

Федеральное агентство по образованию
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГОУ ВПО «АмГУ»
Факультет социальных наук

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой МСР
_____ М.Т. Луценко
«__» _____ 2007 г.

Учебно-методический комплекс дисциплины

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА

Для специальности 050711 «Социальная педагогика»

Составитель: Еремеева Т.С.

Благовещенск
2007

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

Т.С. Еремеева

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Социальное здоровье общества» для студентов очной, заочной и заочно-сокращенной форм обучения по специальности 050711 «Социальная педагогика». – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007. - ___ с.

Учебно-методические рекомендации ориентированы на оказание помощи студентам всех форм обучения по специальности 050711 «Социальная педагогика» для формирования специальных знаний по дисциплине.

ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемый учебно-методический комплекс составлен в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

Требования к уровню освоения содержания курса – студент должен:

- 1) знать основные понятия курса и уметь ими оперировать;
- 2) получить представление об исторических предпосылках и социально-правовых основах организации системы социальной защиты;
- 3) иметь представление об основных элементах системы обеспечения и охраны социального здоровья общества;
- 4) знать основные нормативно-правовые акты, которые используются в процессе работы специалистами по охране социального здоровья;
- 5) иметь представления о специфике деятельности органов социальной защиты населения и здравоохранения;
- 6) уметь использовать знания и навыки, полученные в практике.

Учебное содержание дисциплины изучается в ходе лекций, семинаров, самостоятельной работы под руководством преподавателя, выполнения контрольных работ, контрольных аттестаций.

В ходе *лекций* даются основы систематизированных знаний по дисциплине, раскрываются ее наиболее важные теоретические положения.

На *семинарских занятиях* у обучаемых формируются навыки применения полученных знаний. В ходе семинаров осуществляется также формирование целостного, обобщающего видения студентами своего места и роли как будущих специалистов в разрешении социальных проблем клиентов, в уточнении организационной стороны предстоящей деятельности с учетом российского исторического опыта. Основной упор сделан на активные формы обучения студентов.

Во время *самостоятельной работы* основной упор делается на изучение студентами законодательных актов, учебной и научной литературы, периодических изданий, оформление тематических докладов, стендов и т.п.

Для студентов заочной формы обучения предлагается выполнение *контрольной работы*. Цель ее – в более детальном рассмотрении тематики курса, освоение основных его положений. Студенты должны самостоятельно проанализировать литературу, необходимую для написания контрольной работы.

Контроль успеваемости, качества обучения и теоретической подготовленности студентов осуществляется в следующих формах:

а) входящий – оценивание базового уровня знаний, умений и навыков, необходимого для изучения данной дисциплины;

б) текущий – проведение зачета по тематическим блокам, защита контрольной работы, индивидуальное собеседование, опросы и другие формы по усмотрению преподавателя;

в) итоговый – в процессе экзамена или зачета по результатам изучения учебной дисциплины.

Проверить качество освоения материала по данной дисциплине помогут предлагаемые *тестовые задания*.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Курс «Социальное здоровье общества» является одним из основных в программе подготовки студентов по специальности 050711 «Социальная педагогика».

Цель курса – способствовать овладению студентами теоретических и организационных основ социального здоровья общества.

Задачи курса:

- дать студентам базовые знания о предмете и задачах социальной медицины как отрасли современной науки;
- способствовать освоению интегрального подхода к феномену общественного здоровья;
- дать студентам базовые знания о социальном здоровье общества и основах социальной медицины в отечественной системе здравоохранения;
- способствовать освоению студентами знаний по профилактике заболеваний, степени влияния неблагоприятных социальных факторов на здоровье населения и социальных технологий формирования основ здоровья;
- сформировать у студентов представление о наиболее важных характеристиках общественного здоровья в современном обществе.

Место курса в профессиональной подготовке выпускника:

Курс «Социальное здоровье общества» является методологической базой познания и исследования биосоциальных основ индивидуального и общественного здоровья, входящих в проблемное поле социальной работы.

Межпредметные связи. Преподавание дисциплины связано с другими дисциплинами государственного образовательного стандарта: «Физическая культура», «Концепции современного естествознания», «Основы медицинских

знаний и здорового образа жизни», «Основы социальной работы», дисциплины правового цикла.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСОВ КУРСА ПО ТЕМАМ И ВИДАМ РАБОТ

Дневная форма обучения

№	Наименование тем	Аудиторные занятия		Сам. работа	Всего часов
		Лекции	Семинары		
<i>Раздел 1. Теоретические основы социальной медицины</i>					
1	Предмет и задачи социальной медицины как отрасли современной науки	2	2	4	8
2	Истоки социальной медицины. Становление основных понятий. Медицина и общество в контексте социальных процессов	4	4	4	12
3	Концепция социально-медицинского развития населения.	4	2	6	14
4	Правовые основы медико-социальной помощи населению	4	4	6	14
5	Основные характеристики здоровья населения	16	8	8	32
<i>Раздел 2. Основы социальной медицины и организации здравоохранения</i>					
6	Система здравоохранения в РФ	8	8	8	24
7	Профилактика заболеваний как основополагающий принцип охраны здоровья населения.	4	4	6	14
8	Формирование ЗОЖ	4	4	6	14
9	Методы и средства гигиенического воспитания	4	2	4	10
10	Социально-гигиенические и эпидемиологические аспекты основных заболеваний населения	4	4	4	12

Раздел 3. Темы для самостоятельного изучения

11	Социальная патология (алкоголизм, наркомания, курение)		4	8	12
12	Медико-деонтологические и правовые основы медико-биологических технологий		2	4	6
13	Туберкулез как медико-социальная проблема		2	4	6
14	Инфекции, передаваемые половым путем. Современные проблемы ВИЧ-инфекции и СПИДа		2	6	8
15	Основные показатели здоровья и здравоохранения Амурской области		2	6	8
16	Международное сотрудничество в области охраны здоровья. ВОЗ.			6	6
	Всего часов	54	54	92	200

Курс – 1.

Семестр – 1, 2.

Зачет – 1, 2 семестры.

2.2. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ

2.3. ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Тема 1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ КАК ОТРАСЛИ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ

Категория «общественное здоровье». Общественное здоровье как предмет социальной медицины. Задачи социальной медицины. Субъекты общественного здоровья. Социальная медицина: взаимосвязь и взаимоотношения.

Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или анатомических дефектов (из Устава Всемирной организации здравоохранения). Различают здоровье населения и здоровье индивидуума. Здоровье населения характеризуется комплексом демографических показателей (рождаемость, смертность, детская смертность, уровень физического развития, заболеваемость, средняя продолжительность жизни). На здоровье населения влияют социально-гигиенические факторы - условия труда и быта, жилищные условия, уровень заработной платы, обеспеченность продуктами питания, культура и воспитание, качество и доступность медицинской помощи и др., а также климатогеографические, экологические и иные природные факторы. На многие из этих условий и факторов влияет (как положительно, так и отрицательно) общество.

Понятие «здоровье индивидуума» (индивидуальное здоровье) не является точно детерминированным, что связано с большой широтой индивидуальных колебаний важнейших показателей жизнедеятельности организма, а также многообразием факторов, влияющих на здоровье человека.

В самых общих чертах здоровье индивидуума можно определить как естественное состояние организма, характеризующееся его полной у равнове-

шенностью с биосферой и отсутствием каких-либо выраженных болезненных изменений.

Социальная природа здоровья зависит от экологических, генетических, экономических, профессиональных и других факторов. Как и самасистема здравоохранения является социальным институтом и частью социальной системы, что обуславливает взаимопроникновение социологии, социальной работы и медицины.

На международном уровне категорию здоровья определяли по-разному: «здоровье как отсутствие болезни» или «возможность существовать в обществе» и «абсолютные» («здоровье – это позитивное качество» или «здоровье – это общее благополучие»).

Здоровье, по определению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровье человека – это процесс сохранения и развития его психических и физиологических качеств, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни.

По мнению академика Ю.П. Лисицына, «...здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта, оно – состояние, которое позволяет человеку вести нестесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, т.е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие».

Одной из характеристик состояния здоровья является понятие «общественное здоровье». Само понятие «общественное здоровье» появилось около 15 лет назад. Термин «*общественное здоровье*» (public health) имеет несколько значений и отражает совокупное здоровье индивидуумов, из которых состоит общество.

В узком смысле под понятием «общественное здоровье» подразумевается как здоровье определенного населения, так и система превентивных мер,

направленных на защиту здоровья этого населения, а особенно в области санитарии окружающей среды и контроля за инфекционными заболеваниями. В более *широком смысле* понятие «общественное здоровье» охватывает очень широкий набор организованных действий, включающих не только надзор за деятельностью всех медицинских служб, превентивных и клинических, но и множество других аспектов деятельности системы национального здравоохранения, в том числе множество факторов, прямо или косвенно влияющих на здоровье людей: вопросы охраны окружающей среды, поддержание здорового образа жизни, а также подготовка персонала и учреждений системы здравоохранения, организация программ здравоохранения и обеспечение их экономической поддержки, различные стратегии, обязательные для обеспечения принципов социальной справедливости в распределении услуг, связанных со здоровьем.

Согласно определению Всемирной медицинской организации, понятие «*общественное здоровье*» рассматривается как важнейший медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности, обусловленный комплексным воздействием социальных, поведенческих и биологических факторов.

Этот важнейший ресурс нации должен быть обеспечен системой научных и практических мер, то есть системой общественного здравоохранения, включающей структуры медицинского и немедицинского характера, деятельность которых направлена на охрану и укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности посредством объединения усилий общества.

Как показывают лучшие примеры из отечественного и международного опыта, решение проблем общественного здравоохранения может быть достигнуто только на основе методологии междисциплинарного синтеза, интегрирующего понимание природы медицинских, биологических, социальных, поведенческих и экономико-управленческих факторов, влияющих на состояние общественного здоровья.

Широкое толкование здоровья требует интегрального подхода к здоровью как социальному феномену. И для теоретической и для практической медицины чрезвычайно важно определить понятие «практическое здоровье» или «норма отклонения» от границы, которая считается болезнью, патологией. Хотя здоровье представляет собой состояние, противоположное болезни, оно не имеет четких границ, поскольку существуют различные переходные состояния. Так, расстройство адаптации организма к постоянно меняющимся условиям внешней среды означает переходное состояние между здоровьем и болезнью. Поэтому состояние здоровья может быть объективно установлено лишь по совокупности многих параметров: антропометрических, клинических, физиологических, биохимических показателей, определяемых с учетом полового и возрастного факторов, а также социальных, климатических, географических и метеорологических условий.

Организация охраны здоровья отдельных лиц и коллективов людей основывается на профилактике, в частности на повышении защитных свойств организма человека, на укреплении наследственной устойчивости к воздействию вредоносных факторов, а также на создании условий, предупреждающих возможность контакта человека с различными патогенными раздражителями. Среди профилактических мероприятий одно из главных мест занимает охрана окружающей среды.

Социальная медицина – это наука о стратегии и тактике здравоохранения.

Основное назначение социальной медицины как науки и учебной дисциплины – оценка критериев общественного здоровья и качества медицинской помощи, их оптимизация.

Структура предмета: 1) история здравоохранения; 2) теоретические проблемы здравоохранения; 3) состояние здоровья и методы его изучения; 4) организация медико-социального обеспечения и медицинского страхования; 5) организация медицинской помощи населению; 6) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения; 7) экономические и планово-орга-

низационные формы совершенствования здравоохранения, менеджмент, маркетинг и моделирование медицинских услуг; 8) международное сотрудничество в области медицины и здравоохранения.

Методы медико-социальных исследований: 1) исторический; 2) динамического наблюдения и описания; 3) санитарно-статистический; 4) медико-социологического анализа; 5) экспертных оценок; 6) системного анализа и моделирования; 7) организационного эксперимента; 8) планово-нормативный и др.

Социальная медицина, разрабатывающая *нормы здорового образа жизни в здоровом обществе и осуществляющая согласно этим нормам социальный контроль* за индивидуумом, группой индивидуумов, будь то семья, школа, трудовой коллектив, законодательные и исполнительные структуры власти, судебные органы, пенитенциарные учреждения или армия, не является чем-то чужеродным, стоящим над человеком и обществом. Она – отражение в знании и практике здоровых тенденций общества в целом.

Здесь необходимо четко разграничить понятия «социальная медицина», «клиническая медицина» и «демография».

Клиническую медицину можно рассматривать как свод теоретических и практических знаний о болезнях человека, способах их лечения, профилактики и о прогнозе результатов болезни и лечения.

Социальная медицина не ставит диагноза и, следовательно, не лечит ни отдельного человека, ни группу людей, ни тем более общество. Для социального врача человек – не пациент, а клиент, так же как социальный врач как конкретный человек – клиент, например, для своего парикмахера или адвоката. Пациентами (от *лат. ratio* – страдание) являются все, кто обращаются за помощью к клиническому врачу или клиницисту: терапевту, гинекологу, психиатру или сексопатологу. Клинический врач, прежде чем начать лечить больного (пациента), должен выставить ему диагноз. Только при постановке диагноза допустимо назначать прием лекарственных препаратов (которые и сейчас, как и во времена Парацельса, остаются ядами, и принимать их можно только в дозах, требуемых больным организмом в борьбе с болезнью).

Противники социальной медицины как нормативной дисциплины, осуществляющей контроль за здоровьем человека в различных сферах жизни, неправомерно отождествляют ее с клинической медициной. Ведь и клиническая медицина (например, санитарный врач) осуществляет социальный контроль, требуя соблюдения норм гигиены. В некоторых случаях (например, в отношении больных, зараженных особо опасной инфекцией и скрывающих это) такой контроль может носить карательный характер. Таковы, в частности, меры, принятые правительствами ряда стран в 2003 г. в связи с вирусной пневмонией или в 2004 г. в связи с «птичьим гриппом».

Однако клиническая медицина ни в коем случае не должна быть институтом с репрессивными функциями, реализуемыми под видом социального контроля.

Объектами медико-социальных исследований являются: 1) группы лиц, население административной территории; 2) отдельные учреждения (поликлиники, стационары, диагностические центры, специализированные службы); 3) органы здравоохранения; 4) объекты окружающей среды; 5) общие и специфические факторы риска различных заболеваний и др.

С точки зрения социальной медицины, выделяют **3 уровня оценки здоровья**:

- здоровье отдельного человека (индивидуума);
- здоровье малых социальных, этнических групп (семейное или групповое здоровье);
- здоровье всего населения (популяции), проживающего в городе, в селе, на определенной территории.

Для оценки здоровья на каждом из 3-х уровней используются различные шкалы, но следует подчеркнуть, что наиболее адекватные критерии для каждого уровня еще окончательно не обоснованы и порой трактуются по-разному, с учетом экономических, репродуктивных, сексуальных, воспитательных, медицинских и психологических критериев.

При оценке здоровья населения в санитарной статистике используются

типовые медико-статистические показатели.

I. Медико-демографические показатели.

А. Показатели естественного движения населения: смертность общая и возрастная; средняя продолжительность предстоящей жизни; рождаемость, плодovitость; естественный прирост населения.

Б. Показатели механического движения населения: миграция населения (эмиграция, иммиграция, сезонная, внутригородская миграция и др.).

II. Показатели заболеваемости и распространенности болезней (болезненности).

III. Показатели инвалидности и инвалидизации.

IV. Показатели физического развития населения.

Следует учесть, что функциональные возможности организма и его устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды в течение жизни существенно изменяются, поэтому можно говорить о состоянии здоровья, как о динамическом процессе, который может улучшаться или ухудшаться, т.е. об укреплении или ослаблении здоровья. Показатели здоровья индивидов характеризуют его уровень в обществе.

Сведения о состоянии здоровья (заболеваемости) можно получить на основании проведенных медицинских осмотров, обращаемости населения за медицинской помощью, результатов специальных выборочных исследований, данных о причинах смерти и др.

Основными элементами комплексного анализа здоровья и факторов, его определяющих являются:

- 1) сбор информации о состоянии здоровья;
- 2) обработка и анализ информации о состоянии здоровья;
- 3) выдвижение гипотезы о связи факторов среды с состоянием здоровья;
- 4) направленное изучение факторов среды и углубленное изучение характеристик здоровья;
- 5) выявление количественных зависимостей между факторами среды и характеристиками здоровья;

б) принятие решения по оздоровлению окружающей среды для первичной профилактики заболеваний;

7) реализация принятых решений;

8) проверка эффективности принятых решений.

При оценке здоровья население распределяется *по группам здоровья*:

1-я группа (здоровые) – это лица, которые не имеют жалоб, хронических заболеваний в анамнезе, функциональных отклонений и органических изменений;

2-я группа (практически здоровые) – лица, у которых имеются хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, функциональные изменения в органах и системах, не влияющие на их деятельность и трудоспособность;

3-я группа – больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации.

Социальная медицина рассматривает болезнь как частный случай ситуации, выйти из которой, оптимально сохранив социальные функции, помогает своему клиенту социальный врач (но не лечит!). По причине заболеваний человек может частично или полностью утратить свои общественные функции в силу, например, декомпенсации в «горячей точке биографии» (возрастные параметры человека – первостепенные точки отсчета в социометрических измерениях социального врача). Прогностическая социометрия – еще один случай, когда социальный врач помогает клиенту (пример: могут ли родители, в анамнезе которых психические заболевания, иметь детей? Какова вероятность заболеть психическими заболеваниями у них самих?). Генеалогическая и биографическая социометрия также относится к основным методам работы социального врача. Социальный врач, в частности, может определить наличие врожденной склонности к преступности и, пользуясь методом Ф. Гальтона, в известной степени ее предсказать.

Социальный врач в повседневной практике оперирует категориями: преморбид, постморбид, стигма, строение тела и характер, *patos et nozos, habitus, charisma*, резервы организма. Социометрия позволяет вывести формулу смерти,

т. е. с большой вероятностью вычислить, на сколько лет рассчитана работа всего организма или отдельного органа.

Социальный врач не только помогает своему клиенту выйти из трудной для него ситуации, но и вооружает знаниями, благодаря которым клиент может осуществлять контроль над работой своего организма и, что немаловажно, прогнозировать свои физические, умственные и творческие способности. И конечно, здоровый образ жизни из абстракции превращается в формулу жизни данного конкретного человека. Если врачу-клиницисту безразлично, из какой социальной или микросоциальной среды его пациент, то социальный врач выделяет как раз наиболее значимые социальные параметры человека, согласно которым и рассматривается его проблема.

Публичный социальный врач придерживается строго индивидуального подхода к конкретному человеку, но уже семейный социальный врач, даже решая проблемы одного члена семьи, занимается, по сути дела, конкретной микросоциальной группой и поэтому оперирует категориями общественной медицины. Проблемы осужденного человека, находящегося в заключении, а также членов его семьи, родственников решает пенитенциарный врач.

Стоит сказать еще об одном важном аспекте, отличающем клинициста от социального врача. Клиницист, ориентируясь на симптомы и синдромы у своего пациента, выставляет диагноз лишь после дополнительных лабораторных исследований. Современная клиническая медицина вооружена новейшими методами электронной техники. Существует даже *компьютерная диагностика*. В результате клиницист оказывается все дальше и дальше от своего пациента. Социальный врач может использовать некоторые дополнительные методы исследования, например *генетический анализ*, но необходимости в лабораторных исследованиях у него нет. Он, наоборот, вплотную приближается к клиенту, работая с ним в прямом смысле *«тет-а-тет»*.

Тема 2. ИСТОКИ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. СТАНОВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ. МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Спартанский опыт решения проблем общественного здоровья. Идеи Гиппократов. Книга исцеления Ибн Сина (Авиценна). Карл Ясперс: от «Общей психопатологии» к философии и социальной медицине. «Социальная гигиена» А. Гротьяна и «советская гигиена» Н.А. Семашко. Первый институт социальной медицины. Национально-культурные особенности становления института социальной медицины в России.

Во времена, переломные для общества, институализация социальной медицины порой принимает содержание государственной политики. Так, отец всех реформаторов фараон Аменхотеп IV (Эхнатон, муж Нефертити, отец Тутанхамона, воспитатель Семнихкара (Моисея)) свои реформы под лозунгом заботы за общественное здоровье нации начал с уничтожения касты жрецов, а также всякого рода магов, колдунов и прочих ловцов душ и манипуляторов общественным сознанием.

Победа маленькой Спарты над могущественными Афинами в Пелопоннесской войне стала возможной исключительно благодаря оздоровительной политике царя Ликурга, который образовал особый орган управления — герусии, состоявшие из царя, врача и представителя народа. Самое здоровое в истории человечества спартанское общество во время правления Ликурга смогло преодолеть владычество над своими душами пифийских оракулов (культ Аполлона) и отвергнуть массовые пифийские игры, суть которых — манипулирование огромными массами народа путем «музыкальных» и наркотизирующих воздействий на толпы (пифийские игры — антипод Олимпийских игр).

Гиппократ, сделавший разумные выводы из Пелопоннесской войны (он придерживался афинской стороны), под предлогом отрицательных влияний климатических факторов на здоровье и моральное состояние афинян провел грандиозную реформу, поставив под контроль врачей действие всей властной элиты. Результатом Гиппократовской институализации медицины (разработка и

введение нормативов в различные сферы деятельности, прежде всего в структуру власти и армии) явился победный реванш Афин над Спартой. Система охраны общественного здоровья Гиппократов оказалась намного эффективнее спартанской.

Когда социальная медицина становилась важной частью государственной политики, эта государственная политика осуществлялась в интересах всего общества далеко не всегда, в связи с чем и социальная медицина выступала негативным для общества фактором.

Можно назвать имена врачей, чья забота об общественном здоровье была фактически действием, направленным против общества: Козимо Старший Медичи, основатель династии, присвоивший себе титул герцога, предок многих великих и знатнейших персон, двух королей Франции; Парацельс, приблизивший медицину к вершине Олимпа путем общественного знания и практики, поставленной им на «научные рельсы»; Ламетри, лучший врач Европы, самый гонимый из всех; Авиценна, сорвавший халат с халифа и надевший его на себя. В XX в. это был безымянный советник Гитлера, по программе которого фюрер «оздоравливал» немецкую нацию и собирался «оздоравливать» таким же путем весь мир. Вместо него в общественное сознание нескольких поколений идеологи фашизма внедрили имя ни в чем не повинного Фрэнсиса Гальтона и опорочили его гениальную евгенику (запрет на клонирование — пример живучести канонов фашистской социальной медицины).

Влияние научных взглядов А.А. Богданова (Малиновского) на общество было столь высоко оценено В.И. Лениным, что он подверг его уничтожающей критике в «Материализме и эмпириокритицизме». П.Б. Ганнушкин, советский профессор психиатрии, и его последователи О.В. Кербинов и В.А. Снежневский институализировали в качестве социальной медицины клиническую психиатрию, ввели в обиход врачей и пациентов понятия «принудительное лечение» (даже для больных инфарктом миокарда), «синдром инакомыслия», «инвалид», в том числе «инвалид детства», закрепили реабилитацию как важный этап любого лечения при любых заболеваниях.

Сформировавшаяся как академическая дисциплина к середине XX в., когда понятие «здоровье» стало рассматриваться комплексно, через призму системы «общество-здоровье-человек», социальная медицина была образована в отличие от медицинских направлений, как наука, изучающая здоровье людей, институт здравоохранения в связи с окружающими социальными условиями и процессами.

Зарождение этой науки относится к различным датам периода XVIII-XIX вв. Так, Н.А. Семашко, С.А. Томилин считали, что «первой звездочкой, появившейся на горизонте социально-гигиенического направления был труд Б. Рамаццини «*De morbis artificum diatriba*» - «Трактат о болезнях ремесленников» (1700 г.), который стал первым системным изложением основ профессиональной гигиены, намного опередив развитие этого направления.

К. Винтер указывает, что впервые термин «социальная медицина» ввел в 1848 г. французский ученый Дж. Гуэрин. Под этим он понимал изучение связи между социальными факторами, здоровьем и заболеваемостью.

Российский ученый Ю.П. Лисицын связывает начало истории науки об общественном здоровье и здравоохранении с исследованиями А. Гротьяна в Германии в начале XX в.

Однако, как считает В.П. Култыгин, впервые наиболее системные представления о социологии медицины появляются во взглядах российского социолога П.Ф. Лилиенфильда-Тоаль в работе «Мысли о социальной науке будущего», где он разработал «терапию» социального организма, которая включала в себя диагностику, прогностику и терапию. Параллельно с разработками Лилиенфильда как в России, так и в Западной Европе возникают различные направления, анализирующие взаимосвязь социальной среды и здоровья человека.

Так, в начале XX в Германии появляется работа А. Гротьяна, где он в монографии «Социальная патология», рассматривает основные группы заболеваний с точки зрения их социальной обусловленности, законов распространения, социальных последствий и путей социального противодействия им.

В Великобритании в XIX в. Е. Чадвик, Дж. Саймон, У. Фарр, Б.У. Ричардсон, М.В. Петтенкофер и др. изучали общественное здоровье с точки зрения включенности человека в социальную сферу, закладывая основы экологического подхода в социологии медицины.

В 1940 г. Король Англии Георг VI выступил перед палатой лордов с короткой речью: «Если мы хотим, чтобы наша страна не канула в Лету, мы должны срочно *организовать институт социальной медицины*».

Институт был организован при Оксфордском университете в течение нескольких недель. Он сразу стал педагогическим и научно-исследовательским. Возглавил его социолог и психиатр Дж. А. Райл. Департаментами заведовали социологи, экономисты и врачи. Институт успел провести конференцию, в процессе которой была выработана первая программа социальной медицины и четко сформулирована основная задача: проанализировать, как происходящие в обществе явления отражаются на общественном здоровье, которое понималась в двух смыслах: медицинском и нравственном. Институт просуществовал недолго: началась Вторая мировая война, и он превратился в военный госпиталь..

Только с 1946 г. социальная медицина стала стремительно развиваться прежде всего в странах Западной Европы, а также в США, Канаде, Японии. Сейчас практические, педагогические и научно-исследовательские институты и центры социальной медицины есть почти во всех странах мира, даже развивающихся, таких, например, как Гондурас и Эфиопия.

Этапы развития социальной медицины в России. Первым государственным органом управления медицинским делом в России был Аптекарский приказ, созданный в 1620 г. В XVIII столетии, в период осуществления больших преобразований в экономике, науке, культуре и медицине, совершенствовались и органы управления здравоохранением: в 1721 г. появилась Медицинская канцелярия, в 1763 г. – Медицинская коллегия.

Подготовка медицинских кадров осуществлялась в госпитальных школах (с 1707 г.), медико-хирургических училищах (с 1786 г.), а с 1798 г. – в

Петербургской и Московской медико-хирургических академиях. В 1725 г. открылась Петербургская академия наук, а в 1755 г. был создан первый в стране Московский университет с медицинским факультетом.

Выдающийся вклад в охрану здоровья внес М. В. Ломоносов, который в своем труде «Слово о размножении и сохранении российского народа» дал глубокий анализ здравоохранения и предложил ряд конкретных мер для улучшения его организации.

В первой половине XIX в. формируются первые научные медицинские школы: анатомическая (П.А. Загорский), хирургические (И.Ф. Буш, Е.О. Мухин, И.В. Буяльский), терапевтические (М.Я. Мудров, И.Е. Дядьковский). Н.И. Пирогов создает топографическую анатомию и военно-полевую хирургию, в которой выдвинул положение о важности организации медицинской помощи во время боевых действий, подчеркнул исключительно высокую роль предупредительной медицины. Н.И. Пирогов впервые в мире в военно-полевых условиях применил для наркоза этиловый эфир (1847 г.), разработал много методов оперативного лечения, являющихся и сегодня классическими, первым в стране использовал на войне женский труд (1853 г.).

Со второй половины XIX в. вопросами охраны здоровья, помимо государственных структур, занималась и общественная медицина: общество охранения народного здравия (1878 г.), общество врачей в память Н.И. Пирогова (1885 г.). Много в этом плане было сделано С.П. Боткиным, который через организационные формы общественной медицины (медицинская периодическая печать, медицинские общества, съезды, комиссии) создал первую в России участковую систему оказания медицинской помощи (земские врачи), положил начало организации санитарного дела в Петербурге (1882 г.), был инициатором строительства в столице образцового инфекционного стационара (1882 г.).

В 70-е годы XIX столетия сформировалась отечественная гигиена как самостоятельная дисциплина, создавались первые научные гигиенические школы (А.П. Доброславин, Ф.Ф. Эрисман).

А.П. Доброславин – основоположник гигиенической школы экспериментального направления. Он исследовал химический состав продуктов питания, организовал первую в России лабораторию для проведения экспериментальных исследований по гигиене питания, был инициатором создания диетических столовых и кулинарных школ при них. Специалист по военной гигиене. Организатор многих мероприятий по оздоровлению населенных мест, улучшению водоснабжения и канализации. Разработал планы народной школы в городе и на селе, здорового крестьянского жилища, земских больниц. Один из учредителей Русского общества охранения народного здоровья и организатор научно-популярного гигиенического журнала «Здоровье» (1874-1884 гг.).

Ф.Ф. Эрисман – основоположник гигиенической школы общественного направления гигиены. Впервые в России (вместе с санитарными врачами А.В. Погожевым и Е.М. Дементьевым) провел комплексное социально-гигиеническое изучение фабрик и заводов Московской губернии (1879-1885 гг.), способствуя развитию гигиены труда и профпатологии как науки. Внес большой вклад в школьную и коммунальную гигиену. Его учеником был Г.В. Хлопин, впоследствии организовавший кафедру гигиены. Для развития земской и городской санитарных организаций много сделали первые санитарные врачи И.И. Моллесон, И. А. Дмитриев, Г.И. Архангельский, Е.А. Осипов, Н.И. Тезяков, З.Г. Френкель и др.

И.И. Моллесон – первый санитарный врач в России, создал в Пермской губернии первый врачебно-санитарный совет – коллегиальный орган, призванный руководить земской медициной. Предложил проект организации врачебных участков на селе, должность уездного санитарного врача для изучения санитарного состояния населения, условий труда и быта, причин болезней и борьбы с ними. Организатор и руководитель более 20 губернских съездов земских врачей. И.И. Моллесон подчеркивал: «Социальная медицина как отрасль знаний и деятельности широка и охватывает все мероприятия, которые могут улучшать жизненную обстановку масс населения».

Е.А. Осипов – один из основоположников земской медицины и санитарной статистики. Впервые в России ввел карточную регистрацию заболеваний. Создал земскую Московскую губернскую санитарную организацию (1884 г.). Разработал принцип деятельности врачебного участка с лечебницей-стационаром, функции сельского врача, а также программу санитарного обследования губернии.

Мечников Илья Ильич (1845-1916). Выдающийся биолог и патолог, иммунолог и бактериолог, один из основоположников эволюционной эмбриологии, создатель фагоцитарной теории иммунитета и сравнительной теории воспаления, почетный член Петербургской академии наук (с 1902 г.) и многих иностранных академий, лауреат Нобелевской премии (1907 г.). Окончил естественное отделение физико-математического факультета Харьковского университета в 1864 г. Защитил в Петербургском университете докторскую диссертацию в 1868 г. Затем работал в Одесском университете, но в 1882 г. в связи с репрессиями против студентов ушел из университета.

И.И. Мечников и Н.Ф. Гамалея были инициаторами создания в Одессе бактериологической и антирабической лаборатории. Она была открыта 12 июня 1886 г. Это была первая бактериологическая лаборатория в России и вторая (после Парижской) в мире.

В 1888 г. в результате конфликтов с городскими властями и возникших трудностей в деятельности станции И.И. Мечников вынужден был переехать в Париж и работать там по приглашению Л. Пастера в его институте.

В 1883 г. на VII съезде русских естествоиспытателей и врачей в Одессе в своем докладе «О целебных силах организма» И.И. Мечников обосновал взгляд на инфекционное заболевание как на процесс взаимодействия макро- и микроорганизмов. Ученый использовал эволюционный подход в изучении фагоцитоза, на этой основе разработал учение об иммунитете. Изучал течение сибирской язвы, возвратного тифа, холеры, туберкулеза, сифилиса и других инфекций, уяснил процесс восприимчивости людей и животных к заразным бо-

лезням. Главную роль в иммунитете отводил фагоцитам – подвижным клеткам, поглощающим и переваривающим микробы.

Большое значение имели исследования И.И. Мечникова по экспериментальному сифилису, брюшному тифу и туберкулезу. В последние годы жизни великий ученый работал над проблемой долголетия. Он считал, что смерть, наступающая в возрасте менее 100-120 лет, преждевременна и является результатом неправильного образа жизни. Эти его положения отражены в трудах «Этюды о природе человека» (1903 г.) и «Этюды оптимизма» (1907 г.). Многие из положений И. И. Мечникова о старости и смерти не было подтверждено медицинской наукой, но за ним осталась заслуга инициатора научного изучения этих явлений.

В 1909 г. И.И. Мечников был избран почетным профессором Психоневрологического института. Решением ученого совета от 26.12.94 г. Санкт-Петербургской государственной медицинской академии присвоено имя И.И. Мечникова, в связи со 150-летием со дня его рождения.

С 1917 г., в условиях формирования нового общественного строя в нашей стране, создаются новые органы управления и формируются теоретические основы здравоохранения, ведущая роль в разработке которых принадлежит Н.А. Семашко и З.П. Соловьеву.

Н.А. Семашко – теоретик и организатор здравоохранения, первый народный комиссар здравоохранения (1918-1930 гг.). Под его руководством разрабатывались принципы здравоохранения - государственный характер, профилактическая направленность, бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи, единство науки и практики, широкое участие общественности в решении вопросов охраны здоровья. Н. А. Семашко создал новую науку - социальную гигиену и стал первым заведующим кафедрой социальной гигиены (1922 г.). Создал новые виды здравоохранения – охрана материнства и младенчества, санаторно-курортное дело. При его активном участии был создан Государственный научный институт народного здравоохранения

им. Л. Пастера, перестроена система высшего медицинского образования, в Москве и Ленинграде организованы институты физической культуры.

З.П. Соловьев – теоретик и организатор гражданского и военного здравоохранения, заместитель народного комиссара здравоохранения, начальник Главного военно-санитарного управления. В 1923 г. организовал кафедру социальной гигиены во 2-м Московском медицинском институте. Внес большой вклад в развитие профилактического направления здравоохранения, в реформу медицинского образования.

З.Г. Френкель – один из основоположников социальной гигиены в стране. Организатор и руководитель кафедры социальной гигиены 2-го Ленинградского медицинского института (1923-1949 гг.), крупный специалист по коммунальной гигиене, демографии и геронтологии, руководитель Гигиенического общества Ленинграда в течение 27 лет.

Период Великой Отечественной войны и послевоенные годы связаны с развитием военной медицины, восстановлением материальной базы здравоохранения и активной подготовкой медицинских кадров.

Начиная с 1961 г. принимается ряд законодательных актов и постановлений Правительства, направленных на развитие системы здравоохранения. Важнейшей социальной задачей провозглашена охрана здоровья населения. Укрепляется материальная база здравоохранения, осуществляется специализация медицинской помощи, совершенствуется система первичной медико-санитарной помощи. Становлению социальной гигиены в эти годы способствовали известные ученые С.В. Курашев, Г.А. Баткис, С.Я. Фрейдлин, Е.Я. Белицкая и др.

Современный период медико-социальных исследований проблем здоровья населения и здравоохранения связан с именами ведущих отечественных ученых: Ю.П. Лисицына, О.П. Щепина, О.В. Грининой, Э.Д. Грибанова, И.Н. Денисова, К.И. Журавлевой, И.П. Катковой, Ю.М. Комарова, В.З. Кучеренко, И.В. Лебедевой, В.А. Миняева, А.М. Москвичева, В.К. Овчарова, А.И. Потапова, И.В. Пустового, Л. Г. Розенфельд, О.М. Хромченко, С.Я. Чикина и др.

В последние годы приоритетными проблемами здравоохранения являются такие, как охрана материнства и детства, становление государственного санитарного надзора и охрана окружающей среды, медицинское обеспечение в условиях нового хозяйственного механизма, рыночной экономики и медицинского страхования, внедрение принципов семейной медицины, совершенствование подготовки медицинских кадров.

Тема 3. КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО РАЗВИТИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Социальная медицина в системе социальной работы. Концепция социального здоровья населения Российской Федерации.

Для определения приоритетов развития здравоохранения в целях сохранения и улучшения здоровья населения отдельных регионов и Российской Федерации дополнительно необходимо получить и проанализировать следующую информацию:

- комплексную оценку положения региона в федеральном округе, Российской Федерации, макрорегионе (на основе интегральных показателей экономического и социального развития, деятельности системы здравоохранения и его ресурсов, а также других отдельных показателей);
- социально-экономическое состояние региона и прогноз его развития;
- прогноз трудовых ресурсов и их занятости;
- климатогеографические особенности и характер расселения населения региона;
- существующую сеть, номенклатуру и мощность учреждений здравоохранения, развитие и соотношение различных служб и видов медицинской помощи, имеющиеся планы и перспективы их развития;
- материально-техническую базу здравоохранения, ее состояние, возможности в настоящее время и планы ее сохранения, расширения, совершенствования и модернизации;

- наличие высших и средних образовательных медицинских учреждений, имеющиеся возможности и перспективы кадрового потенциала здравоохранения региона;
- наличие в регионе учреждений, оказывающих высокотехнологические виды медицинской помощи, их профиль и возможности предоставления этих видов помощи в других регионах страны;
- соотношение и возможности учреждений федерального, регионального, муниципального, ведомственного подчинения, а также негосударственного сектора здравоохранения;
- состояние финансирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее служб и учреждений;
- возможности привлечения ресурсов в рамках федеральных, региональных и муниципальных целевых медико-социальных программ, а также средств других отраслей и ведомств.

Таким образом, показатели, характеризующие здоровье населения, дополненные другими социально-экономическими индикаторами развития регионов должны стать основой для разработки федеральных и региональных целевых медико-социальных программ.

Концепция социально-медицинского развития населения – определяет основные направления развития состояния здоровья населения России и отдельных регионов на период внедрения в деятельность организаций здравоохранения и социальной защиты новой эффективной экономической модели здравоохранения, имеющей целью более полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной социально-медицинской помощи, обеспечение ее доступности в равной степени всем слоям населения.

Разработка подобной Концепции, соответствующей изменившимся социальным условиям, определяется необходимостью совершенствования нормативной правовой базы организации медицинской помощи населению с целью рационального и эффективного использования имеющихся ресурсов в условиях

бюджетного финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя в год.

Концепция социально-медицинского развития населения основывается на модели контролируемого медицинского обслуживания населения, приоритетном развитии амбулаторно-поликлинических служб, внедрении современных экономически приемлемых организационных форм первичной медико-санитарной помощи, обеспечивающих перераспределение объемов медицинской помощи из стационарного уровня на амбулаторно-поликлинический.

Концепция придерживается принципов целевого использования имеющихся ресурсов с учетом соблюдения этапности в лечении больных, реализации мер, направленных на повышение качества медицинской помощи населению.

Концепция утверждает приоритетность профилактики заболеваний, пропаганду здорового образа жизни и реализацию прав граждан на охрану здоровья.

Концепция социально-медицинского развития населения предусматривает осуществление комплекса мер организационного характера, совместных практических действий органов управления здравоохранением и местных исполнительных и распорядительных органов по обеспечению развития материально-технической базы здравоохранения и проведению социально значимых медицинских мероприятий.

Основными направлениями реализации Концепции социально-медицинского развития населения являются следующие:

- обеспечение медицинской помощью населения вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства;

- приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам, детям, ветеранам Великой Отечественной войны и гражданам, приравненным к ним по льготам, повышение ответственности врачей за состояние здоровья населения и качество оказываемой медицинской помощи;

- обеспечение этапности в системе оказания медицинской помощи населению области;

- внедрение новых, менее затратных технологий, перераспределение объемов медицинской помощи и финансирования со стационарного на амбулаторно-поликлинический уровень (как более дешевый) без снижения качества лечения;

- реструктуризация коечного фонда по уровню интенсивности лечебно-диагностического процесса, сокращение недостаточно рационально используемых коек и внедрение стационарозамещающих технологий;

- внедрение экономических форм управления и совершенствование системы контроля деятельности организаций здравоохранения на основе моделей конечных результатов;

- повышение эффективности использования выделяемых на нужды здравоохранения области финансовых средств, внедрение ресурсосберегающих технологий, дальнейшее развитие внебюджетной деятельности, в том числе и платных медицинских услуг;

- дальнейшее развитие медико-социальной помощи, совершенствование медико-профессиональной реабилитации;

- улучшение качества профилактических осмотров и диспансеризации работающего населения;

- осуществление первоочередного комплектования медицинскими кадрами амбулаторно-поликлинических учреждений, активизация работы по повышению профессионального уровня и созданию условий для закрепления кадров в районах области.

Основные положения Концепции социально-медицинского развития населения нашли отражение в *Концепции социального здоровья населения Российской Федерации*.

Целью Концепции является стабилизация показателей здоровья населения Российской Федерации путем реализации первоочередных мер, направленных на изменение образа жизни людей, формирование у них приоритетно-

го отношения к проблеме здоровья, ориентированного на минимизацию факторов, негативно влияющих на здоровье.

Основными задачами Концепции являются:

- улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи;
- реализация федеральных и территориальных целевых программ, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- создание экономических и социальных условий, способствующих снижению распространенности негативных факторов риска и уменьшению их влияния на человека.

Для их реализации первоочередными мерами являются:

- обеспечение межведомственного и многоуровневого подходов в вопросах повышения качества жизни, улучшения условий труда, быта и отдыха населения, формирования здорового образа жизни;
- создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на формирование здорового образа жизни, профилактики заболеваний;
- создание условий и вовлечение различных групп населения в активные занятия физической культурой и спортом;
- обеспечение населения качественной бесплатной медицинской помощью в рамках программы государственных гарантий.

Тема 4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Основные принципы охраны здоровья граждан. Права граждан в области охраны здоровья. Правовая база охраны здоровья граждан России. Права граждан при оказании медико-социальной помощи населению. Права отдельных групп населения на оказание медико-социальной помощи.

Здоровье в правовом понимании – это нематериальное благо как объект гражданских прав (ст.128 ГК РФ), принадлежащее гражданину от рождения, неотчуждаемое и непередаваемое иным способом, защищаемое законом (ст.150 ГК РФ). Право на этот объект не подлежит передаче другим лицам как неразрывно связанное с личностью (ст.383 ГК РФ). Из такого понимания категории здоровья исходит суд.

В силу несформированности отправных начал в законотворчестве в сфере охраны здоровья и отсутствия единства в понимании значения фундаментальных категорий законы, призванные упорядочивать отношения в этой сфере, дезорганизуют их и затрудняют правоприменение.

Практика законотворчества в сфере охраны здоровья продолжает в традициях предшествующего периода преследовать цели монументализма, стремясь создавать всеобъемлющие законы, охватывающие и гражданско-правовые, и бюджетные, и административные и прочие публично-правовые аспекты. Примером тому служит законопроект «О здравоохранении в Российской Федерации». Между тем практика законотворчества зарубежных стран идет по пути создания целевых законов, совокупность которых формирует массив соответствующей отрасли законодательства, что предопределяет и качество издаваемых законов.

В 1977 году *Всемирная ассамблея здравоохранения*, являющаяся высшим руководящим органом ***Всемирной организации здравоохранения*** (ВОЗ), определила, что *главной социальной целью правительств и ВОЗ* должно быть достижение всеми народами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Эта идея выражена в девизе: «Здоровье для всех к 2000 году!».

Европейское региональное бюро ВОЗ в 1985 г. опубликовало материалы «Задачи по достижению здоровья для всех», а в 1991 г. – краткие пересмотренные «задачи» по этой проблеме.

Итак, европейская политика охраны здоровья состоит из 38 задач и включает следующие разделы:

- будущее здравоохранения в Европе;
- достижение лучшего здоровья;
- здоровая окружающая среда;
- соответствующая медико-санитарная помощь;
- стратегия развития в целях достижения здоровья для всех.

С учетом рекомендаций ВОЗ в июле 1993 года в России был принят Закон «О здоровье», где разработана национальная программа «Здоровье для всех к 2000 году».

Реализация этой программы позволила бы расширить экономический потенциал, изменить экологическую ситуацию, устранив перекося в социальной сфере, что положительно скажется на здоровье общества.

Для реализации этой и будущих программ оздоровления нации нужны здоровые, энергичные, предприимчивые и «незакомплексованные усреднением труда и достатка» люди, чьи помыслы и идеи должны быть поддержаны властью. Безусловно, без поддержки правительства здравоохранению России, базирующемся на финансировании по остаточному принципу, такие задачи непосильны.

Современное законодательство Российской Федерации, регулирующее организацию и осуществление социально-медицинской работы, состоит из соответствующих положений Конституции Российской Федерации и Конституций республик в составе Российской Федерации, ФЗ РФ «Основы законодательства об охране здоровья граждан», ФЗ РФ «О социальном обслуживании населения в РФ», ФЗ РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и принимаемых в соответствии с ними других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

ФЗ РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; с изм. и доп.) регулирует отношения граждан, органов государственной власти и управ-

ления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Законодательные акты республик в составе Российской Федерации, правовые акты автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга не должны ограничивать права граждан в области охраны здоровья, установленные настоящими Основами.

Основными задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:

1) определение ответственности и компетенции Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга по вопросам охраны здоровья граждан в соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан;

2) правовое регулирование в области охраны здоровья граждан деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

3) определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;

4) определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

Правовые гарантии предоставления гражданам медико-социальной помощи предполагают следующее.

1. Первичная медико-санитарная помощь

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает:

-лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний;

-проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование;

-проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Объем первичной медико-санитарной помощи устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи устанавливается органами управления муниципальной системы здравоохранения на основании нормативных актов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации, правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт - Петербурга.

Финансирование первичной медико-санитарной помощи осуществляется за счет средств муниципального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

2. Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней.

При угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право использовать бесплатно любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение. В случае отказа должностного лица или владельца транспортного средства выполнить законное требование медицинского работника о предоставлении транспорта для перевозки пострадавшего они несут ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

3. Специализированная медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами - специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной систе-

мы здравоохранения, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Специализированная медицинская помощь оказывается за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, личных средств граждан и других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Отдельные виды дорогостоящей специализированной медицинской помощи, перечень которых ежегодно определяется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, финансируются за счет средств государственной системы здравоохранения.

4. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

Перечень и виды льгот при оказании медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Верховным Советом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации, Верховными Советами и правительствами республик в составе Российской Федерации, органами государственной власти и управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

5. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих

Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, медико-социальная помощь оказывается бесплатно в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения

Виды и объем медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Государственным комитетом санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

Для отдельных категорий граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, сохраняется место работы на период их временной нетрудоспособности, устанавливаются льготы в предоставлении жилья и иные льготы, определяемые Верховным Советом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации, Верховными Советами и правительствами республик в составе Российской Федерации, органами государственной власти и управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт - Петербурга.

Финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

6. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста 15 лет, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Порядок применения указанных в частях второй и третьей настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации или иными уполномоченными на то органами.

Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах,

возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики и реабилитации осуществляется в порядке, установленном *законодательством Российской Федерации о рекламе*.

7. Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами

Производство и закупка лекарственных средств и изделий медицинского назначения обеспечиваются в соответствии с потребностями населения Правительством Российской Федерации.

Контроль за качеством лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации или иными уполномоченными на то министерствами и ведомствами.

Категории граждан, обеспечиваемых лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения индивидуального пользования на льготных условиях, устанавливаются Правительством Российской Федерации, правительствами республик в составе Российской Федерации. Право на выписку рецептов для лекарственного обеспечения граждан на льготных условиях имеют лечащие врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

8. Запрещение эвтаназии

Медицинскому персоналу запрещается осуществление *эвтаназии* - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9. Определение момента смерти человека

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются положением, утверждаемым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

10. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации

Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок.

Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. Проведение патолого-анатомических вскрытий

Патолого-анатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания.

Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий определяется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патолого-анатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии – близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патолого-анатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

Тема 5. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Заболеваемость населения (общая, госпитальная, с временной утратой трудоспособности, инфекционная, неэпидемиологическая, генетическая), тенденции заболеваемости. Демография как наука о населении. Статика и динамика населения. Рождаемость, смертность, младенческая смертность, причины смерти. Роль социальных факторов в воспроизводстве населения.

Инвалидность. Причины. Критерии. Группы инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.

Основными критериями, характеризующими общественное здоровье, являются:

- медико-демографические (рождаемость, смертность, естественный прирост, младенческая смертность, частота рождения недоношенных детей, ожидаемая средняя продолжительность жизни);

- заболеваемость (общая, инфекционная, с временной утратой трудоспособности, по данным медицинских осмотров, основными неэпидемическими заболеваниями, госпитализированная);

- первичная инвалидность;

- показатели физического развития;

- показатели психического здоровья.

К **основным характеристикам здоровья населения** относятся: заболеваемость, рождаемость, смертность, инвалидность и пр.

Заболевание (*morbidity*) – нарушение здоровья, не вызванное травмой, при котором имеются объективные проявления, позволяющие установить диагноз.

Заболеваемость – число заболеваний конкретной нозологической формой по отношению к численности всего населения на данной территории или его отдельных категорий за определенный период времени, обычно за год; выражается числом случаев заболевания на 100000 человек.

Заболеваемость инфекционными болезнями, иначе *инфекционная заболеваемость*, характеризует степень распространения инфекции; если показатели заболеваемости свидетельствуют о неблагополучии в отношении той или иной инфекции, они сами по себе служат предпосылкой для проведения исследовательских работ и практических мероприятий с целью ограничения или ликвидации инфекции.

В научной литературе заболеваемость часто представляется в виде графиков, диаграмм, наложений на географические карты и т.п. Понятие «заболеваемость» можно встретить и безотносительно к конкретной болезни, как синоним нездоровья; в этом случае оно подразумевает все случаи патологии, встречаю-

щиеся на данной территории за год или другой отрезок времени; в данном смысле используется для оценки территорий с точки зрения условий жизни населения, например, районов, подвергнутых радиации.

Заболеваемость – это важнейший показатель состояния общественного здоровья, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных врачами болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.) и служащий одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения.

Основными *видами заболеваемости населения* бывают следующие.

1. Первичная заболеваемость характеризует число вновь выявленных (зарегистрированных) в текущем году заболеваний. За единицу учета принято считать первое обращение к врачу в календарный год при условии данного заболевания. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении. Хронические заболевания учитываются только 1 раз в году, причем обострения хронических заболеваний, как повторные заболевания в текущем году, не подлежат учету.

2. Распространенность, болезненность, общая заболеваемость характеризуют число всех имеющихся у населения болезней. **Болезненность** характеризуется суммированием заболеваемости по обращаемости и заболеваемости по результатам целевых, профилактических и углубленных медицинских осмотров.

Кроме этого, существуют и другие виды заболеваемости, такие как: ***инфекционная неэпидемическая заболеваемость*** (злокачественные новообразования, туберкулез и др.), ***госпитализированная заболеваемость с временной утратой трудоспособности*** (ЗВУТ), ***заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности и профессиональная заболеваемость***.

Уровень общей заболеваемости определяется влиянием различных факторов. Наиболее значимыми являются возрастно-половой и профессиональный состав, место жительства (город, село. Крайний Север, аридная зона), семейно-

бытовые и экономические факторы, образ жизни, качество и доступность медицинской помощи, включая медицинскую активность.

Отсюда и различная структура заболеваемости. Например, у городского населения России *структура заболеваемости выглядит* так:

- 1) болезни органов дыхания;
- 2) болезни системы кровообращения;
- 3) заболевания нервной системы и органов чувств;
- 4) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 5) болезни органов пищеварения.

У сельских жителей (по ранговым тестам) *структура заболеваемости* совсем иная:

- 1) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 2) болезни органов дыхания;
- 3) болезни системы кровообращения;
- 4) болезни нервной системы и органов чувств;
- 5) психические расстройства.

В структуре заболеваемости женщин (показатели которой выше, чем у мужчин), как и детей, существуют и дифференцируются различные виды заболеваний.

При этом определяются два показателя: *инцидент (incidence)* — частота вновь появляющихся заболеваний, и *превалент (prevalence)* — распространенность всех имеющихся среди населения заболеваний. Данные о заболеваемости собирают, обрабатывают, анализируют и оценивают с помощью специальных методов и приемов, разрабатываемых медицинской статистикой. Полнота и достоверность сведений о каждом отдельном заболевании, а, следовательно, и о заболеваемости населения в целом зависит прежде всего от врача, который выявляет, диагностирует и в установленном порядке регистрирует случаи заболеваний, а также от медицинских статистиков, участвующих в обработке полученных данных.

Заболеваемость определяется по данным обращаемости населения за медпомощью; по данным медосмотров и углубленных обследований; по данным о медицинских причинах смерти. Кроме того, заболеваемость изучается по сведениям о временной нетрудоспособности рабочих и служащих, по данным о госпитализированных больных, по данным опросов населения о состоянии здоровья и наличии заболеваний. Каждому из методов соответствуют свой источник информации, первичный статистический учетный документ, алгоритм анализа (обобщающие и оценочные медико-статистические показатели, медико-статистический анализ, диагноз и прогноз).

Наиболее полные и точные данные о заболеваемости могут быть получены путем проведения специально организованных, чаще всего выборочных, медико-статистических и эпидемиологических исследований, а также на основе достоверного учета данных обращений к врачам амбулаторно-поликлинических учреждений.

На основе сплошного учета заболеваний, зарегистрированных при обращении к врачам, изучают общую заболеваемость населения. За единицу учета в этом случае принимают первое обращение к врачу по данному заболеванию в данном календарном году (острые заболевания регистрируются при каждом новом их возникновении, хронические учитываются только один раз в году).

Для оптимизации изучения заболеваемости в РФ введена *единая система сплошного учета, первичной статистической обработки и анализа информации обо всех случаях заболеваний*, в связи с которыми население обращается за медпомощью и которые выявляются в процессе медосмотров и углубленных обследований. Наличие такой информации необходимо для проведения текущих и перспективных организационно-медицинских мероприятий, направленных на борьбу с заболеваниями.

С этой целью осуществляется специальный учет инфекционной (эпидемической) заболеваемости: всех карантинных болезней (чумы, холеры, желтой лихорадки); заболеваний, о каждом случае которых делаются сообщения в местную СЭС с приведением детальных сведений о заболевшем (брюшной тиф, па-

ратифы и другие сальмонеллезы, дизентерия, энтериты, корь, коклюш, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, скарлатина, столбняк); других заболеваний, о которых лечебно-профилактические учреждения представляют в СЭС только суммарные сведения (грипп, острые респираторные вирусные инфекции и др.).

Наряду с учетом острых инфекционных болезней проводят также специальный учет ряда неэпидемических заболеваний и профессиональных болезней, при которых анализируются частота распространения, тяжесть исходов, социальная характеристика. Такому учету подлежат туберкулез, венерические болезни, микозы, трахома, злокачественные новообразования, психические и некоторые другие болезни. Специальному учету и анализу подлежит заболеваемость с временной утратой трудоспособности (заболеваемость работающих контингентов).

Официальная статистика временной утраты трудоспособности в связи с заболеваемостью находится в ведении профсоюзных органов и широко используется в здравоохранении. Единицей учета является случай потери трудоспособности по поводу заболевания (обострения одного хронического заболевания могут дать несколько случаев утраты трудоспособности в течение календарного года), а учетным документом — листок нетрудоспособности.

Особенно большое значение в анализе этого вида заболеваемости имеют данные о влиянии конкретных условий труда и быта работающих на ее уровень, структуру и динамику в реальных условиях места и времени. Разработка исходных материалов должна вестись для различных групп и категорий работающих с учетом профессии, пола, возраста и т.д.

Главной задачей анализа должна быть разработка мероприятий по снижению заболеваемости работающих в каждом конкретном цехе, на участке, предприятии в целом. Важное место отводится анализу так называемой госпитализированной заболеваемости. Сведения о госпитализированных больных широко используются для планирования и организации больничной помощи. Единицей

учета при этом является случай госпитализации больного в стационар, а учетным документом — статистическая карта выбывшего из стационара.

Заболеваемость, выявляемая активно при проведении периодических медосмотров (углубленных обследований), основывается на широком применении в практике лечебно-профилактических учреждений диспансерного метода наблюдения за здоровьем различных групп населения: рабочих и служащих промышленных и сельскохозяйственных предприятий, подростков, школьников и др. Данные медосмотров имеют большую диагностическую ценность, точность и надежность и позволяют распределить население по группам здоровья (здоровые, практически здоровые, требующие врачебного наблюдения, стационарного лечения, оперативного вмешательства и т.п.).

Сведения о заболеваемости существенно дополняются данными материалов регистрации причин смерти населения. Учетным документом является «Врачебное свидетельство о смерти».

С введением всеобщей диспансеризации населения открывается реальная возможность получать близкие к исчерпывающим данные о заболеваемости населения, проживающего на определенной территории. Объединение всей информации на каждого жителя в одном документе или в банке данных информационно-вычислительного центра позволит решать задачи улучшения медпомощи населению и планирования ее развития на перспективу.

Достоверные сведения о размерах, характере, динамике заболеваемости населения, в т.ч. отдельных его групп, необходимы для оценки состояния и тенденций здоровья населения, эффективности медицинских, гигиенических и социальных мероприятий, проводимых государством, а также для научно обоснованного планирования различных видов специализированной медпомощи, рационального использования и развития материально-технических и кадровых ресурсов здравоохранения как на союзном, так и на региональном уровнях.

При оценке состояния здоровья населения используются демографические показатели — такие, как состояние народонаселения в его динамике, т.е. показатели смертности, рождаемости, естественного прироста и продолжитель-

ности жизни. Эти показатели в два последних десятилетия изменили свою направленность. Если на протяжении всех предшествующих периодов рождаемость у нас существенно превышала смертность, то в начале 90-х мы получили перекрест этих показателей, т.е. смертность у нас стала превышать рождаемость. Особенно усугубился этот процесс в период реформ. И сегодня показатель смертности у нас почти в два раза превышает рождаемость, и мы имеем постоянную естественную убыль населения.

Две эти группы показателей (рождаемости и смертности), отражаясь на общей численности населения, дают не совсем благоприятную картину и возрастно-полового его состава (демографическая пирамида возрастно-полового состава его населения). В основании пирамиды - дети от рождения до пяти лет. Их очень мало. Следующий отрезок - дети от 5 до 10-летнего возраста - их чуть больше, но тоже недостаточно. Основание пирамиды отражает резкое снижение уровня рождаемости в самые неблагоприятные 90-е годы - годы реформ.

В этой пирамиде очень невелик и отрезок, относящийся к лицам 55 - 59-летнего возраста. Демографы продолжают называть его «эхом войны», своеобразной «демографической ямой», пришедшейся на военные годы. В этот период рождаемость резко снизилась, и лиц этого возраста в структуре общества немного. Но через 5-10 лет эта возрастная группа значительно увеличится и с учетом малого прироста населения станет проблемой, которая должна привлечь внимание администрации любой территории. Необходимо будет обратить особое внимание на то, каким образом защитить, сохранить от вымирания эти наиболее уязвимые группы населения.

Кстати сказать, два эти показателя – рождаемость и смертность – в значительной степени показатель отношения к населению правительства и государства.

Указанные показатели общественного здоровья сближают социальную медицину с *демографией*, но между ними есть и значительные отличия. В Так, в 1999 г. весь мир потрясло глубокое осознание феномена *глобального постарения населения планеты*. Этот феномен нельзя увязать ни с политическим, ни с

экономическим, ни с идеологическим, ни с природным либо какими-то другими факторами, так или иначе, как правило, отражающимися в структуре прироста населения. Прямое следствие этого феномена — резкое (в геометрической прогрессии) уменьшение соотношения *работающих* и *неработающих* граждан той или иной страны. Оптимального соотношения — 1 (неработающий) к 15 (работающим) не было ни в одной стране мира. Благополучными были страны с соотношением 1:10 (Северная Европа). В катастрофическом положении оказались США и Япония — там это соотношение составило 1:6. (Соотношение 1:3, как известно, — состояние социального коллапса.)

Но демографические показатели, опирающиеся в данном случае на понятие «старость», давно стали формальными, требующими пересмотра в содержательном смысле. Возраст 60 лет как возраст начала ухода на пенсию был введен еще в 1884 г. Отто фон Шенхаузен Бисмарком, первым рейхсканцлером Германии, и давно уже не соответствует никаким научным данным ни клинической, ни социальной геронтологии. В 1999 г. в Германии эмпирически в ряде случаев стали оперировать понятием «старость = пенсионный возраст», принимая за исходный возраст ухода на пенсию в ряде земель 40 лет. Клиническая геронтология, определяющая старость по наличию так называемых болезней старости (прежде всего болезнью Альцгеймера-Пика), давно должна бы пересмотреть возраст, с которого начинается отсчет старости, ибо «болезни старости» в конце XX в. действительно (опять вне каких-либо социальных причин) начинались в возрасте 40—45 лет.

Ни демография, ни геронтология не принимали во внимание качественный (а не формальный) критерий прироста населения. Напротив, когда рождаемость преобладает над смертностью и этот прирост населения состоит хотя бы на 1 % из нежизнеспособных или мутантов, качественную оценку состояния общества (в категориях здоровое-больное) сделать практически невозможно, так же как и прогноз соотношения работающих и неработающих.

Только социальная медицина, рассматривающая рождаемость, доживаемость, смертность с качественной стороны, в состоянии оценивать и прогнози-

ровать истинное положение дел в обществе. Вот пример, который пока еще не осмыслен ни социологами, ни социальными психологами, ни клиницистами. Можно придерживаться каких угодно взглядов на моральные качества человека — любая дефиниция здесь, как известно, будет абстрактна и потребует особого контекста для ее осмысления.

Инвалидность – 1) ограничения возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества (Рекомендации к реабилитационным программам Парламентской сессии Ассамблеи Совета Европы, 5.05.1992 г.);

2) стойкое нарушение функций организм в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию (словарь по социальной работе).

Инвалид – лицо, имеющее инвалидность, т.е. стойкое нарушение функций организма в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Социальное положение инвалидов в современном обществе можно охарактеризовать через имеющиеся социальные проблемы или принадлежность к группе риска.

Как следует из определения, **основная проблема инвалидности** – ограничение в возможностях вследствие наличия физических, психологических, социальных, культурных, законодательных и иных барьеров, обусловленных самим фактом инвалидности.

Лицо, ограниченное в возможностях – любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка его (или ее) физических или умственных возможностей.

Другие проблемы могут рассматриваться как следствие ограничения в возможностях или как сопутствующие проблемы:

- медицинские (состояние здоровья);
- педагогические (получение образования, социализация);
- социокультурные (организация досуга, следование традициям);
- коммуникативные (барьеры общения);
- политико-правовые (соблюдение прав, законодательные льготы и их выполнение);
- социальные (социальная защита, обеспечение равных прав и возможностей в трудоустройстве и других сферах жизнедеятельности);
- др.

Проблемы инвалидности можно дифференцировать и иным способом, например, через имеющиеся *барьеры*:

- физические ограничения;
- трудовая сегрегация (изоляция);
- малообеспеченность;
- пространственно-средовые ограничения;
- информационные барьеры;
- эмоциональные барьеры;
- коммуникативные барьеры и др.

Ограничение жизнедеятельности лица может выражаться в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

Вызывает тревогу и то, что, по информации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ежегодно в нашей стране рождается 50 000 детей, которые признаны инвалидами с детства. Причин для этого много, главными являются: ухудшение условий жизни, которые губительно начинают действовать уже в период развития плода; ухудшение усло-

вий труда женщин; отсутствие условий и культуры здорового образа жизни; высокий уровень заболеваемости родителей и другие.

Некоторые формы наследственной патологии, родовые травмы, перенесенные в детстве, также могут явиться причиной того, что ребенок раннего возраста, еще не прошедший важнейших этапов социализации, оказывается инвалидом. Конкретный дефект накладывает специфический отпечаток на формирование познавательных процессов личности ребенка.

Инвалидность у детей – значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Ограничение возможностей детей – процесс, в котором нарушение телосложения, функций организма или условий окружающей среды делают затрудненной или невозможной деятельность ребенка или функционирование его органов. В качестве причины ограниченных возможностей может выступать неприспособленность окружающей среды для социализации (например, недостаток или несовершенство образовательных программ; медицинских и социальных услуг, необходимых детям и т.п.).

Дети с ограниченными возможностями имеют функциональные ограничения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития состояния, внешности, вследствие неприспособленности внешней среды к их особым нуждам, из-за негативных стереотипов, предрассудков в отношении общества к инвалидам.

Показанием для определения инвалидности у детей являются патологические состояния, возникающие при врожденных, наследственных и приобретенных заболеваниях, а также после травм. Вопрос об установлении инвалидности рассматривается после проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Инвалидность ребенка означает необходимость предоставления социальной защиты или помощи, объем, и структура которых определяются в виде индивидуальной программы реабилитации с учетом комплекса медицинских, личностно-психологических, социально-педагогических факторов. При этом учитываются: характер заболевания, возраст, степень нарушения функций, состояние компенсаторных механизмов, прогноз течения заболевания, возможность социальной адаптации и удовлетворения потребности в различных видах и формах социального обеспечения. Краткость освидетельствования детей зависит от прогнозируемой динамики их способностей к обучению, общению, передвижению, ориентации, самообслуживанию, контролю за своим поведением, трудовой деятельности, на основании анализа состояния и прогноза их здоровья.

РАЗДЕЛ II. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тема 6. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Понятие «система здравоохранения». Управление здравоохранением. Источники финансирования здравоохранения в РФ. Номенклатура лечебно-профилактических учреждений.

Поликлиника. Стационар. Состояние здоровья женщин и детей. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям

Здравоохранение (охрана здоровья граждан) – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Основными *принципами охраны здоровья граждан* являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Организация охраны здоровья граждан в РФ включает следующих субъектов.

Государственная Дума и Федеральное собрание Российской Федерации – определяют основные направления федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, принимают законодательные акты и утверждают федеральные программы по вопросам охраны здоровья граждан; утверждают бюджет Российской Федерации, в том числе в части расходов на здравоохранение и социальную защиту, и контролируют его исполнение.

Президент Российской Федерации – руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, не реже одного раза в год представляет Палатам Законодательного собрания Российской Федерации доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации.

Правительство Российской Федерации осуществляет федеральную государственную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает,

утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения; в пределах, предусмотренных законодательством, координирует в области охраны здоровья граждан деятельность органов государственного управления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Источниками финансирования охраны здоровья граждан являются:

- 1) средства бюджетов всех уровней;
- 2) средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- 3) средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- 4) средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- 5) доходы от ценных бумаг;
- 6) кредиты банков и других кредиторов;
- 7) безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- 8) иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Одним из направлений организации здравоохранения в Российской Федерации является обеспечение ***санитарно-эпидемиологического благополучия населения*** путем проведением государственными органами, предприятиями, учреждениями, организациями, общественными объединениями и гражданами гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также комплексом других организационных, правовых и экономических мер в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации.

К ***государственной системе здравоохранения*** относятся Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерства

здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики Российской Федерации, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки.

К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями Российской Федерации помимо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерств (департаментов, комитетов, отделов) здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

К *муниципальной системе здравоохранения* относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной

собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с Основами законодательства, другими актами Российской Федерации.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

К *частной системе здравоохранения* относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с Основами, другими актами законодательства Рос-

сийской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления

Тема 7. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Виды профилактики: первичная, вторичная, третичная. Индивидуальная и общественная профилактика. Профилактическая направленность медико-социальной работы. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения как государственная задача. Санитарное законодательство.

Профилактика – составная часть медицины. Профилактика, будучи важным средством предотвращения развития каких-либо негативных процессов и явлений (в т.ч. заболеваний и иных нарушений функций организма), позволяет с меньшими функциональными затратами снять остроту проблемы и повернуть процесс в более благоприятное русло.

Профилактика - от греч. *Prophylaktikos* = *предохранительный* - система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней.

Обычно под **профилактикой** понимают научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на:

- предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска;
- сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей;
- содействие им в достижении поставленных целей и раскрытии их внутреннего потенциала.

Социальная профилактика — это научно обоснованное и своевременно

предпринимаемое воздействие на социальный объект с целью сохранения его функционального состояния и предотвращения возможных негативных процессов в его жизнедеятельности.

Социальная профилактика создает предпосылки для процесса нормальной социализации личности, основывающегося на приоритете принципов законности и морали. Этим самым закладывается фундамент благополучия в семьях и социальной стабильности общества в целом. В этой связи нельзя не согласиться с точкой зрения авторов «Российского энциклопедического словаря по социальной работе», что в профилактике нуждается все население. Однако есть и приоритетные направления ее применения, имеются категории населения, нуждающиеся в ней в большей мере. К таким социальным группам можно отнести детей, подростков, инвалидов, пожилых, лиц, отличающихся антисоциальным образом жизни, а также испытывающих временные трудности, и др. С учетом социального положения, статуса данных категорий населения, потребностей общества в предотвращении многих социальных проблем и строится профилактическая работа.

Практика профилактической работы находится в постоянном развитии, и тем не менее можно выделить некоторые *основные характеристики ее содержательной части.*

1. Любое важное событие в жизни человека, касающееся его семьи, друзей, соседей, места жительства, работы или учебы и т.д., представляется существенным для понимания происходящего сегодня и того, что, возможно, произойдет завтра.

Повседневная жизнь изобилует стрессовыми факторами, но, поскольку они, незаметно накапливаясь, обладают так называемым кумулятивным эффектом, ни один из них в отдельности не может считаться причиной той или иной сложной социальной проблемы. Поэтому методы профилактики имеют системный характер, т.е. они направлены на искоренение источников стресса как в самом человеке, так и в социальной и природной среде и одновременно на со-

здание условий для приобретения человеком необходимого опыта решения возникающих проблем.

2. Службы профилактики стремятся не столько реагировать на эти проблемы, сколько предотвратить их появление. Они обращены к здоровым гражданам, еще не вступившим в полосу предсказуемого жизненного кризиса или предсказуемых проблем, возникающих в результате неожиданных событий.

3. Методы профилактики обычно включают в себя обучение людей новым навыкам, которые помогают им достичь поставленных целей и сохранить здоровье. В то же время работа соответствующих служб нацелена на такие изменения социальной среды, чтобы она поддерживала и стимулировала нормальную жизнедеятельность человека.

4. Профилактика предусматривает решение еще не возникших проблем. Поэтому одни профилактические меры принимаются задолго до их возникновения, а другие – непосредственно перед возникновением проблемы.

5. И, наконец, службы профилактики призваны находить оптимальные решения, как для достижения поставленных целей, так и для предотвращения предсказуемых проблем, - в этом, и состоит ценность и значение профилактики.

При планировании социальной профилактики необходимо руководствоваться следующими **принципами**:

а) *принцип директивности*, состоящий в обязательности и своевременности исполнения в полном объеме мероприятий, предусмотренных комплексным планом социальной профилактики;

б) *принцип системности*, означающий как всесторонность воздействия взаимосвязанного комплекса экономических, социально-культурных, демографических и иных мер на всю жизнь систему факторов, обуславливающих различного рода деяния, так и согласованность деятельности субъектов профилактики в процессе разработки и реализации комплексного плана социальной профилактики;

в) *принцип корректности*, требующий включения в комплексный план социальной профилактики определенных, четко и ясно сформулированных мероприятий, сроков выполнения и органов, организаций и лиц, ответственных за их реализацию;

г) *принцип реальности*, предполагающий включение в комплексный план социальной профилактики таких мероприятий, для реализации которых имеются необходимые материальные, технические, финансовые, кадровые и иные ресурсы;

д) *принцип законченности*, обязывающий включить в комплексный план социальной профилактики такие мероприятия, а так же пути и средства их осуществления, которые полностью соответствуют требованиям действующего законодательства.

Мероприятия по предупреждению и ликвидации различных социальных отклонений, социальных пороков и т.д. базируются на комплексных гигиенических, биологических, психологических, социальных исследованиях уровня и условий жизни населения.

Идеи профилактической работы в России имеют давнюю историю. Первоначально профилактика осуществлялась в рамках борьбы с болезнями и преступностью.

М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов, А.П. Доброславин, Ф.Ф. Эрисман, Д.Н. Жбанков и другие передовые деятели отечественной медицины указывали на необходимость осуществления предупредительных санитарных мер для повышения уровня здоровья людей и защиты населения от болезней, в первую очередь – от инфекционных заболеваний. Речь идет о медико-социальной профилактике.

Медико-социальная профилактика (социально-медицинская работа са-ногенетической направленности) – форма осуществления медико-социальной работы, которая включает мероприятия по предупреждению социально зависящих нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формирование здорового образа жизни, обеспечение доступа к информации по

вопросам здоровья, участие в разработке целенаправленных программ и медико-социальной политики на различных уровнях, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья, и другое.

Выработанные принципы медико-социальной профилактической работы, развитые и дополненные Д.К. Заболотным, Н.А. Семашко, З.П. Соловьевым, способствовали тому, что в России после Гражданской войны были достигнуты впечатляющие успехи в борьбе со многими инфекционными заболеваниями.

База знаний в области профилактики стала чрезвычайно быстро расти, начиная с середины 70-х гг. XX века.

Во всем мире было создано всего несколько журналов, специально посвященных профилактике (в США в основном): «Первичная профилактика», «Профилактика в социальной работе», «Профилактика в психиатрии», «Журнал здравоохранения в общинах», «Американское государственное здравоохранение» и др. Однако до недавнего времени в литературе по социальной работе статьи, посвященные проблемам профилактики, были редкостью.

Толчком к развитию исследований и специализированных программ, а также появлению соответствующей литературы, послужили Вермонтские конференции по проблемам профилактики в области психопатологии. На конференции затрагивались не только вопросы достижения психического здоровья людей, но и проблемы взаимодействия различных социальных факторов, которые в сумме могут привести к развитию психических отклонений у детей, подростков, а также людей старшего возраста. Соответственно, достаточно внимания уделялось и вопросам предотвращения негативного воздействия этих факторов на здоровье и благополучие населения.

Часть материалов этих конференций, опубликованных в сборниках и отдельных монографиях, относится к числу лучших работ по профилактике. Можно назвать таких авторов, как Г. Олби и Дж. Джоуф (1977), Э. Фогейса (1976), М. Кента и Дж. Ролфа (1979), Л. Бонда и Дж. Роузена (1980), С. Гордона и Х. Лейтенберга (1983 г.), Дж. Зусман (1982). Благодаря участию в конферен-

циях, стали известны ученые, работающие в разных областях поведенческих и социальных наук.

В области теории и исследований вклад социальной работы в развитие медико-социальной профилактики пока невелик, но практические результаты, достигнутые социальными работниками, весьма значительны.

Болезнь – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими изменениями. Возникновение болезни связано с воздействием на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных), с его генетическими дефектами и т.д.

В развитии болезни обычно различают *4 стадии*:

- 1) латентный период (скрытый);
- 2) период продромальных явлений (от появления симптомов болезни);
- 3) период разгара болезни (полное развитие характерной для данной болезни клинической картины);
- 4) период окончания болезни (исходы болезни (выздоровление, рецидив, переход острой формы в хроническую, смерть).

Выделение периодов болезни, вариантов ее течения, фаз обострения и ремиссии, изучение причин перехода острой формы болезни в хроническую имеет большое клиническое и социальное значение и используется для тактики лечения и планирования профилактических реабилитационных мероприятий.

Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства.

Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

Первичная профилактика – это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.). К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др.

Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Вторичная профилактика – это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Ряд специалистов предлагают термин «*третичная профилактика*» как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

Успешному осуществлению профилактических и оздоровительных мероприятий способствует признание санитарно-эпидемиологического благополучия населения как государственной задачи. На государственном уровне этому способствует принятие ФЗ РФ «*О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения*» (принят 12.03.99; в ред. Федеральных законов от 30.12.2001 № 196-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 30.06.2003 № 86-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ, от 09.05.2005 № 45-ФЗ, от 31.12.2005 № 199-ФЗ). Названный Федеральный закон направлен на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

В целях настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

санитарно-эпидемиологическое благополучие населения - состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности;

среда обитания человека (далее - среда обитания) - совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека;

факторы среды обитания - биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений;

вредное воздействие на человека - воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений;

благоприятные условия жизнедеятельности человека - состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека (безвредные условия) и имеются возможности для восстановления нарушенных функций организма человека;

безопасные условия для человека - состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека;

санитарно-эпидемиологическая обстановка - состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время;

гигиенический норматив - установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека;

государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее - санитарные правила) - нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний;

социально-гигиенический мониторинг - государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки

и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания;

государственный санитарно-эпидемиологический надзор - деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания;

санитарно-эпидемиологическое заключение - документ, удостоверяющий соответствие (несоответствие) санитарным правилам факторов среды обитания, хозяйственной и иной деятельности, продукции, работ и услуг, а также проектов нормативных актов, проектов строительства объектов, эксплуатационной документации;

санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия - организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию;

ограничительные мероприятия (карантин) - административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных;

инфекционные заболевания - инфекционные заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку;

инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих, - инфекционные заболевания человека, характеризующиеся тяжелым тече-

нием, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия);

массовые неинфекционные заболевания (отравления) - заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством:

- профилактики заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения;
- контроля за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательным соблюдением гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;
- создания экономической заинтересованности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в соблюдении законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- государственного санитарно-эпидемиологического нормирования;
- государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- сертификации продукции, работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для человека;
- лицензирования видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- государственной регистрации потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию Российской Федерации отдельных видов продукции;
- проведения социально-гигиенического мониторинга;

- научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- мер по своевременному информированию населения о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;
- мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни;
- мер по привлечению к ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Осуществление мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения является расходным обязательством Российской Федерации.

Осуществление мер по предупреждению эпидемий и ликвидации их последствий, а также по охране окружающей среды является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Органы государственной власти и органы местного самоуправления, организации всех форм собственности, индивидуальные предприниматели, граждане обеспечивают соблюдение требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения за счет собственных средств.

Тема 8. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Здоровый образ жизни как основа индивидуальной профилактики. Понятие и сущность ЗОЖ. Основы формирования ЗОЖ.

Социально-гигиенические, эпидемиологические, клинико-социальные и другие исследования убедительно доказали, что здоровье человека, в первую очередь, зависит от здорового образа жизни (ЗОЖ) каждого из них.

По данным известных отечественных ученых Ю.П. Лисицына, Ю.М. Ко-

марова и многочисленных зарубежных авторов, ЗОЖ формирует здоровье и занимает примерно 50–55% удельного веса всех факторов, обуславливающих здоровье населения.

К другим факторам, непосредственно влияющим на здоровье, относятся:

- экология (влияние внешней среды) – 20–25%;
- наследственность – 20%;
- здравоохранение – 10%.

Существуют и другие различные модели, где скрупулезно показано отрицательное влияние тех или иных факторов на здоровье человека. О неблагоприятном воздействии загрязнения окружающей среды на состояние здоровья человека Вам придется слышать и читать в различных источниках, в том числе на лекциях по экологии.

Пути формирования ЗОЖ вытекают из его функциональной структуры, а «открывашкой» – ключом, как правило, является медицинская активность, т.е. деятельность личности, направленная на охрану, укрепление, воспроизводство здоровья или, как подчеркивает академик Лисицын Ю.П., – «медицинскую активность со знаком плюс».

Как же трактуется понятие медицинской активности, а вместе с ней и понятие «высокая и низкая медицинская активность»?

Итак, **медицинская активность** – это наиболее характерная, типичная для определенного исторического периода деятельность (активность) людей по отношению к своему (личному, персональному) и других людей (общественному) здоровью.

Медицинская активность – это область гигиенического, медицинского обучения, воспитания, образования, медицинской информированности, психологической установки в отношении здоровья. Она включает:

- 1) посещение медицинских учреждений, выполнение медицинских советов, предписаний;
- 2) поведение при лечении, профилактике, реабилитации, в т.ч. самолечении, других медицинских мерах;

3) участие в охране и улучшении здоровья населения, забота о здоровье других (профилактика, лечение, работа медицинских учреждений и др.);

4) преодоление вредных привычек, традиций, обычаев, т.е. целенаправленная деятельность человека по формированию *здорового образа жизни*.

По этим понятиям судят о медицинской информированности и, прежде всего, соблюдении гигиенических норм не только индивидуума, но и семьи. Поэтому для педагога, как интеллигента и носителя всего нового и передового, высокая медицинская активность в жизни является потребностью и необходимостью на весь период жизни. Несоблюдение перечисленных условий относится к низкой медицинской активности, а значит, является фактором риска.

А теперь рассмотрим основные факторы, характеризующие здоровый образ жизни.

Режим труда и отдыха. Строгий, ритмичный режим труда и отдыха – одно из важнейших условий высокой работоспособности организма человека. При этом следует учитывать различия условий жизни и труда отдельных категорий людей, чей труд связан с различными видами деятельности.

Например, педагоги и преподаватели работают по расписанию в определенные часы и дни неравномерно, рабочие связаны с работой по сменам. Труд и отдых работающих в условиях экстремальности и вредности отличается от рабочих и служащих, которые выдерживают в основном график 30–40-часовой недели. И совсем неординарен труд вахтовиков, работающих по 12 часов через 12 дней по 15 дней или по 30–45 с таким же промежутком отдыха. Кстати, этот труд в условиях России экономически оправдан и широко распространяется в топливно-энергетическом комплексе (регионы нефтегазодобычи на Крайнем Севере), при строительстве в г. Москве (окружная автодорога, промышленное и жилищное строительство).

Основные положения труда и отдыха должны соблюдаться всеми, независимо от специфики деятельности, обязательно.

Гигиена сна. Сон – эффективный способ снятия умственного и физического напряжения. Недаром ослабленный, больной человек или находящийся

длительное время в экстремальных ситуациях способен спать длительное время. Это – физиологическая защита организма, потребность, как лечение, обусловлена сложными психофизиологическими процессами.

Во время сна происходят изменения всей жизнедеятельности организма, уменьшается расход энергии, восстанавливаются и начинают функционировать системы, которые понесли сверхнагрузку (переутомление или болезненные изменения). Сон устраняет утомление и предупреждает истощение нервных клеток. Происходит накопление богатых энергией фосфорных соединений, при этом повышаются защитные силы организма. Хронические же недосыпания способствуют так называемой **сшибке** – появлению неврозов, ухудшению функциональных и снижению защитных сил организма.

Как выполняют эти требования студенты? По наблюдениям за 655 студентами, проживающими в общежитии, установлено, что до 22 часов ко сну отходит 19,3%, до 1 часа ночи – 81%, до 2 часов ночи – 46%, а после 2 часов – 16,2%. По причине недосыпания до 43% студентов прибегают к дневному сну. Значит, они, полусонные, заторможенные к восприятию и запоминанию информации, которую дают на лекциях, практически не осмысливают ее. Естественно, у них снижается работоспособность как умственная, так и физическая.

Принято считать, что студентам необходимо спать 7-9 часов в сутки. Наиболее приемлемым, точнее физиологичным, периодом является период с 23 до 7–8 часов утра. При систематическом недосыпании у студентов умственная работоспособность снижается на 7–15%.

Гигиеной сна, о чем Вы наверняка слышали, предусматривается отход и подъем в одно и то же время, с незначительным размахом во времени. Тишина, затемнение окон, приток свежего воздуха, но не сквозняка, обязательны. Прием пищи, не возбуждающей организм, – за 1,5–2 часа до сна. Желательно сосредоточиться на отдыхе, не нагружая себя мыслями, заботами и переживаниями прошедшего дня и будущего.

Гигиенические основы и разновидности питания. Пища необходима человеку для выполнения трудовой деятельности, поддержания температуры

тела и восстановления разрушающихся в процессе жизнедеятельности тканей. Подбор пищевых продуктов основывается на том, что поступление в организм пищи должно быть с достаточным количеством жиров, белков, углеводов, витаминов, минеральных солей, воды. Считается, что суточная норма белка в среднем составляет 100 гр, жира – 80–90 гр, углеводов – 350–400 гр. Важным принципом рационального питания является сбалансированность приема основных пищевых веществ. Соотношение белков, жиров, углеводов должно составлять соответственно 15–30–55% суточной калорийности потребляемой пищи.

Важность пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ), в частности, сохранения зрения не вызывает сомнений. Методам и средствам пропаганды ЗОЖ в целях профилактики заболеваний посвящено множество научных трудов. К числу проблем, которые сейчас остро стоят перед теорией и практикой по гигиеническому воспитанию населения относится проблема определения их эффективности. Проведенные в Крымском республиканском центре реабилитации зрения социологические исследования по этому вопросу в существующей системе охраны зрения, касающиеся отношения человека к здоровью, выявили несоответствие между потребностью человека в сохранении зрения и теми действиями, которые он совместно с медициной предпринимают для его охраны. Каждый человек должен не только обладать достаточной суммой гигиенических знаний, но и реализовывать их в своем поведении.

Осведомленность населения, представленная в виде суммы показателей гигиенического поведения человека, степени его общественной активности в области охраны здоровья и оздоровлении окружающей среды, определяется как санитарная культура. Уровень этой культуры служит показателем состояния санитарного просвещения и одновременно определяет его направления и задачи.

Однако изменение стиля поведения индивидуума в сторону выполнения здоровьесохраняющих норм остается довольно сложным вопросом для всего населения, учитывая состояние общей культуры, традиционно сложившийся

уклад жизни, достаточно равнодушное отношение в обществе к здоровью, отсутствие должного осознания ценности человеческой жизни.

Поэтому санитарное просвещение, гигиеническое воспитание должны обязательно входить в деятельность каждого лечебно-профилактического учреждения, профессиональную обязанность каждого медицинского работника.

Тема 9. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Определение санитарного просвещения. Методы и средства пропаганды в санитарном просвещении (устной, печатной, изобразительной пропаганды).

Гигиенические знания в пропаганде ЗОЖ влияют на сроки выздоровления, эффективность долечивания, восстановления трудоспособности, предупреждение обострений заболеваний и появление самих заболеваний.

Наряду с проблемой табакокурения, пьянства, алкоголизма, туберкулеза, СПИДа остро стоит проблема сохранения зрения. В этих условиях роль санитарно-просветительной работы неоспорима. Однако в практическом здравоохранении эта работа ведется крайне недостаточно, а часто вообще не осуществляется

Крайне негативные тенденции в состоянии здоровья населения в значительной степени являются следствием резкого увеличения количества курящего населения, особенно среди подростков, молодых людей в возрасте 30-39 лет, обострившейся проблемы алкоголизма, наркомании и токсикомании, уменьшения числа лиц, занимающихся физкультурой и спортом, нерационального питания и, как следствие этого, наличие избыточного веса у значительной части населения.

За последнее десятилетие резко обострилась проблема психического здоровья. В настоящее время более 70% взрослого населения испытывает состояние хронического психологического стресса. Все это требует целенаправленного проведения профилактических мероприятий, к важнейшим из которых относится гигиеническое обучение и воспитание населения с целью формирова-

ния здорового образа жизни, в том числе расширения и совершенствования психотерапевтической и психопрофилактической помощи.

Мировой опыт свидетельствует о высокой эффективности этой профилактической деятельности.

В настоящее время в Российской Федерации гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляют 267 республиканских, краевых, областных и городских центров медицинской профилактики и 60 соответствующих отделений (кабинетов) в лечебно-профилактических учреждениях, а научно-методическое обеспечение – Федеральный НИИ медицинских проблем формирования здоровья и Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины.

Работа по гигиеническому обучению и воспитанию населения, как правило, полностью возлагается на центры медицинской профилактики, которые, в ущерб организационно-методической и координационной деятельности, подменяют работу специалистов и учреждений здравоохранения, санитарно-эпидемиологической службы.

В лечебно-профилактических учреждениях сельских районов полностью или частично упразднены должности врачебного и среднего медицинского персонала, занимающегося вопросами профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания.

Сложившаяся система пропаганды медико-гигиенических знаний не отвечает современным требованиям, так как не предусматривает вовлечение для этих целей заинтересованных организаций и учреждений, прежде всего образования, культуры, экологических служб, общественных и религиозных организаций, средств массовой информации.

В стране не решены вопросы подготовки и повышения квалификации медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания населения.

Научно-исследовательские учреждения практически устранились от разработки научных подходов и систем гигиенического обучения и воспитания

различных групп населения, критериев оценки его эффективности, психологических, педагогических и других аспектов пропаганды здорового образа жизни.

Положения о лечебно-профилактических учреждениях всех типов (поликлиника, амбулатория, больница и т.д.) предусматривают работу по санитарно-гигиеническому воспитанию населения. Тем не менее, анализ практического осуществления санитарно-просветительной работы в этих учреждениях показывает, что чаще на местах к ее проведению подходят формально и часто допускаются методические ошибки, основной причиной которых является отсутствие знаний об организации и методических подходах к этой работе, что приводит к нарушению основного принципа санитарного просвещения (дифференцированности и целенаправленности пропаганды), а среди форм санитарного просвещения преобладает выпуск санитарно-просветительных бюллетеней, следствием чего является крайне низкая информированность населения в области ЗОЖ.

Усиление профилактической деятельности в отрасли и, в частности, в амбулаторно-профилактических учреждениях, как основной составляющей ее, диктует необходимость расширения масштабов профилактических осмотров и диспансерного наблюдения. Это в свою очередь диктует необходимость поиска новых форм проведения санитарно-гигиенической работы.

Анализируя состояние существующей системы охраны зрения, ее низкий КПД, заключающийся в концентрации сил на борьбе с заболеваниями, как следствии, а не на профилактике, как основе недопущений или снижений самой заболеваемости, можно с полным основанием утверждать, что коренных существенных позитивных сдвигов без принципиально новых подходов к санитарно-просветительной работе достичь не удастся. И если в основе новой модели системы охраны зрения, отличающейся наибольшей эффективностью на всех ее этапах, заложены принципы индустрии, то и в санитарно-просветительной работе с целью повышения ее КПД должен быть заложен этот же принцип как определяющий.

Тема 10. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Понятие санитарно-гигиенического мониторинга. Нормативно-правовое обеспечение мониторинга состояния здоровья населения. Принципы осуществления мониторинговых исследований.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения является одним из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Важнейшим инструментом Федеральной службы по защите прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации, базой для принятия научно обоснованных решений в области охраны здоровья населения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, то есть состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности, является **социально-гигиенический мониторинг** – государственная система наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2006 года, утвердившим **«Положение о проведении социально-гигиенического мониторинга»**, которое устанавливает порядок проведения социально-гигиенического мониторинга на территории Российской Федерации в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, целью социально-гигиенического мониторинга является гигиеническая оценка (диагностика факторов среды обитания и здоровья населения), выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека на основе системного анализа и оценки риска для здоровья населения, установления причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), то есть, в конечном счете, целью социально-гигиенического мо-

мониторинга является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Особенно заметна взаимосвязь государственного санитарно-эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга на региональном и местном уровнях управления санитарно-эпидемиологическим благополучием населения, где формируются первичные информационные ресурсы о факторах среды обитания и показателях состояния здоровья населения, осуществляется государственный санитарно-эпидемиологический надзор за конкретными объектами среды обитания и жизнеобеспечения, санитарно-эпидемиологическое состояние которых может оказывать реальное влияние на санитарно-эпидемиологическую обстановку.

Основными задачами социально-гигиенического мониторинга являются:

- гигиеническая оценка (диагностика) факторов среды обитания и здоровья населения,
- выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека на основе системного анализа и оценки риска для здоровья населения,
- установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений),
- подготовка предложений для принятия федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления необходимых мер по устранению выявленных вредных воздействий факторов среды обитания человека в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения,
- формирование федерального информационного фонда (информационных ресурсов в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения),

- обеспечение межведомственной координации деятельности по ведению мониторинга в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Показатели социально-гигиенического мониторинга сгруппированы двум по блокам, характеризующим состояние здоровья населения и среды обитания (рис. 1).

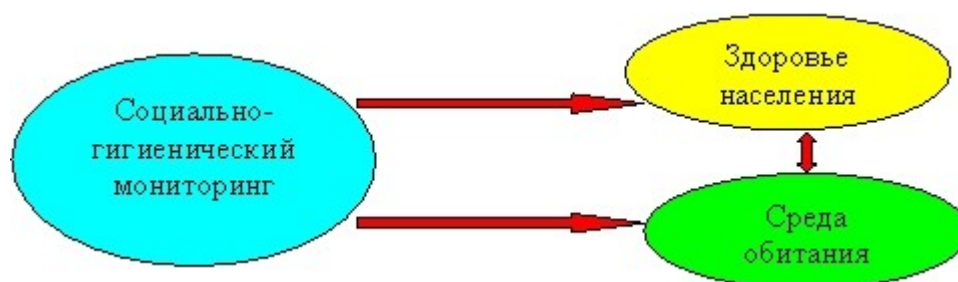


Рисунок 1. Схема структуры социально-гигиенического мониторинга

Социально-гигиенический мониторинг базируется на применении системного подхода, при этом его системность обеспечивается, с одной стороны, путем интеграции в единое информационное пространство, а с другой - взаимной согласованностью входящих в него элементов - подсистем.

Ведение социально-гигиенического мониторинга проводится на федеральном уровне, уровне субъектов Российской Федерации и возложено на органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации совместно с другими федеральными органами исполнительной власти, уполномоченными осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор.

В концепцию создания социально-гигиенического мониторинга заложены следующие **принципы**:

- комплексность и полнота (система должна обеспечивать решение всех задач с учетом уровней социально-гигиенического мониторинга, функциональной направленности и их взаимодействия),
- развитие (система предусматривает возможность дальнейшего функционального развития),

- реалистичность (социально-гигиенического мониторинга создается с учетом сложившихся потоков регламентированной информации с учетом уровней управления, состава и содержания существующих информационных массивов),
- эффективность (система должна обеспечивать необходимую достоверность, актуальность и низкую стоимость хранения и обработки информации),
- технологичность (формирование входных (первичных) документов должно осуществляться по принципу совмещения процесса фиксации и изготовления машинно-ориентированных документов),
- однократность ввода информации в систему и многократность ее использования всеми заинтересованными пользователями,
- достоверность (для каждого элемента информации должны быть однозначно установлены источники и определена персональная ответственность за достоверность, современность и точность представляемых данных, разработаны правила сбора, фиксации, хранения, обработке и передачи данных, включающие возможность ошибок внесения произвольных изменений и искажений),
- современность (информация, представляемая системой должностным лицам, должна обеспечивать оперативное, своевременное и качественное принятие управленческих решений),
- защищенность информации (информация, хранимая в базах данных СГМ, должна быть надежно защищена от несанкционированного доступа),
- типизация (элементы информационного обеспечения должны быть типизированы и унифицированы как по составу, так и по структуре).

Функциями социально-гигиенического мониторинга являются:

- выявление и систематизация источников загрязнения среды обитания (объектов, процессов, химических веществ и т.д.), определяющих их

- вредное воздействие на здоровье населения, природные комплексы и инфраструктуру населенных мест,
- установление и контроль предельно допустимых нормативов вредного воздействия, обеспечивающих безопасные и благоприятные условия среды обитания,
 - разработка, планирование и организация практической реализации мер по предупреждению, сокращению и ликвидации последствий вредного воздействия факторов среды обитания.
 - мониторинг, надзор и контроль за реализацией принятых мер и их эффективностью. Проведение социально-гигиенического мониторинга обеспечивает:
 - установление факторов, оказывающих вредное воздействие на человека, и их оценку;
 - прогнозирование состояния здоровья населения и среды обитания человека;
 - определение неотложных и долгосрочных мероприятий по предупреждению и устранению воздействия вредных факторов среды обитания человека на здоровье населения;
 - разработку предложений для принятия решений в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
 - информирование органов государственной власти, органов местного самоуправления, организаций и населения о результатах, полученных при проведении мониторинга.

Все собираемые данные передаются в ***Федеральный информационный фонд социально-гигиенического мониторинга***, который представляет собой базу данных о состоянии здоровья населения и среды обитания человека, сформированную на основе многолетних наблюдений, а также совокупность нормативных и правовых актов и методических документов в области анализа, прогноза и определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека.

Роль и значение социально-гигиенического мониторинга в деятельности органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации резко возрастает связи с планируемым внедрением финансирования, ориентированного на конечный результат (достижение общественно значимых и измеряемых результатов), поскольку социально-гигиенический мониторинг рассматривается, во-первых, в качестве инструмента точечного, целевого вложения средств, а, во-вторых, с точки зрения достижения результата, в качестве инструмента оценки эффективности вложенных средств.

Тема 11. НАРКОМАНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Понятие о наркомании. Этиология наркомании. Патогенез наркомании. Существующие методы реабилитации наркозависимых.

Человек знает и употребляет наркотики с незапамятных времён. Существует гипотеза, что ещё 40 тысяч лет назад до нашей эры произошло первое знакомство человека с наркотиками. Первые исторические записи о далёком прошлом рода человеческого содержат данные о том, что практически все народы, начиная с доисторического периода, употребляли наркотики растительного происхождения по причине их необычайных свойств изменять установившийся взгляд на окружающий мир и иллюзорно исполнять желания, тем самым, укрепляя веру человека в могущество сверхъестественных сил.

Существуют документы, свидетельствующие о том, что в XV, XVI, XVII веках в Европе изготавливались различные мази, действие которых было, похоже, таким сильным, что они могли уподоблять людей животным или значительно изменять состояние сознания.

Изобретение в 1853 г. врачом из Эдинбурга Александром Будом иглы для подкожных инъекций породило новые проблемы, связанные с более эффективным введением в организм морфина и других алкалоидов опиума. Тогда появи-

лось опасное, ошибочное мнение, что морфин, введённый путём инъекции, не вызывает привыкания и тяги к увеличению дозы.

Судьбоносным в становлении современной наркомании считается 1960 г. Во время пребывания в Мексике гарвардский психолог, доктор Тимоти Лири съел несколько галлюциногенных грибов, полученных им от какого-то местного колдуна.

Тема субстанции, которая исцеляет и приносит успокоение или же болезнь и смерть, повторяется как архетип во всех культурах и во все периоды истории. Наркотики присутствуют и в классических культурах, и в современных цивилизациях, как и в жизни «диких» народов - от тундры до экваториальных джунглей, и это свидетельствует о вечном стремлении человека к преодолению своего несовершенства, а также к тому, чтобы хоть раз побывать пусть ненадолго, в стране, которая существует только в мечтах.

К сожалению, иллюзия длится недолго, а пробуждение приносит ещё более жестокую боль и ещё более мучительное ощущение отчуждённости. Из-за этого наркомания перестаёт быть в наше время проблемой одной личности и приобретает черты социальной проблемы.

На сегодняшний день наркомания является мировой проблемой, которая присутствует на всех континентах. К тому же она проявляет тенденцию неуклонного роста.

Наркоманией называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.

В 50-60 годы XX в. наркомания исследовалась лишь в узкопрофессиональных кругах – проводились либо чисто медицинские исследования, либо юридические, связанные с уголовно-наказуемыми деяниями.

Но постепенно ситуация начинает меняться – проблема наркомании наконец-то признана актуальной. В 1986 году в наркологических диспансерах по-

явились врачи-наркологи. Стали проводиться многочисленные исследования этой проблемы. (3)

По заказу Международной ассоциации по борьбе с наркомафией и наркобизнесом научным коллективом Института социологии РАН в 7 экономических зонах и в 12 городах России было проведено крупномасштабное исследование. Исследование показало следующее:

- в России существует стремительно нарастающая угроза наркотизации общества, увеличивается процент женщин, употребляющих наркотики;
- существует нелегальный рынок наркотиков;
- большинство россиян не одобряет решение Президента и правительства о свободе потребления наркотиков в немедицинских целях (имеется в виду отмена в последнем УК РФ уголовной ответственности за употребление наркотиков).

Согласно данным НИИ наркологии МЗиСР РФ, под диспансерным наблюдением в наркологических учреждениях находился 2 990 601 больной, включая группу профилактического учета. Если учесть, что наркотические средства потребляют в основном молодые люди до 25 лет, то становится понятной актуальность проблемы профилактики распространения наркоманий и важность своевременного выявления и лечения лиц, страдающих наркотической зависимостью. Дело осложняется еще тем, что больные наркоманией составляют около 10% от общего числа молодых людей, потребляющих наркотические средства.

Чрезвычайно важным аспектом проблемы является не уменьшающийся риск распространения ВИЧ-инфицирования и других острых инфекционных заболеваний (гепатит) среди наркотизирующихся, поскольку наиболее частым следует назвать инъекционный способ введения наркотика. В равной мере это относится и к распространению среди наркотизирующихся венерических болезней, так как многие наркотические средства повышают сексуальную расторможенность, что ведет к частым и случайным половым контактам. Следовательно, для профилактики инфицирования необходимы конкретные меры, направленные

ные на уменьшение данного риска среди наркозависимых, своевременная диагностика инфекций, а также оказание больным социальной и квалифицированной медицинской помощи.

Лечение больных наркоманией в условиях наркологического стационара в настоящее время следует признать малоэффективным, поскольку ремиссию более 1 года после стационарного лечения, как правило, регистрируют лишь у 9-12% пациентов. Такая низкая эффективность предполагает разработку новых способов лечения заболевания, а также специальных реабилитационных программ, позволяющих увеличить продолжительность ремиссии, а также профилактировать возникновение рецидивов. Использование фармакологических методов лечения наркомании (например, метадоновых программ поддержки при героиновой наркомании или систематического введения блокаторов опиатных рецепторов, таких как налтрексон) в нашей стране не нашло широкого применения из-за дороговизны такого лечения, а также его паллиативности, как в случае с методоном.

Факторы-предикторы или предрасполагающие факторы возникновения наркоманий можно разделить на две условные группы – биологические и социальные.

К биологическим факторам относятся следующие:

1. Патология беременности (т.е. выраженные токсикозы и перенесенные матерью во время беременности инфекционные или тяжелые хронические заболевания).
2. Осложненные роды (затяжные, с родовой травмой или с гипоксией новорожденного).
3. Тяжело протекавшие или хронические заболевания детского возраста (не исключая простудных, воспаления легких, частых ангин).
4. Сотрясения головного мозга, особенно многократные.

Социальные факторы следующие:

1. Воспитание только одним из родителей.

2. Постоянная занятость одного из родителей (длительные командировки, деловая загруженность и т.д.)

3. Больной – единственный ребенок в семье.

4. Алкоголизм (запойное пьянство) или наркомания у кого-либо из близких родственников: отца, матери, реже – деда, дяди, брата.

5. Психические заболевания, скверный характер или частые нарушения общепринятых правил поведения у кого-либо из близких родственников.

6. Раннее (до 12-13 лет) начало употребления алкоголя самим больным или злоупотребление летучими наркотическими действующими веществами (клей «Момент», растворители, бензин и пр.).

Риск заболеть наркоманией у тех, кто имеет в анамнезе факторы-предикторы, выше и вот почему: биологические факторы напрямую влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки, причем не только и столько в интеллектуальной, сколько в эмоциональной сфере. То есть: человек с благополучным анамнезом после более или менее тяжелого удара судьбы легко сможет собраться, мобилизоваться, вернуться к нормальному образу жизни. А имеющему в биографии родовую травму, сотрясение мозга или любой биологический фактор-предиктор сделать это намного труднее. И ему тяжелее сохранять уравновешенность и хладнокровие в эмоционально напряженной ситуации.

На подсознательном уровне травмированный человек постоянно ищет средство, которое было бы в состоянии хоть на короткое время вернуть эмоциональную устойчивость или повысить ее. В первое время наркотики неплохо справляются с задачей психологической регуляции, увеличивая способность переносить эмоциональные нагрузки. Употребляющие их становятся увереннее в себе, спокойнее и активнее в жизни. Поэтому для человека, имеющего в анамнезе биологические факторы-предикторы, случайный или «экспериментальный» прием наркотика может стать фатальным – не зная, чем грозит регулярное

их употребление, он приобретет психическую и физическую зависимость раньше, чем заметит опасность.

Иначе с теми, чьи факторы-предикторы относятся к социальной группе. Конечно, не в 100% случаев, но все-таки довольно часто в семьях, соответствующих пунктам, указанным выше, воспитание детей носит либо несистематический, либо гиперпротективный характер (т.е. за ребенка все время думают и решают взрослые). Следствием является формирование социально пассивной, безответственной личности, ориентированной преимущественно на потребление и не имеющей желания прикладывать значительные усилия для построения своего будущего. Кроме того, зачастую отсутствует (или несостоятельна) программа построения этого будущего – старшие не сумели научить планированию жизни. Основными характеристиками наркомании являются приобретенная в результате злоупотребления наркотическим средством измененная реактивность к нему, что выражается в патологическом пристрастии (влечении) к наркотику, измененная толерантность, изменение первоначального действия наркотика на организм, возникновение абстинентного синдрома вслед за прекращением употребления наркотического средства. В нашей стране к наркомании относят патологическое пристрастие к веществам, которые согласно списку Постоянного комитета по контролю наркотиков, утвержденного Минздравом РФ, отнесены к наркотическим средствам. Злоупотребления другими веществами обозначаются как токсикомании.

Сравнительная оценка различных форм наркоманий и их развития помогла выделить диагностические значимые группы симптомов, общие для всех форм наркоманий. Эти группы симптомов показывают взаимозависимую динамику, что позволяет говорить не только о симптоматологии наркоманий и токсикоманий. В частности, под наркоманией подразумевают состояние, определяемое: 1) синдромом измененной реактивности организма к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения);

2) синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации); 3) синдромом физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

В развитии болезни синдромы возникают не одновременно. Первые – синдром измененной реактивности и синдром психической зависимости. Употребление сильных эйфоригенных средств обнаруживает в качестве первого болезненного признака влечение (синдром психической зависимости). Употребление слабых эйфоризирующих веществ дает время для проявления симптомов входящих в синдром измененной реактивности; затем становится наглядным влечение к повторению опьянения. Синдром физической зависимости формируется позже, на фоне возникших и продолжающих свое развитие синдромов измененной реактивности и психической зависимости, выделяется также синдром последствий наркотизации, включающий энергетическое снижение, полисистемное функциональное истощение организма. Особенности синдрома последствий наркотизации при различных формах наркоманий большого диагностического значения не имеют, поскольку следует диагностировать болезнь на более ранних этапах.

Указанные типы синдрома зависимости развиваются в связи с приемом веществ, оказывающих влияние на психические функции, причем различные вещества такого типа действия обладают неодинаковой способностью вызывать психическую или физическую зависимость, либо развиваются оба вида зависимости одновременно. Исходя из этого, при применении термина «синдром зависимости» в каждом конкретном случае целесообразно уточнять, по отношению к какому веществу данный термин используется, например синдром зависимости от кокаина, морфина и т.д. Кроме того, синдром психической или физической зависимости может развиваться не только при злоупотреблении лекарственными средствами, но и веществами или продуктами, которые не отнесены к лекарственным средствам (например, никотин). В связи с этим термином «синдром зависимости» рационально употреблять без определения «лекар-

ственная»», чтобы не ограничивать использование данного термина только применительно к лекарственным средствам.

Наркотическое опьянение, или синдром наркотического опьянения, представляет состояние, возникающее после приема наркотических средств, включающее определенные психические и соматические симптомы. Также условно можно выделить субъективные, испытываемые опьяневшим человеком, проявления и объективные признаки наркотического опьянения, регистрируемые окружающими.

Расстройства восприятия в наркотическом опьянении проявляются в трех формах: 1) обострением (стимуляторы), 2) избирательностью (опиаты) и 3) снижением восприятия (седативные препараты). Кроме того, меняется качество восприятия, что характеризуется психосенсорными и продуктивными расстройствами вплоть до галлюцинаций. Меняется восприятие окружающего: форма, цвет (его насыщенность) предметов, расстояние до них. Нарушение сенсорного синтеза проявляется чувством де реализации. Нарушается и интерорецепция, возникает чувство тепла, легкости и тяжести, изменения положения тела в пространстве, восприятия схемы тела, ориентировки в собственном теле. Галлюцинации возникают как спонтанные, так и рефлекторные, при раздражения соответствующего анализатора. Характерны иллюзии, наиболее часто зрительные. Вкусовые и обонятельные расстройства восприятия редки.

При опьянении психодизлептиками мышление оказывается направленным по плоскости, лежащей вне реальности. Возникают фантастические представления, нарушается темп движения мыслей, ускоряясь (ЛСД) или замедляясь до персеверации (алкоголь, снотворные).

Каждый наркотик вызывает нарушение сознания разного типа и глубины от суждения до различной степени помрачения. Коллективное гипнотическое сознание при гашишизме резко отличается от индивидуального изолированного суждения сознания с помрачением при опьянении опиатами и обострением яркости при приеме стимуляторов. Соматоневрологические проявления наркотической интоксикации представлены в основном вегетативной симптоматикой.

Картина зависит от наркотика и дозы. Обычная реакция в виде расширения зрачка, за исключением сужения зрачка при приеме опиатов и некоторых психодизлептиков. Большинство наркотиков вызывают гипертермию и гиперемию, пото-, слюно- и салоотделение, тахикардию и подъем АД, учащение дыхания. Все наркотические вещества снижают аппетит и повышают сексуальную активность. Нарушается моторика кишечника. Мышечный тонус, возбудимость, скорость и координация движения снижаются, за исключением интоксикации стимуляторами.

1. Неуправляемость психической деятельности: в эмоциональной сфере – невозможность подавить тревогу, страх, другие отрицательные чувствования. Последние толкают больного на поиск и прием наркотика, не считаясь с социальными и моральными ограничениями. В сфере восприятия (иллюзии, галлюцинации) при некоторых интоксикациях иногда (опиаты), при других (психодезлептики) всегда с какого-то момента опьяневший не в состоянии изменить волевым усилием их содержание. В мышлении свободное, спонтанное течение мыслей (опиаты, алкоголь, седативные); при других видах интоксикации возникают мысли, от которых невозможно освободиться.

2. Диссоциация психической деятельности: Нередко она создается в темпах функций отдельных сфер психики. Так, быстрой смене психосенсорных впечатлений может не соответствовать замедленность мышления, что дает ощущения «наплыва». При опийном, гашишном опьянении, приеме других психодизлептиков возможны диссоциации мышления, наблюдения за своими переживаниями, их оценка со стороны. Иногда диссоциирует сознание «я», когда «душа» со стороны наблюдает за «телом». Эта диссоциация не только интеллектуальная, но и психосенсорное нарушение психосенсорного синтеза особенно характерно для психодизлептиков, которые использовались в древних культах, колдовстве. В пределах интеллектуальной функции видима диссоциация восприятия и запоминания, понимания и способности вербализации. «Все становится ясным», «другой смысл всего» наряду с невозможностью сказать, что «все» и что «другое». Диссоциация хотя и редко, но наблюдается в эмоцио-

нальной сфере: притом, что впечатления чувственно насыщены, возможны отстранения, отчуждения, самооценка переживаний в конкретный момент. К диссоциативным следует отнести наплыв мыслей, а также ощущение пустоты в чувствах и мыслях, «остановку» мыслей при вытрезвлении.

Лечение наркоманий и токсикоманий в настоящее время не имеет четкой патогенетической ориентации и во многом симптоматично, поскольку экспериментальные исследования и клиническая практика еще не выработали единых, общепризнанных методов лечения наркоманической зависимости. Это обстоятельство, как уже подчеркивалось выше, связано с недостаточным знанием интимных механизмов патогенеза наркоманий, которые, как известно, прежде всего, обусловлены весьма тонкими и вначале малозаметными функциональными изменениями физиологических и биохимических процессов в центральной нервной системе.

Важными принципом лечения является его этапность:

- 1) предварительный этап, включающий детоксикацию (дезинтоксикацию), общеукрепляющую и стимулирующую терапию в сочетании с отнятием наркотического вещества;
- 2) основной этап, направленный на активное противонаркотическое лечение;
- 3) поддерживающая терапия.

Для выбора правильной схемы лечения необходимо учитывать стадию заболевания, возраст больного, состояние психики больного, наличие или отсутствие стремления избавиться от наркотической зависимости.

Первый этап лечения начинается с прекращения приема наркотика. Лишение приема наркотического вещества осуществляется тремя методами: внезапным (у молодых людей обычно на начальных этапах заболевания), быстрым и медленным, в течение нескольких дней (у пожилых, соматически ослабленных больных во II и III стадиях болезни). Лишение наркотика неизбежно приводит к развитию абстинентного синдрома. Выраженность его бывает различна.

Для купирования абстинентного синдрома применяют различные препараты транквилизирующего действия, нейролептики.

Лечение наиболее эффективно в специализированном (закрытом) учреждении, поскольку возможность контролировать себя у наркомана крайне низка и неустойчива. Патологическое влечение, сила которого колеблется, меняет состояние наркомана, особенно в первые дни лечения. Даже если он поступил с желанием избавиться от болезни, он вскоре может вновь начать поиск опьяняющих средств. В этой связи не следует доверять оценке, которую больной дает получаемому лечению. При обострении влечения, наркоман отказывается от приема лекарств, ищет поддержки у других больных и находит ее у более психопатизированных, которые в свою очередь нередко начинают точно такие же жалобы.

Как мы уже говорили, первый этап лечения – дезинтоксикация наркомана, т.е. медикаментозное лечение, проводимое специалистами-наркологами. На втором этапе лечения к успешному медикаментозному лечению присоединяются методы психотерапии, физиотерапии, массажа и трудотерапии, а затем на третьем этапе - реабилитация и поддерживающая терапия (наблюдение).

А) Медикаментозные методы лечения.

Для лечения наркозависимых используется большой арсенал фармакологических средств, используемых в основном для детоксикации и фармакологической реабилитации наркозависимых.

Самым распространенным фармакологическим препаратом является метадон, синтетический опиат. Метадоновая программа заключается в том, что наркоман переходит с нелегального употребления героина, сопровождающегося различными проблемами со здоровьем, на легальное употребление метадона с целью укорочения детоксикации и в качестве поддерживающего средства пациентов. Впоследствии проводят постепенную в течение нескольких дней (недель) отмену метадона. Конечной целью детоксикации является достижение пациентом состояния, свободного от наркотической зависимости.

Также используют блокаторы опиатных рецепторов одновременно с героином, что останавливает развитие физической зависимости, но не снимает тягу к наркотику. Поэтому при такой терапии предполагается применение других методов воздействия (психотерапия в первую очередь).

Лекарственные препараты, применяемые при лечении наркомании, принадлежат к разным фармакологическим группам (психостимуляторы, ноотропы, нейропептиды, психоэнергизаторы, витамины и др.) и имеют существенные отличия в механизме действия. Однако их объединяет однонаправленность в отношении высших функций головного мозга – памяти, внимания, мышления, которые, как правило, улучшаются.

Б) Психотерапия включает в себя гипноз с внушением отвращения и выработкой отрицательного рефлекса на наркотическое средство; укрепление воли, установок на активное выздоровление.

Гипноз – погружение пациента в гипнотическое состояние – привычный технический прием, позволяющий повысить действенность лечебного внушения и тем самым добиться необходимого терапевтического эффекта. Техника предусматривает соблюдение состояния покоя и удобства, усыпляющие формулы произносятся ровным и спокойным голосом, иногда сопровождаясь более эмоциональными императивными внушениями.

Рациональная психотерапия принципиально отличается от гипноза обращением к сознанию и рассудку человека, к его логике. Используются законы логического мышления, индивидуальное умение анализировать информацию и профессиональные знания врача для критического разбора ошибок в логических построениях больного, разъясняются причины болезни, показывается зависимость между неправильным пониманием причин болезни пациентом и динамикой болезненного процесса, происходит обучение законам логики.

Аутогенная релаксация – метод самовнушения, в котором посредством повышения внушаемости служат предваряющие внушения мышечная релаксация и самоуспокоение. Эффект комплексный, зависящий от накопления положительного действия состояний релаксации и от закрепления внушаемых само-

му себе необходимых представлений и ощущений. Методы аутогенной релаксации могут использоваться как дополнение к основному психотерапевтическому методу. Под релаксацией понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психорегулирующей активностью и ощущаемое либо во всем организме, либо в одной из его систем. Наиболее часто используемыми методами аутогенной релаксации являются нервно-мышечная релаксация, медитация, аутогенная тренировка и различные формы биологически активной связи.

Игровая психотерапия и психотерапия творчеством. Лечебные методы, в которых научное представление о человеке в значительной мере связано с бурным развитием психологических наук, социальной психологии, психологии личности. Разрабатываются различные варианты приемов раскрытия психологических и творческих возможностей личности в целях отвлечения, переключения, успокоения, обогащения духовной жизни. Это может быть и проигрывание деловых жизненных ситуаций, и импровизированная живая игра в сюжетные сказки и т.д. Методические приемы разнообразны: от активного исполнительства, попыток создания собственных произведений, тренировки восприятия, как способности критической оценки, так и возможность ее публичной формулировки и отстаивания, до более пассивных ролей зрителя, слушателя, соучастника, болельщика.

Эмоционально-стрессовая психотерапия.

1) Система активного лечебного вмешательства, которое заставляет больного на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть и даже радикально изменить отношение к себе, к своему болезненному состоянию и окружающей микро социальной среде. Психотерапия больше походит на хирургическую операцию, чем на наложение бальзамической повязки (С.И.Консторум). Лечение осуществляется методом укрепления и выработки идейных, духовных позиций и интересов больного сопровождается старанием пробудить эти высокие интересы и устремления, противопоставить заинтересованность и увлечен-

ность болезненной симптоматики и часто связанному с ней подавленному, депрессивному или апатичному настроению.

Наркопсихотерапия. Внушение в гипноидном состоянии, вызванном введением медикаментозных средств. Для лечебных целей достаточно начального оглушения, эйфории и легкой спутанности сознания, и тогда на входе в него и на выходе из этого состояния психотерапевт проводит свои словесные воздействия (внушения).

Коллективная и групповая психотерапия. Базируется на использовании социального в человеческой психике. Объединение пациентов в лечебную группу позволяет не только использовать в лечебных целях взаимоиндукцию пациентов и простое стремление их подражать друг другу. Лечебное воздействие врача постепенно дополняется своеобразным воздействием коллектива на каждого своего члена, и это направляемое врачом действие становится центром лечебного процесса при коллективной психотерапии. Разновидность является семейная психотерапия, направленная на коррекцию отношений внутри семьи. Основным методом, описанным в литературе, является метод терапии сознательного поведения. В последнее время широкое применение нашли методы краткосрочной терапии супружеских пар для улучшения внутрисемейной ситуации, связанной с употреблением алкоголя или наркотических средств.

В) Физиотерапия

Физиотерапия - это ванны, души, гальванизация, электрофорез, грязевые и парафиновые аппликации, электросон (от 10-15 до 20-30 процедур по 1-2 ч. каждый сеанс), которые помогают восстановить работу организма.

Г) Трудотерапия.

Трудотерапия – одно из направлений реабилитации наркозависимых. Лечение трудом является составной частью реабилитационных мер, направленных как на восстановление функций пораженного органа (системы), так и всего организма больного, а так же трудотерапия назначается с целью повышения общего тонуса организма. Трудовые движения стимулируют физиологические процессы и функцию основных систем больного, мобилизируют его волю, дис-

циплинируют и приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, освобождают от мыслей и побуждений, возникающих на почве бездействия и праздного времяпрепровождения, отвлекают от ухода в болезнь. Трудовая терапия возбуждает психическую активность, направляя ее в русло предметной, осмысленной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Она заключается в том, что пациенты под руководством труд-инструктора несколько часов в день работают на улице или занимаются домашним хозяйством. Цель этого направления – открыть в себе новые качества, развить новые навыки, получить удовольствие от работы. Привлечение больного к труду, начиная с дозированного труда с постепенным переходом на полный рабочий день.

Коллективно-трудовой метод лечения должен составлять единое целое с системой других социальных воздействий, образование новых связей для участия больного в социальной жизни. В настоящее время трудотерапия становится одним из важнейших факторов медицинской реабилитации.

Тема 12. ВИЧ – ИНФЕКЦИИ И СПИД КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Понятие о ВИЧ и СПИДе. Этиология ВИЧ. Патогенез больных. Существующие методы терапии и лечения.

Глобальная пандемия ВИЧ-инфекции – это суровая реальность нашего времени, о которой следует помнить всем живущим на Земле людям. Аналогов эпидемий и пандемий – как это случилось с ВИЧ-инфекцией, не было. Эпидемии приходили и уходили. ВИЧ-инфекция пришла надолго.

Некоторые специалисты утверждают, что вирус, похожий на ВИЧ, был найден уже у древнеегипетских фараонов. Но вплоть до начала 80-х годов нашего столетия он не доставлял человечеству каких-либо существенных неприятностей.

Первой временной отметкой в противостоянии вируса и человека стало сообщение американских врачей в 1981 году о странных случаях рака кожи и

одновременно иммунодефицита у молодых мужчин-гомосексуалистов. Известие облетело мир. Предполагали, что виной всему анально-генитальная сексуальная практика, что это кара Божья и так далее.

В 1983 году, одновременно в США и Франции, было выяснено, что же является причиной столь необычного поражения иммунитета. Причина оказалась столь мала, что увидеть ее можно было только при помощи мощнейших электронных микроскопов – вирус, промежуточная форма между живой и неживой материей. Позднее его назвали **ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека. К тому времени новое заболевание было выявлено уже в нескольких странах и спада в распространении болезни не наблюдалось. Скорее наоборот. Страшное последствие заражения ВИЧ-инфекцией – синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – унес к тому времени уже многие сотни жизней.

СПИД – это приобретенное, а не наследственное заболевание иммунной системы организма. Организм, лишенный обычной защиты, постепенно попадает во власть микробов и канцерогенных клеток и ничем не может им противостоять.

СПИД – это инфекционное, венерическое заболевание, возбудителем которого является вирус или, точнее, ретровирус. Течение и последствия ВИЧ-инфекции, если сравнивать ее с другими инфекционными заболеваниями, в некотором отношении уникальны. ВИЧ чрезвычайно лабилен, он распространяется от клетки к клетке, однако может очень долго находиться в инфицированной клетке, ничем не выдавая своего присутствия. Он атакует и разрушает иммунную систему. Для ВИЧ-инфекции характерен продолжительный инкубационный период, во время которого не наблюдается никаких симптомов инфицирования. В результате возникает цепочка невыявленных лиц, которые, сами того не зная, заражают других. Течение ВИЧ-инфекции непредсказуемо. Одни инфицированные люди долго живут без каких-либо симптомов, у других симптомы различной степени тяжести начинают проявляться вскоре после инфицирования. Скорость прогрессии от момента инфицирования до начала собственно заболевания также

непредсказуема, однако последовательность событий установлена четко. Первые симптомы ВИЧ-инфицирования появляются через 1-3 недели после заражения и сохраняются в течение 1-2 недель, к ним относят недомогание, лихорадку и головную боль. В течение периода от одной недели до трех месяцев в ответ на вторжение ВИЧ, иммунная система организма начинает вырабатывать антитела. После появления антител в крови заболевания еще какое-то время протекает бессимптомно и варьируется от 10 до 11 лет. Затем появляются те или иные симптомы, и развиваются сопутствующие, сопровождающие инфекции. Наконец, наступает кульминационная фаза, когда полностью разрушается иммунная система, в результате чего наступает смерть.

В настоящее время по разным оценкам до 15 миллионов человек на планете уже умерли от СПИДа, развивающегося в финале ВИЧ-инфекции. До 50 миллионов человек заражены ВИЧ и с большей долей вероятности погибнут в течение ближайших 10-12 лет, по меньшей мере одна треть – это люди в возрасте от 10 до 24 лет. Каждую минуту пять молодых людей этого возраста заражаются ВИЧ. В развивающихся странах, где проживает 85% молодежи планеты, сконцентрировалось сегодня девять десятых эпидемии. Каждый день статистика эпидемии увеличивается на 16,5 тысяч новых случаев заражения.

Страны Восточной Европы и государства бывшего СССР стали болевой точкой в отношении распространения ВИЧ-инфекции среди молодежи. В 1998 году 210 стран официально сообщили об 1 миллионе 893 тысячах новых случаях ВИЧ-инфекции/СПИДа. Во многих странах мира ущерб от этой инфекции в ближайшее время приведет к упадку экономики и социальной стабильности. Без преувеличения можно сказать, что СПИД – трагедия всего человечества, является самой животрепещущей глобальной проблемой современности.

Все это делает борьбу с ВИЧ-инфекцией важнейшей медико-биологической, социально-экономической и даже политической задачей, решение которой не терпит отлагательства. В Российской Федерации распространение этого заболевания началось с 1987 года. В период 1987-95 гг. была зарегистрирована первая тысяча ВИЧ-инфицированных российских граждан. За 1996 год было

выявлено более 1200 ВИЧ-инфицированных, в 1997 - 98 годах – более 8 тысяч новых случаев инфекции. Только за пять месяцев 1999 года более 3,6 тысяч человек заражены ВИЧ. В настоящее время количество заболевших ВИЧ-инфекцией россиян перевалило за 15 тысяч человек, более 500 из которых дети, около 39% которых – дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Причин столь резкого усиления темпов распространения ВИЧ-инфекции в России несколько. Эпидемия ВИЧ-инфекции, начавшаяся в России с середины 1996 года, обусловлена развитием другой, не менее страшной социальной проблемы – наркомании. По подсчетам экспертов, в России более 2 миллионов потребителей наркотиков. Россия включилась в печальный список великих наркодержав мира. «Коллективные традиции» использования общего шприца и игл, незнание правил дезинфекции инъекционных инструментов, и активное вступление в беспорядочные половые связи под воздействием наркотиков – все это прямая дорога к заражению. Дорога в один конец. За всю свою короткую жизнь наркоман может заразить ВИЧ-инфекцией до 100 человек из своего окружения. Пример: Верхняя Салда, Иркутск.

Еще одним фактором, способствующим проникновению ВИЧ-инфекции во все слои общества, следует считать резкий рост числа заболеваний, передающихся половым путем. Невероятный рост заболеваемости сифилисом подтверждает активность полового пути передачи инфекции, а значит, и неблагоприятный прогноз. По сравнению с 1989 годом заболеваемость сифилисом в России выросла в 60 раз и составила 264,6 на 100 тысяч населения, тогда как в европейских государствах, где живут тоже не обремененные пуританским образом жизни люди, эта заболеваемость держится на отметке 0,5 на 100 тысяч человек. В 1998 году сифилисом заболело более 330 тысяч человек, тогда как острой дизентерией, самой распространенной болезнью грязных рук – всего 114 тысяч.

Сегодня в России складывается уникальная ситуация – идет развитие нескольких социально обусловленных эпидемий: эпидемия ВИЧ-инфекции, наркомании, ЗППП, и вирусных гепатитов с парентеральным и половым механизмом передачи.

Нельзя не принимать во внимание также нестабильность социально-экономической ситуации, усиление внутренних и внешних миграционных потоков, изменение сексуального поведения, недостаточную материальную базу здравоохранения.

По прогнозам специалистов, к 2010 г. число ВИЧ-инфицированных в России может достигнуть 800 тысяч или миллиона человек, а число больных СПИДом – более 300 тысяч.

По твердому убеждению ведущих специалистов Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД, Россия уже прошла первую, начальную стадию и вступает во вторую – стадию «концентрированной» эпидемии, для которой характерны высокая пораженность групп риска и рост заболеваемости среди остального населения. Третья, последняя стадия «генерализованной» эпидемии не заставит себя долго ждать.

Основная доктрина борьбы с эпидемией ВИЧ – инфекции в России опиралась на существующую систему эпидемиологического надзора, основанной на проведении массового серологического скрининга населения на антитела к ВИЧ и централизованном принципе регистрации вновь выявленных случаев заболеваний. При этом основная направленность эпидемиологического надзора складывалась из выявления источников инфекции для организации противоэпидемических мероприятий, их изоляции и прерывания путей передачи возбудителя. В целом система эпидемиологического надзора за ВИЧ - инфекцией оказалась эффективной лишь в плане оценки эпидемической ситуации, географии возбудителя на территории страны и, гораздо менее эффективной в плане проведения профилактических мероприятий, способствующих сдерживанию распространения вируса в различных группах населения.

Наиболее значимым шагом в этом плане было обеспечение безопасности донорской крови и её препаратов.

На сегодняшний день основные усилия науки сосредоточены на поисках эффективных медицинских средств борьбы со СПИДом. Оказывается, на разных стадиях разработки и испытаний сейчас находятся около 30 таких вак-

цин. Но пока только одна вакцина, созданная американской фирмой «Ваксжен» (VAXGEN) дошло до стадии широких испытаний на добровольцах из «групп повышенного риска» в Таиланде и США. На подходе к этому этапу, которому предшествует проверка экспериментальных вакцин на безопасность и общую способность укреплять иммунную систему, находится еще один препарат.

Всего в борьбе против СПИДа сейчас используется 64 лекарственных препарата, разрабатываются еще 103. Однако внедряются в практику они достаточно медленно, примерно по 2 новых лекарства в год. В соответствии с принятыми методиками больным приходится ежедневно за 2-3 приема поглощать «коктейли» как минимум из 8-9, а порой и до 17 таблеток. Это не только очень дорого (например, стоимость лекарств в США превышает 10 тысяч долларов в год на одного пациента), но и неудобно. Поэтому одна из насущных задач – разработать методики, основанные на однотаблеточном приеме лекарств, причем – что также немаловажно для развивающихся стран – не только на полный, но и на пустой желудок (эхо планеты).

Большинство врачей убеждены, что одно только наличие лекарств, пусть даже бесплатных, само по себе проблемы этой болезни не решит.

Например, в той же Африке проблема, как правило, заключается не в патентной защите чужой интеллектуальной собственности – у большинства стран Черного континента вообще нет патентного законодательства, а в склонности правящих режимов тратить деньги на оружие, а не на медицину.

К числу регионов, вызывающих наибольшие опасения, относятся Африка и Азия, включая Китай, где существуют даже деревни, население которых поголовно ВИЧ-инфицировано, а общее число зараженных оценивается в 1,5-2 млн. человек.

Под угрозой и республики бывшего СССР, включая Россию, где болезнь особенно быстро распространяется среди наркоманов. Кстати, на Западе считается уже аксиомой, что бесплатная раздача одноразовых шприцев не ведет к росту наркомании, зато помогает бороться со СПИДом.

И все же есть и примеры успешного противостояния современной

«чуме», в том числе в развивающихся странах. Важнее всего для успеха государственной политики в этой сфере – это твердая политическая воля. Именно поэтому в США правительство объявило СПИД угрозой для национальной безопасности, а в Таиланде ежечасно по радио и телевидению транслируют правительственные предостережения, а также проводят пропаганду 100 %-ого использования презервативов в организациях, оказывающих сексуальные услуги. В ходе этой программы, включающей пропаганду «работники секса» и владельцы предприятий сексуальных услуг были информированы о решении стимулировать 100 %-ое применение презервативов. Неподчинение грозило наказанием в виде штрафов и закрытия заведения. Успех этого проекта зависел от высокой степени организованности коммерческой отрасли сексуальных услуг в Таиланде, а также сильной правительственной инфраструктуры на районном, областном и национальном уровнях.

В Нигерии была проведена программа предупреждения СПИДа среди женщин, оказывающих коммерческие сексуальные услуги, и их клиентов. Тремя компонентами программы было:

- санитарное просвещение как для женщин, оказывающих коммерческие сексуальные услуги, так и для их клиентов, путем демонстрации фильмов, буклетов;

- распространение презервативов;

- оказание помощи при заболеваниях, передающихся половым путем.

Эта программа способствовала повышению частоты применения презервативов, самоорганизация этих женщин помогла изменить экономические основы их работы, повышение индивидуальной и групповой самооценки, привело к повышению способности женщин к переговорам с клиентами относительно использования презервативов.

Например, компания по СПИДу в средствах массовой информации Австралии использовала «Старуху с косой», традиционный символ смерти. Смысл кампании был в том, что эпидемия ВИЧ-инфекции неотвратимо наступает, что все имеют потенциальный риск заражения, и что профилактика является

единственным спасением. Таким образом, кампания «Старуха с косой» использовала страх смерти для создания личной осведомленности о СПИДе. Эта стратегия смогла выдвинуть проблему СПИДа на национальный уровень и стимулировала обсуждение вопросов, связанных с эпидемией.

Еще одним примером для подражания является программа обмена игл в Неаполе. Программа включала в себя обмен игл для потребителей инъекционных форм наркотиков на местах и обучение для лиц, занимающихся профессиональным сексом. В стране, где программы, связанные с наркотиками, не дают возможности потребителям инъекционных форм наркотиков получить помощь в случае заражения ВИЧ, подобная программа обмена игл может быть наилучшей защитой этого контингента от передачи ВИЧ-инфекции.

А в Бразилии, около пяти лет назад, власти страны взяли на себя обеспечение нуждающихся ВИЧ-инфицированных лекарствами – пусть и по упрощенной схеме – и одновременно снизили стоимость их годового пакета до 800-3000 долларов. И в результате заболеваемость снизилась чуть не наполовину.

Разноречивые оценки вызвал опыт Индии, где очень большое число ВИЧ-инфицированных – около 2 миллионов человек и где развитая фармацевтическая промышленность производит сравнительно дешевые аналоги западных лекарств. Это привело к значительному снижению затрат на лечение ВИЧ-инфицированных.

Эти и другие примеры показывают, что борьба с ВИЧ-инфекцией возможна и необходима, так как ВИЧ-инфекция поражает прежде всего людей в репродуктивном и наиболее трудоспособном возрасте. Эта болезнь из-за отсутствия эффективных лекарственных препаратов и вакцин обрекает ВИЧ-инфицированных на неизбежный летальный исход. Семьи, общины и целые страны уже сегодня несут невосполнимые потери. Эти потери в самых ценных людских ресурсах – потери родителей и рабочих кадров. Во многих странах мира они уже в ближайшее время могут привести к упадку экономики и социальной нестабильности. Без преувеличения можно сказать, что СПИД является трагедией всего человечества, как видим, принимает катастрофические масштабы и

в данный момент представляет собой опасность для национальной безопасности многих стран мира.

В России проблема медикаментов естественно, тоже стоит остро. Больницы не имеют постоянного снабжения лекарствами. Как правило, отделения «кормятся» разовыми акциями коммерческих фирм, приносящих в дар те или иные медикаменты. Есть и общемировые проблемы – детские препараты для лечения ВИЧ-инфекции еще не разработаны.

Все это является следствием серьезных недостатков и нерешенных вопросов в области борьбы с ВИЧ-инфекцией и прежде всего недостаточной профилактической работы среди молодежи и групп высокого риска заражения.

Широкое распространение информации о путях передачи и способах профилактики этого заболевания крайне важно, но в то же время трудно осуществимо. Способы передачи СПИДа часто затрагивают вопросы «пола и крови». Во многих культурах существует резкое отрицательное отношение к открытому обсуждению вопросов пола, сексуальности и других интимных проблем. Предупреждение же ВИЧ-инфицирования требует открытого обсуждения многих щекотливых вопросов, о которых в одних культурах обычно не принято говорить, а в других культурах или религиозных системах попытки внедрения профилактических мер могут вызвать осуждение или даже наказания.

Большой проблемой для профилактики этой болезни является психосоциальная реакция на ВИЧ-инфекцию, которая зависит от физиологического состояния зараженного вирусом индивида и от того, как протекает заболевание. Первое время возможны хорошее самочувствие и способность контролировать свои переживания. Но затем эпизодически возникают тяжелые депрессивные состояния. Неопределенность в отношении продолжительности и варианта течения инфекции вызывает беспокойство, особенно при высоком риске быть отвергнутым семьей и обществом, невозможности получить адекватную медицинскую помощь и недоступности психосоциальной поддержки посредством индивидуального, семейного консультирования и занятий в группах поддержки.

Основная психосоциальная проблема для ВИЧ-инфицированного человека состоит в том, что наличие у него вируса выявляет и особенности его поведения, которые он хотел бы скрыть, например, гомосексуальность, внебрачные половые связи, применение психоактивных препаратов. Необходимо справиться не только со страхом, который вызывает сам фактор инфицирования ВИЧ, но и со страхом утраты привычного образа жизни. Поскольку ВИЧ чаще всего поражает молодых, постольку обычный порядок их жизни в буквальном смысле слова переворачивается с ног на голову – появляются мысли о смерти, тяжелом предсмертном периоде, оставленных маленьких детях и так далее.

Еще одной проблемой для ВИЧ-инфицированных, больных СПИДом и их семей является необоснованные слухи, искаженные и ложные сведения, а также мифы о СПИДе, которые приводят к тому, что общество клеймит позором этих людей.

У ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в результате специального лечения нередко появляются различные психологические проблемы – тревога, депрессия, возбуждение, чувство беспомощности, бессилие и безнадежность.

Проблема духовного самосознания – одна из важнейших проблем, связанных с угрожающим жизни заболеванием. Человек, оказавшийся перед лицом угрожающего его жизни заболевания, часто рассматривает процесс умирания и смерть с позиции страха. ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом необходимо научить принимать факт их смертности как норму, а саму смерть, как один из ряда других духовных феноменов. В случаях неспособности человека сформировать приемлемое для него видение смерти возможны серьезные психологические срывы. Более высокий уровень духовности способствует созданию приемлемой концепции смерти. ВИЧ-инфицированные, справившиеся с этой задачей, обычно избавляют себя и своих близких от сильного психологического дистресса.

Единственный надежный способ профилактики передачи ВИЧ-инфекции половым путем – это ведение размеренного в сексуальном плане образа жизни. иными словами, воздержание от случайных половых связей. Но поскольку

такое воздержание не принимается некоторыми людьми и не поддерживается общественным мнением (морально-этическими традициями некоторых обществ), постольку оно и не рассматривается большинством населения как лучший, наиболее приемлемый способ профилактики СПИДа.

Следующая «линия обороны» против СПИДа – «относительно безопасный секс». Этот способ предполагает использование презерватива с самого начала и до окончания вагинального, орального или анального полового акта. Термин «относительно безопасный секс» свидетельствует о том, что даже использование презервативов не дает стопроцентной гарантии безопасности, вследствие либо их плохого качества, либо незнания того, как им правильно пользоваться. Во многих странах этот способ профилактики достаточно широко пропагандируется и с успехом применяется. Однако против него возражают некоторые религиозные течения, а также часть мужчин, утверждающих, что использование презервативов снижает получаемое сексуальное удовлетворение.

Предотвращение передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку включает принятие весьма сложного и ответственного решения, часто в огромной степени зависящего от культурных традиций видов на будущее. Может показаться, что все ВИЧ-инфицированные женщины должны оберегаться беременности. Однако это не так. Не у каждой инфицированной матери рождается инфицированный ребенок, поэтому женщина может решить пойти на риск и забеременеть. Сильное давление на женщину традиций, предписывающих им рожать детей, а мужчинам быть отцами большого семейства, создают огромные препятствия в деле предотвращения вертикальной передачи вируса от матери ребенку. Отсутствие предварительных знаний о методах контрацепции и об интервалах между рождением детей также может влиять на решение о беременности ВИЧ-инфицированной матери.

Профилактика требует комплексного подхода, который призван привести в действие системы и структуры, способные предотвратить или решить поставленные задачи.

Профилактика должна проводиться в форме запланированных действий, нацеленных, главным образом, на достижение желаемого результата и в то же время на предотвращение возможной проблемы.

Таким образом, важно не допустить возможных отклонений в действиях или поведении социального объекта, чем потом бороться с уже наступившими негативными последствиями.

Кроме работы по предупреждению заболевания ВИЧ и СПИДом, проводятся Дни памяти погибших от этого заболевания. Впервые Международный День памяти умерших от ВИЧ-инфекции и СПИДа был проведен в Сан-Франциско (США) в 1983 году, когда причина СПИДа была еще неизвестна, и число погибших от этой болезни составляло несколько тысяч человек. Организаторы стремились почтить память погибших от СПИДа и продемонстрировать поддержку больным. Сегодня это задачи остаются основными для этого Дня. Международный день памяти проводится ежегодно, в первое воскресенье мая. Дата может меняться. Окончательно дату проведения Дня определяет в начале года Международный координационный совет Дня.

Международный день памяти умерших от ВИЧ-инфекции и СПИДа является поддержкой для тех, кто живет с ВИЧ/СПИДом. Он берет за основу следующую философию.

Все акции, проводимые в этот День подчиняются следующим принципам:

- СПИД не является наказанием за сексуальную жизнь, гомосексуализм, наркоманию, ни одна из групп или классов людей не заслужили СПИД,
- люди, живущие со СПИДом имеют равные гражданские права, включая право на работу и жилище, свободу передвижения,
- все люди должны иметь информацию о том, как избежать заражения,
- правительство должно гарантировать своим ВИЧ-инфицированным гражданам получение адекватной медицинской помощи.

В предисловии к «Международной декларации» (1997 г.) по поводу Дня Памяти сказано: «Мы уверены, что День Памяти умерших от СПИДа служит

возможностью повысить уровень информированности о ВИЧ/СПИДе в вашем обществе».

Еще один способ проведения информационно-просветительских акций – установление Дня борьбы со СПИДом.

Всемирный день борьбы со СПИДом впервые отмечался 1 декабря 1988 г. после того, как на встрече в ООН министров здравоохранения всех стран прозвучал призыв к социальной терпимости и расширению обмена информацией по ВИЧ/СПИДу. Ежегодно отмечаемый 1 декабря Всемирный день служит делу укрепления организованных усилий по борьбе с пандемией ВИЧ-инфекции и СПИДа, распространяющейся по всем регионам мира. Организованные усилия направлены на укрепление общественной поддержки программ профилактики распространения ВИЧ и СПИД, на организацию обучения и предоставления информации по всем аспектам ВИЧ/СПИД.

Всемирный день борьбы со СПИДом дает серьезную возможность для усиления общественного осознания проблемы ВИЧ и СПИДа, распространения профилактической информации в общественных группах, улучшения качества помощи, предоставляемой лицам, зараженным ВИЧ, и для борьбы с отрицанием существующей проблемы и дискриминацией. Это возможность для проявления солидарности с более чем 33 миллионами людей, которые сегодня живут с ВИЧ и СПИДом, и для того, чтобы вспомнить миллионы людей, которые уже умерли. Проведение Всемирного дня борьбы со СПИДом может также помочь в привлечении денежных средств для программ по ВИЧ/СПИДу.

Тема 13. КЛОНИРОВАНИЕ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Понятие о клонировании. Задачи, стоящие перед клонированием. Этическая проблема клонирования. Возражения против клонирования.

Клонирование человека сейчас уже очень близко к реальности благодаря историческому научному прорыву доктора **Яна Вильмута** и его коллег из Великобритании. Эта возможность потенциально дает всем нам невероятные пре-

имущества. К сожалению, на обсуждение этой темы с самого начала оказывали влияние сенсационные, но вводящие в заблуждение сообщения СМИ, и общая негативная эмоциональная реакция, порожденная ошибочной научной фантастикой. Отрицательное отношение к клонированию людей - больше следствие захватывающей дух новизны идеи, чем каких-либо реальных нежелательных последствий. При разумном регулировании преимущества клонирования людей существенно перевесили бы недостатки. Если введенная в заблуждение общественность наложит полный запрет на клонирование человека, это оказалось бы печальным эпизодом в человеческой истории.

На самом деле **клон** – это просто идентичный близнец другого человека, отсроченный во времени. Однако научно-фантастические романы и кинофильмы создали у людей впечатление, будто человеческие клоны окажутся бездумными зомби, монстрами вроде Франкенштейна и ли двойниками. И все это - полная чушь. Клоны человека будут обычными человеческими существами, совершенно как вы или я, вовсе не зомби. Их будет вынашивать обычная женщина в течение 9 месяцев, они родятся и будут воспитываться в семье, как и любой другой ребенок. Им потребуется 18 лет, чтобы достичь совершеннолетия, как и всем остальным людям. Следовательно, клон-близнец будет на несколько десятилетий младше своего оригинала, поэтому нет опасности, что люди будут путать клон-близнеца с оригиналом. Так же как и идентичные близнецы, клон и донор ДНК будут иметь различные отпечатки пальцев. Клон не унаследует ничего из воспоминаний оригинального индивида. Благодаря всем этим различиям, клон - это не ксерокопия или двойник человека, а просто младший идентичный близнец. Человеческие клоны будут иметь те же самые юридические права и обязанности, как и любой другой человек. Клоны будут человеческими существами в самом полном смысле. Вы не будете иметь права держать клон в качестве раба. Рабство на людей было запрещено в США в 1865 году.

Следует подчеркнуть, что клонирование человека должно осуществляться на индивидуальной добровольной основе. Живой человек, которого планируют клонировать, должен будет дать на это свое согласие. Также и женщина, ко-

торая будет вынашивать клона-близнеца и потом растить этого ребенка, должна действовать добровольно. Никакой другой сценарий не мыслим для свободной демократической страны. Поскольку при клонировании требуется женщина, чтобы вынашивать ребенка, нет опасности, что ученые-злодеи будут создавать тысячи клонов в секретных лабораториях. Клонирование будет делаться только по просьбе и при участии обычных людей в качестве дополнительной альтернативы для воспроизводства.

Многие спрашивают: «Для чего клонировать человека?» Существует как минимум две веские причины: чтобы предоставить возможность семьям зачать детей-близнецов выдающихся личностей и чтобы позволить бездетным парам иметь детей. Живя в свободном обществе, мы также должны задаться вопросом: «Действительно ли отрицательные последствия настолько неизбежны, что нам следует запретить это делать взрослым людям, действующим добровольно?» Мы увидим, что в целом отрицательные последствия не так уж непреодолимы. Там, где предвидятся определенные злоупотребления, они могут быть предотвращены с помощью узконаправленных законов и регулирующих норм, о которых будет говориться ниже.

Клонирование органов и тканей - это задача номер один в области трансплантологии, травматологии и в других областях медицины и биологии. При пересадке клонированного органа не надо думать о подавлении реакции отторжения и возможных последствиях в виде рака, развившегося на фоне иммунодефицита. Клонированные органы станут спасением для людей, попавших в автомобильные аварии или какие-нибудь иные катастрофы, или для людей, которым нужна радикальная помощь из-за заболеваний пожилого возраста (изношенное сердце, больная печень и т.д.).

Самый наглядный эффект клонирования – дать возможность бездетным людям иметь своих собственных детей. Миллионы семейных пар во всем мире сегодня страдают, будучи обреченными, оставаться без потомков. По признанию Андрея Акопяна, директора Республиканского Центра репродукции человека Минздрава и соцразвития РФ, у нас в стране бесплодна каждая шестая –

седьмая семейная пара. И вот, оказывается, эту ситуацию можно изменить. Можно иметь своего собственного ребенка, реальное продолжение самого себя во времени.

Далее. Клонирование поможет людям, страдающим тяжелыми генетическими болезнями. Если гены, определяющие какую-либо подобную болезнь, содержатся в хромосомах отца, то в яйцеклетку матери пересаживается ядро ее собственной соматической клетки, - и тогда появится ребенок, лишенный опасных генов, точная копия матери. Если эти гены содержатся в хромосомах матери, то в ее яйцеклетку будет перемещено ядро соматической клетки отца, - появится здоровый ребенок, копия отца.

И еще. Любители всяческой экзотики, наверное, никогда не переводились среди рода человеческого. Есть они и сейчас: и те, кто завещают отправить свой прах на ракете в сторону Солнца, и те, кто тратят десятки тысяч долларов на сохранение своего тела в криогенных камерах до того времени, когда медицина сумеет вернуть их в нормальное состояние и избавить от неизлечимых сегодня болезней. Думается, и в области клонирования найдутся подобные любители экзотики. Одни пожелают увидеть свою собственную копию, свое телесное «альтер эго» еще при своей жизни. Другие захотят «возродиться» в иную историческую эпоху: спустя 50 - 100 лет.

Более скромная, но не менее важная задача клонирования – регулирование пола сельскохозяйственных животных и клонирование в них сугубо человеческих генов, «терапевтических белков», которые используются для лечения людей. Например, гемофиликов, которые страдают от мутаций в гене, кодирующем кровеостанавливающий белок («фактор IX»). Сегодня эти белки добывают из крови доноров, а те бывают разные, в том числе и инфицированные вирусом СПИДа. Вот почему гемофилики считаются «группой риска» по СПИДу.

В последнем номере за 1997 год журнал «Сайенс» сообщил о клонировании американскими учеными шести овец, три из которых несли человеческий ген фактора IX. Героиней стала овечка Полли, у которой ген активно работает! Со временем, когда она подрастет и обзаведется своим потомством, в ее молоке

будет и человеческий белок, отличающийся от овечьего. Так овечка Полли станет служить на благо человечеству.

Учтя опыт шотландцев, американцы несколько модифицировали метод клонирования, используя ядра эмбриональных, то есть зародышевых, фибробластов – клеток, дающих соединительную ткань, взятых из взрослого организма. Тем самым они резко увеличили эффективность метода, а также облегчили задачу введения «чужого» гена, поскольку в культуре фибробластов это делать значительно легче и дешевле.

Обошли они с помощью зародышевых клеток и теломерный «запрет». Вполне возможно, что все эти разумные доводы повлияли на американских законодателей, которые приняли в конгрессе билль о клональных правах: клонирование человека запрещается всего лишь на десять лет, запрет не распространяется на животных и клонирование органов и тканей... А 14 февраля, в день святого Валентина, «Радио России» сообщило, что ученые Йоханнесбургского университета обратились в свой Национальный этический комитет с просьбой разрешить им работы по клонированию человека. Вспомним, кстати, что первая пересадка сердца человеку была сделана именно в Йоханнесбурге.

По поводу клонирования существует огромное количество споров и дискуссий, так даже актуальность этой темы доказывается простым примером – кол-вом существующих фильмов и сериалов про клонирование («Парк Юрского Периода», «Секретные материалы», «Пришельцы», сериалы «Клон» и т.д.).

Человеку свойствен страх перед новым и неизведанным. Сейчас уже забыли, что в конце семидесятых мир всколыхнула гораздо более жаркая дискуссия о возможности клонирования людей, возникшая после успешного клонирования лягушек. В ту пору ученые отмахнулись: «Млекопитающие – не лягушки. Понадобятся долгие десятилетия, если не сотни лет, чтобы научиться работать с гораздо меньшими яйцеклетками людей».

Но тогда же на волне общественного интереса Айра Левин, известный американский журналист, пишущий на темы науки, быстро опубликовал книжку «Мальчики из Бразилии», в которой рассказывалось, как в далеких джунглях

этой страны клонируют гитлеров из клеток кожи фюрера... И все же не будем забывать, что полное название книги Мэри имело продолжение: «Или современный Прометей». Согласно греческому мифу, Зевс в конце концов простил «мятежника» и отпустил его с гор Кавказа.

Французскими биологами публично обсуждается перспектива проведения работ по клонированию человека.

Минувшие месяцы дали специалистам возможность трезво осмыслить ситуацию, оценить методические и технологические трудности, лежащие в области клонирования высших млекопитающих. Обдумать, наконец, и этические проблемы: ведь, при клонировании человека каждая «неудачная копия» окажется уродом, но при этом полноправным человеком и за его уродство ответственность будет нести фактически все человечество. Будет нести как сообщество людей, которые не сумели остановить безнравственные посягательства науки. В публикуемой дальше подборке высказываются мнения «за» и «против» клонирования, дается хронология работ по клонированию амфибий и млекопитающих, рассказывается об американском физике Сиде, чьи громогласные заявления о намерении приступить к работам по клонированию человека вызвали бурную реакцию в общественном мнении.

Так что прежде всего постараемся не поддаваться страхам перед новым и неизведанным. А вспомним, что клонирование постоянно происходит в естественных условиях, когда рождаются однойцевые, или идентичные близнецы. Идентичны они в своем генном наборе, что легко доказывается возможностью пересадок органов и тканей между ними. Просто развитие нескольких зародышей из одного оплодотворенного яйца происходит редко и непредсказуемо.

При использовании клонирования, сетуют противники женского равноправия и феминизма, не нужны будут мужики. Это неверно с биологической и социальной точек зрения. Наши женщины вынуждены были после войны обходиться без мужчин, не пришедших обратно. Вряд ли это принесло кому-нибудь пользу. И вряд ли женщины, подобно геродотовским амазонкам, смогут и в плане продолжения рода всегда обходиться без мужских половых клеток. Здесь

научные возражения гораздо более серьезны. Но о них чуть позже. Клонирование будет нарушать «промысел божий», заявляют с амвона. Хорошо, отвечают ученые, аппендицит тоже в божьих «руцех», однако никто, даже сам патриарх и папа, не обходится без услуг врачей. Ученые же говорят как раз об «исправлении» тех генетических дефектов, которые и возникли-то благодаря божьему «недосмотру».

Таким образом, эмоциональные возражения против клонирования людей не имеют под собой какой бы то ни было рациональной базы. Против нового направления в репродуктивной технологии человека протестуют те же люди, что пикетировали против «оследнего искушения Христа»режиссера Скорсезе.

Некоторые политики в Соединенных Штатах сейчас предлагают уберечь нас от всех несчастий, связанных с клонированием людей путем полного законодательного запрета. Интересно, что при ближайшем рассмотрении никаких серьезных проблем в действительности не существует. В нескольких случаях, когда возможны злоупотребления, они могут быть предотвращены с помощью узконаправленного законодательства. И нет ничего, связанного с клонированием человека как таковым, что бы оправдывало бы его криминализацию. Единственное возражение, которое остается в результате анализа – технология лонирования пока не совершенна. Но это – оправдание ля дальнейших исследований, а не для запрета.

Единственное возражение, которое остается в результате анализа – технология клонирования пока не совершенна. Но это - оправдание для дальнейших исследований, а не для запрета.

Количество фантастических и абсурдных возражений против клонирования человека просто изумляет. Это показывает фундаментальное отсутствие понимание этого понятия у широкой публики. Вместо того, чтобы потворствовать страхам, исходящим из неведения, политикам следовало бы предпринять программу по созданию у публики трезвого понимания вопроса. Если законодатели США окажутся достаточно глупы, чтобы сделать клонирование человека преступлением, есть много шансов, что Верховный суд объявит это анти-

конституционным. Если даже он этого не сделает, у американцев все равно останется возможность полететь в свободную страну, чтобы произвести эту процедуру.

Давайте рассмотрим в деталях *некоторые из основных возражений против клонирования людей*, которые бытуют среди людей.

1. Сама мысль об этом противоестественна и отвратительна. Создание еще одного человека с тем же самым генетическим кодом нарушило бы человеческое достоинство и уникальность.

Эти аргументы сводятся на нет существованием сегодня в мире 150 миллионов человек, чей генетический код не является уникальным. Я говорю о естественных идентичных близнецах, которые появляются на свет в среднем 1 раз на 67 рождений. Естественные близнецы намного более одинаковые, чем клоны-близнецы, так как естественные близнецы имеют в точности одинаковый возраст, в то время как клон-близнец и донор ДНК обычно будут иметь разницу в возрасте в несколько десятков лет. Отвратительны ли естественные двойняшки или тройняшки? Нарушают ли близнецы человеческое достоинство? Нет, конечно.

Такая отрицательная реакция во многих случаях - просто результат дезинформации и путаницы вокруг понятия человеческого клона. Но если вы находите клонирование отвратительным, то, конечно же, не делайте его! Даже если многие люди все же находят мысль о клонировании человека отвратительной, это не достаточное основание для запрета. Во имя индивидуальной свободы в этом мире разрешены многие виды деятельности, которые люди находят отвратительными. Например, многие считают отвратительными серьги в носу и операции по изменению пола. Но они не запрещены, так как мы ценим свободу выбора.

Существует взгляд, что «преступления без жертвы» не должны считаться преступлениями. А кто бы был жертвой в случае клонирования человека? Трудно поверить, что клоны будут считать себя как жертвами только потому, что у них тот же самый генетический код, что и у кого-то еще. Ведь миллионы

идентичных близнецов не считают себя жертвами. Также трудно понять, как общество в целом могло бы пострадать от клонирования людей. Наоборот, клон вероятно должен думать о себе как о ком-то особенном, и тем в большей степени, если он – близнец выдающейся личности. У них также будет преимущество в том, что с самого начала жизни будет известно, к чему у них есть способности. Так где проблема?

2. Клонирование сократило бы генетическое разнообразие, делая нас более уязвимыми к эпидемиям и т.п.

Это возражение базируется на необоснованной экстремальной экстраполяции. На этой планете существует более 5 млрд. людей. Очевидно, клонирование человека будет производиться очень в скромных масштабах из-за предполагаемой стоимости процедуры. Кроме того большинство женщин все же не захотят быть матерями клонов-близнецов. Пройдет много десятилетий прежде, чем общее количество клонов людей достигнет хотя бы 1 млн. человек во всем мире. По процентному соотношению, это составило бы микроскопическую часть от общего населения и не оказало бы никакого воздействия на генетическое разнообразие людей. Также далее мы обсудим, как клонирование человека поможет нам восполнить потерянное генетическое разнообразие. Если же в некотором отдаленном будущем клонирование людей станет широко распространенным, то некоторые ограничения на такую деятельность могли бы быть оправданы. Однако, будем иметь в виду, что даже если был бы создан один клон каждого человека на планете, генетическое разнообразие практически не уменьшится, поскольку у нас все еще оставалось бы 5 млрд. генетически различных индивидов.

3. Это может привести к созданию людей-монстров или уродов

Клонирование человека – это не то же самое, что и генная инженерия человека. При клонировании ДНК копируется, в результате чего появляется еще один человек, точный близнец существующего индивида и следовательно – не монстр или урод. Генная же инженерия подразумевала бы модификацию человеческой ДНК, в результате чего может появиться человек, непохожий ни на

одного другого, ранее существовавшего. Это предположительно могло бы привести к созданию очень необычных людей, даже монстров. Генная инженерия человека, имея большой позитивный потенциал, действительно очень рискованное предприятие, и должна была бы проводиться только с величайшей осторожностью и под надзором. Клонирование же безопасно и банально по сравнению с генной инженерией. Если вы опасаетесь клонирования человека, то генная инженерия человека вас должна просто ужасать.

4. Диктаторы могут употребить клонирование во зло

Существует возможность, что диктаторы, такие как Фидель Кастро или Саддам Хусейн могут попытаться увековечить свою власть, создав свой клон и передав ему власть, когда они умрут. Существует также возможность, что такие люди могут попытаться создать супер-армию из тысяч клонов Арнольда Шварцнеггера или ему подобного. Эти возможности нельзя сбрасывать со счетов. Однако важно понимать, что законы, принятые в США и других демократических странах не могут контролировать поведение диктаторов-негодяев в тоталитарных странах. Запрет на клонирование людей в США или Европе не останавливает клонирование в Ираке. И если Саддам Хусейн захочет клонировать себя, никакое военное вторжение не сможет его остановить. Зло в этих сценариях происходит не от клонирования как такового, а от диктатур. Надлежащее решение было бы – всемирный запрет на диктаторов, но он, разумеется, маловероятно, чтобы осуществился.

5. Технология не совершенна, она может привести к смерти плода

Ни одна сфера человеческой деятельности не свободна от случайной смерти. Клонирование человека – не исключение. Некоторые из остальных клонированных в Рослине овец были мертворожденные. В настоящий момент технология клонирования млекопитающих находится в экспериментальной стадии и процент успешных исходов пока что низкий. Судя по дополнительным экспериментам на высших млекопитающих, можно предвидеть, что процедура клонирования будет усовершенствована вплоть до такого качества, когда риск выкидыша или смерти ребенка будет такой же, что и для остальных рождений.

Тридцать тысяч человек умерли на Орегонской тропе. Сорок тысяч погибают в США каждый год в автокатастрофах. Также множество крушений самолетов со смертельными исходами, сотни людей и десятки детей умирают в каждом происшествии. Каждый год много взрослых и детей давятся куриными костями и умирают. Однако мы не думаем о запрете на автомобили, самолеты или жаренных цыплят из-за получаемой пользы, которая перевешивает риск. Если самолеты были бы изобретены сейчас, а не 90 лет назад, я боюсь, были бы серьезные предложения запретить самолеты из-за риска травм и гибели людей. Было бы абсурдным запретить новые технологические достижения только потому, что они изначально не идеально безопасны.

б. Миллионеры будут клонировать себя только для того, чтобы получить органы для трансплантации

Это одно из самых несуразных из всех заявлений насчет клонирования. Человеческий клон – это человеческое существо. В свободном обществе вы не можете заставить другое человеческое существо дать вам один из своих внутренних органов. Также вы ни коим образом не можете убить другого человека, чтобы получить один из его органов. Уже существующие законы препятствуют таким злоупотреблениям. Заметьте также, что если ваш клон-близнец получил травму в несчастном случае, вас могут попросить отдать одну из ваших почек, чтобы сохранить жизнь клону! Если донор органа – еще ребенок, общество может пожелать вмешаться и объявить, что это запрещено. В действительности удаление какого-либо органа ребенка, будь то клона или нет, для трансплантации другому человеку - очень спорная практика, которая должна строго регулироваться.

Многие законные будущие приложения технологии клонирования оказываются в сферах трансплантации органов, пересадки кожи для жертв пожаров и т.п. В этих случаях не требовалось бы клонирование целого человека, а только применение той же технологии переноса ядра клетки для выращивания новых тканей или органов для медицинских целей.

Действительно ли нам нужно 200 клонов Софи Лорен или Синдии Кроуфорд?

Возможно, нет, и маловероятно, что это случится. (Однако идея воспроизведения красивых женщин большинству мужчин не показалась бы такой плохой.) Если мы говорим о клонировании живого человека и требуется его согласие, как это должно быть по закону, крайне маловероятно, что человек согласится на создание 200 клонов. Человек, вероятно, одобрит создание не более чем 1 или 2 клонов себя. Также вспомните, что клонов человека нельзя производить массово в лаборатории. Каждый из них должен быть выношен в положенный срок женщиной, также как и любой другой ребенок. Как критики клонирования себе представляют, что можно уговорить 200 женщин выносить этих 200 одинаковых младенцев? Если мы действительно беспокоимся, что это возможно, общество может просто запретить создание больше чем 2 клонов одной личности, а не клонирование в целом.

Если мы говорим о клонировании кого-то, кто сейчас уже умер, более отдаленная возможность, тогда вопрос ограничения количества клонов-близнецов становится разумной темой для размышлений и дебатов. И у нас будет много времени для этих дебатов. Конечно же, если просто существуют несколько индивидов с одинаковой внешностью, таких как тройняшки или "четверняшки", это вовсе не обязательно ведет к деградации человеческой сущности этих людей.

8. Это равнозначно принятию на себя роли Бога

В Библии и в священных текстах других основных религий не содержится очевидного запрета на клонирование человека. Следовательно, религиозная оппозиция клонированию человека не имеет твердых оснований. Тем не менее, существует множество людей, которые думают, что клонирование человека «неправильно» по религиозным соображениям. Этим людям, конечно, не следует участвовать в клонировании. Религиозным лидерам, которые верят, что клонирование человека – «неправильно», дано право проповедовать свою веру, и убеждать всех, кого они могут убедить. Но они дискредитируют себя, когда

предлагают заключать в тюрьму людей, которых они не могут убедить. Иисус никогда не пропагандировал силу, чтобы принуждать людей жить в соответствии с христианскими воззрениями. Навязывание религиозных воззрений с помощью законов – весьма жалкая идея, и мало того – нарушение конституции США.

В отличие от абортов, которые предполагают прекращение жизни плода, клонирование подразумевает создание новой жизни. Следовательно, оппозиция клонированию человека не основывается на устоявшихся моральных принципах. Также можно приводить аргументы, что если Бог не захотел бы, чтобы мы клонировали млекопитающих и людей, он не создал бы доктора Вильмута. Пожалуйста, оставайтесь верными своим воззрениям и вере, но не говорите мне, что мне делать с моей ДНК! Лично я не захотел бы себя клонировать, но свободные люди должны быть свободны в своем выборе и не принуждаться со стороны общества.

Обвинение в исполнении роли Бога – неясная, но постоянно повторяющаяся критика. Мы ее слышим каждый раз, когда в медицине появляется новое серьезное достижение. В свое время контролирование рождаемости с помощью противозачаточных средств, оплодотворение в пробирке и пересадка сердца критиковались на тех же самых основаниях. Бог часто делает замечательные вещи, которые нам следует стараться повторить. Если исполнение роли Бога при клонировании человека может иметь плохие последствия, критики обязаны определить в точности, какие именно плохие последствия это могут быть. Пока что они этого не сделали.

9. Желательно правительственное регулирование

Клонирование человека – это новое и неисследованное правовое поле, которое определенно потребует некоторого законодательного регулирования для предотвращения злоупотреблений. Здесь приводятся некоторые *предложения*, какие умеренные законы казались бы желательными.

1. Клоны людей должны официально иметь те же юридические права и ответственность, что и любое другое человеческое существо. У людей не будет

права держать человеческого клона в винном погребе для запасных частей для своего тела, хоть сколько-нибудь более, чем они это могут делать с идентичными близнецами. Плохое обращение с любыми человеческими существами есть преступление безотносительно того, является ли их генетический код уникальным.

2. Живущий в настоящее время человек не должен клонироваться без его письменного согласия. Любому человеку автоматически дается право собственности на его генетический код и право им распоряжаться по собственному усмотрению; код должен оставаться под его контролем. Человеку должно быть разрешено определять по своей воле, хочет ли он разрешить клонировать себя после смерти, и при каких условиях. Мы можем пожелать запретить клонирование несовершеннолетних, т.к. они еще не достигли зрелости для принятия такого рода решение.

3. Клоны человека должны вынашиваться и рождаться только взрослой женщиной, действующей по собственной воле, без принуждения. Выращивание человеческого плода вне тела женщины, например, в лабораторных аппаратах, должно быть запрещено. В настоящий момент не существует технологии для искусственного выращивания плода, но японские исследователи над этим работают.

4. Существует причина полагать, что предрасположенность к жестокости и убийству генетически предопределяются. Клонирование осужденных убийц и других жестоких преступников следует запретить. Клонирование Чарльза Мэнсона не должно быть законным. В мире достаточно преступников и без искусственного их создания. Запрет несомненно должен распространяться на известных массовых убийц прошлого, таких как Гитлер, Ленин и Сталин, предвидя тот день, когда это станет возможным.

Клонирование умерших

Интересный, но малоизвестный факт о процедуре клонирования доктора Вильмута, что она производится с замороженными, а не свежими клетками. (Эта информация получена непосредственно от Яна Вильмута д-ром Патриком

Диксоном.) Это означает, что нет необходимости, чтобы донор ДНК, будь то животное или человек, были живы, когда производится клонирование. Если образец ткани человека заморожен должным образом, человека можно было бы клонировать через длительное время после его смерти. В случае людей, которые уже умерли и чья ткань не была заморожена, клонирование становится более сложным, и сегодняшняя технология это делать не позволяет. Однако, для любого биолога было бы очень смелым заявить, что это невозможно. Давайте сейчас заглянем в ближайшее будущее и поразмышляем о возможностях, которые откроются, если наука сможет разработать метод для получения клона из ДНК уже умершего существа.

Все ткани человека содержат ДНК и могут потенциально быть источником для клонирования. Перечень тканей включает человеческие волосы, кости и зубы. К сожалению, ДНК начинает медленно разлагаться через несколько недель после смерти, разрушая сегменты генетического кода. По прошествии 60 миллионов лет только короткие фрагменты ДНК динозавров сохранились, поэтому шансы осуществления джуро-парка невелики. Однако существуют хорошие шансы восстановления последовательности ДНК из образцов человеческой ткани, т.к. времени прошло существенно меньше. Представьте себе генетический код как книгу, из которой с течением времени случайным образом удаляются абзацы или страницы. Если у нас есть только одна копия книги, полный текст не может быть восстановлен. К счастью, у нас есть больше, чем одна копия. В кости или образце ткани могут быть многие тысячи клеток, каждая со своей копией кода ДНК. Это подобно обладанию тысячами копий той же самой книги. Если страница 239 удалена из одной книги, эта страница может оказаться целой невредимой в другой, поэтому, комбинируя информацию из многих клеток, можно в точности восстановить исходный генетический код. Еще один обнадеживающий фактор - что только небольшой процент из трех миллиардов символов генетического кода человека отвечает за индивидуальные различия. Например, генетические коды шимпанзе и людей на самом деле на 99% совпадают. Это означает, что восстанавливать придется менее 1% кода, т.е. только ту

часть, которая определяет индивидуальные различия между людьми. Конечно, все это за пределами сегодняшней технологии, но принципиально осуществимо.

Сохранились пучки волос многих известных людей прошлого. Список этих людей включает Исаака Ньютона, Джоржа Вашингтона, Наполеона, Бетховена, Мерлин Монро, Элвиса Престли и Джона Леннона. Например, не так давно был проведен химический анализ нескольких волосков Исаака Ньютона. Обнаружилось, что из-за его химических экспериментов они в высокой концентрации содержат мышьяк. До сих пор локоны волос были просто экстравагантными редкостями. С клонированием человека, которое уже на пороге реальности, они сейчас приобретают много большую значимость. Вполне возможно, что великие люди прошлого могли бы быть клонированы из образцов их волос, тканей или костей. Мозг Альберта Эйнштейна сохранен в специальном сосуде. Нам известно местонахождение костей многих других известных людей, таких как Авраам Линкольн, Леонардо да Винчи, Эва Перон. Нам следует предпринять соответствующие меры, если необходимо, законодательные, чтобы гарантировать, что образцы тканей выдающихся людей прошлого будут сохраняться от разрушения должным образом. Было бы желательно криогенное хранение этих образцов для предотвращения дальнейшего разрушения ДНК.

Перспектива клонирования выдающихся людей прошлого - крайне захватывающая возможность, и оправдывает наиболее интенсивные исследовательские усилия. Исаак Ньютон и Альберт Эйнштейн - два величайших ученых всех времен. Представьте потенциал для научного прогресса, если эти два ученых могли бы быть клонированы и обучены в 21 веке! Учитывая зависимость личности от культурной среды, клон Ньютона воспитывался бы в Англии, а клон Эйнштейна - без сомнения в еврейской семье, возможно настоящих потомков Эйнштейна. Так же как и с клонами кинозвезд и спортсменов, нет гарантии, что их близнецы обязательно захотят изучать физику. Вместо этого в своей новой жизни они могут посчитать более интересной какую-то другую область науки, такую как искусственный интеллект или геновая инженерия. Предполагая, что

они будут рождены примерно в одно и то же время, окажется возможным, чтобы клоны-близнецы Ньютона и Эйнштейна сотрудничали в научной работе! Какие научные чудеса могли бы открыть эти два великих ума, работая вместе?

Также можно представить, что великие политические лидеры прошлого могли бы быть клонированы из пучка волос или из оставшихся костей. Имена, которые приходят на ум - Уинстон Черчилль, Авраам Линкольна, Теодор и Франклин Рузвельт, Джон Ф. Кеннеди. Существуют некоторые доказательства, что склонность к лидерству определяется генетически. Конечно, жизненный опыт человека налагает большой отпечаток на его личность, интересы и устремления. Однако не кажется невероятным, что некоторые из близнецов этих великих людей могли бы также пожелать вступить на путь политики и достичь ее вершин, также как дети политиков иногда повторяют карьеру своих отцов. Насколько невероятно захватывающим было бы оказаться свидетелем президентской гонки в следующем столетии между близнецом Авраама Линкольна и близнецом Франклина Рузвельта, не разбитого параличом! Кто бы выиграл соперничество между клонами-близнецами Джона Ф. Кеннеди и Рональдом Рейганом? Будет ли Уинстон Черчилль еще раз выбран премьер министром Великобритании, или он окажется не у дел в предположительно мирной обстановке 21 века? Может быть, вместо этого он стал бы выдающимся телекомментатором и писателем.

Очевидно, что клонирование человека имеет громадные потенциальные преимущества и несколько возможных отрицательных последствий. Как и со многими научными достижениями прошлого, такими как самолеты и компьютеры, единственная угроза - это угроза нашей собственной узкой умственной самоудовлетворенности. Клоны человека могут сделать большой вклад в области научного прогресса и культурного развития. В определенных случаях, где предвидятся возможные злоупотребления, их можно предотвратить с помощью узконаправленного специализированного законодательства. С каплей здравого смысла и разумным регулированием, клонирование человека - не есть нечто, чего нужно бояться. Нам следует ожидать его с волнительным нетерпением и

поддерживать научные исследования, которые ускорят осуществление клонирования. Исключительные люди находятся среди величайших сокровищ мира. Клонирование человека позволит нам сохранить, а со временем даже восстановить эти сокровища.

Тема 14. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Понятие ИИ. Основные подходы к разработке проблемы. Этическая проблематика.

С конца 40-х годов XX в. ученые все большего числа университетских и промышленных исследовательских лабораторий устремились к дерзкой цели: построение компьютеров, действующих таким образом, что по результатам работы их невозможно было бы отличить от человеческого разума.

Исследователи, работающие в области искусственного интеллекта (ИИ), обнаружили, что вступили в схватку с весьма запутанными проблемами, далеко выходящими за пределы традиционной информатики. Оказалось, что прежде всего необходимо понять механизмы процесса обучения, природу языка и чувственного восприятия. Выяснилось, что для создания машин, имитирующих работу человеческого мозга, требуется разобраться в том, как действуют миллиарды его взаимосвязанных нейронов. И тогда многие исследователи пришли к выводу, что пожалуй самая трудная проблема, стоящая перед современной наукой - познание процессов функционирования человеческого разума, а не просто имитация его работы. Что непосредственно затрагивало фундаментальные теоретические проблемы психологической науки.

В самом деле, ученым трудно даже прийти к единой точке зрения относительно самого предмета их исследований - интеллекта. Некоторые считают, что интеллект - умение решать сложные задачи; другие рассматривают его как способность к обучению, обобщению и аналогиям; третьи - как возможность взаимодействия с внешним миром путем общения, восприятия и осознания воспринятого.

Тем не менее многие исследователи ИИ склонны принять тест машинного интеллекта, предложенный в начале 50-х годов выдающимся английским математиком и специалистом по вычислительной технике Аланом Тьюрингом. Компьютер можно считать разумным,- утверждал Тьюринг,- если он способен заставить нас поверить, что мы имеем дело не с машиной, а с человеком.

Выдающийся швейцарский врач и естествоиспытатель XVI в Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм (Парацельс) оставил руководство по изготовлению го-мункула, в котором описывалась странная процедура, начинавшаяся с закапывания в лошадиный навоз герметично закупоренной человеческой спермы. «Мы будем как боги, - провозглашал Парацельс. - Мы повторим величайшее из чудес господних - сотворение человека!»

Однако только после второй мировой войны появились устройства, казалось бы, подходящие для достижения заветной цели - моделирования разумного поведения; это были электронные цифровые вычислительные машины. «Электронный мозг», как тогда восторженно называли компьютер, поразил в 1952 г. телезрителей США, точно предсказав результаты президентских выборов за несколько часов до получения окончательных данных. Этот «подвиг» компьютера лишь подтвердил вывод, к которому в то время пришли многие ученые: наступит тот день, когда автоматические вычислители, столь быстро, неутомимо и безошибочно выполняющие автоматические действия, смогут имитировать невычислительные процессы, свойственные человеческому мышлению, в том числе восприятие и обучение, распознавание образов, понимание повседневной речи и письма, принятие решений в неопределенных ситуациях, когда известны не все факты. Именно таким образом «заочно» формировался своего рода «социальный заказ» на разработку систем ИИ.

В общем исследователей ИИ, работающих над созданием мыслящих машин, можно разделить на две группы. Одних интересует чистая наука и для них компьютер – лишь инструмент, обеспечивающий возможность экспериментальной проверки теорий процессов мышления. Интересы другой группы лежат в области техники: они стремятся расширить сферу применения компьютеров и

облегчить пользование ими. Многие представители второй группы мало заботятся о выяснении механизма мышления – они полагают, что для их работы это едва ли более полезно, чем изучение полета птиц и самолетостроения.

В настоящее время, однако, обнаружилось, что как научные так и технические поиски столкнулись с несоизмеримо более серьезными трудностями, чем представлялось первым энтузиастам. На первых порах многие пионеры ИИ верили, что через какой-нибудь десяток лет машины обретут высочайшие человеческие таланты. Предполагалось, что преодолев период «электронного детства» и обучившись в библиотеках всего мира, хитроумные компьютеры, благодаря быстрдействию, точности и безотказной памяти постепенно превзойдут своих создателей-людей. Сейчас мало кто говорит об этом, а если и говорит, то отнюдь не считает, что подобные чудеса не за горами.

На протяжении всей своей короткой истории исследователи в области ИИ всегда находились на переднем крае информатики. Многие ныне обычные разработки, в том числе усовершенствованные системы программирования, текстовые редакторы и программы распознавания образов, в значительной мере рассматриваются на работах по ИИ.

Несмотря на многообещающие перспективы, ни одну из разработанных до сих пор программ ИИ нельзя назвать "разумной" в обычном понимании этого слова. Это объясняется тем, что все они узко специализированы; самые сложные экспертные системы по своим возможностям скорее напоминают дрессированных или механических кукол, нежели человека с его гибким умом и широким кругозором. Даже среди исследователей ИИ теперь многие сомневаются, что большинство подобных изделий принесет существенную пользу. Немало критиков ИИ считают, что такого рода ограничения вообще непреодолимы.

К числу таких скептиков относится и Хьюберт Дрейфус, профессор философии Калифорнийского университета в Беркли. С его точки зрения, истинный разум невозможно отделить от его человеческой основы, заключенной в человеческом организме. "Цифровой компьютер - не человек, говорит Дрейфус. - У

компьютера нет ни тела, ни эмоций, ни потребностей. Он лишен социальной ориентации, которая приобретается жизнью в обществе, а именно она делает поведение разумным. Я не хочу сказать, что компьютеры не могут быть разумными. Но цифровые компьютеры, запрограммированные фактами и правилами из нашей, человеческой, жизни, действительно не могут стать разумными. Поэтому ИИ в том виде, как мы его представляем, невозможен".

Попытки построить машины, способные к разумному поведению, в значительной мере вдохновлены идеями профессора Норберта Винера, который помимо математики обладал широкими познаниями в других областях, включая нейропсихологию и медицину.

Винеру и его сотруднику Джулиану Бигелоу принадлежит разработка принципа "обратной связи", который был успешно применен при разработке нового оружия с радиолокационным наведением. Принцип обратной связи заключается в использовании информации, поступающей из окружающего мира, для изменения поведения машины

В дальнейшем Винер разработал на принципе обратной связи теории как машинного так и человеческого разума. Он доказывал, что именно благодаря обратной связи все живое приспосабливается к окружающей среде и добивается своих целей. "Все машины, претендующие на "разумность",- писал он, - должны обладать способностью преследовать определенные цели и приспосабливаться, т.е. обучаться". Созданной им науке Винер дает название кибернетика, что в переводе с греческого означает искусство управления кораблем.

Следует отметить, что принцип "обратной связи", введенный Винером, был предугадан Сеченовым в явлении "центрального торможения" в "Рефлексах головного мозга" (1862 г.) и рассматривался как механизм регуляции деятельности нервной системы.

В течение 1943 года Маккалох в соавторстве со своим 18-летним протеже, блестящим математиком Уолтером Питтсом, разработал теорию деятельности головного мозга. Эта теория и являлась той основой, на которой сформирова-

лось широко распространенное мнение, что функции компьютера и мозга в значительной мере сходны.

В середине 1958 г. Фрэнком Розенблаттом была предложена модель электронного устройства, названного им перцептроном, которое должно было имитировать процессы человеческого мышления. Перцептрон должен был передавать сигналы от "глаза", составленного из фотоэлементов, в блоки электромеханических ячеек памяти, которые оценивали относительную величину электрических сигналов. Эти ячейки соединялись между собой случайным образом в соответствии с господствующей тогда теорией, согласно которой мозг воспринимает новую информацию и реагирует на нее через систему случайных связей между нейронами

В литературе встречается значительное число признаков, которыми должна обладать задача, чтобы применение НС было оправдано и НС могла бы ее решить:

- отсутствует алгоритм или не известны принципы решения задач, но накоплено достаточное число примеров;
- проблема характеризуется большими объемами входной информации;
- данные неполны или избыточны, зашумлены, частично противоречивы.

Таким образом, НС хорошо подходят для распознавания образов и решения задач классификации, оптимизации и прогнозирования.

Банки и страховые компании:

автоматическое считывание чеков и финансовых документов;

проверка достоверности подписей;

прогнозирование изменений экономических показателей.

Военная промышленность и авиация:

обработка звуковых сигналов (разделение, идентификация, локализация, устранение шума, интерпретация);

обработка радарных сигналов (распознавание целей, идентификация и локализация источников);

обработка инфракрасных сигналов (локализация);

автоматическое пилотирование.

Биомедицинская промышленность:

анализ рентгенограмм;

обнаружение отклонений в ЭКГ;

анализ реограмм.

Нейронные сети – основные понятия и определения

В основу искусственных нейронных сетей положены следующие черты живых нейронных сетей, позволяющие им хорошо справляться с нерегулярными задачами:

- простой обрабатывающий элемент - нейрон;
- очень большое число нейронов участвует в обработке информации;
- один нейрон связан с большим числом других нейронов (глобальные связи);
- изменяющиеся по весу связи между нейронами;
- массивная параллельность обработки информации.

Прототипом для создания нейрона послужил биологический нейрон головного мозга. Нейронная сеть представляет собой совокупность большого числа сравнительно простых элементов – нейронов, топология соединений которых зависит от типа сети. Чтобы создать нейронную сеть для решения какой-либо конкретной задачи, необходимо выбрать, каким образом следует соединять нейроны друг с другом.

Переходя к собственно медицинским проблемам ИИ О.К. Тихомиров выделяет три позиции по вопросу о взаимодействии медицины и искусственного интеллекта.

1) "Мы мало знаем о человеческом разуме, мы хотим его воссоздать, мы делаем это вопреки отсутствию знаний"- эта позиция характерна для многих зарубежных специалистов по ИИ.

2) Вторая позиция сводится к констатации того же факта, причем в качестве причины указывается отсутствие адекватных методов. Решение видится в моделировании тех или иных интеллектуальных функций в работе машин.

Иными словами, если машина решает задачу ранее решавшуюся человеком, то знания, которые можно почерпнуть, анализируя эту работу и есть основной материал для построения психофизиологических теорий.

3) Третья позиция характеризует исследования в области искусственного интеллекта и медицины как совершенно независимые. В этом случае допускается возможность только использования медицинских знаний в плане психологического обеспечения работ по ИИ.

Но и работы по искусственному интеллекту тоже влияют на развитие медицины.. В качестве первого результата можно выделить появление новой области психологических исследований, а именно, сравнительные исследования того, как одни и те же задачи решаются человеком и машиной. Возникают понятия компьютерной метафоры и информационной парадигмы.

Уже первые работы по искусственному интеллекту показали, что не только область решения задач затрагивается сопоставительными исследованиями, но и проблема мышления в целом. Только под влиянием разработки ИИ возникла потребность в уточнении критериев "творческих" и "нетворческих" процессов.

Более того, исследования восприятия и исследования памяти также находятся под сильным влиянием машинных аналогий (монография Р.Клацки).

Новая психологическая теория поведения (исследования Д. Миллера К.Прибрама Ю.Галантера) построена на результатах этих работ.

Но специфику человеческой мотивационно-эмоциональной регуляции деятельности составляет использование не только константных, но и ситуативно возникающих и динамично меняющихся оценок, существенно также различие между словесно-логическими и эмоциональными оценками. В существовании потребностей и мотивов видится различие между человеком и машиной на уровне деятельности. Этот тезис повлек за собой цикл исследований, посвященных анализу специфики человеческой деятельности. Так в работе Л.П.Гурьевой показана зависимость структуры мыслительной деятельности при решении творческих задач от изменения мотивации.

Информационная теория эмоций Симонова в значительной степени питается аналогиями с работами систем ИИ.

Таким образом все три традиционные области психологии - учения о познавательных, эмоциональных и волевых процессах оказались под влиянием работ по ИИ, что по мнению О.К.Тихомирова привело к оформлению нового предмета психологии – как наука о переработке информации.

Таким образом роль взаимодействие между исследованиями искусственного интеллекта и медициной можно охарактеризовать как плодотворный диалог, позволяющий если не решать то хотя бы научиться задавать вопросы как высокого философского уровня – «Что есть человек?», так и более прагматические.

2.4. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Тема 1. Предмет и задачи социальной медицины как отрасли современной науки

Категория «общественное здоровье». Общественное здоровье как предмет социальной медицины. Задачи социальной медицины. Субъекты общественного здоровья. Социальная медицина: взаимосвязь и взаимоотношения.

Тема 2. Истоки социальной медицины. Становление основных понятий. Медицина и общество в контексте социальных процессов

Спартанский опыт решения проблем общественного здоровья. Идеи Гиппократов. Книга исцеления Ибн Сина (Авиценна). Карл Ясперс: от «Общей психопатологии» к философии и социальной медицине. «Социальная гигиена» А. Гротьяна и «советская гигиена» Н.А. Семашко. Первый институт социальной медицины. Национально-культурные особенности становления института социальной медицины в России.

Тема 3. Концепция социально-медицинского развития населения

Социальная медицина в системе социальной работы. Концепция социального здоровья населения Российской Федерации.

Тема 4. Правовые основы медико-социальной помощи населению

Основные принципы охраны здоровья граждан. Права граждан в области охраны здоровья. Правовая база охраны здоровья граждан России. Права граждан при оказании медико-социальной помощи населению. Права отдельных групп населения на оказание медико-социальной помощи.

Тема 5. Основные характеристики здоровья населения

Заболеваемость населения (общая, госпитальная, с временной утратой трудоспособности, инфекционная, неэпидемиологическая, генетическая). тенденции заболеваемости. Демография как наука о населении. Статика и динамика населения. Рождаемость, смертность, младенческая смертность, причины смерти. Роль социальных факторов в воспроизводстве населения.

Инвалидность. Причины. Критерии. Группы инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.

РАЗДЕЛ II. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тема 6. Система здравоохранения в Российской Федерации

Понятие «система здравоохранения». Управление здравоохранением. Источники финансирования здравоохранения в РФ. Номенклатура лечебно-профилактических учреждений.

Поликлиника. Стационар. Состояние здоровья женщин и детей. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям

Тема 7. Профилактика заболеваний как основополагающий принцип охраны здоровья населения

Виды профилактики: первичная, вторичная, третичная. Индивидуальная и общественная профилактика. Профилактическая направленность медико-социальной работы.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения как государственная задача. Санитарное законодательство.

Тема 8. Формирование ЗОЖ

Здоровый образ жизни как основа индивидуальной профилактики. Понятие и сущность ЗОЖ. Основы формирования ЗОЖ.

Тема 9. Методы и средства гигиенического воспитания

Определение санитарного просвещения. Методы и средства пропаганды в санитарном просвещении (устной, печатной, изобразительной пропаганды).

Тема 10. Социально-гигиенические и эпидемиологические аспекты основных заболеваний населения

Заболевания сердечно-сосудистой системы: эпидемиология, медико-социальные аспекты. Профилактика.

Болезни органов дыхания: эпидемиология, медико-социальные аспекты.

Острые сосудистые заболевания головного мозга. Классификация. Эпидемиология. Основные подходы к профилактике.

Онкология. Медицинские и социальные аспекты онкологических заболеваний. Подходы к профилактике.

3. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

3.1. СОДЕРЖАНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Во время самостоятельной работы основной упор делается на изучение студентами содержания нормативно-правовой документации.

Самостоятельная работа студентов включает следующие виды работ:

- знакомство с периодическими изданиями;
- знакомство с научно-практической и методической литературой;
- работа с нормативно-правовой литературой;
- знакомство с зарубежным опытом работы по вопросам организации социальной медицины.

Контроль самостоятельной работы студентов включает:

- текущие контрольные задания на семинарских занятиях по итогам лекции, семинара;
- защита рефератов и докладов;
- тестирование и т.п.

3.2. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1 семестр

1. Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.
2. Заболеваемость населения и методы его изучения.
3. Временная и стойкая утрата трудоспособности. Действующие документы и порядок их оформления.
4. Пути решения проблемы трудоустройства инвалидов.
5. Этика и деонтология в работе с больным человеком.
6. Социальная дезадаптация как основа социальных конфликтов и массовых болезней.
7. Страхование медицина, основные задачи и принципы ее функционирования.

8. Красный Крест и Красный Полумесяц, его структура, задачи и организация работы.
9. Российская и американская модели организации здравоохранения, есть ли между ними сходства и различия?
10. Противоречие и единство феноменов здоровья и болезни?
11. Что такое 3-е состояние, какие причины его вызывают?
12. Сущность и основные задачи социальной гигиены.
13. Принципы социальной гигиены и здравоохранения.
14. Организация здравоохранения в Российской Федерации.
15. Заболеваемость населения и методы его изучения.
16. Значение экологического фактора в развитии патологических состояний у человека.
17. Санитарно-профилактические мероприятия по предупреждению и ликвидации загрязнения внешней среды.
18. Профессиональная вредность и профессиональные заболевания.
19. Что такое школьная гигиена? Какие существуют гигиенические требования к школьным помещениям?
20. Гигиеническое значение жилища в возникновении и распространении инфекционных заболеваний среди населения.
21. Охрана здоровья детей школьного возраста как важнейшая социально-медицинская проблема.
22. Водные эпидемии.
23. Организация санитарно-эпидемиологической службы в РФ.
24. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Республике Татарстан.
25. Основные принципы профилактики инфекционных заболеваний.
26. Система государственного санитарного надзора по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия страны.
27. Туберкулез как социально-медицинская проблема.
28. Острые респираторные вирусные инфекции, их краткая характеристика и профилактика.

29. Особо опасные и карантинные инфекции, их краткая характеристика.
30. Эпидемиологическая характеристика основных заболеваний органов дыхания - заболеваемость, смертность, инвалидизация среди различных групп населения.
31. Проблемы организации профилактики заболеваний органов дыхания в Татарстане.

2 семестр

1. Социально-гигиенические и эпидемиологические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний. Сущность и основные задачи реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Организация реабилитации больных в Татарстане.
2. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактика.
3. Организация реабилитации больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта в Татарстане.
4. Организация рационального сбалансированного питания.
5. Организация реабилитации больных с заболеваниями позвоночника и суставов.
6. Травматизм как медико-социальная проблема.
7. Злокачественные заболевания - социальная катастрофа.
8. Организация реабилитации онкобольных в Татарстане.
9. Деонтология и этика социального работника в общении с больным ВИЧ-инфекцией.
10. Социальная защита ВИЧ-инфицированных и членов их семей.
11. Меры профилактики непланируемой беременности. Современные методы контрацепции
12. Профилактика мужского и женского бесплодия.
13. Охрана здоровья беременных женщин и новорожденных.
14. Аборт как социальная проблема.
15. Заболеваемость и смертность детей - важнейшая социально-медицинская проблема.

16. Организация работы детских реабилитационных центров в России и за рубежом.
17. Медико-социальные проблемы семьи.
18. Наследственные заболевания - важнейшая социально-медицинская проблема
19. Организация реабилитации больных детей с отклонениями умственного развития.
20. Стресс как причина психосоматических заболеваний.
21. Социально-правовая помощь больным психиатрического профиля.
22. Законодательство о психиатрической помощи.
23. Социально-правовая помощь больным психиатрического профиля.
24. Проблема социальной адаптации психически больных людей.
25. Психические расстройства - болезни цивилизации.
26. Распространенность психических заболеваний в России и Татарстане.
27. Принципы организации медицинской помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.
28. Социальная работа с семьями больных алкоголизмом.
29. Проблемы валеологии в социальной работе.
30. Вредные привычки и их социальная значимость.
31. Технологии личного ортобиоза.
32. Роль социального работника в создании системы, формирующей здоровый образ жизни.

3.3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕФЕРАТУ (ОНИ ЖЕ ЯВЛЯЮТСЯ КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕННОЙ РАБОТЫ)

Оформление:

1. Титульный лист: указать наименование учреждения, кафедру (на которую сдается работа), тему, исполнителя и руководителя, город и год.

2. План: соблюдение трехзвенной структуры(введение, основная часть, заключение) и однотипности плана (хронологический или описательный).
3. Текст: соблюдение формата (А 4), наличие полей, ссылок на источник и сносок, указание пунктов плана в тексте, аккуратность и отсутствие грамматических ошибок.
4. Приложение: наличие таблиц, карт, схем, графиков и других средств, наглядно поясняющих содержание, оформленных соответствующим образом.
5. Список литературы: алфавитный, по мере использования или, при различных видах источников, систематический (литература располагается в следующей последовательности: источники, дополнительная литература, и т.д).

Содержание:

6. Работа должна быть написана в научном или научно - популярном стиле.
7. Объем реферативной работы должен быть не менее 15 -20 листов (лист = 1 страница текста с одной стороны листа, другая сторона остается чистой).
8. Использование нескольких источников (документальные источники, первоисточники), самостоятельный поиск дополнительной литературы (преимущественно монографического характера).
9. Изложение темы должно соответствовать плану, целесообразность включения каждого вопроса рассматривается отдельно.
- 10.Тема раскрыта полностью: прослеживается логичность изложения, отсутствие плагиата и исторических погрешностей.
- 11.Наличие собственных оценок и выводов, в работе должно проявиться творчество и собственные мысли автора - наравне с цитатами из работ теоретиков и практиков, разрабатывающих данную тему.

12. Обоснование актуальности темы, ее новизны, степени разработанности, различные теоретические подходы и т.п.; подведение итогов ее изучения.

Глубокое раскрытие темы:

13. Использование новейшей литературы, в том числе и материалов Интернет.

14. Рассмотрение нескольких мнений, позиций, концепций.

15. Опровержение противоположных точек зрения, доказательность и обоснованность аргументов.

16. Использование знаний из дополнительных источников.

17. Отражение собственной позиции и отношения к теме.

3.4. ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Правовые основы здравоохранения.

2. Основные показатели здравоохранения Амурской области.

3. Основные показатели здравоохранения России.

4. Международное сотрудничество в области охраны здоровья населения. Деятельность ВОЗ.

5. Влияние физических, биологических и социальных факторов на индивидуальное и общественное здоровье.

6. Понятие о демографии и демографической политике, основные направления в разных странах.

7. Международная классификация болезней, травм и причин смерти, принципы построения, значение в практической деятельности врача.

8. Алкоголизм как медико-социальная проблема.

9. Наркомания и токсикомания как медико-социальная проблема.

10. Туберкулез как медико-социальная проблема.

11. Инфекции, передаваемые половым путем.

12. Современные проблемы ВИЧ-инфекции и СПИДа.

13. Медико-социальные аспекты онкологических заболеваний.

14. Медико-социальные аспекты болезней системы кровообращения.
15. Травматизм как медико-социальная проблема.
16. История развития профилактик в медицине и здравоохранении.
17. Здоровый образ жизни и его формирование.
18. Методы и средства гигиенического обучения.
19. Организация экспертизы стойкой утраты трудоспособности. Бюро МСЭ, структура, задачи.
20. Никотинизм и его профилактика.

3.5. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО КУРСУ

Основная

1. Социальная работа. Учебное пособие. - Ростов н/Д:»Феникс», 2003.
2. Технология социальной работы: Учебник /Под общ. ред. Е.И. Холостовой. - М.: ИНФРА – М.: ИНФРА-М, 2001.
3. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. - М.: СВЕТОЧ, 2002.

Дополнительная

1. Альперович В.Д. Социальная геронтология. - Ростов н/Д, 1997.
2. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2000. - № 4. - С. 20-27.
3. Баранова Т. О геронтологической помощи учреждениями социальной защиты населения // Социальное обеспечение. - 2003. № 3. - С. 7-11.
4. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. 2-е изд. испр. и доп. - СПб.: «Невский диалект», 2000.
5. Больница и социальная работа // Энциклопедия социальной работы. В 3-х томах. Т.1: Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.
6. В.С. Ершов, А.Т. Белянва Санитарное просвещение: Учебник. - М.: Медицина, 1982. - 144 с.

7. Вербин Н.Н., Черничкина В.А. Социально-психологические проблемы инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 2. - С. 31-34.
8. Геронтологический центр в Сибири // Социальное обеспечение. - 2003. № 5. - С.15-18.
9. Дадаева О.А., Скляренко Р.Т., Травникова Н.Г. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 3. - С. 10-13.
10. Дементьева Н.Ф., Рязанов Д.П., др. Характеристика социальных работников и их деятельности по обслуживанию пожилых людей на дому в Липецкой области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. _ № 1. - С. 54-56.
- 11.Здравоохранение США // Энциклопедия социальной работы. В 3-х томах. Т.1: Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.
12. Зубкова Т.С., Тимошина Н.В. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи. М.: Академия, 2003 – 224 с.
- 13.Иванова Е.Б. Как помочь наркоману. «Комплект», - СПб., 1997.
- 14.Козлов А.А. Социальная работа за рубежом. - М.: Флинта, 1998.
- 15.Конституция Российской Федерации. – м.: Юность 1997.
16. Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года // Бюллетень Министерства труда и социального развития Российской Федерации, 2001, № 10.
17. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года.
- 18.Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг. и план мероприятий по ее реализации. - М., 2000.

19. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - № 3. - С.7-13.
20. Малюков, Н.И. Структура детской инвалидности вследствие врожденных пороков развития / Н.И. Малюков, Л.Е. Азанова, И.Т. Черных // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №1. - С.45-47. - Библиогр.: 4 назв.
21. Медико-социальная работа / Российская энциклопедия социальной работы. - М., 1997.
22. О проблемах общения с родителями онкологически больных детей. Дата последнего обращения – 22.04.2003. <<http://medi.ru/04003.htm>>.
23. О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста: Приказ Минздрава России № 154 от 05.05.99 г. // Медицинская газета, 2002, № 3, с.9.
24. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон РФ № 124-ФЗ от 24 июня 1998 г. // Вестник образования. 1998. № 8. с.26-40.
25. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок.-М.: ИНФРА-М, 2000.- 368 с.
26. Основы социально-медицинской работы. Учебное пособие. /Под редакцией Е.А. Сигида. Выпуск 1. - М.: ГАСБУ, 1998. - 256 .
27. Педиатру-онкологу: Что необходимо знать о психике онкологически больного ребенка / Под ред. президента НАДПП А.А.Северного. <<http://www.doctor.ru/onkos/mop/books54.htm>>. Дата последнего обращения – 22.04.2003.
28. Постановление от 25 ноября 1995 года № 1151 « О федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания (в ред. постановления правительства РФ от 17.04.2002. № 244.

29. Приказ МЗ РФ от 20 сентября 1993 г. № 222 «О мерах по реализации основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» - М., 1993.
30. Приказ МЗ РФ от 28 июля 1999 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации».
31. Приказ МЗ РФ от 5 мая 1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
32. Приказ Минздравмедпрома России «О психиатрической и психотерапевтической помощи» от 30 октября 1995 г. № 294.
33. Приложение к постановлению Минтруда России от 27 июля 1999 г. № 32 «Методические рекомендации по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Комплексный центр социального обслуживания».
34. Приложение № 1 к приказу МЗ России от 5 мая 1999 г. № 154 «Инструкция об организации амбулаторно-поликлинической помощи детям подросткового возраста».
35. Приложение № 2 к приказу МЗ России от 28 июля 1999 г. № 297 «Положение об организации деятельности гериатрического центра»
36. Приложение № 2 к приказу МЗ России от 5 мая 1999 г. № 154 «Инструкция об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения».
37. Приложение № 3 к приказу МЗ России от 28 июля 1999 г. № 297 «Положение об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)».
38. Приложение № 4 к приказу МЗ России от 28 июля 1999 г. № 297 «Положение об организации деятельности отделения медико-социальной помощи».
39. Принцип активизации в социальной работе. - М., 1997.

40. Профилактика социальной патологии среди детей и подростков. - Благовещенск, 2002.
41. Проценко, А.С. основные направления медико-социальной реабилитации инвалидов в региональных целевых программах / А.С. Проценко, Е.Г. Свистунова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №2. - С.18-21.
42. Психологические проблемы, возникающие во время болезни и после нее. <<http://www.doctor.ru/onkos/consult/psiholog1.htm>>. Дата последнего обращения – 22.04.2003.
43. Рак в детском возрасте. Дата последнего обращения – 22.04.2003. <<http://www.doctor.ru/onkos/mop/care5.htm>>.
44. Российская энциклопедия социальной работы. В 2 т. / Под ред. А.М. Панова. М.: Наука, 1997.
45. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2-х томах. Т.1./ Ю.П. Лисицын, Е.Н. Шиган, И.С. Случанко и др. Под ред. Ю.П. Лисицына. - М.: Медицина, 1987. - С. 131-200, 278-344.
46. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2-х томах. Т.2. /Е.А. Логинова, В.Л. Дерябина, Н.Я. Копыт и др. Под ред. Ю.П. Лисицына. М.: Медицина, 1987. - С. 110-355, 356-378, 418-439.
47. Свистунова Е.Г. Медико-социальная реабилитация инвалидов: организационно-правовые основы в субъектах Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 2. - С. 54-56.
48. Свистунова, Е.Г. Медико-социальная реабилитация инвалидов: организационно-правовые основы в субъектах Российской Федерации / Е.Г. Свистунова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №2. - С.54-56.

49. Свистунова, Е.Г. Медико-социальная реабилитация инвалидов: профессиональные аспекты / Е.Г. Свистунова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №2. - С.6-12.
50. Свистунова, Е.Г. Направления развития региональной правовой базы в сфере медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов / Е.Г. Свистунова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №1. - С.3-7.
51. Семейный кодекс Российской Федерации. – М.: Проспект. 1999.
52. Семья: XXI век. Проблемы формирования региональной семейной политики / Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. - 2002. - № 11 (167). - С. 73.
53. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И. Холостовой. М.: Юрист, 2000. – 424 с.
54. Современное общество и личность в социологии жизненных сил человека. Т.1 Жизненные силы человека основы формирования социологической концепции / под ред. С.М. Григорьева, Л.Д. Деминой. Барнаул, 1999.
55. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова и др. Под редакцией Ю.П. Лисицына. - М.: 1999. - С.25-157, 185-201, 233-252, 321-442, 554-568, 569-617, 618-641.
56. Социальная работа /под ред. проф. В.И. Курбатова.- Ростов н/Д: "Феникс", 2000.- 576 с.
57. Социальная работа: понятия и определения (глоссарий) / Сост. В.А. Румянцев. М.: СОТИС, 2002. – 64 с.
58. Социальная работа: теория и практика. / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. М., 2001. – 421 с.
59. Социальное страхование в России и за рубежом. - 1997.
60. Старобина, Е.М. Специфика формирования индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов / Е.М. Старобина, К.А. Камен-

- ков, В.Я. Щебетыха // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №1. - С.12-15. - Библиогр.: 4 назв.
61. Степин, В.М. Практика применения действующего законодательства по определению степени утраты профессиональной работоспособности пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Кемеровской области / В.М. Степин, М.Н. Сергеев // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №2. - С.48-50.
62. Теория и методика социальной работы / Под ред. И.Г. Зайнышева. М.: МГСУ, 1994 г., - Ч.1.
63. Теория и методика социальной работы / Под ред. П.Д. Павленка. М.: ГАСБУ, 1993 г., - Вып.1; 1995 г., - Вып.2.
64. Теория и методика социальной работы. / Отв. ред. П.Д. Павленко. М., 1995. – 233 с.
65. Теория социальной работы. Учебное пособие для вузов. - М. ГИЦ ВЛАДОС. -МГСУ.-2000.-431с.
66. Теория управления / Ред. А.Л. Гапоненко и А.П. Панкрухин. М.: Изд-во РАГС, 2003. – 559 с.
67. Тетерский С.В. Введение в социальную работу. М.: ИНФРА-М, 2000. – 496 с.
68. Технология социальной работы / Под общ. ред. Е.И. Холостовой. М.: ИНФРА-М, 2001. – 400 с.
69. Толковый словарь по управлению. М.: Словари, 1995. – 225 с.
70. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ // СЗ РФ. 1995 № 50. СТ.4872.
71. Шац И.К. Проблема психологической поддержки семей, имеющих детей с онкологическими заболеваниями. Дата последнего обращения – 22.04.2003. <<http://deton.blood.ru/psych.home.htm>>.

72. Экономика и организация медицинского страхования: Учебник. Под редакцией Т.Е. Гварлиани. - Хабаровск, 1995. - 275 с.
73. Энциклопедия социальной работы в 3-х томах. Т 1. Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. - 480 с.

4. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ (ПРОВЕРОЧНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ)

4.1. Входящий контроль

Инструкция: Дайте развернутый ответ на поставленные вопросы.

1. Дайте определение понятию «здоровье»
2. Назовите основные виды здоровья.
3. Перечислите основные факторы, влияющие на состояние социального здоровья.

4.2. Текущий контроль (тестовые задания)

Инструкция: Выберите один правильный, на ваш взгляд, из нижепредложенных ответов к вопросам.

1. Социальное здоровье общества – это наука:

- а) изучающая воздействие социальных условий на здоровье населения;
- б) изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения;
- в) воздействие социальных условий и факторов на здоровье населения.

2. Наука – социальное здоровье общества изучает здоровье:

- а) отдельных индивидуумов;
- б) отдельных коллективов и социальных групп населения;
- в) коллективов, социальных групп населения; здоровья общества в целом.

3. Здоровье – это:

- а) отсутствие болезней, физических дефектов, нарушения функций организма;
- б) состояние физического, духовного и социального благополучия;
- в) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не полное отсутствие дефектов и физических дефектов.

4. Здоровье населения характеризуется следующими показателями:

а) медико-демографическими; заболеваемости; индивидуальности; физического развития населения;

б) заболеваемости и инвалидности;

в) медико-демографическими и физического развития.

5. Основными методами исследования в социальной медицине являются:

а) статистический; исторический; экономический;

б) социологический; метод экспертных оценок;

в) статистический; исторический; экономический; метод экспертных оценок; экспериментальный.

6. Демография – наука о:

а) населении, о закономерности воспроизводства населения и их социально-экономической обусловленности;

б) о народонаселении в его общественном развитии;

в) о воспроизводстве населения.

7. Статистическое изучение населения ведется в направлениях:

а) статика населения;

б) динамика населения;

в) статика и динамика населения.

8. Состав населения изучается по ряду основных признаков:

а) распределение по полу и возрасту;

б) распределение по социальной и профессиональной принадлежности;

в) семейному положению, национальности, месту жительства.

9. Динамика населения включает в себя изучение:

а) движение населения, изменения его количества, которое может происходить в результате механического, социального и естественного движения;

б) изменения количества населения в результате миграции;

в) изменения количества населения в результате естественного движения.

10. К методам, позволяющим изучать демографические события, относят:

- а) переписи населения;
- б) текущий учет ряда демографических явлений (рождение, смерть и т.д.);
- в) переписи населения; текущий учет ряда демографических явлений; выборочные исследования.

11. Принципы переписи населения были разработаны:

- а) Н.А. Семашко и З.П. Соловьевым;
- б) П.П. Семеновым-Тянь-Шанским;
- в) А.Ф. Серенко.

12. Общий коэффициент рождаемости показывает:

- а) число родившихся живыми за год на 1000 населения;
- б) число родившихся за год на 1000 населения;
- в) число родившихся за год на 10000 населения.

13. Под общим показателем смертности понимается:

- а) число умерших в течение года на 10000 населения;
- б) число умерших в течение года на 1000 населения;
- в) число умерших на 1000 населения.

14. Заболеваемость или собственно заболеваемость – это:

- а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных среди населения заболеваний;
- б) совокупность впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний;
- в) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний.

15. Патологическая пораженность – это:

- а) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний;
- б) совокупность впервые в данном году выявленных заболеваний;
- в) заболеваемость по медицинским осмотрам.

16. Инвалидность – это:

а) длительная или постоянная потеря трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного хроническим заболеванием или травмой;

б) длительная потеря трудоспособности, вызванная хроническим заболеванием;

а) длительная потеря трудоспособности, вызванная травмой.

17. Основными задачами учреждений МСЭ являются:

а) определение факта инвалидности, группы инвалидности, причин инвалидности и прогноза;

б) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;

в) все вышеперечисленное.

18. К учреждениям первичной медико-социальной помощи относятся:

а) амбулаторно-поликлинические учреждения;

б) женская консультация, учреждения родовспоможения;

в) амбулаторно-поликлинические учреждения; женская консультация, учреждения родовспоможения; учреждения Госсанэпиднадзора; учреждения скорой и неотложной медицинской помощи.

19. Назовите основные принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи:

а) участковость; массовость; общедоступность;

б) участковость; массовость; профилактическая направленность;

в) участковость; массовость; профилактическая направленность; профессионализм врачей и среднего медперсонала.

20. Профилактика болезней – это:

а) предупреждение болезней, рецидивов болезней, осложнения болезней;

б) устранение отрицательных факторов риска заболеваний и развитие положительных факторов, способствующих здоровью;

в) совокупность научных знаний и практических навыков, социальных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоро-

вья каждого человека, коллективов и отдельных групп, населения в целом, и на предотвращение неблагоприятных последствий для их здоровья.

4.3. Итоговый контроль (вопросы к зачету)

1. Социальная медицина. Определение, предмет и задачи социальной медицины как отрасли современного научного знания.
2. История развития социальной медицины. Египет времен фараона Этанатона.
3. Гиппократ и его время. Спартанский опыт решения проблем общественного здоровья.
4. Ибн Сина (Авицена).
5. Карл Ясперс: от «Общей психопатологии» к философии и социальной медицине.
6. «Социальная гигиена» А. Гротьяна и «советская гигиена» Н.А. Семашко.
7. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (основные положения).
8. Правовые основы здравоохранения. Современное законодательство в области охраны здоровья граждан.
9. Основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
10. Права граждан в области охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи.
11. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья.
12. Определение здоровья граждан и организация охраны их здоровья.
13. Права пациента в области охраны здоровья.
14. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации.
15. Номенклатура учреждений здравоохранения в Российской Федерации.

16. Основные показатели здравоохранения Амурской области.
17. Международное сотрудничество в области охраны здоровья населения. Деятельность всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).
18. Современные модели здравоохранения.
19. Общественное здоровье: определение, основные показатели.
20. Общественное здоровье: методы изучения и анализа.
21. Влияние физических, биологических и социальных факторов на индивидуальное и общественное здоровье.
22. Понятие о демографии и демографической политике, основные направления в различных странах.
23. Демографическая статистика, содержание, показатели, значение для оценки здоровья населения.
24. Статика населения, методы изучения, значение для здравоохранения.
25. Динамика населения. Характеристика современных миграционных процессов, их значение для здравоохранения.
26. Естественной движение населения, основные показатели. Современные тенденции в России и других странах.
27. Рождаемость, основные показатели, способы вычисления и анализа; факторы определяющие ее уровни.
28. Смертность населения как социально-гигиеническая проблема, показатели, способы их вычисления и анализа, основные причины и пути снижения.
29. Показатели смертности детей. Младенческая смертность, способы расчета и анализа, основные причины и мероприятия по ее снижению.
30. Понятие о заболеваемости населения, ее основные виды.
31. Методы изучения заболеваемости, источники информации, значение в оценке состояния здоровья.
32. Показатели заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью, способы их вычисления и анализа, регистрационные документы.

33. Заболеваемость по данным медицинских осмотров, методы изучения и анализа, формы учетной медицинской документации.
34. Заболеваемость по данным причинам смерти. Формы учетной медицинской документации.
35. Инфекционная заболеваемость, способы вычисления и анализа показателей, статистические документы.
36. Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями, особенности изучения, организация статистического учета и формы медицинской документации.
37. Госпитализированная заболеваемость, источники изучения, способы вычисления и анализа показателей.
38. Международная классификация болезней, травм и причин смерти, принципы построения, значение в практической деятельности врача.
39. Заболеваемость населения социально-значимыми болезнями и пути профилактики.
40. Алкоголизм как медико-социальная проблема.
41. Наркомания и токсикомания как медико-социальная проблема.
42. Туберкулез как медико-социальная проблема.
43. Инфекции, передаваемые половым путем. Современные проблемы ВИЧ-инфекции и СПИДа.
44. Медико-социальные аспекты онкологических заболеваний.
45. Медико-социальные аспекты болезней системы кровообращения.
46. Травматизм как медико-социальная проблема.
47. Первичная медико-санитарная помощь в системе охраны здоровья населения и перспективы ее развития.
48. Организация амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению. Типы учреждений, задачи.
49. Поликлиника, структура, задачи, основные принципы и организация работы.

50. Организация стационарной медицинской помощи населению. Городская больница, структура, задачи, роль в организации медицинской помощи.
51. Организация государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации.
52. Актуальность профилактического направления в здравоохранении.
53. История развития профилактики в медицине и здравоохранении.
54. Определение профилактики: первичная, вторичная, третичная. Задачи и основные характеристики.
55. Методы реализации первичной профилактики.
56. Методы реализации вторичной профилактики.
57. Методы реализации третичной профилактики.
58. Организационные основы профилактики.
59. Современные проблемы профилактики.
60. Образ жизни, определение, основные элементы.
61. Влияние образа жизни на здоровье населения.
62. Здоровый образ жизни и его формирование.
63. Методы и средства гигиенического воспитания и обучения населения.
64. Метод устной пропаганды.
65. Метод печатной пропаганды.
66. Метод изобразительной пропаганды.
67. Определение понятий «инвалид» и «инвалидность».
68. Причины инвалидности.
69. Определение понятий «здоровье» и «нарушение здоровья».
70. Определение понятий «Социальная защита», «Социальная помощь» и «Социальная поддержка».
71. Определение понятий «Ограничение жизнедеятельности» и «Социальная недостаточность».
72. Определение понятия «Специально созданные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности».

73. Определение понятий «Профессия», «Специальность» и «Квалификация».
74. Виды нарушений основных функций человека.
75. Основные категории жизнедеятельности.
76. Виды нарушений функций организма по степени выраженности.
77. Классификация ограничений жизнедеятельности по степени выраженности.
78. Критерии определения первой группы инвалидности.
79. Критерии определения второй группы инвалидности.
80. Критерии определения третьей группы инвалидности.
81. Критерии для установления группы инвалидности без срока переосвидетельствования.
82. Порядок направления на медико-социальную экспертизу.
83. Порядок проведения медико-социальной экспертизы.
84. Основания для признания гражданина инвалидом.
85. Порядок переосвидетельствования инвалидов.
86. Определение понятий «Реабилитация инвалидов», «реабилитационный потенциал», «Реабилитационный прогноз».
87. Организация экспертизы стойкой утраты трудоспособности. Бюро МСЭ, структура, задачи.
88. Штатный состав бюро медико-социальной экспертизы общего профиля, задачи.
89. Штатный состав бюро медико-социальной экспертизы специального профиля, задачи.
90. Штатные нормативы главного бюро медико-социальной экспертизы и его задачи.

3.4. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ

Оценка степени усвоения обучаемыми знаний в соответствии с требованиями программы осуществляется в виде зачета- незачета. Зачет по курсу ста-

вится, если студент знает основной материал по данному курсу, демонстрирует понимание изученного, умеет применять знания с целью решения практических задач.

Незачет по курсу ставится, если студент демонстрирует отсутствие понимания изученного, отсутствие самостоятельности суждений, отсутствие убежденности в излагаемом материале, отсутствие систематизации и глубины знаний.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1 Цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе	5
2. Содержание дисциплины	6
2.1. Распределение часов курса по темам и видам работ	6
2.2. Федеральный компонент	8
2.3. Тематический план лекционных занятий	8
Тема 1. Предмет и задачи социальной медицины как отрасли современной науки	8
Тема 2. Истоки социальной медицины. Становление основных понятий. Медицина и общество в контексте социальных процессов	17
Тема 3. Концепция социально-медицинского развития населения	26
Тема 4. Правовые основы медико-социальной помощи населению	30
Тема 5. Основные характеристики здоровья населения	41
Тема 6. Система здравоохранения в Российской Федерации	53
Тема 7. Профилактика заболеваний как основополагающий принцип охраны здоровья населения	58
Тема 8. Формирование здорового образа жизни	69
Тема 9. Методы и средства гигиенического воспитания	73
Тема 10. Социально-гигиенический мониторинг состояния здоровья населения	76
Тема 11. Наркомания как социально-медицинская проблема	81
Тема 12. ВИЧ-инфекции и СПИД как медико-социальная проблема	95
Тема 13. Клонирование как медико-социальная проблема	108
Тема 14. Медико-социальные аспекты разработки искусственного интеллекта	124
2.3. Семинарские занятия	132
3. Самостоятельная работа студентов	135
3.1 Содержание самостоятельной работы	135
3.2 Вопросы для самостоятельной работы	135
3.3 Требования к реферату (они же являются критериями оценки выполненной работы)	138
3.4 Примерная тематика рефератов	140
3.5 Рекомендуемая литература по курсу	141

4. Материалы для проверки знаний (проверочные задания по курсу)	148
4.1. Входящий контроль	148
4.2. Текущий контроль (тестовые задания)	148
4.3. Итоговый контроль (вопросы к зачету)	152
4.4. Критерии оценки знаний студентов	156