура приёма пищи	148
8.6. Оценка пищевого статуса	152
8.7. Рекомендации по здоровому питанию	154
8.8. «10 ступеней к здоровому питанию»	155
8.9. «Пирамида здорового питания»	156
9. СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ. СЕКСУАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА И ЭТИКА СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ	157
9.1. Понятие «сексуального здоровья». Сексуальность человека	157
9.2. Половое развитие	159
9.3. Этапы психосексуального развития	162
9.4. Сексуальная культура	166
9.5. Половое воспитание детей и подростков	168
9.6. Профилактика заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП)	172
9.7. Этика семейной жизни. Планирование семьи	174
10. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ	180
10.1. Профилактическая направленность здравоохранения	180
10.2. Виды профилактических мероприятий	182
10.3. Уровни профилактики	187
10.4. Основные цели профилактического медицинского осмотра	188
10.5. Принципы организации профилактических мероприятий	190
10.6. Стратегии профилактики	190
10.7. Причины, требующие усиления профилактики на современном этапе	191

10.8.	Пути повышения эффективности профилактики	192
10.9.	Индивидуальное профилактическое консультирование	192
10.10	Диспансерный метод и его сущность	193
11.	МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ...	196
11.1.	Цели и задачи, принципы и пути медико-гигиенического воспитания и обучения населения	196
11.2.	Формы, методы и средства работы по формированию здорового образа жизни	200
11.3.	Технологии формирования здорового образа жизни населения .	205
11.4.	Субъекты и объекты пропаганды здорового образа жизни	206
11.5.	Медико-гигиеническое воспитание в различных группах населения	208
11.6.	Особенности медико-гигиенического воспитания и обучения населения в деятельности врачей лечебно-профилактических организаций	210
11.7.	Методика и практика формирования здорового образа жизни в дошкольном и школьном возрастах	213
11.8.	Воспитание здорового образа жизни в студенческой среде.	218
11.9.	«Школы здоровья»	219
11.10	Роль Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в реализации цели и задач формирования здорового образа жизни	224
12.	КАБИНЕТ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УО «ВГМУ»	229
12.1.	Организация работы кабинета здоровья и здорового образа жизни	229
12.2.	Кабинет здоровья и здорового образа жизни УО «ВГМУ»	229
IX.	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	236
1.	Рекомендации к составлению и оформлению конспекта лекции	236
2.	Рекомендации по подготовке и оформлению санитарного бюллетеня	237
3.	Изготовление памяток	239
4.	Рекомендации по подготовке листовок и буклетов	243
5.	Рекомендации по изготовлению плаката	244
6.	Рекомендации по изготовлению брошюры	245
7.	Малые формы печатных информационно-образовательных материалов	246
8.	Мультимедийные информационные средства обучения ЗОЖ (мультимедийные презентации, видеофильмы, видеоролики, фото/видеофокусы, интерактивные плакаты)	247

X.	ОБРАЗЕЦ ВЫПОЛНЕНИЯ ТИПОВОГО ЗАДАНИЯ.....	249
XI.	ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ	252
XII.	КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ	267
XIII.	ПРИЛОЖЕНИЯ.....	269
	1. Законодательные и иные нормативные правовые акты по охране здоровья населения.....	269
	2. Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года.....	278
	3. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 гг.....	282
	4. Европейский кодекс по борьбе с раком: 12 способов снизить риск заболеть раком.....	286
	5. Анкеты, опросники, тесты (примеры).....	288
XIV.	ЛИТЕРАТУРА	296

Учебное издание

Глушанко Василий Семенович, **Тимофеева** Алиса Петровна,
Герберг Андрей Александрович и др.

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ
И ЕГО
СОСТАВЛЯЮЩИЕ**

Под редакцией профессора В.С. Глушанко

Учебно-методическое пособие

Редактор В.С. Глушанко
Технический редактор И.А. Борисов
Компьютерная верстка А.П. Тимофеева, А.А. Герберг
Корректор А.П. Тимофеева, А.А. Герберг

Подписано в печать _____ Формат бумаги 64х84 1/16
Бумага типографская №2. Гарнитура _____. Усл. печ. листов _____.
Уч.-изд. л. _____. Тираж _____ экз. Заказ № _____.
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный
медицинский университет»
ЛП № 02330/453 от 30.12.13
пр. Фрунзе, 27, 210023, г. Витебск