

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕ-
СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ ИНЖЕНЕРОВ
ИРРИГАЦИИ И МЕХАНИЗАЦИИ СЕЛЬСКОГО
ХОЗЯЙСТВА

КАФЕДРА «ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА»

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ



МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Ташкент 2018

Данное методическое пособие утверждено и рекомендовано к опубликованию решением научно-методического Совета Ташкентского института инженеров ирригации и механизации сельского хозяйства, протокол заседания № 4 от 20 апреля 2018 г.

Методическое пособие составлено на основе рабочей программы по предмету “Здоровый образ жизни” и предназначено для студентов высших учебных заведений и учеников академических лицеев, профессионально-технических колледжей.

Составители: Зав.каф. «Физической культуры и спорта»
М.Н.Норкобилов, стар.преп. З.С.Мирходжаева

Рецензенты: Х.Эгамова к.м.н., доц. каф. «Гуманитарных наук» Юнусабадского АЛ при ТИИИМСХ
Т.Д.Бойтураев к.п.н., доц.

© Ташкентский институт инженеров ирригации и механизации сельского хозяйства 2018 г.

ВВЕДЕНИЕ

Современная эпоха ставит перед человечеством сложные задачи, вытекающие из некоторых тенденций и характерных черт общественного развития. Самая важная и общая тенденция заключается в ускорении темпов развития общества и связанных с ним глобальных изменений. Темпы социальных, экономических, технологических и даже климатических изменений в мире требуют от человека быстрой адаптации и постоянной до и переадаптации к условиям жизни и деятельности.

Неизменная в соответствии с новыми требованиями личность с фиксированными обязанностями, которая в предыдущее время была находкой для общества, в будущем может стать для него непосильным грузом и даже представлять социальную опасность. Если добавить сюда экологические проблемы, растущие темпы прогресса урбанизации, изменения характера трудовых процессов и многое другое, то становится очевидным, что наш современник живет в мире, далеком от тех условий, к которым был когда-то приспособлен. Все это не может не отразиться на психобиологической природе человека. И процесс изменения природы человека уже идет.

Снижение на популяционном уровне функциональных резервов органов, систем, организма в целом, нарушение реактивности и резистентности, процессов саморегуляции, ухудшение качества потомства – вот характерные черты, отличающие наших современников от их предков. Как следствие, изменяется и характер патологии современного человека. Ее характеризуют эпидемии хронических неинфекционных заболеваний, появление новых (СПИД, лихорадка Эбола, так называемая хроническая усталость и другие – всего около тридцати новых нозологических форм, появившихся в последние 20 лет), а также восстановление "старых" заболеваний (туберкулез, малярия и др.). А главное – появились полисиндромные состояния, которые для классической медицины представляют собой проблему.

Возникает ситуация, когда каждый "узкий" специалист абсолютно обоснованно одной и той же личности ставит "свой" диагноз. Накапливается целый букет синдромов, лечение которых не дает существенного эффекта. Таким образом, классическая медицина бессильна перед этими состояниями, а решение проблемы находится в области совершенствования механизмов саморегуляции, расширении физиологических резервов, достижении утраченной гармонии в структуре организма и личности. Очевидно, что мы стоим на пороге радикальных изменений в стратегии здравоохранения. В основе этой стратегии – медицинская психология и валеология, их методологические и практические достижения. Термин "валеология" сейчас известен почти всем. Но мало кто знает его происхождение, историю развития валеологии, ее последние научные достижения и др. Валеология базируется на комплексе знаний, полученных гуманитарными и естественными науками, имеющих отношение к здоровью человека.

По своему объему и значению валеология уже сегодня может сравниться с категориями "физика", "математика" "медицина" и т.п. Валеология стала дифференцироваться на различные направления – медицинская валеология (санология), школьная (педагогическая) и психовалеология. Но, поскольку здоровье – это медико-социальная категория, основы учения о здоровье, методология этого учения были заложены медиками. Педагоги и психологи адаптируют этот базовый материал для своей цели, разрабатывают специфические аспекты науки. Но наибольших успехов в этом достигли представители медицинской валеологии.

1.Цели и задачи изучения дисциплины «Здоровый образ жизни»

1.1.Цели изучения дисциплины «Здоровый образ жизни» :

- Обеспечение здоровья каждого отдельного человека и общества в целом и формирование мотивации к здоровым потребностям.- Подробное объяснение, о сохранении и укреплении здоровья.

1.2.Задачи изучения дисциплины «Здоровый образ жизни» :

-изучение состояния здоровья человека – «паспорт здоровья»;

-изучение всего его окружения и действующих на него факторов;

-восстановление нарушенного состояния здоровья;

-сохранение состояния здоровья;

-изучение методов оздоровления и профилактики;

-изучение механизмов выздоровления;

-изучение причин и механизмов развития донозологических проявлений.

1.3.Для изучения данной дисциплины ученикам необходимо предварительно изучить содержание дисциплины:

-медицина

-физиология

-анатомия

-психология

-социология

-экология.

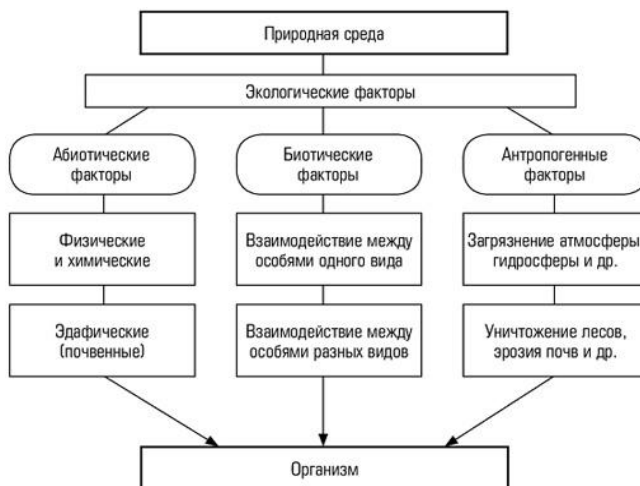
Тема-1. Здоровье - человека. Факторы,действующие на здоровье человека.

Вопросы для обсуждения

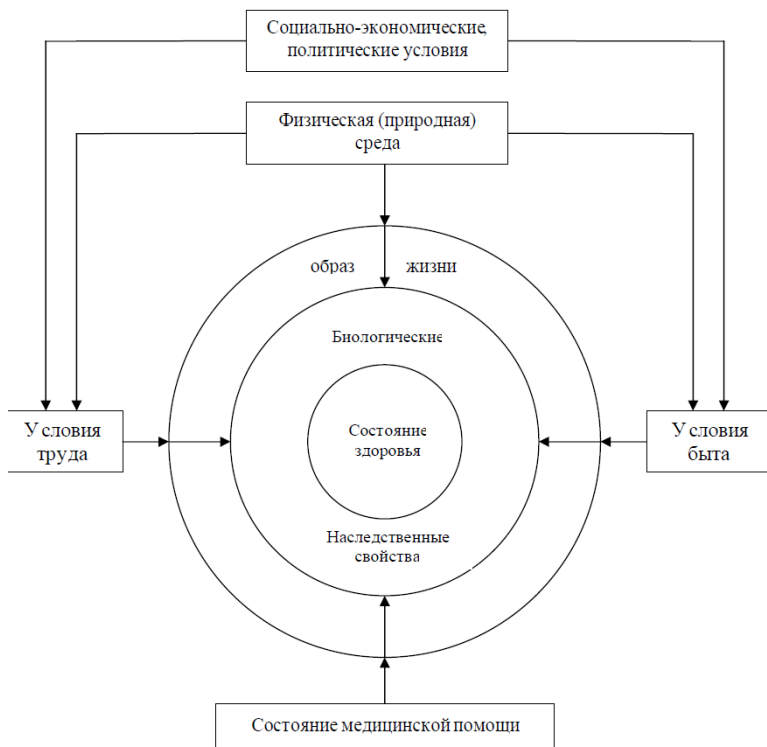
1. Цели изучения дисциплины «Здоровый образ жизни».

2. Образ жизни и факторы, действующие на здоровье человека.
3. Основные законодательные документы по охране здоровья граждан в Узбекистане.
4. Экология и здоровье.
5. Режим дня.

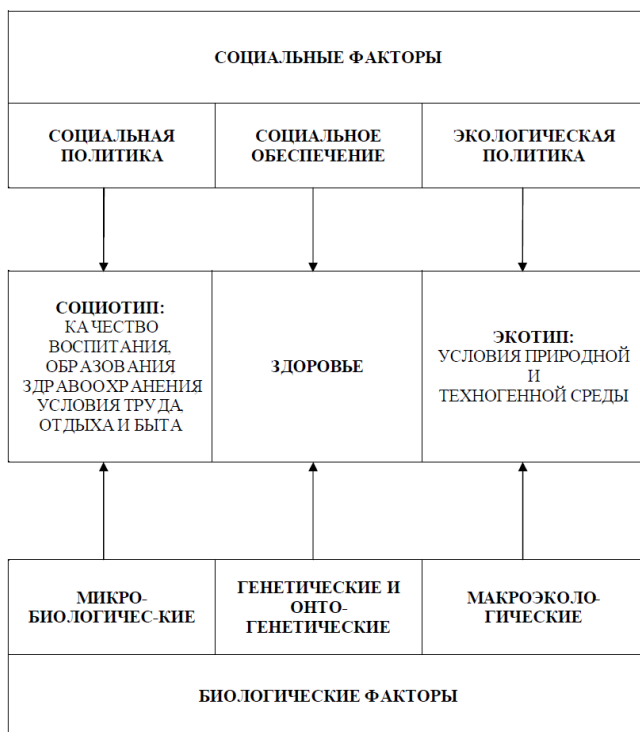
Ключевые слова: здоровье, индивидуальное здоровье, уровень здоровья, культура здоровья, здоровый образ жизни.



Факторы, обслуживающие здоровье



Влияние биологических и социальных факторов на здоровье



Стандарты оптимального и нормального здоровья

Стандарты	Нормальное здоровье	Оптимальное здоровье
Диета	Калорийная; соль, сахар, холестерин, жиры в избытке, недостаток белков и кальция	Оптимальное количество питательных веществ
Физические упражнения	От случая к случаю	Ежедневно
Курение	Обычно	Нет
Алкоголь	Обычно	Нет
Кровяное давление	100/70 – 150/95	90/60 – 120-80
Пульс	60-80	35-55
Холестерин	150-300	125-175
Триглицериды	30-200	30-100
Максимальное потребление O ₂	20-40	40-80

Примеры обычной физической активности для здоровых

Легкая (<3 METs или <4 ккал/мин.)	Умеренная (3,0-6,0 METs или 4-7 ккал/мин.)	Интенсивная (>6 METs или >7 ккал/мин.)
Медленная ходьба (прогулка) (1,6-3,2 км/ч)	Быстрая ходьба (3,2-6,4 км/ч)	Быстрая ходьба в гору или с грузом
Велосипедный тренажер (<50Вт)	Велосипед для удовольствия или транспорта (<16 км/ч)	Велосипед (быстро) (>16 км/ч)
Плавание, медленное	Плавание, умеренные усилия	Плавание, быстрое
Упражнения, улучшающие физическую форму, легкие растяжки	Упражнения, улучшающие физическую форму, общая аэробика Бадминтон, настольный теннис	Упражнения, улучшающие физическую форму, ступенчатый эргометр, лыжный тренажер Теннис
Рыбалка, сидя	Рыбалка стоя, спиннинг	Рыбалка в течении реки
Катание на лодке	Каноз, медленно (3-6 км/ч)	Каноз, быстро (>6 км/ч)
Работа по дому, подметание ковра	Работа по дому, общая уборка	Работа по дому, перестановка мебели
Косьба лужайки плавающей косилкой	Косьба лужайки косилкой с мотором	Косьба лужайки вручную
Ремонт по дому, плотнические работы	Ремонт по дому, малярные работы	

Валеология (от лат. valeo – здравствовать, греч. logos – учение) – наука о здоровье, новая интегративная область знаний (самостоятельная область науки, практики и комплексная учебная дисциплина) о закономерностях, способах и механизмах формирования, сохранения, укрепления и воспроизводства здоровья человека.

Выделение валеологии в качестве автономной области научных знаний обусловлено глобальностью проблемы здоровья и выживания человечества на планете Земля в связи с кризисной ситуацией, в котором оказался человек в XXI веке. Термин "валеология" предложен И.И.Брехманом (1980г.) для обозначения науки о здоровье.

Недостаточность понимания сущности валеологии, характерная для начала 90-х годов, и это очевидно, была обусловлена лингвистической недостаточностью: глагол «валео» ставит акцент не на здоровье, а на здравствовании. Отсюда – более узкое представление о валеологии как о науке здорового образа жизни, усугубляющееся к тому же примитивным пониманием последнего.

На данном этапе своего развития валеология – наука не только о здоровье здоровых, но и наука о формировании здоровья. Объясняется это тем, что формирование здоровья необходимо и людям, имеющим хронические болезни и аномалии развития, а также и инвалидам.

Цель валеологии – разработка технологий «первичного конструирования», формирования здоровья и расширения резервных возможностей организма (формирование, сохранение и укрепление здоровья человека, улучшение качества здоровья).

Объектом исследований в валеологии является как «интактное», неповрежденное здоровье, так и нарушенное, но способное к саморазвитию.

Валеология вызывает к разработке критериев здоровья и здорового образа жизни. Основная стратегия валеологии – здравотворчество.

Предмет валеологии на современном этапе её развития – это образ жизни, обеспечивающий оптимальное существование, онтогенез и деятельность человека. Следовательно, ближайшей задачей валеологии является не статическое нормирование, а разработка системы индивидуального шкалирования «факторов устойчивости» позитивно воздействующего на здоровье человека.

Здоровье – один из важнейших компонентов человеческого счастья, одно из неотъемлемых прав человеческой личности, одно из условий успешного социального развития. Каждому из нас присуще желание быть сильным и здоровым, сохранить как можно дольше подвижность, бодрость, энергию и достичь долголетия.

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.

Физическое здоровье – это состояние, при котором у человека саморегуляция функций организма совершенна,

физиологические процессы и максимальная адаптация к различным факторам внешней среды находятся в гармонии. Психическое здоровье предполагает отрицание болезни, ее преодоление, что должно являться «стратегией жизни человека». Под социальным здоровьем подразумевают меру социальной активности, деятельного отношения человеческого индивидуума к миру.

Здоровье человека, в первую очередь, зависит от ряда факторов. Если изобразить их схематично, то они представляют собой схему из трех понятий:

- а) биологические возможности человека;
- б) социальная среда;
- в) природно-климатические условия.

По данным академика РАМН Ю.П. Лисицына, являющегося признанным авторитетом в области профилактики медицины и санологии, первостепенным вопросом здоровья является здоровый образ жизни, который занимает около 50-55% удельного веса всех факторов, обуславливающих здоровье населения.

Влияние экологических факторов на здоровье человека оценивается примерно в 20-25% всех воздействий, 20% составляют биологические (наследственные) факторы и на долю недостатков и дефектов здравоохранения отводится 10%. Эти данные, как модель состояния здоровья, отражают многочисленные результаты исследований по влиянию тех или иных факторов на здоровье, заболеваемость или болезненность отдельных групп населения, регионов, конкретных людей, занятых в той или иной сфере трудовой деятельности.

Знание всех факторов, влияющих на состояние здоровья человека, составляют основу о здоровье – валеологии.

В 20 сентября 2010 года выступая в Нью-Йорке на саммите ООН, посвященном Целям развития тысячелетия, первый президент Узбекистана Ислам Каримов рассказал международному сообществу об успехах его страны в борьбе с бедностью и болезнями. Он отметил, что уровень материнской смертности в Узбекистане сократился более чем в два раза, а детской смертности – в три раза.

Устав ООН (1945 г.), Всеобщая декларация прав человека (1948 г.), Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 г.), Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод (1950 г.) содержат все основные руководящие принципы, согласно которым разрабатывается современное законодательство о правах пациентов.

Статья 25 . Всеобщей декларации прав человека гласит: "Каждый человек имеет право на питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, которые необходимы для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи".

Международный кодекс об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. признает право каждого человека на наивысший уровень физического и психического здоровья. К международному законодательству о правах пациентов имеют отношение этические нормы и правила. Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации было принято большое число документов, среди которых Международный кодекс медицинской этики, определяющий профессиональное поведение и этические нормы врача. Международный кодекс медицинской этики предусматривает общие обязанности врача, касающиеся профессионализма, гуманизма, уважения прав пациентов, а также обязанности врача по отношению к больному, состоящие в сохранении человеческой жизни, хранении врачебной тайны, оказании неотложной помощи любому нуждающемуся больному, обязанностей врачей по отношению друг к другу.

Право граждан Республики Узбекистан на квалифицированное медицинское обслуживание закреплено в статье 40 Конституции Республики Узбекистан, которая возлагает на Государство обязанность по осуществлению финансирования программ охраны и укрепления здоровья населения, принятию мер по развитию государственной и частной систем здравоохранения, поощрению деятельности, способствующей укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, а также

В Узбекистане на современном этапе действует единая система здравоохранения, которая представляет собой

совокупность государственной и частной систем здравоохранения, предоставляющая все необходимые виды медицинских услуг всем слоям населения. Главная задача данной системы, создававшейся на протяжении многих лет, состоит в охране здоровья населения страны в целом, а также непосредственно в оказании медицинских услуг потребителям этих услуг – пациентам.

В целях реализации статьи 40 Конституции 29 августа 1996 года был принят Закон Республики Узбекистан "Об охране здоровья граждан". В Законе конкретизировались и развивались положения Конституции Республики Узбекистан, а также были определены основные принципы охраны здоровья граждан, задачи законодательства в этой области, закреплены основные права пациентов при обращении за медицинской помощью.

Так, согласно статье 3 Закона, основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- соблюдение прав человека в области охраны здоровья;
- доступность медицинской помощи для всех слоев населения;
- приоритет профилактических мер, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- единство медицинской науки и практики.

Важным для формирования взаимоотношений между врачом и пациентом явились четко регламентированные права пациента, расширено и конкретизировано понятие врачебной тайны, установлена ответственность за причинение вреда здоровью, особенно в отношении медицинских работников в случае нарушения ими прав граждан в области охраны их здоровья.

Следует отметить, что все законы, принятые в сфере охраны здоровья граждан, направлены на защиту прав пациентов. На современном этапе в Узбекистане действует ряд законов, регулирующих отношения в различных сферах медицинской деятельности. К ним относятся:

- Закон Республики Узбекистан "О Государственном санитарном надзоре", принятый 3 июля 1992 г., гарантирует право на благоприятную окружающую среду, на получение информации о состоянии здоровья населения и окружающей

среды и ряд других положений, касающихся прав человека в санитарно-гигиенической сфере.

- Закон Республики Узбекистан "О наркотических средствах и психотропных веществах", принятый 19 августа 1999 г., регулирует общественные отношения в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, противодействует их незаконному обороту, направлен на охрану здоровья граждан, а также на обеспечение государственной безопасности страны.

- Закон Республики Узбекистан "О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией" принят 9 декабря 1992 г. Его действие также направлено на охрану здоровья населения. Закон регулирует порядок оказания медицинской помощи лицам, больным алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией.

- Закон Республики Узбекистан "О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" принят 19 августа 1999 г. Его действие направлено на установление гарантий на бесплатную медицинскую помощь лицам, страдающим заболеванием ВИЧ /СПИД, закрепление прав как граждан страны, так и лиц, не являющихся ее гражданами на медицинское освидетельствование на ВИЧ/СПИД, осуществляемое на принципах добровольности, анонимности, с соблюдением конфиденциальности. Устанавливает ответственность за заведомое подвержение опасности заражения, либо заражение другого лица вирусом иммунодефицита человека лицом, знавшим о наличии у него ВИЧ/СПИД.

- Закон Республики Узбекистан "О психиатрической помощи" от 31 августа 2000 г. регламентирует принципы оказания психиатрической помощи. Его действие направлено на профилактику, диагностику, лечение, уход, медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

- Закон Республики Узбекистан "О защите населения от туберкулеза" от 11 мая 2001 г. устанавливает основные принципы защиты населения от туберкулеза, системность и постоянство осуществления профилактических мер по предупреждению распространения туберкулеза. Закрепляет

право граждан страны и постоянно проживающих лиц без гражданства на бесплатную противотуберкулезную помощь.

- Закон Республики Узбекистан "О донорстве крови и ее компонентов" от 30 августа 2002 г. закрепляет в качестве основных принципы донорства крови и ее компонентов добровольность, безвредность для человека и безопасность использования донорской крови и ее компонентов.

Практически все перечисленные законы содержат нормы, направленные на защиту прав пациентов, регулируют отношения между медицинскими работниками и потребителями медицинских услуг – пациентами.

Однако основным законом в сфере защиты прав пациентов все же является Закон Республики Узбекистан "Об охране здоровья граждан", основные правила которого дополнены другими законами в сфере здравоохранения. Прежде всего, необходимо отметить, что Конституционное право пациента на квалифицированную медицинскую помощь реализуется статьей 41 названного Закона, которая определяет, что правом на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью обладают лица, получившие диплом об окончании высшего или среднего специального медицинского учебного заведения в Республике Узбекистан. Медицинские и фармацевтические работники, не работавшие по своей профессии более 3-х лет, могут быть допущены к соответствующей деятельности только после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании аттестации, проводимой аттестационными комиссиями Министерства здравоохранения.

Перечень прав, на который может рассчитывать пациент при обращении за медицинской помощью, содержится в статье 24 Закона.

Он включает в себя:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала. Этические требования, установленные, прежде всего, для обеспечения благоприятных условий для лечения пациента, сводятся не только к обязанности врача оказывать компетентную

медицинскую помощь, но и делать это с чувством сострадания и уважения к человеческому достоинству.

2) Выбор врача и лечебно-профилактического учреждения. Это право дает возможность пациенту выбрать себе такого врача, который бы мог удовлетворить не только с точки зрения профессионализма, но и с учетом еще и других качеств. Однако все же соблюдению такого правила на практике препятствует возможность медицинского учреждения. Территориальное прикрепление пациента к семейному или участковому врачу ставит его в подчиненное положение от одного врача, которому он вынужден доверить свое здоровье.

3) Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. Согласно статье 24 Закона "Об охране здоровья граждан", критерием квалифицированной медицинской помощи выступает также и сама деятельность медицинского персонала, когда обследование, лечение и содержание пациента должно проводиться в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

4) Проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Порядок проведения консилиумов и консультаций определен приказом Министерства здравоохранения.

5) Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении. Обязанность хранить врачебную тайну возлагается на медицинских работников.

Не допускается разглашение врачебной тайны лицами, которым в установленном порядке были переданы данные сведения, а также лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных или иных обязанностей.

Однако законодательством предусмотрены пределы использования права граждан о неразглашении врачебной тайны. В статье 45 Закона имеется перечень случаев, когда допускается передача сведений, составляющих врачебную

тайну. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, по запросу правоохранительных органов при проведении расследований или судебном разбирательстве, в целях лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю, при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий, либо несчастного случая.

б) Добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие гражданина. Важным условием получения согласия на вмешательство, а также оформление отказа от него, является информация с учетом компетентности пациента. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум. При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

Вместе с тем, законодательство устанавливает основания и порядок, в соответствии с которым оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, осуществляется без согласия граждан и их законных представителей.

7) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию:

- о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования;
- о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;
- о методах лечения и связанных с ними риске;

- о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Реализация пациентом права на получение информации о состоянии своего здоровья заключается в том, что этим правом можно воспользоваться в том случае, если это не противоречит желанию пациента. При этом акцент сделан не на обязанности врача, а именно на праве пациента. Это значит, что врач не должен немедленно и по собственной инициативе предоставлять соответствующую информацию больному. Тем более запрещается раскрывать сведения о состоянии здоровья гражданина против его воли. Но если пациент требует информации, то врач обязан с соблюдением медико-этических норм ее сообщить.

Одновременно гражданин может непосредственно знакомиться и делать выписки из медицинской документации, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации у других специалистов, делать ксерокопии истории болезни и с другой медицинской документации, носящей информацию о состоянии его здоровья.

8) Получение медицинских и иных услуг в рамках добровольного медицинского страхования. Это право пациента на современном этапе может быть реализовано Законом Республики Узбекистан "О страховой деятельности", который предусматривает страхование здоровья как один из видов страхования.

9) Возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи в порядке, установленном законодательством. Наиболее частым последствием оказания медицинских услуг ненадлежащего качества является причинение вреда здоровью человека, который, безусловно, нуждается в возмещении. Так, согласно

статье 46 Закона "Об охране здоровья граждан", в случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленном законодательством. Средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с юридических и физических лиц, ответственных за причиненный вред их здоровью.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством.

10) Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав. Основанием для допуска адвоката является устная или письменная просьба пациента.

– Документом, подтверждающим представление интересов пациента, служит ордер.

– Общение пациента с адвокатом должно проходить наедине (необходимость предоставления "гостевой комнаты").

– Особые условия для встречи с адвокатом инфекционного больного.

– Ограничения (на количество адвокатов или перечень процедур, исключающих контакт) оформляются локальным актом ЛПУ.

При этом следует заметить, что нотариус не является законным представителем больного.

11) Обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, вышестоящему органу управления, либо в суд. Такова современная нормативная база, направленная на охрану прав пациентов.

Тема-2. Личная гигиена.

Вопросы для обсуждения

1. Гигиена тела.
2. Первая медицинская помощь при различных травмах.
3. Гигиена жилых помещений.
4. Заболевания, возникающие при неправильном выборе обуви.

Ключевые слова: *гигиена, гигиена волос, гигиена кожи, гигиена зубов, варикоз, цистит, кандидоз, грибки .*

Гигиена как наука представляет собой очень широкое понятие, охватывающее практически все стороны жизни людей. Слово «гигиена» произошло от греческого *hygienos*, что означает «*приносящий здоровье*». Определений гигиене очень много, но, пожалуй, все они означают одно: **гигиена – это наука об улучшении и сохранении здоровья человека.**

Гигиена включает в себя множество разделов, таких как: гигиена питания, гигиена детей и подростков, гигиена труда, спортивная гигиена, личная гигиена, коммунальная гигиена, гигиена окружающей среды, военная гигиена и т.д. Так как тематика сайта полностью входит в понятие «Гигиена», то для простоты понимания в данном разделе сайта мы охватим лишь тему Личной гигиены.

Личная гигиена — свод правил поведения человека в быту и на производстве. В узком понимании гигиена — это гигиеническое содержание тела, одежды и предметов домашнего обихода. Нарушения требований личной гигиены могут сказаться на здоровье как одного человека, так и очень больших групп людей (коллективы предприятий, семьи, члены различных сообществ и даже жители целых регионов).

ПРАВИЛА ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ

1. Гигиена тела. Кожа человека защищает весь организм от всевозможных воздействий окружающей среды. Соблюдение чистоты кожи чрезвычайно важно, ведь кроме защитной функции, она выполняет следующие функции:

терморегулирующую, обменную, иммунную, секреторную, рецепторную, дыхательную и другие функции.

- Мойтесь ежедневно теплой водой. Температура воды должна быть 37-38 градусов, т.е. немного выше нормальной температуры тела. Через кожный покров человека за неделю выделяется до 300 г сала и до 7 литров пота. Чтобы защитные свойства кожи не нарушались необходимо эти выделения регулярно смывать. В противном случае на коже создаются благоприятные условия для размножения болезнетворных микробов, грибков и других вредных микроорганизмов.
- Принимать водные процедуры (ванна, душ, баня) с применением мочалки необходимо не реже одного раза в неделю.
- Следите за чистотой рук и ногтей. Открытые участки кожи особенно подвержены загрязнению. Грязь, содержащая болезнетворные микробы может попасть с рук в рот через пищу. Дизентерию, например, называют болезнью грязных рук. Руки нужно мыть до посещения туалета и обязательно после туалета, перед едой и после приема пищи, после контакта с животными (как уличными, так и домашними). Если Вы находитесь в дороге, то руки необходимо протереть влажной салфеткой, чтобы устранить хоть некоторое количество микробов.
- Ноги нужно мыть каждый день прохладной водой и мылом. Холодная вода уменьшает потовыделение.

2. Гигиена волос. Правильный уход за кожей головы и волос нормализует деятельность сальных желез, а также улучшает кровообращение и обменные процессы. Поэтому к процедуре мытья головы необходимо относиться ответственно.

- Голову необходимо мыть по мере загрязнения. Сказать точное количество раз невозможно. Частота мытья волос зависит от различных факторов: длины волос, типа волос и кожи головы, характера работы, времени года и т.д. Зимой, как правило, голову моют чаще, потому что головной убор не дает коже головы дышать, из-за чего кожного сала выделяется гораздо больше чем обычно.

- Не стоит мыть волосы горячей водой. Волосы могут стать очень жирными, так как горячая вода активизирует работу сальных желез. Кроме этого, такая вода помогает моющим средствам (мылам и шампуням) оседать на волосах в виде серого налета, который сложно смывать.
- Тщательно относитесь к выбору средств по уходу за волосами (шампуни, бальзамы, лосьоны и т.п.). Волосы очень хорошо впитывают воду, а с ней и вещества, которые могут навредить волосам, коже головы и организму в целом.
- После полоскания волосы полезно обдать прохладной водой.
- Вытирать голову после мытья желательно теплым полотенцем, а затем дать волосам просохнуть на воздухе. Феном пользоваться нежелательно, поскольку он очень сушит волосы.
- При расчесывании волос недопустимо использование чужих расчесок.

3. Гигиена полости рта. Правильный уход за ротовой полостью способствует сохранению зубов в хорошем состоянии на долгие годы, а также помогает предупредить очень многие заболевания внутренних органов.

- Чистить зубы необходимо ежедневно утром и вечером.
- Недопустимо пользоваться зубной щеткой другого человека.
- После приема пищи обязательно полощите рот.
- При появлении первых признаков заболевания зубов или десен незамедлительно обращайтесь к стоматологу.
- Для профилактического осмотра посещайте стоматолога не реже двух раз в год.

4. Гигиена нательного белья и одежды и обуви. Немаловажную роль в личной гигиене занимает чистота нашей одежды. Одежда защищает тело человека от загрязнений, механических и химических повреждений, охлаждения, попадания насекомых и так далее.

- Нательное белье необходимо менять после каждого мытья, т.е. каждый день.
- Носки, гольфы, чулки, колготки меняются ежедневно.

- Одежду необходимо регулярно стирать.
- Недопустимо ношение чужой одежды и обуви
- Одежда и обувь должны соответствовать климатическим условиям.
- Желательно отдавать предпочтение одежде из натуральных тканей, и обуви из натуральных материалов.
- Покрой одежды и обуви должен учитывать анатомические особенности и соответствовать размеру человека.

6. Гигиена спального места.

- У каждого члена семьи должны быть свое полотенце и своя постель.
- Постельное белье необходимо менять еженедельно.
- Спальное место должно быть удобным.
- Перед сном необходимо проветривать спальное помещение.
- Перед сном нательное белье рекомендуется менять на ночную сорочку или пижаму.
- Старайтесь не допускать на постель домашних животных.

Уход за кожей.

- Кожа постоянно загрязняется. На её поверхности скапливаются кожное сало, пот, отпадающие чешуйки рогового слоя, пыль; всё это смешивается и превращается в грязь. Грязь вызывает зуд, а это ведет к расчесам и появлению гнойничковых заболеваний кожи. Нарушение целостности кожного покрова может быть вызвано и другими причинами – прикосновением к раскалённым предметам, чрезмерным воздействием солнечных лучей или холода, воздействием на кожу щелочей или кислот, может быть следствием ушиба, удара и т.п.
- Главное в уходе за кожей – поддержание её чистоты и сохранение целостности.
- Внимательного ухода требует кожа рук. Через грязные руки могут передаваться яйца глистов, возбудители заразных болезней. Руки надо обязательно мыть перед едой, перед сном, утром после подъема, после каждого посещения уборной, после их загрязнения.

- Не реже одного раза в неделю нужно коротко стричь ногти, чтобы под ними не скапливалась грязь.
- Бактерии и грибки, вызывающие заразные заболевания, проникают в кожу при нарушении её целостности. При получении мелких ран поврежденные места необходимо смазать настойкой йода.

Уход за волосами.

- В коже волосистой части головы, как и в коже лица, много сальных и потовых желез. Ороговевшие клетки эпидермиса, отпадающие в виде чешуек, и пыль, попавшая на кожу из воздуха, смешиваются с потом и кожным салом, которое при несоблюдении правил ухода за волосами разлагается, что ведет к появлению неприятного запаха от волос; волосы при этом становятся сальными, блестящими. Мыть голову необходимо не реже одного раза в неделю. После мытья волосы следует просушить чистым полотенцем и расчесать. Лучше пользоваться редким гребнем для волос, без острых зубцов, чтобы не царапать кожу головы; не следует пользоваться чужой расческой.

Уход за зубами.

- При отсутствии должного ухода за зубами и полостью рта под влиянием микробов происходит разложение остатков пищи, застрявшей между зубами; при этом образуются различные кислоты, которые приводят к порче зубной эмали. На ней появляются точечные темные пятна, а с течением времени образуются постепенно углубляющиеся изъяны – развивается кариес. При отсутствии лечения в процесс вовлекается расположенная внутри зуба пульпа. Воспаление пульпы сопровождается острыми болями. Если своевременно не принять мер, происходит омертвление пульпы, что ведет к полной потере зуба.
- При отсутствии ежедневного ухода за зубами откладывается так называемый зубной камень.
- Чистить зубы нужно не менее одного раза в сутки. Чтобы полностью удалить остатки пищи и налет, образующийся на зубах и деснах за ночь, при чистке

зубов нужно водить щеткой в горизонтальном и вертикальном направлениях по наружной и внутренней поверхностям зубов. Щетку необходимо содержать в чистоте. Для удаления остатков пищи надо несколько раз в течение дня, после каждого приема пищи, полоскать рот чистой водой.

- Регулярно, не реже двух раз в год, следует обращаться к зубному врачу для профилактического осмотра, снятия зубного камня и своевременного лечения больных зубов.

Уход за ногами.

- Главное здесь – постоянная забота о содержании ног в чистоте. Большое значение имеют правильная подгонка и соблюдение правил ношения обуви.
- В коже подошвы ног и ладоней имеется большое количество потовых желез по сравнению с другими участками тела, поэтому на коже ног потоотделение обильное. Выделяющийся пот смешивается с пылью, вследствие чего загрязняются ноги. При плохом уходе за ногами на них могут образоваться опрелости, трещины в складках между пальцами, что создает предпосылки для появления гнойничковых и грибковых заболеваний.
- Назначение обуви состоит в защите ног от сырости, холода, от влияния раскаленных солнцем дорожных покрытий, от механических повреждений. Обувь должна удовлетворять определенным физиолого-гигиеническим требованиям: хорошо впитывать и проводить наружу пот, обладать малой теплопроводностью и намокаемостью, не терять своих свойств при высыхании. Обувь должна соответствовать форме и размерам ноги, т.е. быть правильно подогнанной; за обувью требуется уход.
- При правильно подогнанной обуви нога нигде не должна испытывать давления, а большой и второй пальцы не должны упираться в носочную часть обуви. Между пальцами ноги и краем обуви должен быть зазор, который можно определить надавливанием с наружной стороны носка.
- Для того чтобы обувь сохранила свои гигиенические свойства, необходим постоянный уход за ней и бережное

отношение к ней. Следует помнить, что сырые, непросушенные кожаные сапоги теряют свои теплозащитные свойства. Грязь и избыток сапожного крема также ухудшают качество обуви. Мокрую и грязную обувь следует прежде всего очистить от грязи и высушить. Обувь нужно просушивать равномерно и постепенно; при быстрой сушке ее гигиенические свойства ухудшаются.

- Сапожный крем следует наносить на высушенную обувь равномерным тонким слоем и растирать досуха, так как избыток крема уменьшает воздухопроницаемость и пористость материала, из которого сделана обувь, чем снижаются ее гигиенические свойства.
- Большое значение в защите организма от вредного влияния внешних условий принадлежит одежде. Теплозащитные свойства одежды в большей мере зависят от ее правильной подгонки. При подгонке одежды следует обращать внимание на то, чтобы одежда свободно прилегала к поверхности тела, не затрудняла дыхания и не ограничивала свободы движений. Одежда нигде не должна давить на тело, особенно в местах наиболее плотного прилегания (воротник, манжеты, пояс брюк).

Гигиена отдыха и сна

- Важнейшим средством восстановления физических сил является своевременный, достаточно продолжительный и полноценный отдых. Наибольшую пользу приносит правильное сочетание активного и пассивного отдыха. К пассивному отдыху относится ночной сон, неподвижное лежание, к активному – спортивные игры, прогулки на свежем воздухе и т.п.
- Для нормального течения физиологических процессов в организме взрослому человеку необходимо не менее 7 – 8 часов непрерывного ночного сна. Наибольшую пользу приносит сон, который начинается в первой половине ночи, до 12 часов, и оканчивается рано утром. Важно также ложиться и вставать в одно и то же время. При точном соблюдении времени отхода ко сну и утреннего

подъема в жизнедеятельности организма человека вырабатывается определенный ритм, тогда ночной сон наиболее полно восстанавливает силы и работоспособность. Рекомендуется не перегружать желудок на ночь обильной пищей и большим количеством пищи.

- Для полноценного – глубокого, спокойного и непрерывного – сна должны быть созданы необходимые условия. Большое значение имеет чистота воздуха в спальнях помещений. Перед отходом ко сну помещения должны обязательно проветриваться. В спальнях помещений во время сна необходимо соблюдать тишину, выключать рабочее освещение, в зимнее время поддерживать температуру воздуха +18°C. Спокойному ночному сну способствует проводимая перед сном прогулка на свежем воздухе.

Тема-3. Гигиена труда и воздействие физической культуры на здоровье человека.

Вопросы для обсуждения

1. Гигиена труда.
2. Воздействие труда на здоровье несовершеннолетних детей.
3. Гигиена отдыха.
4. Воздействие физической культуры на здоровье человека.
5. Закаливание .
6. Геронтология и гериатрия.

Ключевые слова: *гигиена труда, гигиена отдыха, закаливание, геронтология и гериатрия*

Одна из основных целей, поставленных перед Международной организацией труда в момент ее основания в 1919 году, заключалась в упразднении детского труда. В историческом плане основным инструментом, с помощью которого МОТ стремилась добиться цели упразднения

детского труда, является принятие и осуществление контроля за применением трудовых норм, воплощающих концепцию минимального возраста для получения занятости или работы. Кроме того, с 1919 года МОТ в своей нормотворческой деятельности традиционно исходила из того, что нормы, касающиеся минимального возраста, должны быть связаны с получением школьного образования. Утвержденная в 1973 году Конвенция о минимальном возрасте (Конвенция 138) воплощает эту традицию в рамках положения, в соответствии с которым минимальный возраст для поступления на работу не должен быть ниже минимального возраста завершения обязательного школьного обучения.

Принятие МОТ в 1999 году Конвенции 182 консолидировало глобальный консенсус относительно упразднения детского труда. Конвенция 182 обеспечила необходимую целенаправленность, не отвергая общей цели, изложенной в Конвенции 138, связанной с эффективным упразднением детского труда. Более того, концепция наихудших форм позволяет установить приоритеты и может быть использована в качестве первого шага на пути к решению основной проблемы детского труда. Эта концепция также помогает направить внимание на влияние труда на детей, а также на работу, которую они выполняют.

Детский труд, который осуждается международным сообществом, можно разделить на три категории:

- Бесспорно, наихудшие формы детского труда, которые определены на международном уровне как рабство, торговля детьми, кабальный труд и другие формы принудительного труда, принудительный набор детей для использования в вооруженных конфликтах, для целей проституции и порнографии, а также иной нелегальной деятельности;
- труд, выполняемый ребенком, не достигшим минимального возраста, установленного для данного вида работ (в соответствии с национальным законодательством и на основе принятых международных норм), который таким образом может препятствовать образованию ребенка и его всестороннему развитию;

труд, который ставит под угрозу физическое, умственное или нравственное благополучие и развитие ребенка, либо по причине его характера, либо из-за условий, в которых он выполняется и который известен как «опасный и вредный труд».

- Новые глобальные оценки и тенденции представлены по трем категориям: экономически активные дети, детский труд и дети, занятые на опасных и вредных видах работ.

Таким образом, возникающая глобальная картина представляется весьма обнадеживающей: уровень детского труда сокращается и темпы такого сокращения тем выше, чем выше уровень опасности работ и уровень уязвимости детей, занятых такими видами работ.

Одним из наиболее эффективных способов, препятствующих привлечению к выполнению тяжелой работы малолетних детей, является установление возрастных ограничений, в соответствии с которыми дети могут на законных основаниях работать и предлагать свои услуги на рынке занятости. Ниже перечислены основные принципы Конвенции МОТ, касающиеся минимального возраста в области занятости и трудовой деятельности.

- **Опасная работа**

Любая форма труда, которая может с высокой долей вероятности причинить вред физическому, психическому или моральному здоровью детей, их безопасности или нравственности не должна выполняться лицами, не достигшими 18-летнего возраста.

- **Базовый минимальный возраст**

Минимальный возраст для начала трудовой деятельности не должен наступать до окончания курса обязательного школьного обучения, которым обычно является 15 лет.

- **Легкая работа**

Дети в возрасте от 13 до 15 лет могут выполнять легкую работу, если это не угрожает их здоровью или безопасности, или мешает их учебе, профессиональной ориентации и подготовке.

Лучшее концептуальное изучение проблемы детского труда обеспечивалось одновременно с лучшим пониманием

очертания этой проблемы и причин ее порождающих. В глобальном докладе за 2002 год отмечалось, что подавляющее большинство случаев детского труда (70%) сосредоточено в сельскохозяйственном секторе, а на неформальный сектор приходится основная доля детского труда по сравнению с другими секторами экономики.

Кроме того, гендерный фактор играет существенную роль в определении различных видов работ, которые выполняют девочки и мальчики. Например, девочки в большей степени заняты домашней работой, в то время как мальчики очень широко представлены на шахтах и рудниках. Положение ухудшается в тех случаях, когда во многих странах из сферы регулирования исключается труд, выполняемый на дому.

Наше понимание причин детского труда становилось более утонченным по мере того, как рассмотрение этой проблемы осуществлялось с различных научных точек зрения. Весьма плодотворным стало рассмотрение проблемы детского труда как продукта рыночных сил — спроса и предложения, когда принималось во внимание поведение работодателей, а также индивидуальных домохозяйств.

Несомненно, бедность и экономические потрясения играют важную, если не ключевую роль в определении рынка для детского труда. В свою очередь детский труд способствует увековечиванию бедности.

Например, в соответствии с последними данными эмпирических исследований, которые Всемирный банк осуществлял в Бразилии, выход на рынок труда в раннем возрасте снижает размер заработков в течение всей жизни примерно на 13-20%, что существенно повышает вероятность оставаться бедным на дальнейших этапах жизни.

Однако бедность не служит достаточным объяснением для детского труда и, конечно же, ею нельзя объяснить некоторые из безусловно наихудших форм детского труда. Нужна перспектива с точки зрения прав человека, чтобы подход сосредоточен на вопросах дискриминации и социальной изоляции, которые и служат факторами, способствующими этому явлению.

Наиболее уязвимыми группами, подверженными детскому труду, часто являются те категории населения, которые подвергаются различным формам дискриминации и социальной изоляции: девочки, этнические меньшинства, коренные народности и народы, ведущие племенной образ жизни, лица, относящиеся к низшему слою или касте, инвалиды, перемещенные лица и население отдаленных районов.

В 2002 году на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по положению детей был единодушно поддержан подход магистрального характера, в соответствии с которым проблема детского труда должна включаться в повестку дня развития. Это подразумевает постановку новых амбициозных целей для мирового движения борьбы с детским трудом. С политической точки зрения это означает, что проблема детского труда включается в повестку дня работы министерств финансов и планирования, так как, в конечном счете, мировое движение борьбы с детским трудом должно убедить правительства принимать меры для того, чтобы положить конец детскому труду.

Упразднение детского труда становится набором вариантов политических решений, а не технократическим упражнением. Причем повседневные реалии, которые характеризуются нестабильностью и кризисом, бросают вызов попыткам добиться прогресса. В настоящее время порядка 168 миллионов детей вовлечены в трудовую деятельность.

Министерство труда распространило официальное сообщение, где напомнило о том, что Узбекистан ратифицировал конвенции МОТ «О принудительном или обязательном труде» (№29) и «Об упразднении принудительного труда» (№105), «О минимальном возрасте для приема на работу» (№138) и «О запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда» (№182).

Согласно нормам данных конвенций, национальным законодательством запрещено привлечение лиц, не достигших 18-летнего возраста, к принудительному труду и к работам, наносящим вред здоровью. В списке таких работ, зарегистрированном Министерством юстиции 29 июля 2009 г.,

значится использование труда лиц моложе 18 лет при ручном сборе и поливе хлопка.

В целях реализации положений вышеуказанного законодательства, контроль за соблюдением ответственными лицами, работодателями и другими гражданами положений законодательства, проведение разъяснительных работ среди населения является одной из основных задач Государственной правовой инспекции Министерства труда Республики Узбекистан. В этих целях инспекторами Главного управления по труду Самаркандской области проводится соответствующая работа.

В январе – августе 2016 года осуществлялась разъяснительная работа среди ответственных лиц, руководства, преподавателей и учащихся 35 профессиональных колледжей и 5 академических лицеев Самаркандской области в целях недопущения привлечения лиц моложе 18 лет к работам, запрещенным законодательством, к принудительному труду в административном порядке, а также принудительного труда граждан для сбора хлопка.

Аналогичная разъяснительная работа по недопущению принудительного труда несовершеннолетних лиц была проведена Государственными правовыми инспекторами труда в текущем году среди учащихся, родителей, воспитателей, преподавателей, технического персонала и руководства районных и городских образовательных учреждений. 54 разъяснительных мероприятия также проведены в учреждениях системы здравоохранения: поликлиниках, сельских врачебных пунктах при участии руководителей и работников.

Отметим, что в настоящее время более 180 государств являются членами Международной организации труда (МОТ). Узбекистан в 1992 году стал полноправным членом данной организации и ратифицировал 13 Конвенций МОТ. Разработка международных трудовых норм является одной из особых функций МОТ. Минимальные стандарты основного трудового законодательства принимаются в форме конвенций и рекомендаций. Государство, которое стало членом МОТ, после ратификации той или иной конвенции, вносит соответствующие

изменения в национальное законодательство и обеспечивает их реализацию.

Рекомендации МОТ не носят обязательный характер, и выполняют роль предписаний по политической, законодательной и практической деятельности.

Труд – истинный стержень и основа здоровой жизни человека. Хорошоорганизованный трудовой процесс чрезвычайно благотворно влияет на нервную систему, сердце и сосуды, костно-мышечный аппарат – на весь организм человека. Постоянная тренировка в процессе труда укрепляет наш телло. Долго живет тот, кто много и хорошо работает в течении всей жизни, безделье приводит к вялости мускулатуры, нарушению обмена веществ, ожирению и преждевременному одряхлению.

В случаях перенапряжения и переутомления человека виновен не сам труд, а неправильный режим труда. Нужно правильно и умело распределять силы во время выполнения работы как физической, так и умственной. Равномерная, ритмичная работа продуктивнее и полезнее для здоровья работающих, чем смена периодов простоя периодами напряженной, спешной работы.

Интересная любимая работа выполняется легко, без напряжения, не вызывает усталости и утомления. Важен правильный выбор профессии в соответствии с индивидуальными способностями и склонностями человека. Выполнение работы лучше начинать с самого сложного. Это тренирует и укрепляет волю. Не позволяет откладывать трудные дела с утра на вечер, с вечера на утро, с сегодня на завтра и вообще на долгий ящик.

Необходимым условием сохранения здоровья в процессе труда является чередование работы и отдыха. Отдых после работы вовсе не означает состояния полного покоя. Лишь при очень большом утомлении может идти речь о пассивном отдыхе. Желательно, чтобы характер отдыха был противоположен характеру работы человека («контрастный» принцип построения отдыха). Людям физического труда необходим отдых, несвязанный с дополнительными физическими нагрузками, а работникам умственного труда необходима в часы досуга определенная физическая работа.

Такое чередование физических и умственных нагрузок полезно для здоровья. Человек, много времени проводящий в помещении, должен хотя бы часть времени отдыха проводить на свежем воздухе. Городским жителям желательно отдыхать вне помещений – на прогулках по городу и за городом, в парках, на стадионах, в турпоходах на экскурсиях, за работой на садовых участках и т.п.

Для работников умственного труда систематическое занятие физкультурой и спортом приобретает исключительное значение. Известно, что даже у здорового и нестарого человека, если он не тренирован, ведет «сидячий» образ жизни и не занимается физкультурой, при самых небольших физических нагрузках учащается дыхание, появляется сердцебиение.

Напротив, тренированный человек легко справляется со значительными физическими нагрузками. Сила и работоспособность сердечной мышцы, главного двигателя кровообращения, находится в прямой зависимости от силы и развития всей мускулатуры. Поэтому физическая тренировка, развивая мускулатуру тела, в то же время укрепляет сердечную мышцу. У людей с неразвитой мускулатурой мышца сердца слабая, что выявляется при любой физической работе. Физическая тренировка укрепляет и развивает скелетную мускулатуру, сердечную мышцу, сосуды, дыхательную систему и многие другие органы, что значительно облегчает работу аппарата кровообращения, благотворно влияет на нервную систему.

Ежедневная утренняя гимнастика – обязательный минимум физической тренировки. Она должна стать для всех такой же привычкой, как умывание по утрам.

Физические упражнения надо выполнять в хорошо проветренном помещении или на свежем воздухе. Особенно важны ходьба и прогулки на свежем воздухе. Полезно отправляться по утрам на работу пешком и гулять вечером после работы. При отсутствии других физических нагрузок ежедневная минимальная норма только ходьбой для молодого мужчины составляет 15 км, меньшая нагрузка связана с развитием гиподинамии.

Таким образом, ежедневное пребывание на свежем воздухе в течении 1-1,5 часа является одним из важных компонентов ЗОЖ. При работе в закрытом помещении особенно важна прогулка в вечернее время, перед сном. Такая прогулка как часть необходимой дневной тренировки полезна всем. Она снимает напряжение трудового дня, успокаивает возбужденные нервные центры, регулирует дыхание. Прогулки лучше выполнять по принципу кроссовой ходьбы: 0,5-1 км прогулочным медленным шагом, затем столько же – быстрым спортивным шагом и т.д.

Особое место в режиме здоровой жизни принадлежит распорядку дня, определенному ритму жизни и деятельности человека. Режим каждого человека должен предусматривать определенное время для работы, отдыха, приема пищи, сна.

Следует спать в хорошо проветренном помещении, неплохо приучит себя спать при открытой форточке, а теплое время года – с открытым окном. В помещении нужно выключить свет, и установить тишину. Ночное белье должно быть свободным, не затрудняющим кровообращение, нельзя спать в верхней одежде, не рекомендуется закрываться одеялом с головой, спать вниз лицом: это препятствует быстрому засыпанию.

Пренебрежение этими простейшими правилами гигиены сна вызывает отрицательные явления. Сон становится не глубоким и беспокойным, вследствие чего, как правило, со временем развивается бессонница, те или иные расстройства в деятельности нервной системы.

Важной профилактической мерой против простудных заболеваний является систематическое закаливание организма. К нему лучше всего приступить с детского возраста. Наиболее простой способ закаливания – воздушные ванны. Большое значение в системе закаливания имеют также водные процедуры, они укрепляют нервную систему, оказывают благотворное влияние на сердце и сосуды, нормализуют артериальное давление, улучшают обмен. Сначала рекомендуется в течении нескольких дней растереть обнаженное тело сухим полотенцем, затем переходить к влажным обтираниям.

После влажного обтирания необходимо энергично растереть тело сухим полотенцем. Начинать обтираться следует

теплой водой (35-36 гр. С), постепенно переходя к прохладной, а затем к обливаниям. Летом водные процедуры лучше проводить на свежем воздухе после утренней зарядки.

Полезно как можно больше бывать на свежем воздухе, загорать, купаться.

Физический здоровым и закаленным людям при соблюдении определенных условий можно проводить водные процедуры вне помещения изимой. Таким образом, соблюдение принципов здорового образа жизни повышает сопротивляемость организма к повреждающим факторам внешней и внутренней среды, способствует полноценной жизни и долголетию.

Геронтология (от греч. gerontos — старец) — раздел биологии и медицины, изучающий закономерности старения живых существ, в том числе человека. К основным направлениям геронтологии относятся изучение основных причин, механизмов и условий старения, поиск эффективных средств увеличения продолжительности жизни и продления периода активной трудоспособности.

Гериатрия (от греч. iatreia — лечение) — область клинической медицины, изучающая диагностику, лечение и профилактику заболеваний людей пожилого и старческого возраста.

Стационары для престарелых прошли сложный путь преобразований — от домов призрения и приютов при монастырях, больниц казарменного типа и частных павильонов до современных гериатрических клиник. За последние годы в нашей стране создана сеть специализированных гериатрических лечебных учреждений для углубленного изучения особенностей заболеваний лиц пожилого и старческого возраста.

На симпозиуме геронтологов была предложена следующая классификация возрастных групп: средний возраст — 45—59 лет, пожилые — 60—74 года, старые — 75—89 лет, долгожители — 90 и более лет. Аспекты деонтологической работы медицинской сестры в гериатрии связаны с особенностями заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. К таким особенностям относятся стертые или атипичные течения болезней с преобладанием безболезненных форм, медленное и постепенное развитие заболеваний с

тенденцией к хронизации, наличие у одного больного нескольких болезней.

Тема-4.Здоровое питание и его критерии. Вопросы для обсуждения

1. Основная сущность здорового питания .
2. Обеспечение качественного питания среди населения в Узбекистане .
3. Рациональное питание.
4. О диете.
5. Продукты, обогащенные железом.
6. Отравление пищей.

Ключевые слова: *здорового питания, белки, углеводы, жиры, диета, железо, кальций, отравление*



7 полезных соков для очищения

Одно из самых лучших лекарств для почек – соки! Это вкусно и полезно, и действует не хуже таблеток.

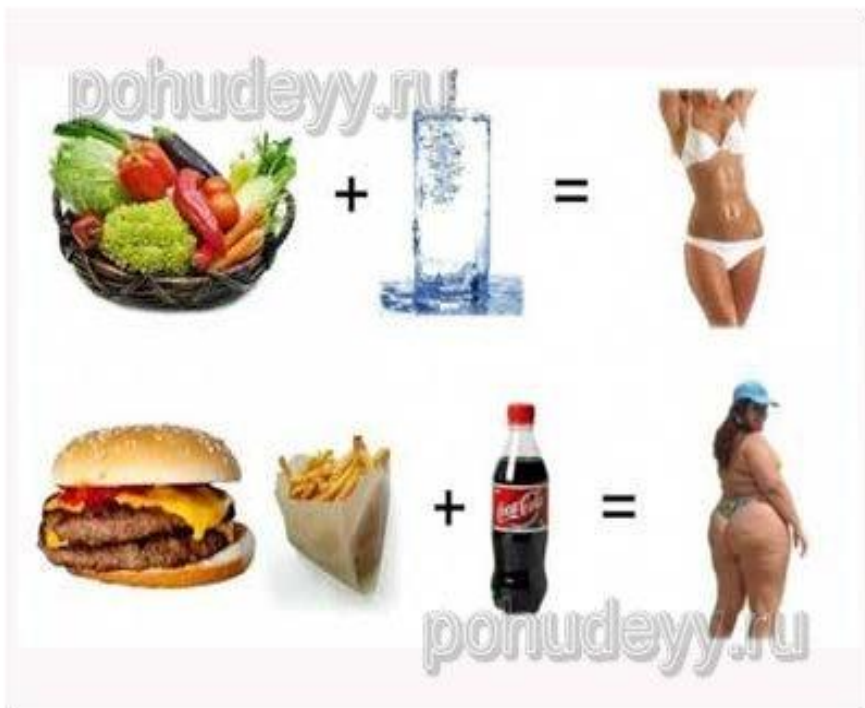
- 1** Березовый сок. Ежедневно принимайте по 1/3 стакана с 1 ст. л. меда 3 раза в день после еды.
- 2** Черничный. Ежедневно пейте по 300 мл ягодного сока, богатого антиоксидантами, каротином и витамином С.
- 3** Облепиховый сок. Смешайте 3 стакана сока облепихи, 50 г меда, 1 стакан воды, 1/2 стакана отвара мяты. Пейте по стакану в день. Храните сок в холодильнике.
- 4** Тыквенный сок – один из лучших мочегонных соков, не считая арбуза и петрушки. Принимайте по 1/2 стакана в сутки после еды.
- 5** Сок кабачка принимайте по 2 ст. л. 3 раза в день до еды.



- 6** Лимонный сок будет полезен в очень малых дозах. Добавляйте его по 1 ст. л. в некрепкий чай и другие напитки.
- 7** Сок листьев крапивы принимайте по 1/4 стакана с 1 ст. л. меда 3 раза в день перед едой. Чтобы заготовить концентрированный сок впрок, промойте молодые листья крапивы, измельчите и отожмите из них сок, слейте в стерилизованные банки, закатайте и храните в холодном месте.

Неправильное питание





От того, что мы едим, как, когда и сколько, зависят основные жизненные функции организма и трудоспособность.

В пище содержатся все необходимые человеку элементы: белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, витамины. Все они одинаково важны. Однако в природе нет универсального продукта, в котором содержались бы абсолютно все питательные вещества. Поэтому только разнообразная пища может поддерживать здоровье человека, и наоборот, однообразная – привести к функциональным расстройствам.

В эпоху научно-технического прогресса в связи с изменившимися условиями труда и быта возникла проблема предупреждения заболеваний, связанных с избыточным и нерациональным потреблением пищи и малоподвижным образом жизни или мышечной ненагруженностью (гиподинамией). Все чаще встречаются болезни, возникающие вследствие нарушения обмена веществ (ожирение, сахарный диабет и др.).

В связи с этим в настоящее время актуальной становится проблема повышения культуры питания, с тем чтобы рацион питания соответствовал энергетическим затратам и физиологическим потребностям организма.

Рациональное использование пищевых продуктов каждым человеком, исключение переедания и недоедания, поможет многим укрепить здоровье.

Рациональное питание является необъемлемым компонентом здорового образа жизни. Правильное питание представляет не только биологическую, но и социально-экономическую и даже политическую проблему.

Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь – это важное слагаемое человеческого фактора.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) "здоровье - это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов".

Вообще, можно говорить о трех видах здоровья.

Физическое здоровье – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

Психическое здоровье зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств.

Нравственное здоровье определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т. е. жизни в определенном человеческом обществе. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются, прежде всего, сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни.

Здоровый и духовно развитый человек счастлив – он отлично себя чувствует, получает удовлетворение от своей работы, стремится к самоусовершенствованию, достигая неувядающей молодости духа и внутренней красоты.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, закаляющий и, в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье.

Здоровый образ жизни включает в себя следующие основные элементы: плодотворный труд, рациональный режим труда и отдыха, искоренение вредных привычек, оптимальный двигательный режим, личную гигиену, закаливание, рациональное питание и т. п.

1) Плодотворный труд – важный элемент здорового образа жизни. На здоровье человека оказывают влияние биологические и социальные факторы, главным из которых является труд.

2) Рациональный режим труда и отдыха – необходимый элемент здорового образа жизни. При правильном и строго соблюдаемом режиме вырабатывается четкий и необходимый ритм функционирования организма, что создает оптимальные условия для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здоровья, улучшению работоспособности и повышению производительности труда.

3) Следующим звеном здорового образа жизни является искоренение вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики). Эти нарушители здоровья являются причиной многих заболеваний, резко сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье подрастающего поколения и на здоровье будущих детей.

4) Следующей составляющей здорового образа жизни является рациональное питание. Рациональное питание обеспечивает правильный рост и формирование организма, способствует сохранению здоровья, высокой работоспособности и продлению жизни.

5) Оптимальный двигательный режим – важнейшее условие здорового образа жизни. Его основу составляют систематические занятия физическими упражнениями и спортом, эффективно решающие задачи укрепления здоровья и развития физических способностей молодежи, сохранения здоровья и двигательных навыков, усиления профилактики неблагоприятных возрастных изменений. При этом физическая культура и спорт выступают как важнейшее средство воспитания.

6) Важный элемент здорового образа жизни – личная гигиена. Он включает в себя рациональный суточный режим, уход за телом, гигиену одежды и обуви. Особое значение имеет и режим дня. При правильном и строгом его соблюдении вырабатывается четкий ритм функционирования организма. А это, в свою очередь, создает наилучшие условия для работы и восстановления.

С древних времен люди понимали огромное значение питания для здоровья. Мыслители древности Гиппократ, Цельс, Гален и другие посвящали целые трактаты лечебным свойствам различных видов пищи и разумному ее потреблению. Выдающийся ученый Авиценна считал пищу источником здоровья, силы, бодрости. И. И. Мечников полагал, что люди преждевременно стареют и умирают в связи с неправильным питанием и что человек, питающийся рационально, может жить 120—150 лет.

Питание обеспечивает важнейшую функцию организма человека, поставляя ему энергию, необходимую для покрытия затрат на процессы жизнедеятельности. Обновление клеток и тканей также происходит благодаря поступлению в организм с пищей «пластических» веществ – белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных солей. Наконец *пища* – источник образования ферментов, гормонов и других регуляторов обмена веществ в организме.

Для поддержания нормального течения энергетических, пластических и каталитических процессов организму требуется определенное количество разнообразных пищевых веществ. От характера питания зависит обмен веществ в организме, структура и функции клеток, тканей, органов.

Здоровье и питание тесно взаимосвязаны. Вещества, поступающие в организм с пищей, влияют на наше душевное состояние, эмоции и физическое здоровье. От качества питания во многом зависит наша физическая активность или пассивность, жизнерадостность или подавленность.

И не зря древние говорили, что *«человек — есть то, что он ест»*. Все, что мы собой представляем — наш внешний вид, состояние кожи, волос и т. д., - обусловлено совокупностью различных веществ, из которых состоит наше тело.

Так, например, в теле человека весом 75 кг соотношение химических элементов (в кг) примерно следующее: углерод — 18; кальций — 1,6; водород — 6; хлор — 0,7; фосфор — 0,8; натрий — 1,2; йод — 0,1; азот — 4; сера — 1,6; кремний — 0,5; фтор — 1,6; кислород — 35,5; магний — 1,4; железо — 0,8; марганец — 0,2.

Эти химические соединения, поступая в основном с пищей, формируют белки, жиры, углеводы, витамины, ферменты, гормоны и т. д., а в итоге мы получаем мышцы, органы, кожу, волосы и т. п.

В последние годы исследователи открыли много нового о влиянии пищи на наше настроение. Например, дефицит ниацина (витамина, имеющий решающее значение для здоровья сердца и оптимального кровообращения) в питании вызывает депрессивное состояние, то же самое происходит при пищевых аллергиях, низком содержании сахара в крови, слабой работе щитовидной железы (часто это случается из-за недостатка йода в пище).

Правильное питание, с учетом условий жизни, труда и быта, обеспечивает постоянство внутренней среды организма человека, деятельность различных органов и систем и, таким образом, является непременным условием хорошего здоровья, гармонического развития, высокой работоспособности.

Неправильное питание значительно снижает защитные силы организма и работоспособность, нарушает процессы обмена веществ, ведет к преждевременному старению и может способствовать возникновению многих заболеваний, в том числе и инфекционного происхождения, так как ослабленный организм подвержен любому отрицательному воздействию. Например, избыточное питание, особенно в сочетании с нервно-

психическим напряжением, малоподвижным образом жизни, употреблением алкогольных напитков и курением, может привести к возникновению многих заболеваний.

Всемирной организацией здравоохранения к числу заболеваний, связанных с избыточным питанием, отнесены атеросклероз, ожирение, желче-каменная болезнь, подагра, сахарный диабет и полиостеоартроз. Переедание нередко бывает причиной заболеваний органов кровообращения.

Они вызывают поражение сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем, резко понижают трудоспособность и устойчивость к заболеваниям, сокращающая продолжительность жизни в среднем на 8-10 лет.

Вследствие недоедания и голода появляются болезни недостаточного питания. Постоянное недоедание порождает квашиоркор – тяжелое заболевание детей вследствие белковой недостаточности пищи. При этом заболеваний у детей замедляются рост и умственное развитие, нарушается костеобразование, возникают изменения в печени, поджелудочной железе.

Рост материального благосостояния позволит организовать на научной основе рациональное питание всего населения нашей страны.

Рациональным (от латинского слова *rationalis* – «разумный») считается такое питание, которое обеспечивает нормальную жизнедеятельность организма, высокий уровень работоспособности и сопротивляемости воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, максимальную продолжительность активной жизни.

Врачи утверждают, что полноценное рациональное питание – важное условие сохранения здоровья и высокой работоспособности взрослых, а для детей еще и необходимое условие роста и развития.

Рациональное питание – важнейшее непереносимое условие профилактики не только болезней обмена веществ, но и многих других. Для нормального роста, развития и поддержания жизнедеятельности организму необходимы белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные соли в нужном ему количестве.

Рациональное питание предусматривает с учетом физиологической потребности организма удовлетворение во всех пищевых веществах и энергии. Рекомендуемые величины потребности человека в пищевых веществах и энергии определены для всех групп трудоспособного населения в зависимости от интенсивности труда, пола и возраста. Установлена также средняя потребность в пищевых веществах пожилых и старых людей, а также одиннадцати групп детского населения, беременных женщин и кормящих матерей.

Институт питания Российской академии медицинских наук разработал физиологически обоснованные нормы потребностей в калориях в зависимости от характера профессиональной деятельности, пола, возраста и занятий спортом (Таблица 1).

По интенсивности труда взрослое население делят на пять групп:

1-я – лица, работа которых не связана с затратой физического труда или требует незначительных физических усилий (работники умственного труда, служащие);

2-я – лица, труд которых не требует больших физических усилий (работники на автоматизированных процессах, радиоэлектронной промышленности, связи, телеграфа, проводники, продавцы и др.);

3-я – лица, труд которых связан со значительными физическими усилиями (станочники, текстильщики, водители транспорта, обувщики, почтальоны, работники прачечных, бригады тракторных и полеводческих бригад, работники общественного питания);

4-я – работники немеханизированного тяжелого труда (литейщики, плотники, строительные рабочие, сельскохозяйственные рабочие, металлурги, кузнецы);

5-я – работники, выполняющие особо тяжелый физический труд (горнорабочие, занятые непосредственно на подземных работах, сталевары, землекопы, рабочие на лесозаготовках, каменщики, грузчики, труд которых не механизирован).

Особое место в режиме здоровой жизни принадлежит распорядку дня, определенному ритму жизни и деятельности

человека. Режим каждого человека должен предусматривать определенное время для работы, отдыха, приема пищи, сна. Распорядок дня у разных людей может и должен быть разным в зависимости от характера работы, бытовых условий, привычек и склонностей, однако и здесь должен существовать определенный суточный режим и распорядок дня. Необходимо предусмотреть достаточное время для сна, отдыха. Перерывы между приемами пищи не должны превышать 5-6 часов.

Очень важно, чтобы человек спал и принимал пищу всегда в одно и то же время. Таким образом, вырабатываются условные рефлексы. Человек, обедающий в строго определенное время, хорошо знает, что к этому времени у него появляется аппетит, который сменяется ощущением сильного голода, если обед запаздывает. Беспорядок в режиме дня разрушает образовавшиеся условные рефлексы.

Основные принципы здорового питания:

1) ежедневно потребляйте как можно больше разнообразных пищевых продуктов;

2) несколько раз в день, ешьте овощи (кроме картофеля) и фрукты не менее 400 граммов в день, предпочтительно выращенные в местных климатических условиях в свежем, замороженном виде;

3) несколько раз в день ешьте различные виды хлеба и крупяных продуктов, макаронных изделий или картофеля;

4) Выбирайте:

- молоко и молочные продукты с пониженным содержанием жира

- рацион с малым содержанием сахара (максимально допустимое количество – 5 чайных ложек в день, с учетом и содержания в кондитерских изделиях, варенье, меде и т.д.)

- ограничивайте потребление соли (максимальное количество – 1 чайная ложка в день (6 грамм), включая соль в хлебе, копченых, консервированных продуктах)

5) заменяйте жирное мясо или мясные продукты на постное мясо, рыбу, птицу или на фасоль, чечевицу, горох;

6) развивайте кулинарные навыки по приготовлению вкусной и здоровой пищи (отварные, приготовленные на пару, в духовом шкафу, в микроволновой печи);

7) ешьте соразмерно вашим потребностям количество пищи. Следите за своим весом, нормальный индекс массы тела (весоростовой показатель) должен быть в пределах 19-24,9 кг/м;

8) пейте чай только в промежутках между основными приемами пищи (неранее 2-3 часов после приема пищи);

9) придерживайтесь физической активности день, по крайней мере, умеренных уровней не менее 30-45 минут в день;

10) если вы потребляете алкогольные напитки, то умерьте это количество не более: 30 грамм крепких напитков (40%) или 120 грамм вина (11%) или 250 грамм пива (5%) в день.

Для нормальной деятельности нервной системы и всего организма большое значение имеет полноценный сон и здоровое питание. Великий русский физиолог И. П. Павлов указывал, что сон – это своего рода торможение, которое предохраняет нервную систему от чрезмерного напряжения и утомления. Если человек мало спит, то он встает утром раздраженным, разбитым, а иногда с головной болью.

Определить время, необходимое для сна, всем без исключения людям нельзя. Потребность во сне у разных людей неодинакова. В среднем эта норма составляет около 8 часов и с возрастом может уменьшаться. К сожалению, некоторые люди рассматривают сон как резерв, из которого можно заимствовать время для выполнения тех или иных дел. Систематическое недосыпание приводит к нарушению нервной деятельности, снижению работоспособности, повышенной утомляемости, раздражительности.

Чтобы создать условия для нормального, крепкого и спокойного сна необходимо за 1-1,5 ч. до сна прекратить напряженную умственную работу.

Ужинать надо не позднее, чем за 2-2,5 ч. до сна. Это важно для полноценного переваривания пищи. Следует спать в хорошо проветренном помещении, неплохо приучит себя спать при открытой форточке, а теплое время года – с открытым окном. В помещении нужно выключить свет, и установить тишину.

Тема-5.Вредные привычки. Наркомания.СПИД/ВИЧ. Борьба со СПИДом.

Вопросы для обсуждения

- 1 Наркомания. Распространенность наркомании.
2. Этиология и патогенез наркомании.
3. Клиническая картина наркомании.
4. Лечение и профилактика наркоманий.
5. ВИЧ – инфекции (СПИД)
6. Патогенез СПИДа.
7. Критерии распознавания инфекции ВИЧ.
8. Борьба со СПИДом.

Ключевые слова:*наркотики, зависимость, наркомания, токсикомания, передозировка,ВИЧ/СПИД, международные организации, ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, деятельность.*

Приложение № 1

Социально-демографическая структура Республики Узбекистан

- Территория республики 447 тыс.кв.км
- Населения 32,4 млн.
- Дети и подростки (лица до 19 лет) более 45%

Потребление наркотиков среди общего населения

В Республике Узбекистан исследований по оценке распространенности употребления наркотиков среди общего населения не проводилось. В 2006 году в стране при поддержке Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) проведено исследование по оценке масштабов употребления алкоголя, табака и наркотиков среди учащихся 9-х классов общеобразовательных школ по методике, разработанной Европейским проектом обследования школ по проблеме алкоголя и наркотиков – ЭСПАД.2В исследовании участвовало 100 общеобразовательных школ г. Ташкента, Ташкентской,

Самаркандской, Андижанской, Бухарской и Сурхандарьинской областей, отобранных методом случайной выборки. Было опрошено 5 851 детей 1990 года рождения (3 085 девочек и 2 766 мальчиков), среди которых был отмечен низкий уровень потребления наркотиков.

Количество лиц, употреблявших 1-2 раза наркотическое средство (каннабис, ингалянты) в течение всей жизни, составило 0,5%. Данные факты были отмечены как эпизодические случаи, не переходящие в систематическое употребление.

Наркомания (от греческого *narke* – оцепенение, сон; *mania* – безумие, страсть, влечение) – тяжелое заболевание, вызываемое злоупотреблением наркотиков. Резко выраженное влечение и привыкание к одному или нескольким наркотическим веществам, действующим преимущественно на психику, нервную систему и внутренние органы и вызывающим у человека ощущение «благополучия», эйфории, успокоения или, наоборот, приятно возбуждения. В больших дозах наркотики вызывают состояние выраженного опьянения, оглушенности и другие симптомы острого отравления и при передозировке – смерть.

Несмотря на то, что злоупотребление наркотиками стало одной из важнейших мировых проблем совсем недавно, в двадцатом веке, наркомания берет свое начало в глубине веков. Предполагают, что первое употребление наркотических веществ началось случайно с употребления внутрь листьев и плодов растений, обладающих наркотическим действием. По свидетельству Геродота, еще скифские племена, жившие по побережью Черного и Каспийского морей «садились вокруг дерева, бросали в разводимый костер какие-то плоды и опьянялись дымом от этих плодов, как элины опьяняются вином».

Родиной опийного мака, видимо являются Малая Азия, острова Греческого архипелага, Греция. Индийская конопля, из которой изготавливается гашиш, берет свое начало в Индии и Индокитае. Торговля наркотиками существовала и в Древнем Риме. Совершенно открыто, как и любым товаром, ими торговали на знаменитых восточных базарах .

Ныне существует целая международная система производства и сбыта наркотиков. Опиная контрабанда направляется из стран Среднего Востока в Западную Европу, Северную Америку. Изготовление морфина производится в нелегальных лабораториях Швейцарии, Франции, Италии, стран Ближнего Востока. Крупнейшей страной – поставщиком наркотиков, является Афганистан. Оттуда через Чечню идет опиный сырец в Среднюю Азию, на Украину, в Прибалтику, Узбекистан, Казахстан и Россию. Кокаин поступает из Южной Америки. Среди торговцев наркотиками особенно активны граждане Нигерии, Чечни, Украины, Таджикистана, Казахстана в том числе и Узбекистана.

На сегодняшний день наиболее распространены опиум, морфий, гашиш (анаша), кокаин, производные барбитуратовой кислоты (люминал, веронал, мединал, амитал-натрия) и лизергиновой кислоты (ЛСД), синтезирующие препараты (крэк, экстази, китайский белок, метадон, чайунвенд и др.). В зависимости от употребляемого наркотика различают морфинизм, гашишизм, героинизм, кокаинизм и т.д.

Причины злоупотребления наркотическими веществами сложны и многообразны. Наряду с биологическими факторами, играющими важную роль в формировании патологического привыкания, большое значение принадлежит социальным и культурным факторам. Основной причиной потребления наркотиков является социальная незрелость. Именно нравственный инфантилизм молодых людей приводит к наркомании. Кроме того, многие и начинающие наркоманы даже не предполагают о страшных последствиях «баловства». Ведь человек, впервые употребляющий наркотик, рассуждает примерно так: попробую разок и больше не буду. Но нередко и «разок» может оказаться началом трагического конца. Ибо люди все с различными социальными установками и волевыми возможностями.

Это определяет ход и глубину этого страшного недуга. К характерологическим особенностям лиц, злоупотребляющих наркотиками, относится повышенная раздражительность (причем отмечавшаяся еще до первого знакомства с наркотиками), склонность к демонстративному

поведению, стремление быть в центре внимания и вместе с тем низкая позитивная социальная установка.

Особо следует отметить, что формирование наркотической зависимости нередко наблюдается у лиц с психопатоподобными и неврологическими расстройствами (последствия ранних детских органических поражений, перенесенных черепно-мозговых травм). Больные легко вовлекаются в антисоциальные группы, со всеми вытекающими отсюда тяжелыми последствиями.

Среди социальных причин употребления наркотиков чаще всего называется социальная неустроенность, отсутствие квалификации или простора работы, желание отвлечься от состояния хронического стресса, обусловленного стремительным темпом жизни. Определенное значение в формировании наркомании имеют: неполная семья, злоупотребление в семье наркотиками и алкоголем, антиобщественная направленность интересов близкого окружения.

К этиологическим факторам следует также отнести традиционные или культурные особенности географических областей, в которых выращивание растительных наркотических средств является частью истории, а их употребление – частью культуры народа, населяющий данный регион. Немаловажную роль в злоупотреблении наркотическими средствами играет неосторожная информация, способствующая появлению любопытства и желания приобрести собственный опыт. К таким результатам ведет необоснованное красочное описание «экзотических» ощущений и переживаний при приеме наркотических средств в некоторых художественных произведениях.

В качестве фактора, способствующего развитию наркомании, необходимо рассматривать тяжелое хроническое заболевание, требующее длительного применения наркотических средств (например, опухолевый процесс с выраженным болевым синдромом).

Изучение распространенности наркоманий в общей популяции показало, что к злоупотреблению наркотиками прибегают различные слои населения и возрастные группы, неодинаково и распространение наркоманий в различных

странах мира. Однако общим для всех континентов является «омоложение» склонности к злоупотреблению наркотиками за счет во влечения лиц подросткового, юношеского возраста. Как правило, первый прием наркотиков происходит под влиянием более опытных наркоманов. Почти всем подросткам предлагают алкоголь или наркотик, и не каждый способен отказаться.

Наркоманами становятся чаще всего люди безвольные, не имеющие высоких идеалов, морально незрелые и попавшие в неблагоприятную социальную среду.

Патогенетические механизмы развития наркотической зависимости практически не изучены. Можно лишь предполагать, что в формировании этого синдрома принимают участие особые условно-рефлекторные связи, некоторые нейромедиаторные и биохимические процессы головного мозга (в частности, обнаружена тропность отдельных рецепторов в головном мозге к опиатам). Однако общепризнанная патогенетическая концепция до сих пор не сформулирована и исследования наркотической зависимости в этом направлении в этом направлении находятся лишь на стадии накопления фактов.

При систематическом употреблении наркотиков к ним привыкают, т.е. развивается состояние толерантности (нечувствительности). В результате, чтобы достигнуть желаемого возбуждающего или успокаивающего действия, наркоману приходится прибегать к постепенно увеличивающим дозам, иногда во много раз превышающим смертельную. При использовании морфина это приводит к подавлению «дыхательного центра» и к неизбежной смерти от остановки дыхания.

Длительное применение наркотиков вызывает стойкие необратимые патологические изменения, как в соматической, так и в психических сферах. Внутренние органы постепенно разрушаются, но также неуклонно разрушается и личность человека, не способного уже вырваться из тисков наркомании.

Перечислять симптомы соматических заболеваний при наркомании можно до бесконечности. Считается, например, установленным тот факт, что наркотики разрушают печень, вызывая цирротические явления, а также и поджелудочную железу, что является началом «общего развала организма». Они

приводят к атрофии головного мозга, вызывают предраковые процессы в легких, импотенцию у мужчин и фригидности у женщин, снижают интеллект, приводят к различным рода психическим заболеваниям и слабоумию.

Общая деградация личности при употреблении наркотиков наступает в 15-20 раз быстрее, чем от употребления алкоголя. Даже однократный прием наркотика может привести к тяжелым последствиям!

1. Передозировка и смерть от остановки дыхания и сердца, тяжелое повреждение мозга и печени.
2. Аллергические реакции вплоть до смертельного исхода.
3. Развитие психической зависимости.
4. Обострение хронических заболеваний.
5. Высокий риск заражения СПИДом гепатитом (при внутривенном употреблении)
6. Проблемы с законом.

Тяжесть состояния наркомана заключается в явлениях абстиненции, возникающей в период, когда в организме уменьшается количество наркотического вещества и появляется потребность в новой дозе наркотика, поскольку он уже включился в обмен веществ в организме.

При развитии наркомании человек проходит три этапа: стадию эпизодического потребления наркотиков, стадию привыкания к наркотику и собственно стадию наркомании. Стадия собственно наркомании проявляется привыканием и болезненным пристрастием (зависимостью) к наркотику. Основным проявлением наркомании является изменение реактивности организма в отношении наркотических веществ.

Наиболее характерные проявления измененной реактивности заключаются в следующем. (Т.П. Печерникова, 1997):

1. Непреодолимое желание еще раз пережить измененное состояние, определяющее потребность в повторных приемах наркотика и стремление получить его любыми средствами (психическая зависимость).
2. Развитие при лишении привычного наркотика абстинентного синдрома, то есть мучительного состояния

наркотического голодания, заключающееся в тяжелом нарушении деятельности всех органов и систем организма, вызывающем даже психотические расстройства (физическая зависимость).

3. Стремление вследствие нарастающей переносимости этого вещества и снижения эффективности его действия к увеличению принимаемых доз для получения привычного эффекта (повышенная толерантность).

4. Переход на более «жесткие» наркотики (например, исследования показали: кто курил марихуану, у того в 104 раза выше соблазн попробовать кокаин).

Соответственно стадиям можно разделить тех, кто употребляет наркотики, на следующие группы. К первой группе принадлежат лица, принимающие их нерегулярно или непродолжительное время (обычно эпизодически) и не успевшие еще приобрести к ним стойкой привычки. Это так называемое бытовое употребление наркотиков или **наркотизм**. Определить принадлежность к данной группе можно по следующим прямым или косвенным признакам:

- неумение скрывать внешние признаки опьянения (такое легкомысленное поведение начинающего наркомана обращает на себя внимание окружающих);

- индивидуальная особенность, погруженность в свой мир переживаний, стремление уединиться (характерно особенно для принявших опий или морфин);

- необоснованное возбуждение, а чаще эйфория, несоответствующая ситуации (констатируют у лиц, чаще употребивших снотворное);

- немотивированный смех, веселье, громкая речь, жестикуляция, чрезмерная подвижность (чаще фиксируют у принявших кодеин);

- своеобразный способ курения (окурок держится в закрытых ладонях);

- неадекватное поведение (не в соответствии с обстановкой) в виде неожиданных поступков (бессмысленное бегство, нападение, попытка спрятаться), прожорливость, жажда (чаще спустя час – полтора после приема гашиша).

- следы инъекции от введения наркотиков (обычно по ходу вен наладонной поверхности предплечий, стопах, голенях, коже бедер).

Эпизодическое бытовое употребление наркотиков лечения не требует. Главный отличительный признак этой группы – отсутствие болезненных состояний абстиненции, т.е. «похмелья» связанного с прекращением приема наркотических средств.

Ко второй группе относятся систематически употребляющие наркотики – это наркомания. К ним относят тех, для кого это стало привычкой, которая переходит или уже перешла в стадию болезни. Последствия длительного применения наркотических веществ:

1. Потери социальных связей (проблемы с учебой, работой, потеря друзей, семьи и т.д.).
2. Постоянные проблемы с законом.
3. Изменения личности вплоть до слабоумия.
4. Психическая и физическая зависимость,
5. Развитие хронических заболеваний (туберкулез, нарушение функций печени, почек, сердца, снижение иммунитета и т.д.).
6. Развитие проституции и гомосексуальных связей.
7. Высокий риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, ВИЧ, СПИДом, гепатитом.
8. Влияние на наследственность (высокий риск пороков развития у потомства).
9. Смерть от передозировки.

Следует признать, что наркоман не является «полноценным членом общества», поскольку его мысли и дела направлены на прием наркотических веществ. А это прямой путь к преступлению, тогда как наркоман не остановится ни перед чем в своем стремлении получить желаемое вещество.

Лечение наркомании – длительный и сложный процесс, проводится в стационаре. Лишь единицам удается преодолеть зависимость от наркотиков.

На первом этапе проводят дезинтоксикацию, собственно антинаркотическое лечение и поддерживающую терапию.

Второй этап лечения включает активную и симптоматическую терапию. При этом главным методом

является психотерапия в различных ее видах – гипноз с внушением отвращения и выработкой отрицательной реакции на наркотическое вещество, формирование установок на активное выздоровление и т.д.

Третий этап лечения наркомании – поддерживающая терапия – осуществляется в течение продолжительного периода времени и включает при условии динамического наблюдения наркологическим кабинетом повторные сеансы психотерапии, курсы условно-рефлекторной и общеукрепляющей терапии.

Прогноз относительно благоприятный при желании больного прекратить прием наркотиков; при отсутствии лечения больные погибают от сопутствующих заболеваний, травм, интоксикаций, передозировки (80%); возможны самоубийства.

Профилактика включает прежде всего правильное воспитание, просвещение молодежи то есть распространение листовок, бесплатных газет и подобной агитационной продукции. Также к просветительским методам относятся: бесплатные агитационные концерты, лекции, социальная реклама, видеофильмы, плакаты, деловые игры, анкетирование, соцопросы, тестирование, общеобразовательные противонаркотические обучающие программы.

Формирование здоровых интересов и социальной активности, а также контроль за используемыми в медицинских целях наркотиками, борьбу с распространением и сбытом наркотиков. Лучший способ избежать опасности – не пробовать их никогда.

Инфекция, вызываемая вирусом иммунного дефицита человека (инфекция ВИЧ) – новое заболевание, передаваемое половым путем. Патогенетической особенностью этой инфекции является нарастающее угнетение иммунитета, прежде всего клеточного, что определяет яркое своеобразие ее эволюции и клиники. Клинические характеристики и лабораторные изменения полностью разворачиваются в финальной стадии заболевания, стадии известной как синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД). Эта стадия дает наибольшие возможности для распознавания инфекции ВИЧ, и история учения об этой инфекции начинается с изучения ее финала.

СПИД – как и другие венерические заболевания, типичная «болезнь поведения», но смертельная и пока не излечимая. СПИД – вызывается ретровирусом, который был открыт в 1983 году группой исследователей под руководством профессора Люка Монтанье в институте Пастера (Париж) во Франции, а в 1984 году новым ретровирусом – возбудителе СПИДа сообщили американские авторы Р. Галло и его сотрудники.

Таким образом, обе группы исследователей – под руководством проф. Л. Монтанье и проф. Р. Галло – внесли равнозначный вклад в решении этиологии СПИДа, доказав, что его возбудитель есть новый ретровирус. С 1986 года по решению Международного комитета по таксономии вирусов он получил название вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

Описаны случаи одновременного существования в организме человека ВИЧ-1, ВИЧ-2 и HTLV-4 различных сочетаниях.

Молодежь является наиболее уязвимой группой к ВИЧ/СПИДу. Более 80% ВИЧ инфицированных составляют внутривенные потребители наркотиков.

Развитие инфекции обуславливается проникновением ВИЧ в кровь заразившегося. По современным представлениям, это происходит при половых контактах, парентеральных манипуляциях (использовании нестерильных игл, шприцев и других инструментов), переливании крови и ее препаратов, пересадке органов и тканей, а также от инфицированной матери ребенку.

Заражение может ступить при пользовании загрязненными кровью режущими инструментами: лезвиями, бритвами, ножами, ножницами, иглами для нанесения татуировок.

Приблизительно $\frac{3}{4}$ больных СПИДом инфицируются при половых сношениях, главным образом гомосексуальных. Гомосексуалисты, особенно пассивные составляют первую по значимости группу риска.

Вторая, по величине группа риска – наркоманы, пользующиеся для внутривенного введения наркотических средств общими нестерильными иглами и шприцами.

Третья группа – больные гемофилией. Основным путем передачи вируса служит введение компонентов крови.

Четвертая группа – дети, родившиеся от матерей, инфицированных ВИЧ.

Однако инфекция ВИЧ давно вышла за пределы этих традиционных групп риска, и несет угрозу всему человечеству. Оказалось, что в распространении инфекции непрерывно нарастает гетеросексуальная передача вируса. Беспорядочная половая жизнь и особенно проституция, несомненно, содействует распространению инфекции ВИЧ.

В основе патогенеза инфекции ВИЧ лежит нарастающий дефект иммунитета, особенно клеточного, за счет лимфопении (уменьшения количества лимфоцитов), сочетающийся с функциональной недостаточностью лимфоцитарных клеток и их измененной поликлональной активностью. Эти изменения особенно выражены в финале заболевания, т.е. при СПИДе.

Лимфопения главным образом возникает в результате лизиса Т-хелперов, основной мишени повреждающего действия ВИЧ. Общее число лимфоцитов обычно меньше 1000, а часто и 500 в 1мм крови, причем если количество Т-хелперов становится ниже 100, то развиваются разнообразные поражения кожных покровов и слизистых оболочек.

Помимо Т-хелперов, резервуаром вируса могут быть макрофаги, тромбоциты, В лимфоциты, клетки эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов, эпителиальные клетки, глиальные клетки нервной ткани и нейроны. Таким образом, заражение ВИЧ приводит в первую очередь к поражению Т-хелперов, что влечет за собой цепь иммунных нарушений, обуславливающих беззащитность организма перед многообразной микрофлорой и ростом новообразований.

Вместе с тем поражения головного и спинного мозга могут быть обусловлены прямым действием ВИЧ на морфологические структуры этих органов вне связи с иммунным дефицитом. Р. Галло и соавторы еще в 1984 году, впервые обнаружили ВИЧ в тканях головного и спинного мозга. Это позволило отнести способность ВИЧ поражать нервную систему к числу главных характеристик вируса наряду с иммуносупрессией. Дальнейшие исследования подтвердили точку зрения Р. Галло.

В настоящее время ВИЧ считают не только лимфотропным, но и нейротропным вирусом. Инфекция поражает пестротой и многообразием клинических вариаций – от бессимптомных до выраженных форм с агрессивными и оппортунистическими инфекциями и разнообразными новообразованиями.

Как свидетельствуют многочисленные наблюдения последних лет, заболевание имеет стадийное течение, чередование рецидивов и ремиссий и нарастающую тяжесть клинических и лабораторных симптомов. Ремиссии сначала часты, почти закономерны и подчас весьма продолжительны, затем они становятся все короче, а рецидивы – длительнее и тяжелее. На заключительном этапе формируется полный СПИД, имеющий необратимый характер и заканчивается летально через различные сроки.

СПИД быстрее развивается у лиц, чье здоровье изначально слабее, чем способствует курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, венерические болезни, плохое питание, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия.

Начальная стадия наступает спустя 2-4 недели после заражения, продолжается от 3 до 14 суток, с последующим спонтанным регрессом, сопровождается образованием антител к ВИЧ. Клинические проявления: головная боль, недомогания, общая слабость, повышенная потливость, артралгия, ангина, лимфоаденопатия, увеличение печени и селезенки, диарея. Возможны эпилептиформные припадки.

Синдром приобретенного иммунного дефицита – финал инфекции ВИЧ – проявляется летальными осложнениями в виде тяжелых, обычно множественных оппортунистических инфекций и различных новообразований. По преобладанию симптомов в клинической картине, согласно рекомендациям ВОЗ, условно можно выделить 4 формы заболевания; легочную, неврологическую, желудочно-кишечную, лихорадочную.

Легочная форма. В клинической картине этой формы преобладают симптомы пневмонии (одышка, гипоксия, боли в груди, кашель), развивающиеся на фоне лихорадки, нарастающего похудания и ухудшающего общего состояния.

Рентгенологически отмечаются обширные инфильтраты в легких.

Неврологическая форма. Развиваются энцефалопатия, менингит, очаговые поражения головного мозга, дисфункции спинного мозга. Начавшись с моторных дисфункций и нарушений поведения, она может привести к полному распаду личности, оставаясь подчас единственным проявлением болезни.

Желудочно-кишечная форма, Здесь ведущий синдром – рецидивирующая диарея с прогрессирующим похуданием, обезвоживанием и интоксикацией. Стул частый, водянистый, с потерей жидкости 10-15 л/сут, нередко с примесью крови и гноя; может быть зловонным. Субъективно больные отмечают боль по ходу кишечника, порой мучительную. Иногда развиваются язвы желудка, гепатит, хронический колит, опухолевое поражение кишечника, прежде всего, обусловлено саркомой Капоши др.

Лихорадочная форма – постоянные или эпизодические подъемы температуры до фебрильной, сопровождающиеся похуданием, общим недомоганием, нарастающей слабостью. Этиология неизвестна. Наиболее достоверным клиническим критерием при распознавании СПИДа, бесспорно, следует признать саркому Капоши. Саркома Капоши как клиническая манифестация СПИДа встречается приблизительно у трети больных в этой фазе инфекции ВИЧ. Среди них 40-50% приходится на гомосексуалистов: у наркоманов, реципиентов крови и у детей она встречается редко.

Подобное распределение, видимо, можно объяснить высокой инфицированностью гомосексуалистов цитомегаловирусом и вирусом Эпштейна – Бара, которым в настоящее время приписывают предрасполагающую роль в возникновении саркомы Капоши как клинической формы СПИДа – висцеральный (поражение внутренних органов) и дермальный.

Критерии распознавания инфекции ВИЧ.

1. Анамнез – сведения о принадлежности к группам риска, половой связи с лицами из этих групп и беспорядочной половой жизни, особенно с большим числом партнеров. Необходимо также учитывать длительное пребывание лица за рубежом, особенно в регионах, эндемичных в отношении инфекции ВИЧ, на половую близость с жителями этих регионов,

на переливание крови и наложение в прошлом с использованием неодноразовых шприцев и систем для внутривенного введения лекарственных средств.

2. Анализ клинических признаков болезни. Клинически проявления ВИЧ имеют общие особенности – упорное течение, нарастающую тяжесть, сочетание различных патологических состояний (увеличение лимфатических узлов, продолжительная лихорадка неясного генеза, нарастающее похудение, упорная диарея, тяжелые пневмонии, поражения нервной системы и, конечно, саркома Капоши в молодом возрасте), устойчивость к терапии и др.

3. Лабораторные тесты. Диагноз инфекции ВИЧ всегда должен иметь лабораторное подтверждение. В практическом здравоохранении наибольшее распространение получили методы определения противовирусных антител в материале от больных – иммуноферментный анализ и др.

В разных странах ведутся интенсивные исследования с целью обнаружить эффективные лекарственные средства против СПИДа. Основные стратегические направления этих работ – поиск противовирусных препаратов, влияющих на ВИЧ в разные стадии его размножения, и применение методов восстановления нарушенных при СПИДе иммунитета. Кроме того, изучаются оптимальные условия лечения развивающихся при СПИДе инфекционных осложнений и опухолей, особенно саркомы Капоши.

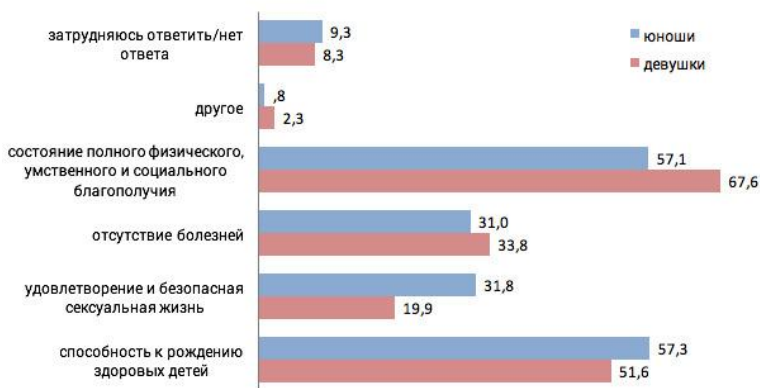
Тема-6. Репродуктивное здоровье человека и его охрана. Вопросы для обсуждения

1. Что такое репродуктивное здоровье?
2. Охрана репродуктивного здоровья человека.
3. Предотвращения ранних браков .
4. Охрана материнства и детства.
5. Основные проблемы подросткового возраста.

Ключевые слова: *репродуктивное здоровье, ранняя беременность, физическая культура ,режим труда и отдыха, здоровое питание, распорядок дня, закаливание*

Приложение № 1

Что понимается молодежью в возрасте 18-19 лет под понятием "репродуктивное здоровье", %



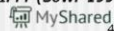
Приложение № 2

Компоненты Репродуктивных и Сексуальных Прав (Вытекающие из прав, закрепленных в Международном Инструменте Прав Человека)



- Право на жизнь / выживание
- Право на свободу и безопасность личности
- Право на достижение высочайших стандартов здоровья
- Право на планирование семьи
- Право на женитьбу / замужество и создание семьи
- Право на частную и семейную жизнь
- Право на использование достижений научно технического прогресса
- Право на получение и распространение информации и свободу мысли
- Право на образование
- Право на не дискриминацию по половому признаку
- Право на не дискриминацию по возрасту

UNFPA, WHO, IPPF (SoWP 1997)



Приложение № 3



Брачный возраст устанавливается для мужчин в восемнадцать лет, для женщин в семнадцать лет.

При наличии уважительных причин, в исключительных случаях (беременность, рождение ребенка, объявление несовершеннолетнего полностью дееспособным (эмансипация) хоким района, города по месту государственной регистрации брака может по просьбе лиц, желающих вступить в брак, снижать брачный возраст, но не более чем на один год. (Часть в редакции Закона РУз от 30.04.2013 г. № ЗРУ-352)

По определению ВОЗ, репродуктивное здоровье (reproductio –воспроизведение, размножение) – это осуществление процессоввоспроизводства при полном физическом, умственном и социальномблагополучии, а не просто отсутствие болезней или недугов половой системы, ее функций и процессов. Оно отражает здоровье не только в репродуктивный период (у мужчин – с15 до 45 лет, у женщин – с 13 до 55 лет), но и здоровье в детстве, юности и в период угасания репродуктивной функции.

Репродуктивное здоровье, как и здоровье в целом, зависит в первуюочередь, от образа жизни, от питания, генетического наследования, экологии, а также от наличия

служб охраны репродуктивного здоровья.
Охрана репродуктивного здоровья предусматривает:

1) консультации, информацию, просвещение и услуги (в области планирования семьи), женские консультации, службы планирования семьи, роддома и прочее;

2) просвещение и услуги в медицинском обслуживании беременных (ФАП, сельские амбулатории, женские консультации, роддома);

3) обеспечение нормального течения родов и послеродового периода;

4) предупреждение и лечения бесплодия;

5) предупреждение и лечение заболеваний половых путей, венерических заболеваний и других состояний репродуктивного здоровья;

6) информацию, образование и коммуникации в области человеческой сексуальности, репродуктивного здоровья и родительской ответственности.

Охрана репродуктивного здоровья определяется как сочетание методов, способов и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию за счет предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем.

Каждый человек имеет право на информацию и доступ к вышеперечисленным службам охраны репродуктивного здоровья. Это является национальной политикой нашего государства. Такие права называются репродуктивными правами. Каждый гражданин имеет «правосвободного решения относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и временем их рождения, право на равноправие полов, право на вступление в брак и создание семьи, право на личную и семейную жизнь, право на информацию и образование в этой области» (Каирская международная конференция по народонаселению, 1994 г.).

Половое воспитание – система медицинских и педагогических мер, направленных на воспитание у детей, подростков и молодежи разумного, здорового отношения к вопросам пола. Задача полового воспитания – способствовать гармоничному развитию подрастающего

поколения, полноценному формированию детородной функции, содействовать укреплению брака и семьи.

Многие считают, что половым воспитанием надо заниматься тогда, когда дети вступают в период полового созревания. Это представление неправильно, так как по некоторым аспектам, половое воспитание надо начинать уже в раннем детстве.

От полового воспитания следует различать половое просвещение, которое заключается в ознакомлении подростков с анатомо-физиологическими, сексологическими, гигиеническими и другими сведениями по вопросам пола и половой жизни.

К половому воспитанию применимы общие принципы воспитательной работы. Оно должно быть составной частью учебно-воспитательных мер, осуществляемых в семье, дошкольном учреждении, школе и т.д. Половое воспитание необходимо проводить с учетом пола, возраста, степени подготовленности детей, а также соблюдая преемственность в процессе воспитания. Обязательное условие его эффективности – единый подход родителей, медработников, педагогов, воспитателей. Половое воспитание должно быть тесно связано с общей системой нравственного воспитания. Однако иногда считают, что обсуждать эти проблемы неприлично, стараются обойти молчанием вполне естественные вопросы, которые занимают молодежь.

Неподготовленность и неосведомленность подростков в вопросах пола нередко оборачиваются тяжелыми жизненными драмами. Еще В.Г.Белинский отмечал, что нравственная чистота вовсе не заключается во введении, но подразумевает сохранение добродетели при достаточной осведомленности. Совершенно неприемлема и другая тенденция, распространенная в странах запада, когда сексуальная тематика преобладает в литературных произведениях, в кино и на телевидении, когда пропагандируют «свободную любовь», отрицая фактически всякую мораль.

При всей сложности и деликатности проблемы полового воспитания родители, педагоги и медработники должны своевременно и правильно ответить на вопросы, волнующие подрастающее поколение. А.С. Макаренко в лекции о половом воспитании писал: «... Мы должны так воспитывать наших

детей, чтобы они относились к любви как к серьезному и глубокому чувству, чтобы свое наслаждение, свою любовь и свое счастье они реализовали в семье».

В половом воспитании можно условно выделить несколько этапов. Детям дошкольного возраста необходимо прививать элементарные гигиенические навыки и правила поведения. Важное значение имеет закаливание ребенка, т.к. правильное половое развитие тесно связано с общим физическим развитием.

При уходе за детьми, в частности, устранять раздражающие воздействия на так называемые эрогенные зоны. В связи с этим следует избегать неудобной, тесной одежды, предупреждать или своевременно устранять глистные заболевания. Очень важно обеспечить здоровую атмосферу в семье, проникнутую взаимным уважением и любовью. Родители должны поддерживать в детях появляющееся обычно в этом возрасте желание помочь в домашней работе, требовать от мальчиков, чтобы они помогали девочкам выполнять задания, связанные с физической нагрузкой и т.п.

Дальнейшему правильному развитию ребенка будут способствовать сформированные у него чувства ответственности и долга, любовь и уважение к людям. Предупредить раннее появление полового чувства вовсе не значит подавить половое чувство вообще. Основная цель полового воспитания подростков – научить их сознательно управлять половым чувством, воспитать в них моральную устойчивость к всякого рода развращающим влияниям.

Необходимо правильно организовать жизнь подростков до наступления половой зрелости, чтобы подготовить их к тому моменту, когда возникнут реальные возможности удовлетворения полового влечения. Половое воспитание подростков старшего школьного возраста, юношей и девушек, окончивших школу, включает раскрытие нравственных, социальных и гигиенических аспектов взаимоотношения полов, ознакомление с основами гигиены и физиологии половой жизни, гигиены брака.

В этот период у девушек появляется желание нравиться окружающим и впервые очередь мужчинам, стремление к сопереживанию, любви и ласке. Они много заняты своей

внешностью. Усиливается интерес к «тайнам» любви. Юноши присматриваются к девушкам, стараются выглядеть взрослее, в связи, с чем нередко перенимают привычку взрослых, в.ч. и вредные (курение, употребление алкоголя). Прежние привязанности мальчиков к друзьям и девочек к подругам отступают обычно на второй план. Возникающие неясные желания молодые люди не всегда могут подавить, чувствуют себя неловко в обществе сверстников противоположного пола. Поэтому важно тактично помочь им в этой сложной ситуации.

При правильной организации режима в этот период, если жизнь молодых людей заполнена увлекательными делами, пронизана доброжелательным отношением друг к другу, чрезмерного интереса к вопросам пола не возникает. В связи с этим исключительное значение приобретает воспитание в каждом человеке творческих наклонностей, разносторонних интересов. Следует активно пропагандировать занятия физкультурой и спортом, которые поглощают избыточную энергию подростка, способствует гармоничному развитию его организма, воспитанию ценных волевых качеств.

В Республике Узбекистан проводится интенсивная работа для осуществления лозунга “Здоровая мать – здоровое поколение”. Внедрение системы логистики и менеджмента контрацептивных средств создаёт возможности всеобщей доступности и высокой эффективности, что повышает перспективы улучшения репродуктивного здоровья населения. Обучение медицинских кадров по оказанию услуг дружелюбных молодежи позволит улучшить качество профилактических мероприятий по ЗППП и ВИЧ/СПИД.

Улучшение материнского здоровья, снижение материнской смертности и заболеваемости является одной из восьми Целей Развития Тысячелетия, принятых на Саммите тысячелетия в 2000 году. Республика Узбекистан приняла на себя обязательства снизить показатель материнской смертности к 2015 году по сравнению с 1990 годом на три четверти.

Оценка динамики материнской смертности является решающей для планирования программ по улучшению репродуктивного здоровья, координации усилий по защите материнства на национальном уровне. В РУз, благодаря новой

демографической политике, за последние 15 лет произошло существенное снижение показателей рождаемости за счёт снижения среди юных (до 19-20 лет), женщин старшего репродуктивного возраста (старше 35 лет), удлинения интрагравидарных интервалов.

В 2010 г. Министерством Здравоохранения был издан приказ №119 «О внедрении в практику системы обеспечения логистики контрацептивных средств», соответственно которому осуществляется бесперебойное обеспечение бесплатно контрацептивными средствами (КС), регламентируются требования по доставке, хранению и использованию КС.

Для улучшения работы разработана программа по обучению кадров. Они рассчитывают потребности и создают запасы по контрацептивным средствам. Только в текущем году сотрудниками РЦРЗН в 7 областях Республики обучено более 600 медицинских работников, осуществляющих деятельность в системе логистики КС. Эти достижения дают бесперебойное обеспечение контрацептивными средствами по всей Республике Узбекистан.

По статистическим данным МЗ РУз из числа женщин фертильного возраста (ЖФВ) в среднем 48,7% используют тот или иной метод контрацепции. При этом наиболее востребованными являются внутриматочные средства(60,8%) и гормональная контрацепция в виде таблеток и инъекций (30,6%). А также последние годы широко применяется метод добровольной хирургической контрацепции (5,8%). Остальные ЖФВ используют другие методы контрацепции, доступ к которым у населения также неограничен.

По данным Всемирной организации здравоохранения за период с 2011 по 2020 год более 140 миллионов девочек вступят в брак. При сохранении нынешних уровней детских браков ежегодно 14,2 миллиона девочек будут вступать в брак слишком рано, то есть ежедневно будет совершаться 39 000 таких браков.

Более того, из 140 миллионов девочек, которые вступят в брак до достижения ими 18 лет, 18,5 миллиона девочек будет в возрасте менее 15 лет.

Несмотря на причиняемый девочкам физический вред и их стойкую дискриминацию, на пути прекращения практики

детских браков достигнут незначительный прогресс. В действительности, по мере возрастания численности молодого населения в развивающихся странах существует угроза обострения этой проблемы. Осложнения беременности и родов являются основной причиной смерти молодых женщин в возрасте 15-19 лет. Девушки, вступающие в брак позже и отсрочивающие беременность на период после подросткового возраста, имеют больше шансов остаться здоровыми, улучшить свое образование и обеспечить лучшую жизнь для себя и своих семей.

Детский брак, определяемый как брак до достижения 18 лет, относится как к мальчикам, так и к девочкам, но наиболее широко эта практика распространена среди девочек. Детские браки являются глобальной проблемой, но их показатели варьируются в огромных пределах как внутри стран, так и между странами. Большинство детских браков, как в процентном отношении, так и в абсолютных значениях, приходится на сельские районы Африки к югу от Сахары и Южной Азии.

Следующие 10 стран имеют самые высокие показатели детских браков: Нигер – 75%; Чад и Центральноафриканская Республика – 68%; Бангладеш – 66%; Гвинея – 63%; Мозамбик – 56%; Мали – 55%; Буркина-Фасо и Южный Судан – 52%; и Малави – 50%.

Наибольшее число детских браков в абсолютных значениях происходит в Индии в связи с численностью ее населения. В 47% всех браков в этой стране невеста является ребенком.

Достигнут некоторый прогресс на пути прекращения этой практики в городских районах, где семьи видят больше возможностей для работы и образования девочек.

Детский брак все шире признается как нарушение прав девочек по следующим причинам:

- препятствует эффективному завершению их образования;
- лишает каких-либо возможностей для приобретения профессиональных и жизненных навыков;

- подвергает их риску слишком ранней беременности, родов и материнства до того, как они станут готовы к этому с физической и психологической точки зрения;
- повышает риск сексуального насилия со стороны интимного партнера и ВИЧ-инфицирования.

Несмотря на тот факт, что в 158 странах имеются законы, разрешающие вступать в брак лишь по достижении 18 лет, эти законы редко соблюдаются, так как практика детских браков поддерживается традициями и социальными нормами.

По данным ООН, осложнения беременности и родов являются основными причинами смерти девочек в возрасте 15-19 лет в развивающихся странах. Ежегодно рожают 16 миллионов девочек подросткового возраста, из которых около 90% уже замужем. По оценкам ЮНИСЕФ, примерно 50 000 из них умирают, причем почти все эти случаи смерти происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Показатели мертворождений и смерти новорожденных детей среди матерей в возрасте до 20 лет на 50% превышают аналогичные показатели среди женщин, беременность которых наступает в возрасте 20-29 лет.

Во многих бедных странах большинство девочек, независимо от возраста, принуждают продемонстрировать их способность к деторождению сразу же после замужества. Детский брак, существующий на протяжении столетий, представляет собой сложную проблему, глубоко уходящую корнями в гендерное неравенство, традиции и нищету. Эта практика наиболее широко распространена в сельских и обнищавших районах, где перспективы для девочек могут быть ограничены. Во многих случаях такие браки устраиваются родителями, и девочкам не остается другого выбора.

В бедных семьях дочерей стремятся выдать замуж в раннем возрасте, чтобы уменьшить число детей, которых необходимо кормить, одевать и обучать. В условиях некоторых культур значительным стимулом является цена, которую будущие мужья платят за малолетних невест.

Сообщества могут оказывать социальное давление на семьи, принуждая их к совершению детских браков. Так,

например, в некоторых культурах считается, что вступление в брак девочек до наступления половой зрелости осчастливит такие семьи. В некоторых обществах считается, что ранний брак защитит девочек от сексуальных нападков и насилия — семьи рассматривают такой брак как способ обеспечения того, чтобы их дочери не забеременели вне брака и не обесчестили семьи.

Стратегии по ликвидации детских браков, рекомендуемые Комиссией по положению женщин, включают следующие:

- поддержка и обеспечение соблюдения законов, повышающих минимальный возраст для вступления девочек в брак до 18 лет;
- обеспечение равного доступа к качественному начальному и среднему образованию для девочек и мальчиков;
- подготовка девочек, мальчиков, родителей и руководителей для изменения практики, являющейся дискриминационной для девочек, и обеспечение социальных, экономических и гражданских возможностей для девочек и молодых женщин;
- предоставление девочкам, уже вступившим в брак, возможностей для школьного обучения, работы и приобретения навыков для зарабатывания средств к существованию, доступа к информации и службам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (включая профилактику ВИЧ) и возможностей для защиты от насилия в доме;
- принятие мер в отношении причин, лежащих в основе детских браков, включая нищету, гендерное неравенство и дискриминацию, а также в отношении низкой приоритетности проблем девочек и насилия против девочек.

Несмотря на большое количество, не желательных последствий в связи с ранними браками и ранними беременностями, в Узбекистане эта проблема все еще остается актуальной. Материнство и детство охраняются государством. (*Конституция Республики Узбекистан, статья 65*)

В нашей стране в результате последовательных реформ создана эффективная система охраны здоровья женщин репродуктивного возраста, детей и подростков, тщательного медицинского обследования, раннего выявления и лечения

экстрагенитальных заболеваний. Правительством Узбекистана проводится большая работа в плане предотвращения ранних браков.

По семейному кодексу Республики Узбекистан девочки младше 17 лет, а мальчики младше 18 лет не имеют право на регистрацию брака. По мнению психологов, самый оптимальный возраст для вступления в брак для женщины 23-26, а для мужчин после 25, когда он уже отучился, нашел работу и твердо стоит на ногах.

В частности, широко разъясняются отрицательные последствия ранних браков и родов. Как отмечают специалисты, 15-17-летние девушки и физиологически и психологически еще не готовы к материнству. В результате и плод может погибнуть, и здоровью молодой женщины нанесен серьезный урон, что нередко приводит к семейным проблемам. Для предупреждения подобных явлений в школах, колледжах, махаллях проводится разъяснительная работа среди учащихся и их родителей.

Тема-7. Распространение инфекционных заболеваний и борьба с ними.

Вопросы для обсуждения

1. Инфекционные заболевания.
2. Распространение сальмонеллеза, ботулизма, вирусного гепатита.
3. Распространение ОРВИ, бешенства, туберкулеза и бруцеллеза.
4. Паразитарные заболевания.
5. Санитарно-эпидемиологические законодательство в Узбекистане.

Ключевые слова: *инфекционные заболевания, сальмонеллез, ботулизм, вирусный гепатит, ОРВИ, бешенство, туберкулез, бруцеллез*

Приложение № 1

Основные пути передачи инфекции и их характеристика



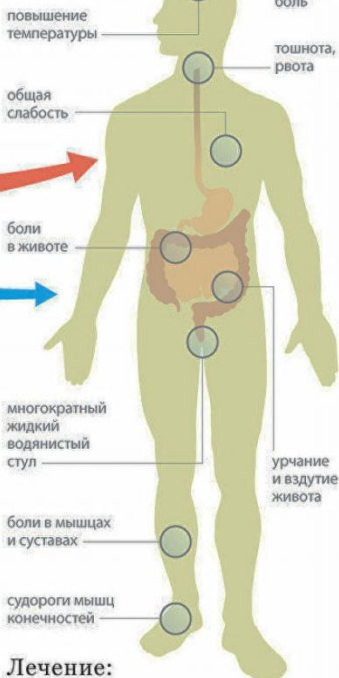
Приложение № 2

Сальмонеллез: распространение, профилактика, лечение



Сальмонеллез (salmonellosis) — острая инфекционная болезнь, вызываемая бактериями рода *Salmonella*, попадающими в организм человека с пищевыми продуктами животного происхождения

Симптомы:



Основные пути заражения:

пищевой — при употреблении мяса зараженных животных и птиц, а также яиц, недостаточно обработанных термически (полусырые бифштексы, яйца сырые и всмятку, глазунья)



через загрязненную воду при ее питье или купании



Попадая в организм, сальмонеллы поселяются в тонком кишечнике и выделяют токсин. Болезнь развивается через 6-72 часа после попадания сальмонелл в организм



*Наиболее простой и самый действенный способ профилактики сальмонеллеза — **мытьё рук***

При комнатной температуре бактерии активно размножаются в пищевых продуктах, особенно мясных и молочных, при этом внешний вид и вкус пищи не меняется

Сальмонеллы не погибают:



при консервации, если концентрация поваренной соли составляет менее 18%



при обработке дезинфицирующими средствами, содержащими хлор

Сальмонеллы погибают:



при воздействии высоких температур (кипячение их убивает мгновенно)

Лечение:



в легких случаях — промывание желудка и кишечника; обильное горячее сладкое питье



при более тяжелом течении болезни — введение солевых растворов (борьба с обезвоживанием); спазмолитические средства; антибиотики

Приложение № 3

Бешенство: симптомы и лечение

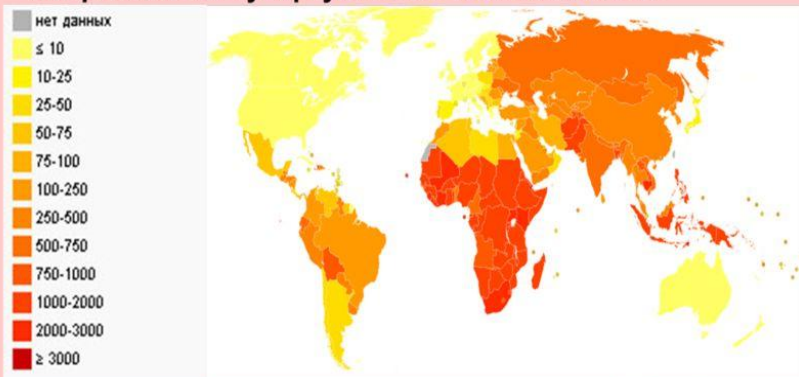
Бешенство – природно-очаговая вирусная инфекция животных и человека



Приложение № 4

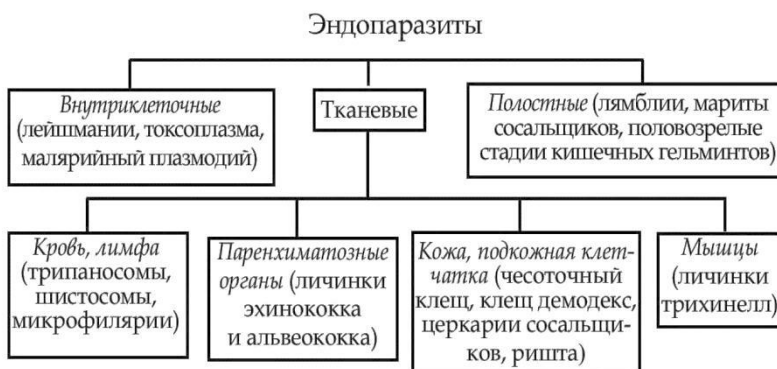
Распространение туберкулёза в мире.

смертность от туберкулёза на 100 000 жителей



MyShared

Приложение № 5



Одним из часто встречающихся заболеваний, особенно у детей раннего возраста, являются острые кишечные инфекции, диарейные заболевания (или просто диареи).

Острые кишечные инфекции объединяют большую группу заболеваний. Наиболее распространенными кишечными инфекциями являются шигеллезы (дизентерии), сальмонеллезы,

ботулизм, иерсинеозы, а также заболевания, вызываемые условно-патогенными микробами и ротавирусная инфекция.

Острые кишечные инфекции передаются фекально-оральным путем, т.е. возбудители кишечных инфекций проникают в кишечник с водой или пищевыми продуктами, которые загрязнены фекалиями. Инфекция также может передаваться через посуду, белье, игрушки, инфицированные кишечными микробами. Источниками инфекции являются больные, бактерионосители. Ежегодно в республике регистрируется свыше 35000 случаев острых кишечных инфекций, из них около 23000 у детей, что составляет 65%.

Признаки диареи – частый жидкий стул, с примесью слизи, иногда кровью (три или более раз в течении 24 часов). В большинстве случаев диарея – это острое заболевание, которое длится 3-7 дней, реже заболевание продолжается более 14 дней. Диарея у детей может привести к обезвоживанию организма (потере воды и солей) и смерти.

Вирусный гепатит – инфекционное заболевание печени, вызываемое вирусами. В настоящее время выделено пять разновидностей вирусов: А, В, С, Д, Е. Вирусы гепатитов А и Е попадают в организм через рот – фекально-оральным путем. Вирусы гепатитов В, С, Д – через поврежденную кожу, слизистые оболочки, через загрязненные кровью инъекционные иглы, шприцы, стоматологические, хирургические инструменты, при переливании крови от вирусоносителей, половым путем.

Ежегодно в республике вирусными гепатитами заболевают около 27-30 тыс. человек, 85% из них переносят гепатит А. Среди больных вирусным гепатитом А дети составляют более 80%.

Гепатит А – вирусная инфекция с преимущественным поражением печени, относится к острым желудочно-кишечным заболеваниям, передающимся фекально-оральным путем через воду, пищу или предметы обихода. Источником распространения гепатита является только человек.

Риск заразиться вирусным гепатитом А выше при:

- курении одной сигареты «по кругу» - на двоих, на троих,...

- смачивание пальцев рук слюной для удобства при выполнении «тонкой» работы: при взятии мелких предметов, листов бумаги, при перелистывании страниц книг и газет и т.д.

- обмене пищевыми продуктами: откусывании от общego куса, питье воды из одной бутылки.

Признаки заболевания:

- ухудшение аппетита,
- боли в правом подреберье,
- повышение температуры тела,
- отвращение к пище,
- тошнота, иногда рвота,
- горечь во рту, темная моча (цвета пива),
- светлый кал (цвета глины),
- вначале желтеют склеры, глаз, мягкое небо, позднее – кожные, рук, ног.

Риску заболевания подвержены все возрастные группы населения, особенно дети и подростки. После перенесенного заболевания остается стойкий иммунитет.

Осложнения после перенесенного гепатита А развиваются реже, чем при гепатите В.

Меры профилактики:

- соблюдение правил личной и общественной гигиены: тщательно мойте руки после посещения туалета и перед приемом пищи;

- используйте кипяченую питьевую воду и индивидуальную посуду;

- используйте индивидуальные средства ухода (зубные щетки, бритвенные приборы, постельное белье, полотенце, носовые платки);

- проходите вакцинацию против вирусного гепатита.

Острые респираторные инфекции, в том числе и грипп, являются самыми распространенными заболеваниями человека. Они регистрируются повсеместно и в любое время года, но массовый характер приобретает вовремя сезонного подъема и охватывает период с сентября по март.

В настоящее время известно около 200 видов возбудителей, являющихся причиной острых заболеваний

верхних дыхательных путей. Эта обширная группа микроорганизмов включает в себя не только вирусы, хотя их большинство (вирусы гриппа А и В, риносинцитиальный вирус, вирусы парагриппа, аденовирусы и др.), но и другие возбудители – микоплазмы, бактерии, микроскопические грибки. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – это группы заболеваний, вызываемые различными типами вирусов и сопровождающихся катаральным воспалением слизистой оболочки дыхательных путей. Ежегодно в Узбекистане около 9 млн. людей переносят разные формы ОРВИ, из них 70% составляют дети.

Основной путь передачи инфекции – воздушно-капельный. При этом вирусы по воздуху переносятся от зараженного человека к здоровому во время кашля, чихания, при разговоре. Не исключается и контактный механизм передачи вирусов – через носовой платок, полотенце и одежду.

Предрасполагающим фактором к возникновению ОРВИ являются: переохлаждение, неполноценное питание, стрессы, фоновые заболевания (анемия, рахит и т.д.).

Симптомы ОРВИ: общее недомогание, повышение температуры тела, отечность носовых ходов, слизистые выделения из носа, усиливающиеся на 2-3 день заболевания, чихание, боли и чувство першения в горле, сухой кашель, повышение температуры тела.

Обычно эти явления исчезают через 7-10 дней. Осложнения, вызванные присоединением бактериальной инфекции (отиты, гаймориты), развиваются редко.

Грипп – наиболее распространенное вирусное заболевание из группы респираторных инфекций. Каждая зима и каждая осень во всем мире, как правило, сопровождаются вспышками гриппозной инфекции. Заболевание может быть вызвано разновидностями вируса гриппа – А, В и С. Заболевание длится 5-10 дней и нередко сопровождается различными осложнениями. Осложнения чаще возникают у пожилых людей, курильщиков, больных хроническими заболеваниями, беременных женщин, детей младшего возраста. Частыми осложнениями, возникающими после перенесенного гриппа, являются: пневмония, бронхит, отит, гайморит,

обострение хронических заболеваний внутренних органов и эндокринной системы.

При появлении первых признаков гриппа следует оставаться дома, соблюдать постельный режим, вызвать врача.

Профилактика:

- Используйте вакцинацию против гриппа (за 2-3 месяца до начала эпидемии).

- Избегайте контакта с человеком, больным гриппом. Если такой возможности нет, используйте четырехслойную марлевую повязку, которую следует менять каждые 4 часа.

- Откажитесь от курения.

- Соблюдайте принципы здорового образа жизни: прогулки на свежем воздухе, регулярные занятия физической культурой и спортом, полноценное здоровое питание.

- Употребляйте больше продуктов, содержащих витамин С (капусту, лук, чеснок, черную смородину, лимон).

- Употребляйте продукты, содержащие фитонциды (чеснок, лук).

- Интерферон через каждые два часа в нос по 5-6 капель, мазь оксолиновая 0,25% смазывать слизистую носа три раза в день, аскорбиновая кислота (витамин С) по одной таблетке три раза в день.

Туберкулез – инфекционное заболевание, вызываемое палочкой Коха, поражающее легкие (95%) и другие органы (кости, почки, лимфатические узлы и др. – 5%).

Возбудитель туберкулеза передается от больного бактериовыделителя воздушно-капельным путем (при разговоре, кашле, чихании) и контактно-бытовым путем (через предметы гигиены и посуду).

Основной источник заражения больной человек (бактериовыделитель), а также могут быть больные туберкулезом животные (крупнорогатый скот). Туберкулезная бактерия отличается большой стойкостью. В естественных условиях при отсутствии света ее жизнеспособность может сохраняться в течение нескольких месяцев, в уличной пыли она сохраняется до 2-х недель, на страницах книги – до 3-х месяцев, в снегу до нескольких лет.

Прямые солнечные лучи убивают туберкулезные палочки в течение 5-ти минут.

Основными признаками туберкулеза являются: кашель более 3-х недель, потеря аппетита, похудание, повышение температуры тела до 37-37,5 гр.С, потливость по ночам, общая слабость, боли в грудной клетке, кровохарканье. При наличии кашля более 3-х недель и хотя бы одного из вышеперечисленных симптомов больной должен обратиться к врачу и сдать мокроту на исследование.

Меры профилактики туберкулеза:

- Здоровый образ жизни: полноценное питание (достаточное потребление в пищу мяса, молочных продуктов, рыбы, злаковых, овощей и фруктов), регулярная физическая активность, полноценный отдых, здоровая окружающая среда, отказ от курения, алкоголя, наркотиков.

- Соблюдение правил личной гигиены (мытьё рук, посуды с использованием моющих средств и проточной воды), влажная уборка и проветривание жилых помещений.

- Обязательная термическая обработка мяса и молока.

- Пользование индивидуальными гигиеническими средствами и посудой.

- Обязательная вакцинация БЦЖ при рождении и ревакцинация в 6-7 лет и 11-12 лет.

- Ежегодно детям проводится проба Манту с 2ТЕ, взрослым флюорография.

- Своевременная диагностика туберкулеза и завершение полного курса лечения.

Лечение и обследование больных туберкулезом в Республике Узбекистан бесплатное.

Бруцеллез – это инфекция, вызываемая несколькими видами бактерий рода бруцелл. Заболевание передается от животных к человеку, чаще – с непастеризованным молоком, сыром и другими молочными продуктами. Хотя в развитых странах Европы и в США заболевание не распространено широко, оно поражает сотни тысяч людей во всем мире. К примеру, если США ежегодно регистрируется не более 200 случаев, то во всем мире заболеваемость составляет 500 000 случаев ежегодно.

Как отдельное заболевание, бруцеллез у человека, имеет минимальную встречаемость в странах-членах Евросоюза. Ежегодно в этих государствах регистрируется лишь несколько подтвержденных случаев, в основном у туристов, прибывших из эндемичных регионов или у иммигрантов.

Максимальная заболеваемость среди европейских государств регистрируется в Испании. Страны Восточной Европы не входят в группу риска заражения бруцеллезом. В Польше редкие случаи заболеваемости отмечаются только у ветеринаров и у приезжающих из стран Средиземноморья. В России повышенная частота заболеваемости бруцеллезом присутствует только на Кавказе. Например, в Дагестане регистрируется 100 случаев на 1 миллион населения. Регионом с высокой заболеваемостью является Ближний восток. В этой зоне находятся пять из десяти стран с наивысшей частотой заболеваемости бруцеллезом.

Страной с максимальными показателями заболеваемости во всем мире является Сирия (более 15 тысяч случаев ежегодно). К потенциально опасным странам следует также отнести Иран, Саудовскую Аравию, Монголию, Киргизстан, Армению, Грузию, Узбекистан и Туркменистан. Как можно заболеть? Бруцеллез у людей развивается после контакта с животным (коровы, свиньи, овцы, козы, реже лошади, верблюды и пр.) или продуктом животноводства, зараженным бактерией *Brucella*. Очень редко бактерии могут также передаваться от человека к человеку, в том числе половым путем.

У больного животного выделение возбудителя происходит: с молоком с амниотической жидкостью с испражнениями (моча, кал) Попадание возбудителя в организм человека происходит: Фекально-оральным путем, то есть через пищу и жидкость, обсемененную бактериями (особенно непастеризованное молоко, кумыс, брынза, сыры или сырое мясо) При производстве изделий из кожи и шерсти животных (при обработке животного сырья) Порезы и царапины на коже, то есть через микротравмы на слизистых и коже при уходе за животными Дыхательные пути (при вдыхании бактерий с воздухом) Животные своими испражнениями загрязняют воду, землю, корм — подвергая человека риску заражения

бруцеллезом непищевым путем. Люди обладают высокой восприимчивостью к бруцеллезу, после перенесения инфекции в течение 6-9 месяцев сохраняется иммунитет.

Повторное инфицирование бруцеллами отмечается в 2-7% случаев. Обычно заболевание вызывает один из 4 основных типов возбудителей: *BrucellaMelitensis*. Большинство случаев бруцеллеза у людей. Источник – овцы и козы. Распространены в Испании, Греции, Латинской Америке, на Ближнем Востоке и в Индии. *BrucellaSuis*. Наиболее часто встречающийся возбудитель бруцеллеза на территории США. Источник – дикие свиньи. *BrucellaCanis*.

Источником заражения обычно являются собаки. Распространены в Северной, Центральной и Южной Америке, Японии и центральной части Европы. *Brucellaabortus*. Источник заражения – крупный рогатый скот. Распространены повсеместно. Данный вид, как первичный возбудитель заболевания, был полностью уничтожен в нескольких европейских государствах, Японии, Израиле, Канаде, Австралии и Новой Зеландии. Бешенство – острое вирусное заболевание, проявляющееся тяжелым прогрессирующим поражением центральной нервной системы с последующим летальным исходом.

Бешенство встречается более чем в 150 странах и территориях.

- Ежегодно от бешенства умирает более 55 000 человек, в основном, в Азии и Африке.
- 40% людей, подвергшихся укусам предположительно бешеных животных, – это дети в возрасте до 15 лет.
- В подавляющем большинстве случаев смерти людей от бешенства источником инфекции являются собаки.
- Промывание раны и иммунизация, сделанная в течение нескольких часов после контакта с предположительно бешеным животным, могут предотвратить развитие бешенства и смерть.

Ежегодно более 15 миллионов людей в мире получают постэкспозиционную вакцинацию для предотвращения развития болезни; по оценкам, это позволяет ежегодно предотвращать сотни тысяч случаев смерти от бешенства.

Бешенство вызывается РНК-содержащим вирусом (*Neurorhcytesrabid*) семейства *Rhabdoviridae*. Возбудитель инфекции не устойчив во внешней среде и легко погибает при кипячении, воздействии прямых солнечных лучей, а также при обработке большинством дезинфектантов и антисептиков. При низких температурах вирус бешенства способен сохранять свою жизнедеятельность в течение длительного периода. Заболевание передается контактным путем в случае укуса или попадания слюны зараженного вирусом животного на поврежденную кожу, а также слизистые оболочки.

При этом наибольшую опасность представляют укусы головы, шеи и рук. Важно отметить, что нападение больного животного не всегда сопровождается развитием бешенства, хотя вероятность этого никогда нельзя исключать. Источником заболевания является большинство теплокровных животных: собаки, кошки, лисы и волки, шакалы, летучие мыши, грызуны, лошади, крупный и мелкий рогатый скот. Бешенство регистрируется на всех континентах, кроме Австралии и Антарктиды.

Вирус не передается от человека к человеку. После попадания в организм через повреждения кожных покровов, вирус бешенства по нервным стволам достигает центральной нервной системы. Размножаясь в нервных клетках, он вызывает серьезные необратимые изменения головного и спинного мозга. Далее вирус бешенства по нервным волокнам мигрирует в различные ткани, а также слюнные железы, откуда впоследствии может выделяться со слюной больного.

Признаки и симптомы бешенства

В зависимости от места укуса, размеров раны и возраста укушенного инкубационный период бешенства, в течение которого отсутствуют какие-либо симптомы заболевания, может составлять от 10 дней до 1 года. Первые признаки бешенства

наблюдаются в месте укуса и характеризуются припухлостью и покраснением кожи над рубцом, чувством жжения, зудом, а также тянущей болью по ходу ближайших нервных стволов. При этом наблюдается незначительное повышение температуры тела, больной ощущает страх и тревогу, жалуется на нарушение сна.

Спустя некоторое время среди симптомов бешенства появляется водобоязнь. Она характеризуется одышкой, болезненными сокращениями мышц глотки и гортани при попытке пить, наблюдении льющейся воды, и даже словесном упоминании о ней. В дальнейшем подобные приступы могут возникать при воздействии потока движущегося воздуха (аэрофобия), яркого света (фотофобия) либо громкого звука (акустикофобия).

Наблюдаемые при бешенстве приступы психомоторного возбуждения характеризуются помрачением сознания, возникновением слуховых и зрительных галлюцинаций, обильным слюнотечением и потоотделением. Больные при этом крайне беспокойны и агрессивны, проявляют нечеловеческую физическую силу.

Дальнейшее течение бешенства сопровождается успокоением. При этом отмечается исчезновение водобоязни и приступов психомоторного возбуждения, появляются параличи конечностей и высокая температура тела (40°C и более), а также признаки поражения черепных нервов. Появление симптомов бешенства всегда приводит к смертельному исходу, который наступает вследствие остановки сердца или дыхания. Общая продолжительность болезни при этом составляет 4-8 дней.

Диагностика бешенства

Диагноз бешенства устанавливается на основании клинической картины, при наличии эпидемиологического анамнеза (укус или попадание слюны бешеного животного на поврежденную кожу, сведения о судьбе животного). В лабораторных условиях подтверждение бешенства возможно только посмертно путем обнаружения включений вируса в клетках мозга (телец Бабеша-Негри), а также выделением антигенов вируса бешенства при помощи иммуноферментного анализа (ИФА), иммунофлюоресцентного анализа, а также

биологической пробы с заражением лабораторных животных. Дифференциальная диагностика бешенства проводится со столбняком, отравлением атропином, поражениями ЦНС различной природы.

Паразитарные болезни (син. **инвазионные болезни**) — группа заболеваний, вызываемых паразитами — гельминтами и членистоногими.

Хотя паразитарные болезни являются частью инфекционных, обычно их разделяют, и рассматривают инфекционные болезни как заболевания, вызванные одноклеточными организмами (вирусы, бактерии, грибы, простейшие). Строго говоря, вирусы относятся к неклеточной форме организации материи.

Возбудители паразитарных болезней — многоклеточные животные — различные гельминты и членистоногие. Среди членистоногих болезни человека могут вызывать некоторые патогенные и условно-патогенные клещи (см. Акариазы, Арахнозы), насекомые (см. Энтомозы), язычковые (см. Лингватулидозы) и, редко, многоножки (см. Myriapodiasis). Среди членистоногих преобладают эктопаразиты.

Паразитические черви вызывают у человека различные гельминтозы: сосальщики вызывают трематодозы, ленточные черви — цестодозы, скребни — акантоцефалёзы, круглые черви — нематодозы, пиявки — гирудиоз. В качестве случайных паразитов у человека встречаются иногда и Волосатики Nematomorpha. Среди червей преобладают эндопаразиты. Паразиты бывают временными (пиявки, многие кровососущие членистоногие) и постоянными (чесоточные клещи, вши, гельминты).

Жизненный цикл многих паразитов очень сложен. Возбудители ряда паразитарных болезней (например, дифиллоботриоза, малярии, тениоза) для завершения своего развития используют двух, а иногда и трех хозяев — животных различных видов.

Паразиты могут оказывать на организм человека различное действие: вызывать механическое раздражение, повреждение тканей или органов, отравление продуктами своего

обмена, сенсibiliзацию организма с последующим развитием аллергических реакций, поглощать кровь и пищевые вещества, утяжелять течение других болезней. Паразиты могут также способствовать проникновению на месте внедрения их в ткани возбудителей инфекционных болезней.

Паразитарные болезни широко распространены. Например, по выборочным исследованиям, поражённость детей паразитами составляет 8,5 % детей, посещающих детские дошкольные учреждения, 11 % школьников, 20 % детей школ-интернатов с дневным пребыванием, 100 % — с круглосуточным пребыванием, 6,9 % детей, не посещающих детские учреждения (в возрасте до 7 лет включительно).

Источником возбудителя инвазии является больной либо паразитоноситель (человек или животные) — хозяин паразита. При некоторых паразитарных болезнях хозяин паразита может служить источником инвазии для самого себя (например, повторное заражение острицами при привычке грызть ногти, под которыми у людей, больных энтеробиозом, могут быть яйца остриц).

Проникновение возбудителей паразитарных болезней в организм человека происходит через естественные отверстия, чаще через рот, иногда через мочеиспускательный канал, половые органы, через кожу. Возбудители передаются с пищей и водой (большая часть гельминтозов, кантариаз, миазы и др.), через членистоногих переносчиков (филяриатозы), при контакте с больным человеком (чесотка), соприкосновении с почвой (анкилостомоз), а также воздушно-пылевым путём (например, аскаридоз).

Клиника паразитарных болезней проявляется в широком диапазоне от субклинической до тяжёлой. Некоторые паразитозы не оказывают фактического влияния на жизнь и здоровье человека, другие нередко угрожают жизни (трихинеллёз, эхинококкоз, малярия) и значительно ухудшают здоровье (филяриатозы, шистосомозы).

Санитарно-эпидемиологическое законодательство в Узбекистане.

Закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения принят Законодательной палатой 15 июля 2015 года, одобрен Сенатом 6 августа 2015 года

Глава 1. Общие положения

Статья 1. Цель настоящего Закона

Целью настоящего Закона является регулирование отношений в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Статья 2. Законодательство о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения

Законодательство о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения состоит из настоящего Закона и иных актов законодательства.

Если международным договором Республики Узбекистан установлены иные правила, чем те, которые предусмотрены законодательством Республики Узбекистан о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, то применяются правила международного договора.

Статья 3. Основные понятия

В настоящем Законе применяются следующие основные понятия:

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

государственный санитарный надзор — деятельность по предупреждению, выявлению и устранению нарушений законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения;

среда обитания человека — совокупность объектов, явлений и факторов окружающей среды, определяющая условия жизнедеятельности человека;

санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия — организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные и иные меры, направленные на предотвращение возникновения и

распространения инфекционных и паразитарных заболеваний и их устранение;

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

санитарно-эпидемиологическая служба — единая система, в которую входят центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора, центры по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом), дезинфекционные станции, центры профилактики чумы, карантинных и особо опасных инфекций, научно-исследовательские учреждения, осуществляющие деятельность в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

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

инфекционные и паразитарные заболевания — заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды его обитания и возможностью передачи болезни от заболевшего человека или животного к здоровому человеку.

Глава 2. Государственное регулирование в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Статья 4. Основные направления государственной политики в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Основными направлениями государственной политики в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения являются:

разработка и реализация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование;

повышение уровня санитарной культуры населения;

осуществление государственного санитарного надзора;
осуществление международного сотрудничества.

Статья 5. Санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы

Санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы — документы, устанавливающие требования в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся обязательными для соблюдения государственными и иными органами, юридическими и физическими лицами.

Санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы утверждаются Главным государственным санитарным врачом Республики Узбекистан и вступают в силу со дня их официального опубликования, если в самих актах не указан более поздний срок.

Статья 6. Полномочия Кабинета Министров Республики Узбекистан в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Кабинет Министров Республики Узбекистан:

обеспечивает реализацию единой государственной политики в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

утверждает и реализует государственные программы в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

координирует деятельность органов государственного и хозяйственного управления в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Кабинет Министров Республики Узбекистан может осуществлять и иные полномочия в соответствии с законодательством.

Статья 7. Полномочия органов государственной власти на местах в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Органы государственной власти на местах:

участвуют в реализации государственных программ в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в пределах своих полномочий;

утверждают и реализуют территориальные программы в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

координируют деятельность соответствующих территориальных подразделений органов государственного и хозяйственного управления в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

осуществляют меры по улучшению санитарно-эпидемиологического состояния и сохранению чистоты территорий, повышению уровня санитарной культуры населения.

Органы государственной власти на местах могут осуществлять и иные полномочия в соответствии с законодательством.

Тема-8. Роль информационно-коммуникационных технологий и интернет-технологий в образовании гармонично развитого поколения.

Вопросы для обсуждения

1. Использование компьютерных технологий .
2. Меры предосторожности использования мобильных телефонов.
3. Наушники и их негативные эффекты.
4. Экраны телевизоров и значение их расположения.
5. Воздействие виртуальных игр на психику.

Ключевые слова: информационные технологии, индивидуализация, информация, информационные технологии, профессиональная подготовка специалистов, технические средства обучения, Интернет, образовательная область «Технология», информационно-компьютерные технологии, электронно-вычислительная машина, творческий проект, технологическое образование

Приложение № 1



Приложение № 2

- **Соблюдение правильного режима** работы на компьютере способствует также снижению напряжения глаз и развития утомления.
- **Детям до 3 лет** не следует разрешать пользоваться компьютерами, это для них слишком высокая эмоциональная и зрительная нагрузка.
- **Дети 3-7 лет** должны находиться у экрана не более 15 минут в день.
- При этом компьютерные игровые занятия в дошкольных учреждениях рекомендуется проводить **не чаще двух раз в неделю** и обязательно завершать их гимнастикой для глаз.

Приложение № 3

Санитарно-гигиенические правила, которые рекомендуют при работе за ПК в день:

- 7мин.- дошкольник;
10мин.- первоклассник;
15мин.- пятиклассник;
20мин.- шестой, седьмой классы;
25мин.- восьмой, девятый классы;
50мин.- десятый, одиннадцатый классы;
4ч.- взрослые.
- И только взрослому можно возобновить работу за ПК через 40мин



Приложение № 4 Сотовая связь и здоровье

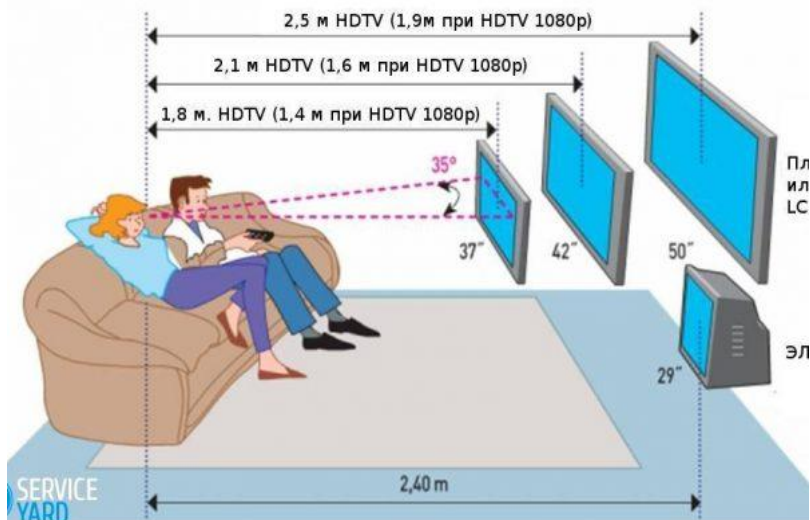
1 Трубка – как маленькая микроволновка, которая нагревает мозг. Мало того - сигнал мобильника в отличие от СВЧ-печи сложный, модулированный, и организм реагирует на него острее. Процессы в головном мозге происходят на электрохимическом уровне. Это очень сложный, тонко организованный «компьютер». Во время разговора по «мобиле» мы бьем по его тонким «проводам» электромагнитной дубиной. Особенно сильно «получает» кора головного мозга. Этот орган воспринимает электромагнитные излучения как глаз - свет, а ухо - звук.

2 По воздействию на нас мобильный телефон нельзя сравнивать ни с компьютером, ни с телевизором. Важна не мощность аппарата, а то, что он приложен к уху - источник электромагнитного поля находится очень близко к мозгу.

3 Мозг реагирует на вмешательство в его нормальную работу. Он сопротивляется, включает механизм компенсации, но в какой-то момент не выдерживает и дает сбой.

головная боль **рассеянность** **плохая память**

Приложение № 5



Приложение № 6

Влияние компьютера на психику

Из всех зависимостей самой сильной является психологическая. Когда не остается сил бороться с чем-то, единственная возможность для труса - убежать от проблемы, отвернуться от реальности. Чем больше игрок проводит времени за компьютером, тем страшней становится зависимость, изменяя сознание жертвы.

Переживания, связанные с виртуальными героями, переживаются, как свои собственные, а в кровь выбрасывается адреналин - сам по себе наркотик, заставляющий работать участки мозга, ответственные за удовольствие.

Сознание начинает существовать уже "по ту сторону экрана". Чем увлеченней играет геймер, тем меньше он реагирует на внешние раздражители. Необходимость есть и спать подменяются нуждой убийства виртуальных монстров, а разум человека перестает слышать естественные сигналы организма.

Современное общество неразрывно связано с процессом информатизации. Сама жизнь заставляет нас активно использовать информационные технологии в учебно-воспитательном процессе. При этом одно из приоритетных направлений процесса информатизации современного общества – внедрение средств новых информационных технологий в систему образования. Отличительной особенностью современной системы образования является резкое возрастание прямых и обратных потоков информации по всем направлениям. Хранение, обработка, получение, передача, анализ информации, уменьшение бумажного потока посредством компьютерных сетей ускоряет процесс обучения и его эффективность.

Социокультурные и социально-экономические изменения в Республике Узбекистан, обусловили необходимость обращения педагогической науки и практики к проблемам развития творческих способностей в профессиональной подготовке будущего специалиста. Происходящие в настоящее время изменения в общественной жизни требуют развития новых способов образования, педагогических технологий, имеющих дело с индивидуальным развитием личности, творческой инициативой, навыка самостоятельного продвижения в информационных полях, формирования у обучающихся универсального умения ставить и решать задачи для разрешения возникающих проблем – профессиональной деятельности, самоопределения в повседневной жизни.

Так, в Республике Узбекистан, согласно данным Национального статистического ежегодника 2013, отмечается ежегодный рост удельного веса персональных компьютеров в обиходе граждан (см. рис.).

Однако, несмотря на семимильные шаги прогресса, у явления тотальной компьютеризации есть и свои отрицательные стороны.

С привычкой ежедневного использования компьютера на человека воздействует ряд связанных с компьютером неблагоприятных факторов.

К ним относятся:

- нарушение функционирования некоторых систем организма из-за малоподвижной работы (с появлением ПК количество движений офисных работников и просто «любителей посидеть за компьютером» сократилось в 2 - 10 раз). Это существенным образом отражается на опорно-двигательной, мышечной, кровеносной системах и т.д.

Многие, глядя на экран монитора, вытягивают шею вперед. Часто это связано с тем, что монитор отодвинут слишком далеко. В результате нагрузка на мышцы основания головы и шеи возрастает примерно в три раза, сосуды шеи сдавливаются, ухудшая кровоснабжение головы. Человеку, сидящему в такой позе, приходится каждый раз откидывать голову назад, чтобы разглядеть, например, лежащий прямо перед ним бумажный документ. Это усиливает прогиб шейного отдела позвоночника. Впоследствии это может привести к головным болям и болям в руках, поскольку нервы, отходящие от спинного мозга в области шеи, доходят до кончиков пальцев.

Кроме того, люди, работающие за компьютером, просто напросто забывают про физические нагрузки, в результате чего мышцы ослабевают без работы, от долгого пребывания в одном положении затекают, становятся вялыми и дряблыми. Отсутствие нагрузки на мышцы спины приводит к их деградации, а поскольку обмен веществ в позвоночнике происходит с их помощью, соответственно он тоже нарушается, в итоге появляется грыжа межпозвонкового диска, а она может вызывать боли в голове, конечностях и внутренних органах, в зависимости от её локализации.

Таким образом, в этом случае вред компьютера на здоровье человека проявляется в наибольшей степени.

- нагрузка на орган зрения, обусловленная концентрированием внимания пользователя на экране монитора в течение продолжительного периода времени.

- развитие утомления и переутомления нервной системы в связи с переработкой большого массива информации и постоянной концентрации внимания. Длительная работа за компьютером часто является причиной хронического стресса.

Влияние большого количества неоднородной (и, нередко, ненужной информации) также ускоряет развитие стресса.

- воздействие на организм человека электромагнитного и электростатического полей, влияющих на все жизненно важные системы организма.

Проблема зависимости человека от компьютера с каждым годом становится все более актуальной. Возрастающая компьютеризация и интернетизация населения привели также к появлению так называемых типичных “симптомов компьютерной зависимости”.

Нередки случаи, когда человек, проработав в офисе весь день за компьютером, придя домой, прямо с тарелкой ужина присаживается опять перед домашним ноутбуком и до самой ночи “сидит” в интернете, социальных сетях, играет в компьютерные игры и т.д. То же самое происходит изо дня в день и на выходных. Таким образом, человек практически не двигается, не занимается спортом, не выходит на прогулки на свежий воздух, у него сокращается количество общения в реальной жизни с друзьями и родными, что является очень важным фактором адаптации в социуме. А если такой индивидуум попадает в условия, где компьютер отсутствует (например, находясь в отпуске на курорте), то постоянное желание “посидеть за компьютером” не позволяет расслабиться и получить удовлетворение от полноценного отдыха.

Все это указывает на развитие у человека так называемой “психической зависимости от компьютера”, о которой все чаще бьют тревогу врачи во всем мире. При этом, дети и подростки, имеющие наиболее лабильную психику, больше подвержены данной проблеме.

Единственным выходом в этой ситуации является комплексная осознанная профилактика. Для этого необходимо, прежде всего, ограничить время работы за компьютером, а также обращать особое внимание на организацию рабочего места. Оно должно иметь достаточное освещение, конструкция рабочего стола должна обеспечивать оптимальное размещение на рабочей поверхности используемого оборудования с учетом его

количества и конструктивных особенностей, характера выполняемой работы. Так высота стола должна быть 68-80 см, вращающееся кресло, с подлокотниками и поясничными опорами, должно регулироваться по высоте.

Кроме того, необходимо постоянно следить за правильностью осанки. Для профилактики зрительного переутомления (астенопии), которое проявляется уже через 30-40 минут непрерывной работы перед монитором, следует каждые два часа делать небольшие перерывы со сменой поля зрения, а также выполнять профилактические упражнения.

Рекомендуемые комплексы упражнений для профилактики утомления органа зрения

1. Исходное положение – сидя, откинувшись на спинку стула. Глубоко вдохнуть, наклонившись вперед к крышке стола, затем выдохнуть. Повторить 5-6 раз.
2. Исходное положение – сидя, откинувшись на спинку стула. Прикрыть веки, крепко зажмурить глаза, затем открыть. Повторить 5-6 раз.
3. Исходное положение – сидя, руки на поясе. Повернуть голову вправо, посмотреть на локоть правой руки. Вернуться в исходное положение. Повторить 5-6 раз.
4. Исходное положение – сидя. Поднять глаза вверх, выполнить глазами круговые движения по часовой стрелке, затем против часовой стрелки. Повторить 5-6 раз.
5. Исходное положение – сидя, руки вперед. Посмотреть на кончики пальцев, поднять руки вверх, одновременно вдохнуть. Следить за руками, не поднимая головы. Руки опустить, одновременно выдохнуть. Повторить 4-5 раз.
6. Исходное положение – сидя. Смотреть прямо перед собой на классную доску 2-3 секунды, перенести взор на кончик носа на 3-5 секунд. Повторить 6-8 раз.
7. Исходное положение – сидя, закрыв глаза. В течение 30 секунд массировать веки кончиками указательных пальцев.

Мы носим мобильный телефон: в кармане или на груди, на ремне – ниже пояса, а когда говорим по нему, держим его у самого виска. Но всегда ли «благожелательна» к нам эта

маленькая звеняще-говорящая коробочка, ставшая столь необходимой?

Большинство обладателей сотового телефона даже не предполагают, что он давно взял их в плен. И это не образное сравнение. Ученые все чаще высказывают опасения: мобильные телефоны могут превратиться в своего рода наркотик – психологический.

Неистовая одержимость обмена посланиями уже отмечена психологами. Но какие это послания? Далеко не всегда они деловые, срочные. Чаще это ничего не значащие, без какой-либо информации пустые слова, не дающие ничего ни уму, ни сердцу, а лишь даром убивающие время. Сколько драгоценных часов потеряно для книг, ярких впечатлений, интересных встреч! SMS-мания, на мой взгляд, переводит человека на примитивный уровень существования, а проще говоря – оглушает. Ведь зависимость от мобильного формируется почти такая же, как от курения или алкоголя.

Есть и еще одна особенность в поведении владельцев мобильных телефонов. Многие из них даже на расстоянии стремятся держать все под своим контролем – жизнь семьи, маршруты детей, дела на работе и т. д. Им кажется, что так жить спокойнее. А на поверку? Исследования французских ученых дали иной ответ: у пользователей сотовой связи возросли тревожность и склонность к психозам. Увы, столь удобная мобильная связь не избавила людей от волнений и не принесла желанного покоя.

Все это видимая грань взаимоотношений человека с научно-техническим прогрессом. Но существует и невидимая, возможно, даже более коварная. Ведь когда мы подносим аппарат к уху, мозг сразу же реагирует.

Уже через 30 секунд его биоэлектрическая активность изменяется: влияет и сам телефон, и встроенный аккумулятор, который посылает низкочастотные импульсы. Мозг воспринимает такие импульсы как сильные раздражители, организм – как дополнительную нагрузку. Естественно, он защищается. Каким образом? Срабатывают охранительные реакции торможения. А это сказывается на процессах в глубинах организма, что далеко не всегда безопасно для человека.

Например, неожиданные внутренние «торможения» за рулем автомобиля или на работе вряд ли можно назвать своевременными.

Более того, медики обоснованно полагают, что эффект «торможения» постепенно накапливается. И вряд ли стоит надеяться, что именно ваш организм не реагирует на интенсивное воздействие электромагнитных полей. В общем, относиться к обладанию мобильником надо очень серьезно. Тем более если вы дали его ребенку, что сейчас нередко.

Элементарные меры предосторожности

- не следует носить телефон на груди или животе;
- не разговаривайте часто и долго;
- не превращайте средство связи в игровой автомат (детям надо вносить это особенно основательно).

Советы Национального Комитета Республики Узбекистан по защите от неионизирующих излучений

- выбирать мобильник надо с учетом его физических параметров;
- целесообразно разговаривать дольше 3 минут;
- минимальный интервал между звонками – 15 минут.

Наушники – польза или вред

Наушники – удобное изобретение. Можно громко слушать музыку дома или на работе и никому не мешать, или же наоборот, отключиться с их помощью от всех, кто мешает вам. В последние годы резко возросло число людей, в основном молодых, слушающих музыку из аудиоплеера с наушниками. В связи с этим врачи во всем мире начали диагностировать у молодых людей стремительное снижение слуха, обычно присущее лишь пожилым. Оказывается, непрерывное прослушивание музыки в наушниках более 3 часов в сутки опасно для нашего слуха.

У здоровых людей, не злоупотребляющих наушниками, возрастные изменения слуха начинаются где-то после 30-ти лет. Но они незначительные становятся заметны лишь к 55-60 годам. До 1979 года такой темп ухудшения слуха был свойственен 80%

населения Земли (оставшиеся 20% – люди, которые теряли слух раньше из-за болезни или несчастного случая). Но в конце семидесятых годов XX века в Японии был изобретен портативный плеер и тугоухость (ухудшение слуха) начала стремительно молодеть. Следует отметить, сами по себе наушники и их разумное использование в различных жизненных ситуациях вреда не приносят. Многие люди, в силу своих профессиональных обязанностей, пользуются наушниками: это радисты, звукорежиссеры и диспетчеры. Но, несмотря на то, что они проводят в наушниках много часов подряд, слух у них ухудшается не так быстро, как у поклонников громкой музыки. Чтобы выяснить как наушники воздействуют на наш слух, надо вспомнить как устроено наше ухо.

Человеческое ухо устроено таким образом, что оно различает звуки, имеющие частоту от 16 до 20 тысяч герц. Частоты этого диапазона вызывают колебания барабанных перепонок и через слуховые нервы поступают в головной мозг. В головном мозгу имеются участки, которые воспринимают поступившие колебания как звуки. Медики считают, что самыми тихими звуками, которые способно уловить здоровое ухо, это 10-15 децибел. Шепот оценивается в 20, а обычный разговор в 30-35 децибел. Крик соответствует 60-65 децибел и уже приводит к дискомфорту. Звуки силой 90 и более децибел опасны для слуха. Шум до 85 децибел человек способен выносить в течение 8 часов подряд без вреда для здоровья. Аудиоплеер воспроизводит звук с громкостью 110 децибел и больше. В наушниках тяжело контролировать уровень звука, незаметно можно добиться громкости 110-130 децибел, а это уже повреждает слух.

Природой предусмотрен механизм, защищающий от повреждения внутреннее ухо. При воздействии громких низких и высокочастотных звуков две мышцы - стремечная и напрягающая барабанную перепонку сокращаются и при помощи слуховых косточек перекрывают доступ опасных колебаний во внутреннее ухо. Если же громкие звуки длительное время не прекращаются, мышцы устают и перестают защищать внутреннее ухо, что ведет к снижению слуха. Кроме этого, наушники влекут за собой и другие отрицательные

последствия, такие как чрезмерная раздражительность, иногда появление необоснованной усталости и слабости. Человек в наушниках на улицах большого города не всегда способен адекватно оценить окружающую обстановку, так как один из важнейших органов чувств, слух отвлечен громкой музыкой. Это создает угрозу травматизма.

Наушники бывают разные:

- маленькие наушники-таблетки. Эти наушники не изолируют слушающего от внешнего шума, и поэтому люди в наушниках настолько увеличивают звук своего плеера, что эти звуки слышны даже людям, находящимся рядом.
- Внутриушные наушники закрывают внутризвуковой проход, а в наружном звуковом проходе есть железы, которые вырабатывают серу. Наушники давят на кожу наружного звукового прохода, раздражают ее и приводят к тому, что сера наружного звукового прохода вырабатывается все больше и больше и там утрамбовывается. Кроме того эти наушники могут стать причиной инфекции внутреннего уха.
- большие наушники, в которых ухо полностью закрыто корпусом, - это самый оптимальный вариант.

Пять полезных советов, как предотвратить потерю слуха:

- пользуйтесь закрытыми наушниками, позволяющими не достигать опасной громкости. Старайтесь не превышать порог громкости в 60 децибел (в среднем это где-то 60% от максимума плеера);
- не увеличивайте громкость музыки, чтобы заглушить общественный транспорт. Если шум вокруг начинает пробиваться через наушники (например, в метро), значит, он превышает показатель в 100 децибел;
- не пользуйтесь наушниками более часа подряд, не используйте их больше 2-3х часов в сутки
- давайте своим ушам отдыхать, послушайте тишину;

- откажитесь от наушников-капель. Они гораздо «громче» (а значит вреднее) больших наушников-накладок, а также могут иногда вызывать сильное раздражение и воспаление кожи слухового прохода. Их применение противопоказано людям с сахарным диабетом или кожной аллергией. Зимой не используйте маленькие наушники, они охлаждают ушную раковину. Если все-таки вы пользуетесь такими, то прикрывайте их шапкой, и прежде чем вставить в ухо на морозе, согрейте.
- слушая музыку через наушники, не употребляйте спиртные напитки и алкоголь – они усугубляют вредоносное воздействие громкого звука на слух.

По поводу влияния экрана телевизора на органы зрения человека слышали многие.

Наверняка любой человек с детства помнит наставления родителей - "не сиди близко к телевизору - глаза испортишь". Действительно, если не придерживаться определенного расстояния от экрана глаза, чтобы охватить все изображение, начинают "метаться" из стороны в сторону. Это приводит к излишнему перенапряжению зрения, спазму хрусталика и в перспективе грозит развитием близорукости. Кроме того, при близком просмотре телевизионных программ начинает сказываться и яркий свет изображения, чей спектр также не самым лучшим образом влияет на глаза. В последние годы проблема правильного размещения телевизора в комнате осложнилась некоторыми новыми обстоятельствами.

С одной стороны, получили широкое распространение телевизоры с весьма большими значениями диагонали экрана - по доступной цене вполне возможно приобрести такой прибор с диагональю более метра. При расположении такого телевизора в относительно небольшой комнате фактически наблюдается тот же эффект, что и при близком просмотре стандартного небольшого экрана - глаза не в силах охватить все изображение сразу и активно двигаются. Именно по этой причине многие

люди после приобретения домашнего кинотеатра начинают жаловаться на головные боли при длительном просмотре.

С другой стороны, немаловажным фактором стало значение разрешения телевизионной "картинки". Например, обычный аналоговый телевизионный сигнал дает изображение 720 на 526 точек, поэтому при выводе такой картинки на большой экран при близком просмотре она будет состоят из видимых пикселей, что осложняет просмотр и дополнительно утомляет зрение. Цифровой сигнал и видеозапись на DVD дает лучшее значения (до 1920 на 1080 точек), что более благоприятно для глаз при просмотре телевизора с большой диагональю экрана.

Так как же лучше выбрать диагональ телевизора с учетом размеров конкретного помещения? В некоторых изданиях даже созданы таблицы между размером экрана и площадью комнаты, но это не совсем верный подход - комната может иметь различную конфигурацию, быть квадратной или вытянутой при одинаковой площади, а расстояние до экрана телевизора в данном случае зависит от его расположения в помещении. Куда проще подбирать расстояние в зависимости от конкретных размеров диагонали телевизора и качества изображения на нем.

Например, если учитывать только диагональ экрана, при размере диагонали 32 дюйма телевизор должен стоять не ближе 2,5 метров, при 40 дюймах - 3 метра, 50 дюймах - 4 метра и так далее. Однако если на таком расстоянии смотреть телепередачу с низким разрешением, то глаза все равно будут перенапрягаться, пытаясь уложить в голове разрозненные пиксели в единую картинку. Поэтому, если планируется использование телевизора только для просмотра аналогового телевизионного сигнала, определить оптимальное расстояние до него поможет такой эмпирический метод - в направлении экрана вытягивается рука и закрывает его ладонью. Оптимальным будет то расстояние, где визуальные размеры ладони и экрана

совпадают (кисть руки полностью закрывает экран). На таком расстоянии даже все неточности аналогового изображения будут стираться и поэтому будут относительно незаметны для глаз.

При более высоком разрешении допускается более близкое расположение экрана телевизора относительно зрителей. Так, при разрешении HD (1366 на 768 точек) это расстояние примерно в полтора раза меньше вычисленного эмпирическим методом. А при разрешении FullHD (1920 на 1080 точек) оно примерно в два раза меньше расстояния при аналоговом разрешении. Важно только при этом правильно настроить яркость экрана - при таком близком просмотре основным негативным фактором экрана телевизора на органы зрения является именно спектр излучения. Нельзя забывать, что для зрения вредно не только близкое, но и чрезмерно далекое расположение экрана, что может наблюдаться, например, при использовании телевизора с маленькой диагональю экрана в большом зале. Глаза при этом напрягаются, стремясь увидеть детали изображения, а такое длительное перенапряжение чревато различными формами ослабления зрения.

Словарь терминов

Абстиненция (лат. *abstinentia* – воздержание) – термин, чаще всего используемый для характеристики состояний, возникающих в результате резкого прекращения приема веществ вызвавших физическую зависимость. Алкогольная и наркологическая абстиненция проявляется в виде вегетосоматических, психических и неврологических расстройств, характер которых зависит от типа веществ, дозы и продолжительности употребления.

Адаптация (лат. *ad* – к; *aptus* – пригодный, удобный; *adaptio* – прилаживание; позднелатинск. *Adaptio* – приспособление) – совокупность приспособительных реакций живого организма к изменяющимся условиям существования, выработанных в процессе длительного эволюционного развития

(филогенеза) и способных преобразовываться, совершенствоваться на протяжении индивидуального развития (онтогенеза).

Адаптогены – вещества растительного и животного происхождения, обладающие антистрессорным действием, повышающие устойчивость организма к стрессу, увеличивающие функциональные резервы, отдаляющие фазу наступления утомления и укорачивающие восстановительный период. К числу адаптогенов растительного происхождения относятся женьшень, элеутерококк, лимонник, аралия маньчжурская и др.

Адекватные условия – условия, которые соответствуют в данный момент фенотипическим свойствам организма.

Адинамия (греч. α – отрицание: не, без; dynamis – сила) – бессилие, слабость (мышечная), появляющиеся вследствие голода, переутомления, интоксикации, длительной или тяжелой болезни, старости. Причиной адинамии может быть продолжительное вынужденное ограничение двигательной активности (гипокинезия). Состояние адинамии, в свою очередь, не только ограничивает двигательную активность, но сопровождается нарушением вегетативных функций, обменных процессов в организме, структурными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата, в частности – позвоночника и конечностей, нарушения роста и развитие у молодых и ускоряя старение у пожилых индивидов.

Акселерация (лат. acceleratio – ускорение) – феномен ускорения темпов индивидуального развития по сравнению с предшествующими поколениями, наблюдаемый во всех странах.

Активный отдых – деятельность, предупреждающее утомление, отличающаяся от основной (предыдущей) деятельности тем, что вызывает возбуждение в другом нервном центре, снимая первоначальную напряженность труда. Эффект активного отдыха заключается не только в снятии напряженного труда и предупреждении утомления, но и в улучшении функционального состояния, координации движений, функций сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, что при систематическом повторении способствует улучшению физического развития, укреплению здоровья и снижению заболеваемости.

Аллергены (греч. allos – другой; ergon – действие) – вещества антигенной природы, вызывающие аллергию. Аллергенами могут быть белки, белково-полисахаридные и белково-липидные комплексы, сложные соединения небелковой природы (полисахариды) и простые химические вещества, в том числе отдельные элементы (бром, йод).

Аллергия – повышенная чувствительность организма к различным веществам, связанная с изменением его реактивности. Повышенная чувствительность организма при аллергии специфична, то есть она повышается к тому антигену (или другому фактору), с которым уже ранее был контакт и который вызвал состояние сенсibilизации (повышенной чувствительности к нему). По времени весь процесс может быть разделен на два периода: первый – подготовка (сенсibilизация, или повышение чувствительности организма к антигену) и второй – реализация или возможность реализации этого состояния в виде аллергической реакции.

Анамнез (греч. anamnesis – воспоминание) – совокупность сведений, получаемых при валеологическом, психологическом, медицинском обследовании человека путем опроса самого обследуемого и (или) знающих его лиц. Анамнез болезни – сведения о явных или предполагаемых причинах, условиях возникновения и течения заболевания, необходимые для медицинской диагностики. Анамнез жизни – обширная часть анамнеза, необходимая для изучения физического, психического и социального развития обследуемого. Компонентами анамнеза жизни можно назвать наследственный, акушерский, семейный, социальный, спортивный, метеоклиматический и пр.

Аномалия (греч. anomalia – отклонение) – отклонение от типичных для популяции структуры и (или) функции, возникшее вследствие нарушения развития организма. Проявлениями аномалии могут быть пороки развития и уродства.

Аntenатальный период (лат. ante – перед; natalis – относящийся к родам) – период внутриутробного развития плода от момента образования зиготы до 40 недель. Принято делить антенатальный период на два периода: эмбриональный и фетальный, которые состоят из этапов развития организма.

Антиген (греч. anti – против; genesis – порождающий) – сложноевысокомолекулярное органическое соединение (полимер), естественное илиискусственно синтезированное, способное при поступлении в организмспецифически стимулировать иммунокомпетентные лимфоидные клетки ивызвать ответную специфическую иммунную реакцию, проявляющуюся вобразовании антител. Свойствами антигенов обладают белки, полипептиды,полисахариды.

Антитело – белок глобулиновой фракции сыворотки крови,образующийся в ответ на попадание в организм различных антигенов(принадлежащих бактериям, вирусам, белковым токсинам и др.) испецифически взаимодействующий с антигеном, вызвавшим его образование.Антитела образуются клетками лимфоидной ткани под воздействиемантигенов, препятствуют размножению микроорганизмов или уменьшая токсичность выделенных ими веществ.

Антропометрические показатели – показатели измерений человеческогоотела. Наиболее часто используемые показатели: рост, масса тела, окружностьгрудной клетки, шеи, живота, окружность плеча, бедра, голени.

Астения (греч. asthenia – физическая и психическая слабость, бессилие) –состояние, характеризующееся быстрой истощаемостью нервных процессов,повышенной утомляемостью, ослаблением и утратой способности к мышечнойии или умственной деятельности.

Атония (греч. atonia – расслабленность, вялость) – ослабление тонуса(напряжения) мышц, снижение активности нервно-мышечных структур.Состояние организма характеризуется снижением уровня или утратойскелетных мышц или гладкой мускулатуры внутренних органов (например,кишечника) при истощении, нервных и других заболеваниях. Может бытьврожденной.

Атрофия (греч. atrophia – увядание в следствие нарушения питания) –ослабление функции и уменьшение в размерах какого-либо органа или тканиорганизма вследствие нарушения питания (обмена веществ) в результатедлительного бездеятельного состояния, заболевания или действияповреждающих факторов (например, уменьшения

притока крови к ним, нарушение связи органа с центральной нервной системой).

Аффект (лат. *affektus* – душевное волнение, страсть) – сильное относительно кратковременное эмоциональное состояние, связанное с резким изменением важных для субъекта жизненных обстоятельств и сопровождаемое резко выраженными двигательными проявлениями и изменениями в функциях внутренних органов.

Баланс здоровья – условный термин, выражающий моментальное состояние равновесия между запросом и потенциалом здоровья. Подразумевается запросы здоровья физические, социальные и связанные с образом жизни.

Биологическая надежность организма – свойство организма, характеризующееся оптимальным запасом резервных возможностей, способных обеспечить устойчивость и жизнеспособность при значительных возмущающих воздействиях.

Биоритмы (греч. *bios* – жизнь; *rhythmos* – чередование, последовательность) – ритмико-циклические (суточные, сезонные и пр.) колебания характера и интенсивности тех или иных биологических процессов и явлений, обеспечивающие возможность приспособления организмов к циклическим изменениям окружающей среды.

Болезнь – проявление нарушенного течения жизни, обусловленного воздействием на организм чрезвычайных раздражителей (физических, химических, биологических и социальных факторов внешней среды) или наличием дефектов развития, при нарушении каких-нибудь одного из реактивных механизмов мобилизации других приспособительных механизмов с частичным нарушением саморегуляции и (или) гомеостаза и ограничением свободы жизнедеятельности.

Боль – беспокоящее, неприятное, иногда нестерпимое ощущение в ответ на интенсивное раздражение чувствительных нервных окончаний или рецепторов, ответная реакция на повреждение или патологический процесс (укол, удар, воспаление и др.). Вызывает защитно-приспособительные реакции и служит одним из ранних симптомов ряда заболеваний.

Вакцина (лат. vaccina – коровья) – препарат, получаемый из живых(ослабленных, обезвреженных) или убитых микроорганизмов, отдельных антигенных компонентов и продуктов жизнедеятельности микробных клеток, предназначенный для активной иммунизации организма с профилактической(вакцинация) или лечебной(вакцинотерапия) целью. Название произошло от противооспенного препарата, полученного из коровьих оспинок.

Вакцинация – метод активного иммунитета против инфекционной болезни посредством введения вакцины в организм человека.

Валеогенное мышление – мышление, имеющее креативную направленность в отношении собственного здоровья и здоровья всеохружающих людей. Основой валеогенного мышления являются мотивация здорового образа жизни и валеограмотность.

Валеоготовность– осознанная и действенная готовность человека к реализации принципов здорового образа жизни, основанная на функциональной валеограмотности, самоанализе, осознании своих истинных потребностей и возможностей.

Валеограмотность– состояние личности, обусловленное пониманием сущности здоровья и здорового образа жизни, четко выраженной мотивацией здравотворчества, моральной готовности вести здоровый образ жизни, создавать, сохранять и укреплять свое здоровье наряду с реализацией своих интересов, склонностей и способностей и бережным отношением к здоровью других людей.

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения – специализированное учреждение Организации Объединенных наций, крупнейшая международная медицинская организация, провозгласившая целью своей деятельности «достижение всеми народами возможного высшего уровня здоровья» (ст. 1 Устава ВОЗ). Организация создана 7 апреля 1948 года. Этот день ежегодно отмечается как Всемирный День здоровья.

Центральный административный орган ВОЗ – секретариат с штаб-квартирой в Женеве, возглавляемый генеральным директором на 5 лет.

Возраст биологический (анатомо-физиологический) – соответствие биологического состояния организма уровню развития, показателям физиологических систем и количественной характеристике здоровья, наиболее типичным для определенного паспортного возраста. Биологический возраст определяется совокупностью обменных, структурных, функциональных, регуляторных особенностей и приспособительных возможностей организма. Он может не соответствовать хронологическому возрасту.

Возраст паспортный (хронологический) – период времени от момента рождения до настоящего или любого другого момента исчисления.

Гигиеническое поведение – обобщенное понятие, используемое гигиенистами, подразумевающее действия и поступки человека, направленные на укрепление, сохранение и восстановления здоровья. Обычно перечисляются следующие компоненты гигиенического поведения: Правильное сексуальное поведение. Ответственное гигиеническое поведение. Личная гигиена. Пропорциональное отношение между умственным и физическим трудом. Гармоничные отношения между людьми. Занятия физической культурой. Негативное отношение к алкоголю и курению. Соблюдение режима дня. Рациональное питание. Отрицательное отношение к наркотикам.

Гомеостаз – относительное динамическое постоянство внутренней среды (крови, лимфы, ликвора, тканевой жидкости) и устойчивость основных физиологических функций организма (кровообращения, дыхания, обмена веществ и др.).

Духовность – это деятельность сознания, связанная с поиском смысла жизни и своего места в ней, определением критериев добра и зла, оценки и понимания людей и событий, формированием мотивов поведения в согласии или противоречии с общечеловеческими принципами. Духовность формируется под влиянием многочисленных внешних и внутренних факторов. При всей условности такого деления к первым можно отнести культуру, образование, религиозность, характер воспитания, политику, идеологию и др., ко вторым – национальные черты характера, наследственную предрасположенность и др.

Духовно благополучным считается тип деятельности, соответствующий общечеловеческим заповедям, закрепленным народной мудростью для оптимального существования и развития человека и общества. Противоположные мотивы деятельности относятся к сфере духовного неблагополучия.

Дневник здоровья – индивидуальный, самостоятельно и регулярно заполняемый документ, отражающий динамику самочувствия, антропометрических показателей, различных показателей самочувствия человека, резервов его основных функциональных систем и других показателей, необходимых для экспресс-оценки здоровья. Дневник служит средством контроля правильности выбранного образа жизни, режимов деятельности и мероприятий, направленных на коррекцию здоровья.

Жизнь – особая форма организации и движения материи, дискретно представленная индивидуальными, целостными системами (организмами), способными к обмену веществ, энергии и информации, к раздражимости, самоуправлению, саморегуляции, самосохранению и сохранению их свойств саадаптацией к среде обитания, саморазвитию и самовоспроизведению.

Здоровый образ жизни населения – такой образ жизни, который обеспечивает сочетание полноценной биологической и социальной адаптации с возможностью максимального самовыражения нации, класса, социальной группы, отдельных людей в конкретных условиях жизни и который определяет дальнейшее развитие общества.

Инвазивный – проникающий во внутреннюю среду организма.

Инволюция – обратное развитие, атрофия органов и тканей при старении организма.

Канцероген (лат. cancer – рак; genesis – происхождение) – вещество или физический фактор, способный вызвать развитие злокачественных новообразований или способствующий их возникновению. К канцерогенным веществам относят различные химические соединения: полициклические углеводороды, азотокрасители, ароматические амины, нитрозамины, канцерогенные стероиды, онкогенные вирусы и др.

Качество здоровья – наличие некой совокупности свойств организма, характеризующейся такими показателями, как например, благоприятная наследственность, хорошее самочувствие, трудоспособность без ограничений, высокая работоспособность, высокая адаптивность, психическая уравновешенность, коммуникабельность и др. Чем выше качество здоровья, тем полнее перечень этих показателей и выше уровень каждого из показателей. Оценка качества здоровья – процедура в значительной мере субъективная. Преодоление этого субъективизма возможно только при использовании качественных критериев.

Мониторинг здоровья (мониторинг, мониторинг, мониторинг, мониторинг) – длительное наблюдение за состоянием ряда жизненно важных функций организма путем регистрации показателей этих функций.

Образ жизни – устойчивая, долговременная система отношений человека к природной и социальной среде, представлений о нравственных и материальных ценностях, намерений, поступков, стереотипов поведения, реализации стратегий, направленных на удовлетворение разнообразных потребностей, на основе адаптации к правилам, законам и традициям общества.

Ресурс здоровья – сумма доступных средств для повышения потенциала (уровня) здоровья. Различают ресурсы здоровья индивидуальные и общественные.

Саморегуляция – поддержание жизнедеятельности организма на относительно постоянном уровне с использованием рефлекторных и гуморальных механизмов регуляции функций.

Факторы риска – общее название факторов внешней и внутренней среды организма и поведенческих факторов, не являющихся непосредственной причиной определенной болезни, но способствующих ее возникновению и развитию, ее прогрессированию и неблагоприятному исходу.

Среди бесспорных факторов риска наиболее существенными и распространенными являются следующие: 1) гиподинамия и гипокinezия; 2) переедание и связанная с ним избыточная масса тела и ожирение; 3) постоянное психоэмоциональное перенапряжение, неумение отключаться

иправильно отдыхать; 4) злоупотребление алкоголем и курение. Имеется точка зрения, что факторами риска являются все факторы дизадаптации, ведущие к нарушению гомеостаза.

Хронодиагностика – диагностика, позволяющая выявить ранние изменения уровня здоровья, когда еще нет выраженных симптомов заболевания, а имеются лишь явления десинхроноза, т.е. нарушения циркадиальных биоритмов, приводящих к расстройствам сна, ухудшению аппетита и настроения, снижению работоспособности. Нестабильность биоритмов – это следствие перегрузки регулирующих систем и признак неблагополучия в организме.

Эмоциональный стресс – состояние выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей. Эмоциональный стресс лежит в основе адаптивных физиологических реакций, позволяющих всему организму за счет иммобилизации резервных возможностей организма преодолевать конфликтные ситуации. Однако при определенных условиях эмоциональный стресс может явиться причиной возникновения неврозов, гормональных дисфункций, а также развития патологических изменений сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем.

Эмоциональный стресс не опасен для здоровья, если он завершается периодом активного отдыха, расслабления, сопровождающимся положительными эмоциями и удовлетворением доминирующей потребности.

Эустресс (греч. eu – хорошо, правильно; stress – напряжение) – «хороший стресс», положительные формы стресса (например, сильная радость). Ганс Селье рассматривал эустресс как синдром, способствующий сохранению здоровья.

Эякулярхе – первая эякуляция у мальчиков в процессе полового созревания.

Ятрогения (греч. iatros – врач; genes – порождаемый, возникающий) – состояние, способствующее развитию патологических состояний, вызванное неосторожными

действиями или высказываниями врача или других лиц из числа медицинских работников.

ПЕРСОНАЛИИ

Брехман Израиль Ицкович (20.11.1921-9.07.1994) – выдающийся российский ученый-фармаколог, доктор медицинских наук, профессор, член корреспондент Технологической академии наук, основоположник новой науки о здоровье – валеологии. После окончания Военноморской медицинской академии (1945) служил на Тихоокеанском флоте, одновременно занимаясь исследованиями по фармакологии женьшеня, затем элеутерококка и других лекарственных средств группы адаптогенов природного происхождения.

Создал и возглавил лабораторию фармакологии, затем отдел проблем регуляции биологических процессов Тихоокеанского океанологического института. В течение многих лет занимался разработкой теории структурной информации лекарства и пищи и поиском средств профилактики алкоголизма.

И.И. Брехман – создатель комитета по изучению лекарственных средств Дальнего Востока при Дальневосточном филиале АН СССР и Научно-информационного центра валеологии ДВО РАН. Автор более 350 научных работ, в том числе 12 монографий, двух изданий книги «Валеология – наука о здоровье» (1987, 1990), научный редактор трех выпусков сборника статей «Валеология: Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья».

Гален (129-201, по др. данным: 130-200; 131-201 гг.) – римский врач, классик античной медицины, последователь Платона. Автор более 400 трактатов по медицине и философии, из которых сохранилось около 100. Систематизировал основные положения античной медицины, обобщил опыт многих поколений медиков, начиная с Гиппократов. Исследовал функции легких, головного и спинного мозга, способы обработки лекарственных веществ. Большое значение придавал диете и мерам предупреждения заболеваний.

Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) – реформатор античной медицины, великий греческий врач, представитель врачебной школы асклепиадов. Как странствующий врач ознакомился с медициной Египта, Малой Азии, Ливии и скифских племен. Сохранившиеся сочинения Гиппократов вошли в «Сборник Гиппократов». Выступал как представитель материализма в медицине. Сторонник широкого использования философии в медицине, Гиппократ принимал только те философские положения, которые основывались на наблюдениях, фактах и опыте. Гиппократ подходил к больному как единому целому, части единой природы.

Гиппократ – основоположник принципа индивидуального подхода к больному. Он исходил из определенного влияния факторов окружающей среды на формирование телесных (конституция) и душевных (темперамент) свойств человека. Он выделял эти факторы (климат, погода, состояние ветров, воды, почвы, рельеф местности, образ жизни людей, их привычки, законы страны, даже формы государственного устройства и пр.) с точки зрения их влияния на человека. Родоначальник медицинской географии, создатель учения о прогностике, автор системы лечения и морально-этических норм врачевания,

Гиппократ также автор трактата «О здоровом образе жизни», явившегося основой для дальнейшего развития учения о здоровье и здоровом образе жизни индивида.

Ибн-Сина Абу Али Хуссейн ибн Абдаллах(980-1037), известен также под латинизированным именем Авиценна, - врач, философ, естествоиспытатель, поэт, родом из селения близ Бухары. С 1002 по 1007 год жил при дворе шаха Мамуна и занимался науками; с 1007 – в Хорасане, с 1012 – в Исфахане и Хамадане.

Основной труд Ибн-Сины «Канон врачебной науки» - фундаментальная энциклопедия медицинских знаний эпохи Восточного средневековья. В нем изложены теория и практика медицины, вопросы гигиены и диететики, последовательно проводится мысль о предохранении организма от заболеваний, о роли физических упражнений в укреплении здоровья. Благодаря многочисленным латинским переводам и переизданию во всех университетах Европы, труды Ибн-Сины оказали большое влияние в развитии медицины.

Список рекомендуемой литературы.

1. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. 2-е изд. М.: Физкультура и спорт, 1990. 208с.
2. Алферова В.П. Как вырастить здорового ребенка. Л.»Медицина»1991.
3. Брехман И.И. Проблемы обучения человека здоровью // Валеология. Владивосток: Дальнаука, 1995.
4. Ткаченко Б.И. Основы физиологии человека: Учебник для высших учебных заведений. СПб.: Наука, 1994. Т. 1; 2.
5. Шмидт Р. Физиология человека. М.: Мир, 1996. – В 3т.
6. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия. М, 1997.
7. Волков В.Н. Судебная психиатрия. Курс лекций М, 1998.

8. Чумаков Б.Н. Валеология. Курс лекций. М. 1999.
9. Соколова А.Д., Абишева З.С. Валеология – наука о здоровье. Учебно-методическое пособие. Алматы «Гылым» 1999.
10. Сатбаева Х. К. Нельдибаева Ж.Б. Валеология. Алматы «Гылым».1999.
11. Колбанов В.В. Валеология. Основные понятия, термины и определения. Санкт-Петербург 2000.
12. Билич Г.Л., Назарова Л.В. Основы Валеологии. Учебник. 2-е изд. Санкт-Петербург «Фолиат» 2000.
13. Лодкина С. Новая Валеология. Екатеринбург 2001.
14. Вайнер Э.Н. Валеология. Учебник. Изд. «Флинта» 2001.
15. Приходько Н., Лукьяненко М. Валеология. Курс лекций. Алматы 2002.
16. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни. Стандарты знаний для населения по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Методические указания.

Содержание страниц

Введение	3
Тема-1. Здоровье - человека. Факторы, действующие на здоровье человека.	5
Тема-2. Личная гигиена.	20
Тема-3. Гигиена труда и воздействие физической культуры на здоровье человека.....	27
Тема-4.Здоровое питание и его критерии.....	37

Тема-5. Вредные привычки. Наркомания. СПИД/ВИЧ. Борьба со СПИДом.	48
Тема-6. Репродуктивное здоровье человека и его охрана.	61
Тема-7. Распространение инфекционных заболеваний и борьба с ними.	73
Тема-8. Роль информационно-коммуникационных технологий и интернет-технологий в образовании гармонично развитого поколения.	92
Словарь терминов	106
Персоналии.....	115
Список рекомендуемой литературы.....	118

Норкобилов Мухиддин Нажимович
Мирходжаева Захро Саидгаффаровна

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Редактор:Л.П.Синченко

Корректор:Д.Алматова

Подписано в печать _____

Формат бумаги 60X84 1/16

Объем 7,1 п.л Тираж 5

Отпечатано в типографии ТИИИМСХ

Ташкент-100000, ул.Кары Ниязова дом-39