ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РОССИИ

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

Причины и механизмы спада рождаемости.
Почему не рожают те женщины, которые хотят иметь детей?

Причины и механизмы сверхсмертности

Задачи муниципальных и государственных органов власти в сокращении смертности и укреплении репродуктивного здоровья населения

Программа неотложных действий

ЕДИНАЯ РОССИЯ
Политсовет
Юго-Восточного
административного
округа

МОСКВА,
2007,
НП

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РОССИИ. Материалы форума. Под ред. В.Б.Зотова – М.: Издательский дом НП, 2007. – 416 с., ил.

В сборнике представлены материалы Научно-практического Форума "Демографическая безопасность России", организованного префектурой Юго-Восточного административного округа города Москвы и Окружным местным отделением Всероссийской политической партии "Единая Россия" с участием 740 компетентных представителей законодательной и исполнительной власти, медицинских, экономических, социологических и политических экспертов, видных ученых и практиков, представителей общественных организаций. Всесторонне рассматриваются причины и механизмы спада рождаемости, причины и механизмы сверхсмертности; задачи муниципальных и государственных органов власти в сокращении смертности и укреплении репродуктивного здоровья населения.

© Префектура ЮВАО г. Москвы
© МО ВПП “Единая Россия” ЮВАО г. Москвы
© Оформление Издательский дом НП, 2007

Москва 2007

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РОССИИ

Владимир **Путин,** Борис **Грызлов,** Юрий **Лужков,** Петр **Столыпин** 9

ВВЕДЕНИЕ 10

ПРИВЕТСТВИЕ ФОРУМУ

Карабасов Ю.С. 13

О ГЛАВНОМ

Зотов В.Б.
ГЛАВНЫЕ ЦЕЛИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ 14

Шеденков С.А.
ОТ СОСТАВИТЕЛЕЙ СБОРНИКА 26

КОНЦЕПЦИЯ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ И СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЮВАО Г. МОСКВЫ НА ПЕРИОД 2008-2015 гг. 28

ДОКЛАДЫ 33

Абольян Л.В.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В УЛУЧШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ 34

Акопян А.С.
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ СНИЖЕНИЯ СВЕРХСМЕРТНОСТИ И УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ 37

Алиева А.А., Байкова Н.Н., Пономарева А.М.
МЕХАНИЗМЫ СВЕРХСМЕРТНОСТИ В РОССИИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО КРИЗИСА 54

Апанасенко Г.Л. (Украина)
СВЕРХСМЕРТНОСТЬ СЛАВЯНСКИХ МУЖЧИН: БИОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ 61

КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ДЕПОПУЛЯЦИЕЙ 63

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ПРОЦЕССУ ДЕПОПУЛЯЦИИ (КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ) 67

Беляков В.К.
ПРОГРАММА "ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ" 70

Бойко Н.Н.
НЕДОСТАТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) 72

Борисов А.В.
МЕСТНЫЕ "ШКОЛЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И ПРОДЛЕНИЯ ПЕРИОДА АКТИВНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 75

Вербин С.Г.
СОЗДАНИЕ БЛАГОПРИЯТНОГО КЛИМАТА В СЕМЬЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ В МОСКВЕ 77

Глазунов И.С.
ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ : ОСНОВНОЙ ПУТЬ СНИЖЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ 82

Глебов В.В., Аракелов Г.Г.
ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ КАК ОСНОВА ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РОСТА НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ 85

Горбенко П.П.
СОЗДАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 88

Гундаров И.А.
НОВАЯ СТРАТЕГИЯ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ 91

ПРИЧИНЫ СВЕРХСМЕРТНОСТИ В РОССИИ 94

Данишевский К.Д.
ПРОБЛЕМЫ КОНТРОЛЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ 103

Дробышевская О.А.
ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ СВЕРХСМЕРТНОСТИ В РОССИИ 106

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПОПУЛЯЦИИ В РОССИИ 110

Дьяконов С.А., Кузьмичев Л.Н., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Воровская К.А.
РОЛЬ СЕКСОЛОГИИ В ПРЕОДОЛЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО КРИЗИСА В РОССИИ 112

Евдаков В.А., Калинина А.М., Арцыбышева Л.Р.
УКРЕПЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ПОВЫШЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ И СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА 116

Егоров А.В.
АВТОМОБИЛЬ И ЧЕЛОВЕК: ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ НА ДОРОГЕ. ДЕТСКАЯ ДОРОЖНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ 121

Егоров Б.Е.
СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСГАРМОНИИ И СТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ 124

Ениколопов С.Н.
ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В СЕМЬЕ 129

Ермакова И.В.
ОБ ОПАСНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА 131

ОБ ОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОРГАНИЗМОВ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ: СИТУАЦИЯ В РОССИИ И В МИРЕ 136

Землянова Е.В.
СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ УМЕРШИХ В г. МОСКВЕ 141

Ионцев В.А.
СОВРЕМЕННАЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ И ЕЕ РЕГИОНАХ 146

Калинкин Л.А.
МУНИЦИПАЛЬНАЯ СЛУЖБА РЕАБИЛИТАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ – ЛИЦ, ЗАВЕРШИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ 153

Кибрик Н.Д., Якубов М.И., Канн И.Ю.
РОЛЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ В РОССИИ 156

Кислицына О.А.
ПРОБЛЕМЫ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ 160

Крайнов Г.И.
МЕТОД ЦЕЛОСТНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ БИОМЕХАНИКИ В КОМПЛЕКСЕ МЕТОДОВ 168

ПОЧЕМУ ЛЮДИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО СТАРЕЮТ 171

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И АДМИНИСТРАТИВНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОКРАЩЕНИЕ СМЕРТНОСТИ И УКРЕПЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ 174

МЕТОД ЛЕЧЕБНОЙ БИОМЕХАНИКИ И ПОЯСА-КОРСЕТЫ – ДОСТУПНЫЕ СРЕДСТВА АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ 180

Крутько В.Н.
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ РОССИЙСКОЙ СВЕРХСМЕРТНОСТИ 182

ТЕХНОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТАРЕНИЯ КАК РЕАЛЬНОЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО РАДИКАЛЬНОГО СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ 186

Крутько В.Н., Гундаров И.А.
ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ СВЕРХСМЕРТНОСТИ И НОРМАЛИЗАЦИИ РОЖДАЕМОСТИ 191

Лазебник Л.Б.
РЕАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОСЬМИЛЕТНЕГО ОПЫТА МОСКОВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЦЕЛЕВОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ 209

Ларин А.В.
СОЗДАНИЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА "РЕПРОДУКТИВНОЕ И СЕМЕЙНОЕ ЗДОРОВЬЕ" 227

Ливицкая А., Умаханова А., Могульджинова А., Юнисов Р.
МОЛОДЕЖЬ О ПРИЧИНАХ И МЕХАНИЗМАХ СВЕРХСМЕРТНОСТИ 230

Мамедов Ю.Э.
СОВРЕМЕННЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ – ОСНОВА ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ 232

Мельников Г.В.
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ: РАЗВИТИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ МОСКВИЧЕЙ 237

Мешков Н.А.
ИНФОРМАЦИОННО – АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОРТАЛ "ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РОССИИ" 240

Морозов С.Д.
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, РОЖДАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В РОССИИ (1897 – 1917 гг.) 248

Мышкин А.Е.
ЖИТЬ БЕЗ РИСКА 255

СДВИНУТЬ МЕДИЦИНУ В СТОРОНУ СПОРТА 258

Немцов А.В.
СВЯЗАННАЯ С АЛКОГОЛЕМ СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ – КОЛИЧЕСТВО, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ, ГЕНДЕРНЫЕ И ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ 260

Олссон М. (Швеция)
ВЗГЛЯД ИЗ ДАЛЕКА ИЛИ КАК НАМ ИЗМЕНИТЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ 273

Орехов А.Н., Собенин И.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ МАССОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ И ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 280

Панина Е.В.
О ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ, НАПРАВЛЕННОЙ НА РЕШЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ В РФ 286

Подберезская А.Р.
ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ СПАДА РОЖДАЕМОСТИ. ПОЧЕМУ НЕ РОЖАЮТ ЖЕНЩИНЫ, КОТОРЫЕ ХОТЯТ ИМЕТЬ ДЕТЕЙ 290

СЕМЕЙНЫЙ ЦЕНТР
Родительский клуб "РЕБЕНОК" 293

ЦЕНТР СИСТЕМНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА, СЕМЬИ И ОБЩЕСТВА "ДОМ СЕМЬИ" 302

Полетаев А.Б.
МЕДИЦИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЫЖИВАНИЯ РОССИИ 308

Полтавская Е.Ю., Пономарева А.Г.
НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У СПОРТСМЕНОВ И ПУТИ ИХ ФИТОКОРРЕКЦИИ 313

Пономарева А.Г., Медведев В.М.
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ
У НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ 315

Реут Д.В.
О ПРИНЦИПАХ КООРДИНАЦИИ МЕР
ПО БОРЬБЕ С ДЕПОПУЛЯЦИЕЙ 319

ПОДДЕРЖКА И ВОЗВЫШЕНИЕ ИНСТИТУТА
МНОГОДЕТНОЙ СЕМЬИ В МЕГАПОЛИСЕ 324

Розанов В.М.
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ 329

Романов Л.Е.
ПРЕОДОЛЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ
КАТАСТРОФЫ РОССИИ ФОРМИРОВАНИЕМ
ЭТАЛОННОЙ ПРОКРЕАЦИОННОЙ СРЕДЫ 332

Сивочалова О.В., Голованева Г.В., Денисов Э.И., Макарова Е.Н., Фесенко М.А.
РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ
ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, В Т.Ч ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ 338

Смирнов В.В.
ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА АЮРВЕДА НА СЛУЖБЕ
РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ 349

Стеняева Н.Н.
БЛАГОПОЛУЧНАЯ, ГАРМОНИЧНАЯ СЕМЬЯ –
НАИВЫСШАЯ ЦЕННОСТЬ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА 357

Сырцова Л.Е.
ПРОБЛЕМЫ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ 360

Тихонова Г.И., Яковлева Т.П., Жаворонок Л.Г., Сидоров И.В.
УСЛОВИЯ ТРУДА И ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ:
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ, ЗДОРОВЬЕ
ПОСЛЕДУЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ 367

Фудин Н.А.
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС:
ЧЕЛОВЕК И ОБЩЕСТВО 372

Хрусталев Ю.М.
НРАВСТВЕННОСТЬ – ИМПЕРАТИВ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ 375

Чанов С.Н.
ФАКТОРЫ ДЕМОГРАФИИ 378

Чернобровкина Т.В.
ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ
СПАДА РОЖДАЕМОСТИ 399

Шабалин В.Н.
ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА МЕТОДОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА
БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ 401

Югай М.И.
ЗАДАЧИ ОРГАНОВ ВЛАСТИ В СОКРАЩЕНИИ
СМЕРТНОСТИ И В УКРЕПЛЕНИИ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ 402

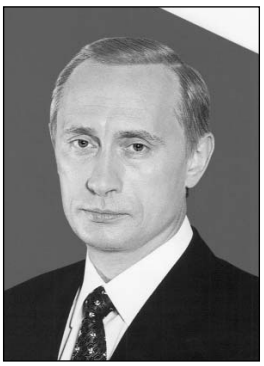
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ В РАМКАХ ФОРУМА
Ахрамович В.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: "ЖИТЕЛИ ЮГО-ВОСТОЧНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА г. МОСКВЫ О ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ" 406

ВЫВОДЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ТЕМУ: "ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ ЮГО-ВОСТОЧНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА г. МОСКВЫ" 408

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРНЕТ-ОПРОСА: "МНЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ЮВАО г. МОСКВЫ О ЦЕЛЕВОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ДОВРАЧЕБНЫХ КАБИНЕТАХ" 410

"МНЕНИЕ АКТИВА ЖИТЕЛЕЙ ЮГО-ВОСТОЧНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА г. МОСКВЫ О НАЦИОНАЛЬНОМ ПРОЕКТЕ "ЗДОРОВЬЕ" (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА) 411



Владимир Путин,
Президент РФ

Если мы действительно хотим сделать для граждан что-то полезное и нужное, предлагаю вам, отодвинув в сторону политические амбиции и не распыляя ресурсы, сосредоточиться на решении важнейших для страны проблем, и одна из них – демографическая, или, как точно выразился Солженицын, это в широком смысле "сбережение народа". Тем более что в обществе есть консенсус в понимании того, что мы должны в первую очередь решить именно эту, ключевую для всей страны проблему.

Борис Грызлов,
председатель
ГД ФС РФ

В целом наши задачи в области здравоохранения и демографии можно выразить одной фразой: в течение 10 лет мы обязаны решить проблему сокращения численности населения России.

Наша цель – "растущая страна", то есть не сокращение, а рост численности населения, причем не только за счет содействия добровольному переселению соотечественников, а за счет превышения рождаемости над смертностью.

Юрий Лужков,
мэр г. Москва

За последние 10 лет продолжительность жизни в столице выросла в среднем на четыре года. В 2007 году, объявленном в Москве Годом ребенка, в столице появится на свет около 100 тысяч самых юных москвичей. Это самое большое количество за все предыдущие годы начиная с конца 80-х.

Считаю эти индикаторы одними из главных качественных показателей развития Москвы в предыдущие годы. Одновременно это наилучший залог того, что у Москвы есть большое будущее. Реализация демографических приоритетов обязательно продолжится в будущем году, объявленном в России Годом семьи, а также в последующие периоды.

Петр Столыпин,
председатель
Кабинета
министров Российской
Империи

Да, господа, народы забывают иногда о своих национальных задачах; но такие народы гибнут, они превращаются в назем, в удобрение, на котором вырастают и крепнут другие, более сильные народы.

ВВЕДЕНИЕ

Демографическая проблема – одна из острейших, стоящих перед сегодняшней Россией. По мнению президента Путина, поставленные им в Посланиях задачи выполняются, но по сути своей сама проблема еще далека от своего решения.

Ученые: демографы, медики, социологи, экономисты, представители многих других областей знаний предлагают свои подходы к ее решению. Насколько полно их разработки, а также опыт и знания управленцев, могут быть использованы в принятии конкретных административных решений, в выработке стратегии? Что думают сами люди, которых эти решения непосредственно касаются, и что предлагают они?

Чтобы ответить на эти вопросы, Префектура и Окружное отделение ВВП Единая Россия Юго-Восточного административного округа Москвы, решили провести форум-диалог "Демографическая безопасность России". Старт этому мероприятию был 30 января 2006 года. В него были вовлечены как лучшие специалисты округа, города, страны и ряда зарубежных государств, так и жители округа, которые благодаря Интернету могли, как и другие пользователи Сети, не только следить за дискуссией, но и участвовать в ней. Были проведены три "круглых стола": "Причины и механизмы спада рождаемости", "Причины и механизмы сверхсмертности", "Задачи муниципальных и государственных органов власти в сокращении смертности и укреплении репродуктивного здоровья населения"с участием не только ученых и чиновников, но и представителей гражданского общества. Одновременно в округе, а его население приближается к миллиону двумстам тысячам человек, проводились социологические исследования. Итоги этого масштабного, длившегося год, научно-практического Форума были подведены на Всероссийской конференции "Демографическая безопасность России. Программа неотложных действий".В президиум конференции были избраны депутаты Государственной думы, руководители МГРО ВПП "Единая Россия", представители Правительства Москвы, видные ученые. По материалам Форума была разработана "Концепция повышения рождаемости и снижения смертности (в т.ч. преждевременной сверхсмертности) населения ЮВАО г.Москвы на период 2008-2015 гг.".

Так проходила конференция…

В сборнике публикуются доклады участников Форума, прозвучавшие на "круглых столах" и на итоговой конференции. Они доказывают, что решение демографических проблем – задача комплексная, требующая мультидисциплинарного подхода и конструктивных дискуссий, в которых рождаются верные управленческие решения.

…а так – заседания "круглых столов".

Председатель Оргкомитета Форума, секретарь политсовета МО ВПП "Единая Россия" ЮВАО г. Москвы, префект ЮВАО г. Москвы, д.э.н. В.Б. Зотов выступил с докладом "Главные цели обеспечения демографической безопасности". (См. стр. 14)

Депутат ГД ФС РФ, д.э.н. Е.В.Панина ознакомила собравшихся с конкретным вкладом законодателей в решение задач, направленных на сбережение народа, поставленных Президентом РФ. (См. стр. 286)

Доктор биологических наук, один из ведущих специалистов в изучении ГМО Ермакова И.В. посвятила выступление опасности использования ГМ-компонетов в продуктах питания, осветила мировые тенденции их применения. Доклад вызвал живой интерес участников Форума, среди которых: О.Н. Евсеева – руководитель исполкома МО ВПП "Единая Россия" ЮВАО г. Москвы (первая слева), Шеденков С.А. – заместитель префекта ЮВАО г. Москвы, к.с.н. (третий слева).

Секретарь Президиума Политсовета МГРО ВПП "Единая Россия " Ю.С. Карабасов не только приветствовал участников Форума, но и принял участие в дискуссии по существу вопроса.

Заместитель председателя оргкомитета Форума, заместитель префекта ЮВАО г. Москва С.А. Шеденков вручает Дипломы лауреатов.

Выступает зам. председателя оргкомитета Форума, доктор медицинских наук, профессор, главный врач поликлиники №224 ЮВАО г. Москвы В.А. Евдаков

Автор и руководитель социальной инновационной программы "Формирование инфраструктуры Народных Домов Здоровья в городе Москве" Г.В. Мельников презентовал на Форуме свой проект.

Зал заседаний префектуры ЮВАО г. Москвы, где проходили "круглые столы", всегда был заполнен до отказа. Послушать участников собрались управленцы, ученые, журналисты со всей Москвы.

Профессор, заведующая кафедрой Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, д.м.н. Л.Е. Сырцова выступила с докладом "О проблемах смертности в России".

За “круглым столом” доктор технических наук, профессор, заведующий лабораторией информатики Института системного анализа В.Н. Крутько (первый слева) и доктор медицинских наук, профессор Г.Л. Апанасенко (Украина) (второй слева).

Как гражданин своей страны не могу не испытывать глубокую озабоченность тем комплексом вопросов, которые рассматривались на Форуме. Президент РФ совершенно справедливо подчеркнул, что проблемами демографии нужно заниматься, "отодвинув в сторону политические амбиции и не распыляя ресурсы". Было бы удивительно, если бы Московская организация "Единой России" не поддержала инициативу руководства и окружной организации ЮВАО г. Москвы, которые озаботились тем, как практически и правильно решать эти проблемы.

Совершенно согласен с тремя, на мой взгляд, ключевыми постулатами, на которых была построена работа Форума. Во-первых, с тем, что этот вопрос рассматривается как вопрос политический, и его решение лежит в первую очередь – в политической плоскости. Во-вторых, совершенно справедливо и то, что никакие управленческие решения, особенно в столь сложном мультидисциплинарном вопросе, не могут решаться без опоры на науку. И, в третьих, решение этих вопросов может быть только комплексным. И, наконец, посмотрите, какой живой отклик и в гражданском обществе, и в научных кругах не только Москвы, но и России в целом, вызвала эта инициатива, за которой стояла и партийная организация округа, и его префектура. Безусловно, ЮВАО г. Москвы приобрел надежный инструментарий для решения собственных проблем, однако с материалами Форума полезно было бы ознакомиться и на региональном, и на всероссийском уровне.

Многие ученые, которые выступали на конференции, превысили регламент. Но как можно было их прерывать, когда они рассказывали нам такие вещи, о которых мы нигде больше услышать, может быть, и не сможем! Из разработок, которые, как может показаться, интересны только узким специалистам, проистекают такие масштабные проекты, которые могут радикально улучшить систему здравоохранения, например. Оказывается, что и нано-структуры, и дальнейшие исследования свойств композитных материалов открывают перед нами новые возможности в области сбережения народа. Чтобы сберечь народ, надо финансировать фундаментальную науку, и чаще проводить подобные Форумы, поскольку общение высоких специалистов в разных областях стимулирует развитие и научной мысли.

Наш интерес, а я здесь выступаю от имени МГРО "Единой России", в том, чтобы вести себя грамотно и быть в курсе дел, потому что, когда мы инициируем принятие политических и управленческих решений, необходимо глубоко разбираться в существе вопроса. Времена, когда прикрываясь реформаторской фразеологией, страной руководили некомпетентные люди, я надеюсь, мы пережили. Работа "круглых столов" и итоговой конференции – тому еще одно подтверждение.

Поэтому с трибуны Форума хочу поприветствовать Владимира Борисовича Зотова, руководство политсовета и исполкома "Единой России" в ЮВАО г. Москвы. Вместо того, чтобы тратить силы на споры с оппонентами, которые повылезали Бог знает откуда, мы занимаемся здесь конкретным делом. Меня радует, что есть ещё огромная армия нормальных людей, москвичей, которые на высоком профессиональном уровне предлагают решения жизненно важных вопросов, задевающих и волнующих буквально каждого гражданина страны.

Форум был посвящен решению комплексной, важнейшей, сложнейшей стратегической проблемы. Он был проведен и грамотно, и своевременно. Если мы все вместе создадим и на уровне институтов власти, и на уровне формирующегося гражданского общества соответствующее отношение к детям, матерям, к семье, к здоровью, к будущему на основе науки (настоящей науки, а не шарлатанства и фантазёрства), вот тогда мы и выберемся из той ситуации, в которой мы сейчас находимся. Я получил большое удовлетворение от докладов, и сердечно приветствую организаторов и участников Форума.

Юрий Карабасов,
секретарь политсовета
Московского городского
регионального отделения
партии "Единая Россия",
президент Института стали и сплавов,
доктор технических наук, профессор

Зотов В.Б.,
доктор экономических наук, профессор,
префект ЮВАО г. Москвы,
секретарь политсовета МО ВПП "Единая Россия" ЮВАО г. Москвы,
председатель оргкомитета Форума

ГЛАВНЫЕ ЦЕЛИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Для того, чтобы разработать систему целей и практических действий для обеспечения демографической безопасности России, в том числе – и на уровне административного округа, необходимо проанализировать, какие шаги предпринимались в стране для ее решения с того момента, когда в 2000 году проблема была поставлена, как общегосударственная и определена, как "тревожная". Именно тогда, в Послании Президента России Федеральному собранию было официально обращено внимание на темпы сокращения численности россиян – 750 тысяч человек в год, а также на то, что к 2015 году население страны может уменьшиться на 22 миллиона человек.

"Амбициозная задача" удвоения ВВП к 2010 году, поставленная Президентом РФ перед Правительством в 2003 году, наметила главное, стратегическое направление решения демографических проблем. Дело в том, что показатель ВВП на душу населения является ключевым фактором, определяющим среднюю продолжительность жизни, которая, в свою очередь, служит основным показателем благополучия государства. Это соотношение является чрезвычайно коварным, поскольку этот показатель может расти и за счет поощрения процессов депопуляции при неизменном ВВП. Таким образом, поставив перед Правительством задачу по удвоению ВВП, Президент наметил стратегический путь к цели, которая позже, в 2006 году, была определена им, как "сбережение народа". И когда партия "Единая Россия" приняла в качестве программных документов Послания Президента России Федеральному Собранию РФ, она приняла на себя ответственность и за этот курс.

Если признать, что рост ВВП в условиях современных рыночных отношений не является и не может являться простым производным от свободной игры рыночных сил, но осуществляется на основе экономической политики, учитывающей законы этой игры, и на основе знания этих законов ее направляющей, то и решение проблем демографической безопасности невозможно без продуманной демографической политики в рамках общей стратегии государства.

В настоящий момент в нашей стране нет федерального органа, за которым в законодательном порядке были бы закреплены функции по выработке и реализации демографической политики.

Для того, чтобы его создать, потребовалось бы объединить несколько министерств, что вряд ли возможно. Значит, эти функции может и должна взять на себя партия, которая приняла на себя ответственность за реализацию курса Президента.

Как известно, политика – это деятельность, направленная на достижение определенных целей, и выражающаяся в постановке и решении задач, которые способствуют достижению этих целей. Демографическая политика в демократическом обществе оперирует тремя важнейшими категориями. Это рождаемость, смертность и миграция.

В формировании демографической политики пореформенной России ставка делалась на миграцию, что проистекало из наметившейся в начале 90-х годов тенденции использовать в решении проблем переходного периода, порой некритически, опыт западных стран. Возникший в государствах ЕС недостаток трудовых ресурсов восполнялся за счет привлечения этих ресурсов извне, другими словами – за счет компенсирующей миграции. Отсюда – упование наших реформаторов первой волны на то, что миграция решит все проблемы. Было и еще одно обстоятельство, которое, как могло показаться, подтверждало верность такого подхода. После развала СССР Россия, в первую очередь – Центральная, приняла волну стрессовой миграции русскоязычного населения Среднеазиатских Республик, Балтии и Чечни, проходившую под лозунгом "Чемодан, вокзал, Россия". Безусловно, возвращение двух миллионов русских и около миллиона представителей стран СНГ (Республик Закавказья и Средней Азии), которые остались в

России, натурализовавшись за счет приобретения недвижимости и браков – стало самым демографически значимым событием того периода. Быстрота перемещения значительного числа русских и русскоязычных людей, которых отличал высокий уровень образования (высшее, среднее специальное), и высокий уровень адаптационного потенциала – они ничего не просили у государства, кроме гражданства, – вот, что дезориентировало власть в отношении потенциальных возможностей миграции. Сегодня 40 тысяч русских, которые пережили волну националистических погромов в Таджикистане и дождались стабилизации ситуации, не торопятся, несмотря на приглашение и льготы, возвращаться на Родину.

Именно в Западной Европе в 70 – 90-ые годы прошлого века была разработана концепция однодетной семьи, как показателя уровня развития и "цивилизованности" общества, "экологический императив". Настойчиво "экспортировалась" идея о необходимости сокращения рождаемости во всем мире, без учета демографических особенностей тех или иных стран. Под влиянием этой концепции ряд отечественных ученых, в том числе и многие из тех, кто влиял на политические решения в пореформенной России, не рассматривали резкий спад рождаемости начала 90-х как признак беды.

Возникшая в связи с этим путаница и недосказанность в самой постановке демографических проблем послужила одной из причин инициативы Префектуры ЮВАО и МГРО "Единой России" провести Форум "Демографическая безопасность России", с привлечением ведущих ученых страны, и расставить все по своим местам.

Задача ставилась так: выработать ключевые подходы для практического решения проблем на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, чтобы затем предложить их в качестве рекомендаций и для дальнейшего обсуждения на национальном уровне, и для прямого практического использования, в пределах компетенции префектуры.

Был достигнут консенсус: проблема депопуляции страны должна решаться комплексно.

Главные цели при выработке и реализации демографической политики были сформулированы в следующей редакции:

1) повышение рождаемости;
2) продление социально активного периода жизни;
3) организация и оптимизация миграционных и иммиграционных процессов.

ПОВЫШЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ

Обозначение этой цели, как первостепенной, продиктовано многообразием, сложностью и капиталоемкостью задач, которые необходимо решить для ее достижения. Именно от того, сумеет ли государство и общество создать условия для форсированного роста рождаемости, зависит, в какой стране будут жить наши дети и внуки, на каком языке они будут говорить. Вместе с тем, даже начало реальной работы в этом направлении благотворно повлияет и на социальную атмосферу, и на моральный климат в обществе. Какими же мне видятся те задачи, к решению которых мы будем приступать уже сегодня?

Пропаганда семейных ценностей, преимуществ многодетной семьи

Доля вступающих в жизнь молодых людей, выросших в неполных семьях и семьях, воспитавших одного ребенка, превышает 50 процентов, в воспитавших трех и более детей – всего 10 процентов. И этот статистический показатель передается, как эстафета, из поколения в поколение. Уже миллионы молодых людей, полноправных членов социума, не имеют опыта жизни в нормальных, благополучных семьях.

Социологические исследования показывают, что молодые семьи хотели бы иметь двух и более детей, но о том, как жить в такой семье, на каких принципах она строится, как ведется домашнее хозяйство, они имеют весьма смутное представление. Они не имеют представления и о тех возможностях, в том числе – в решении основополагающих бытовых вопросов, которые открывает жизнь в большой семье, построенной на взаимной ответственности, уважении к старшим, заботе о младших. И многие поведенческие стереотипы, которые порой так раздражают, от социального иждивенчества до разнузданного поведения в общественных местах, связаны с тем, что традиции эти в значительной степени утрачены. Кстати сказать, в регионах, где традиции больших семей сохранились, и демографическая ситуация лучше. Я имею в виду такие субъекты Федерации, как, например, Ингушетию и Дагестан. Наблюдаемая там высокая рож-

даемость основывается не на том, что молодежь менее требовательна к бытовым удобствам. Большая семья сама способна взять на себя ответственность в организации быта, вплоть до решения жилищной проблемы. Есть такие семьи и в регионах с преобладанием русского населения. И подавляющее количество таких семей являются успешными. Такая семья выживет при любых условиях, и одинокая старость людям, ее создавшим, не грозит.

СМИ уделяют недопустимо мало внимания распространению информации о таких семьях, или рассказывают о них, как о некоем курьезе. В то же время глубокое объективное исследование жизни этих состоявшихся полноценных ячеек общества, обращенное к молодежной аудитории, со всеми их проблемами, неоценимым опытом их решения, бедами и радостями, могло бы способствовать возвращению в общество семейных ценностей, национальных семейных традиций, и, в конечном итоге – способствовать возникновению многодетных семей. Такие журналистские исследования были бы полезны и для тех, кто формирует демографическую политику, и тем, кто берет на себя ответственность по претворению ее в жизнь. Создание специализированных циклических программ и рубрик в электронных и печатных государственных СМИ, включая интернет-ресурсы, поощрение работы в этом направлении СМИ коммерческих – неотложная задача власти. В обществе необходимо воспитывать отношение к многодетной семье не как к курьезу, но как к норме.

Один ребенок в семье – это мало. И те семьи, которые решились его родить, прекрасно осознают это. Не случайно практически сразу после введения закона "О материнском капитале" общество отреагировало на него всплеском рождаемости.

Женщина-мать должна ощущать благодарность общества не только тогда, когда страна возлагает на нее надежды, но и тогда, когда эти надежды уже осуществились. Полагаю, что мать, родившая и воспитавшая двух детей, имеет право выйти на пенсию на 10 лет раньше установленного государством срока, воспитавшая трех – на 15. И это право должно быть закреплено федеральным законом.

Задачи по охране материнства и детства

Как префекту округа с населением более миллиона человек, мне чрезвычайно приятно было узнать, что и в ЮВАО в 2007 году наметился рост рождаемости. Поэтому хорошо понимаю тех руководителей, кто, получив схожие данные, поспешили поделиться радостью со СМИ. Но, как представляется, праздновать пока рано, поскольку смертность по стране по-прежнему превышает рождаемость. Тормозом рождаемости порой выступают совершенно новые явления. Например, ученые считают, что сбои дает сам биологический механизм воспроизводства рода, и явление это характерно не только для России. Но именно Россия только из-за проблем с репродуктивным здоровьем своих граждан недополучает миллион новорожденных.

Многие сотни тысяч замужних российских женщин желают иметь детей, но не могут родить. Почему? Эксперты по нашей просьбе подробно исследовали этот вопрос, и пришли к выводу, что бесплодие в большинстве случаев носит психогенный характер, и ранняя его профилактика позволяет вернуть потенциальной матери репродуктивное здоровье. Мы намерены организовать такого рода профилактическую работу на базе тех медицинских учреждений, которые расположены в округе, она не потребует больших затрат, но способна дать очень большой эффект.

Мировая практика указывает на то, что на сто случаев беременности приходится от 10 до 25 случаев выкидышей. Ученые называют десятки причин этого нежелательного и травмирующего женщину явления, среди которых фигурирует и нездоровый образ жизни самой матери: курение, безалаберное питание, употребление алкоголя, пренебрежение физической культурой, малоподвижность. Что мешает и в этом случае усилить профилактическую работу на муниципальном уровне?

Россия по прежнему находится в числе мировых лидеров (на втором месте в мире) по количеству искусственных прерываний беременности – 1 миллион 800 тысяч в год. Однако, принимая во внимание, что аборты сегодня делаются и в частных клиниках, можно предположить, что их реальное количество значительно превышает эту цифру. Но даже если опираться только на данные официальной статистики, то получается, что на каждые сто родов в России приходиться 129 абортов, из них по медицинским показаниям – не более трех. Таким образом, более ста не родившихся детей матери уничтожают по произволу. И среди них – вполне благополучные женщины, "просто" не захотевшие иметь "непланового ребенка". Пока только традици-

онные религиозные конфессии выступают резко против абортов, они исключены в религиозных семьях. Но если священник обязан предостеречь прихожанку от этого шага, почему этого не должен делать врач? Ведь о беременности узнают, как правило, в женской консультации. Почему "родовой сертификат" в таких случаях не работает на повышение уровня рождаемости – вопрос, на который предстоит ответить. И когда мы обяжем врачей если ни проявлять заботу о заблудших душах, как это положено делать служителям культа, то хотя бы доводить до сведения женщин, чем она рискует и чего себя лишает, что аборт – это не просто медицинская процедура, мы обнаружим еще один резерв повышения рождаемости. В этой связи следует рассмотреть вопрос и с органами опеки. Если уж женщина уверена в том, что не в состоянии справиться с воспитанием будущего ребенка, то пусть хотя бы родит, если не для себя, то для тех, кто может и хочет воспитать приемного ребенка, как своего. Сейчас московские власти концентрируют усилия на поддержке таких семей. А сколько одиноких женщин, которые хотят иметь детей, но не могут найти достойного партнера по жизни из-за сложившегося в стране гендерного дисбаланса (женщин больше, чем мужчин) и тоже готовы взять ребенка на воспитание? Словом, и вопрос сокращения количества абортов имеет практические ответы и на муниципальном, и на федеральном уровне.

ПРОДЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНО АКТИВНОГО ПЕРИОДА ЖИЗНИ

Ученые выдвигают ряд первопричин "сверхсмертности". В числе главных выделяются стрессы первого десятилетия реформ, связанные с развалом СССР и необходимостью адаптироваться к жизни в новой социально-экономической обстановке, потерей "чувства страны" и уверенности в завтрашнем дне. Эти факторы вызвали широкое распространение депрессивно-агрессивного синдрома, способствовавшего падению иммунитета, развитию многих соматических заболеваний, в результате которых и стали уходить из жизни люди трудоспособного возраста.

Несмотря на то, что сегодня мы снова живем в великой державе с динамично развивающейся экономикой, "эпидемию" депрессивно-агрессивного синдрома купировать полностью пока не удалось.

Оценивая ситуацию со сверхсмертностью в Москве, нужно учитывать и тот факт, что статистика возлагала на город ответственность за все летальные исходы, регистрировавшиеся на его территории, вне зависимости от того, кого постигала беда: москвича или приезжего. Был, например, зафиксирован случай, когда летальных исходов по одному из видов заболеваний в столице было зафиксировано больше, чем всех москвичей, страдающих этим недугом и лечившихся от него стационарно и амбулаторно.

Во вторую группу причин гибели людей трудоспособного возраста можно объединить техногенные катастрофы, в первую очередь – происшествия на транспорте, а также наличие таких социальных болезней, как криминальное насилие, наркомания и алкоголизм (в первую очередь – в депрессивных регионах).

Наконец, третья группа причин. Сверхсмертность порождается нежеланием, либо отсутствием возможностей рационально питаться и вести здоровый образ жизни. Именно на эти причины сверхсмертности, как мне представляется, нужно обратить внимание в первую очередь, так как если мы превратим здоровый образ жизни в норму нашего существования и решим проблему здорового питания, то мы реально можем помочь людям и преодолеть депрессивно-агрессивный синдром, и избавим общество от тех причин смертности, которые мы отнесли к первой и второй группам.

Таким образом, можно не только эффективно бороться со сверхсмертностью, но и отодвинуть порог старения, увеличить продолжительность активного периода жизни.

Структуру смертности населения России за последние 15 лет на 55% определяют сердечно-сосудистые болезни, на 10-12% – злокачественные новообразования, на 6-8% – хронические заболевания органов дыхания и пищеварения, на 3-5% – сахарный диабет и др. На долю несчастных случаев, отравлений, травм, суицидов и убийств приходится 14-16% (второе место в структуре).

Все вышеперечисленные болезни вызываются девятью внешними и внутренними факторами риска. Это – повышенное артериальное давление, повышенное содержание в крови сахара и холестерина, избыточная масса тела, курение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем, психо-эмоциональный стресс и депрессивные состояния. Снизить опасность внешних

факторов риска, не допускать возникновения внутренних можно, если увлечь людей идеей здорового образа жизни и разумного питания, обеспечив им условия и возможности и для того, и для другого. Таким образом, проблема преодоления сверхсмертности является как медицинской, так и социальной. Какими возможностями для решения этой задачи мы располагаем?

Приведенная выше информация является жизненно важной, она не должна оставаться достоянием ученых и медиков. Можно ли наладить дело так, чтобы она регулярно доводилась до сведения сотрудников предприятий и учреждений, детей в школах, студентов в вузах? Можно, и с этой задачей легко разберется при желании руководство любой управы и муниципального образования.

Избыток холестерина и сахара в крови появляется чаще всего в результате неправильного питания: неумеренного употребления продуктов, которые содержат в себе эти вещества. Например, тонизирующее действие шипучих газированных напитков, которые рекламируются на каждом углу, продаются повсюду, в том числе – и в учебных заведениях, основано на огромной концентрации в них сахара. Можно ли прекратить торговлю такими напитками в школах? Можно. Это элементарный оргвопрос для руководителя любого муниципального образования. С различного рода торговыми предприятиями эту проблему так просто не решишь. Но обязать производителя такого рода продукции, вызывающей, к тому же, и болезни органов пищеварения, указывать на этикетках процентное содержании в них сахара, а не абстрактных углеводов, вполне можно через общества потребителей. Такую же тактику можно проводить и в отношении продуктов, содержащих холестерин.

Как правило, о том, что в крови повысилось содержание сахара, люди узнают случайно, порой – только тогда, когда появились симптомы диабета, а о своем повышенном давлении – только когда затошнило и заломило в затылке. Поэтому возрождение диспансеризации – совершенно правильная и своевременная мера. И охватывать она должна не треть москвичей, а всех граждан России, быть не только доступной для всего населения, но и обязательной, в первую очередь – для школьников и студенческой молодежи. Полис обязательного медицинского страхования имеют не только москвичи, поэтому – забота Минздравсоцразвитя наладить эту работу по всей стране.

Болезни, определяющие структуру смертности, давно известны врачам, методики их лечения постоянно совершенствуются, но если они уносят сотни тысяч человек в год, значит, не все в порядке и в системе здравоохранения. Строительство в регионах оснащенных по последнему слову техники медицинских центров по национальному проекту "Здоровье" – мера важная и своевременная. Но на новейшем оборудовании, которое закупается для их оснащения, должны работать специально обученные врачи. Обучить и направить туда специалистов – вот проблема, которую необходимо решить министерству. Мы же, на уровне муниципальных образований, должны способствовать повсеместному внедрению "медицины малых форм", таких, например, как кабинеты "доврачебной диагностики", где любой мог бы быстро проверить давление или кровь на сахар.

Что касается техногенных причин смерти российских граждан, то автомобильные аварии занимают среди них прочное первое место. Только в ДТП гибнут более 35 – 40 тысяч людей ежегодно. Когда движешься в потоке машин, то порой создается впечатление, что все страдающие депрессивно-агрессивным синдромом в его агрессивном варианте собрались именно в этой зоне повышенной опасности. Торговля правами еще далеко не изжита. Как иначе объяснить то, что за рулем оказываются те, кого к трассе и близко подпускать нельзя? Несмотря на постоянное ужесточение наказаний за нарушение правил дорожного движения, которое инициируется МВД и законодательно оформляется Госдумой, государственный контроль на трассах и улицах явно пробуксовывает, о чем свидетельствуют и положительная динамика роста транспортных происшествий. Но можно ли во всем винить ГАИ, если транспортная сеть городов оказалась неготовой к автомобильному "буму" и самим своим существованием в ее нынешнем состоянии создает нервозную, аварийную обстановку. Это большая, тяжелая проблема, которая должна решаться комплексно, на государственном уровне с участием всех общественных сил. Вот еще один потенциальный резерв сокращения сверхсмертности.

Когда-то грустно шутили: наркомания нам не страшна – шприц водку не заменит. Сегодня наркотики стали бичом всех крупных городов, а водка и ее суррогаты оккупировали и грозят добить депрессивные регионы. Водка отмеряет запойному алкоголику десять лет жизни, не только убивает печень, но и становиться причиной сердечно-сосудистых заболеваний, резко

снижает иммунитет человека. Поэтому некоторые исследователи считают, что именно алкоголизация является первопричиной 700 тысяч смертей в год. Большинство убийств совершается в пьяном угаре. Еще одно страшное проявление алкоголизации – нетрезвый человек за рулем, опять-таки – потенциальный убийца. Представляется, что поправки в Уголовный кодекс, согласно которым пьянство перестало быть отягчающим вину обстоятельством, были приняты несвоевременно. Героиновый наркоман живет после первой дозы шесть лет. По официальной статистике наркотики уносят жизни 8 тысяч человек. По неофициальным данным, полученным из официальных источников – 70 тысяч.

Что можно предпринять, чтобы внести свой вклад в преодоление двух этих зол, с которыми борются врачи и полицейские всего мира, на муниципальном уровне? Единственное, но хорошо зарекомендовавшее себя повсеместно профилактическое средство: вовлечение в мир здорового образа жизни, в котором нет места ни водке, ни пиву, ни наркотикам – подростков и молодежи. Даже самые неблагополучные из них уже знакомы с этой проблемой, многие были свидетелями гибели их же товарищей от наркотиков и алкоголя. Они мечутся, ищут ориентиры, ждут элементарной поддержки, ищут новых дворовых кумиров. Лучшего пути, чем занятия спортом, к здоровому образу жизни нет. Начинать нужно не только со спортивного оснащения дворовых территорий, но и со строительства простейших общедоступных спортивных сооружений в шаговой доступности от каждого дома. Поскольку дилеры борются за каждую потенциальную жертву и знают, где их искать, нужно решать вопрос, в какой форме возрождать должность инструктора по спортивной работе, которая еще двадцать лет назад существовала при каждом ЖЭКе. "Молодой гвардии" “Единой России” стоило бы подумать над тем, чтобы выдвигать из своей среды общественных инструкторов для работы с детьми и молодежью. Их нельзя оставлять без поддержки позитивно настроенных взрослых и сверстников. Безусловно, тут необходим и контроль соответствующих структур. А если появится такой спорт-клуб рядом с домом, глядишь, и граждане зрелого возраста с лишним весом вспомнят о физической культуре, как резерве укрепления собственного здоровья. Еще один способ разорвать порочную цепочку: малоподвижный образ жизни – ожирение – сердечно-сосудистые заболевания – фатальный исход.

В нашей партии достаточно исповедующих здоровый образ жизни звезд спорта, эстрады, кино, популярных у молодежи, да и у людей старшего поколения. Пусть подают пример, пусть это будет их партийной работой – не только концерты устраивать под лозунгом "Рок против наркотиков", но и встречаться с людьми, со своими младшими сверстниками – хотя бы в тех дворах, где сами выросли. И каждое такое событие можно показывать по телевидению, причем не только по районным кабельным сетям. Здоровый образ жизни нужно сделать модным.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ МИГРАЦИОННЫХ И ИММИГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ

Иммиграция и миграция – наиболее быстрый путь восполнения недостатка в трудовых ресурсах, успешного решения демографических проблем. Однако на этом пути есть неожиданные повороты, которые следует учитывать при разработке и реализации государственной миграционной политики.

"Пора домой"

Упорядочив процедуру приобретения российского гражданства, Государственная Дума оставила дверь открытой перед нашими соотечественниками, которые волею исторической судьбы оказались за пределами нашей страны. Однако, как показывает статистика, ни российская диаспора в мощно развивающемся Казахстане, ни наши собратья в странах Балтии не спешат покидать насиженные места и перебираться на родину предков.

Ожидаемого притока сограждан, образованных, культурных, патриотичных и умелых, разделяющих и уважающих наши ценности, не наблюдается. Миф о том, что репатриация и иммиграция – самый дешевый путь решения демографических проблем лопнул, как воздушный шар.

Готовы ли мы затратить миллиарды на обустройство соотечественников, сколько их надо привлечь и какие рабочие места их ждут? Для того, чтобы суметь ответить на эти вопросы, необходимо было создать иммиграционную политику, разработать под нее конкретные проекты, посчитать, сколько государственных средств стране необходимо инвестировать в их реализацию и когда они окупятся.

В прошлом году Президент РФ подписал Указ "О мерах по оказанию содействия добровольному переселению в РФ соотечественников, проживающих за рубежом". Только после этого МЭРТ была разработана программа "Соотечественники". В трехлетнем бюджете по статье "Иммиграционная политика" на цели, обозначенные президентом, предполагается выделить 58,5 миллиардов рублей.

Однако сам вопрос: "сколько человек реально захочет вернуться в Россию?" пока открыт.

Настало время рассмотреть вопрос: не пора ли разработать программы, подобные ГП "Соотечественники" и для коренных жителей страны, мобилизовать средства, сравнимые по масштабам с ее финансовой составляющей и на возрождение трудового потенциала России, ее рабочих традиций. Речь идет, в первую очередь - о тех субъектах Федерации, которые являются депрессивными.

Такие программы в условиях рыночной экономики возможны при объединении усилий центральной и региональных властей, бизнеса, они должны опираться на эффективные экономические проекты. Ведь не секрет, что качество рабочей силы - важнейшая составляющая инвестиционной привлекательности регионов.

Практическая работа в этом направлении и внимание к ней государства позволит оптимизировать миграционные потоки внутри страны.

Сам факт разработки таких проектов, внимание к ним СМИ, будет способствовать повышению морального духа народа, поднимет планку социального оптимизма, что является, как показали социологические исследования, которые мы провели среди двух тысяч людей репродуктивного возраста в ЮВАО, существенным стимулом для роста рождаемости.

Стимуляция плодотворного взаимодействия культур народов России и миграционные процессы

Наиболее активные и динамичные миграционные процессы развивались в России в начале 90-х годов и стабилизировались приблизительно к 2002 году. Поскольку в них участвовали представители как собственно России, так и стран СНГ, не утратившие связей с Россией, налаженных в советские годы, ее лишь условно можно подразделять на внешнюю и внутреннюю.

Точный учет миграционных потоков в эпоху масштабного трансформационного кризиса не проводился, поскольку, по меткому выражению одного из политиков, страна напоминала проходной двор. С отменой института прописки, чему, как известно, правительство Москвы противилось до последнего, даже столице не удалось наладить контроль за миграцией.

Как утверждают демографы, с 2002 года интенсивность миграционных процессов спала. Основная волна переселенцев осела в Европейской части России, по преимуществу – в Центральном, и в значительно меньшей степени – в Северо-Западном федеральных округах.

Основные направления внутренней миграции, которые можно проследить и сегодня, пролегают из Дальневосточного и Сибирского федеральных округов в Центральный, и в незначительной степени – в Северо-Западный Федеральные округа, что знаменует собой медленный исход русских из Сибири. Основным направлением внешней миграции является маршрут Средняя Азия – Центр.

Главной и самой желанной целью любого миграционного потока становилась и становится Москва, потому что в этот мегаполис, как чеховские сестры, стремятся все. И так, видимо, будет происходить до тех пор, пока Нижний Новгород, Самара, Екатеринбург не наберут достаточной экономической мощи, чтобы стать метрополисами и центрами притяжения внутренней миграции.

Именно опыт Москвы показывает, что миграционные потоки необходимо направлять, контролировать и обслуживать. Неразбериха в миграционном законодательстве страны привела к тому, что специалисты Института народнохозяйственного прогнозирования РАН за отсутствием другой достоверной информации собирали дополнительные данные для составления этнического портрета города по записям актов гражданского состояния о смерти, поскольку только там указывалось место рождения. Неудивительно, что данные исследователей разнятся, иногда на порядок. Открывается широкое поле для спекуляций по национальному вопросу, что в условиях полиэтнического города крайне нежелательно. Не выяснено до конца количество нелегальных мигрантов. Недавно образованная Федераль-

ная миграционная служба ответа на него дать не в состоянии. Однако все исследователи сходятся в одном – количественные соотношения между представителями проживающих в городе народов изменилось. По мнению демографов, Москва, наконец, стала многонациональным городом. Оживленная внутренняя миграция 90-ых, никем не контролируемая, и никем не направлявшаяся, не привела к созданию единого рынка труда, ради чего, собственно, и была отменена прописка. Страна как бы распалась на множество региональных замкнутых рынков. Однако население городов и даже сел Урала, Сибири, Центрального и Северо-Западного округов, стало значительно разнообразнее по национальному составу. Такая полиэтничность не может не радовать. Но стали ли мы лучше понимать друг друга? Стали ли мы взаимно богаче? Что стало с той уникальной общностью культур, которая сложилась уже в шестидесятые годы прошлого столетия?

Что настораживает? Многолетние и плодотворные традиции Дней республик и Дней областей, Дней городов поддерживаются только отдельными субъектами Федерации, и чаще всего – с участием и стараниями столичного правительства. И это не удивительно, поскольку у большинства субъектов средств на такие мероприятия нет. А федеральное правительство такого рода мероприятия не финансирует. Спрашивается – почему?

Почему есть республики, которые потеряли культуру преподавания государственного языка, в первую очередь – в школах, и практически обрекают себя на культурную изоляцию? Вот к чему приводит отсутствие государственной политики, так сказать – на уровне политики.

На уровне быта – вопреки всем декларациям, согласно которым каждый россиянин должен чувствовать себя комфортно в любом городе страны, это далеко не так. Для уроженцев России, плохо владеющих русским языком, адаптация протекает сложнее. В связи с этим и межнациональные браки стали заключаться реже, и бытовой национализм становиться проблемой.

Концепция национальной политики РФ, подписанная президентом Б.Н. Ельциным в 1996 году, уже в 1998 году была признана Союзом народов России устаревшей и не отвечающей запросам общества. А что взамен?

Каким образом при таком подходе мы собираемся контролировать и обслуживать миграционные потоки, строить многонациональную общность – российский народ? Администрации ряда городов, не только Москвы, но и, например, Иркутска, осознавая свою ответственность за решение этого вопроса совместно с землячествами, создают собственные концепции национальной политики. В Москве эффективно работает программа "Москва многонациональная". В условиях полиэтнического города это необходимо. Но такие программы необходимы и для всей Федерации. Если Правительству РФ пока не до этого, следовательно, "Единой России", как партии, представляющей все регионы России, объединяющей в своих рядах лучших представителей нашей многонациональной страны, необходимо взять на себя инициативу по созданию такой концепции, инициировать его оформление в качестве государственного акта и дать конструктивные ответы на все вопросы, заданные выше.

В нашем округе, в рамках созданного по инициативе префектуры Гражданского форума, действует консультационный совет из представителей диаспор, где мы по-соседски, по-дружески можем обсудить любой вопрос нашего общежития, делаем все возможное для культурного взаимодействия жителей. В этой работе мы опираемся не только на упомянутую городскую программу, но и на традиции Москвы. Вековая её история не зафиксировала ни во времена правления Рюриковичей, ни во времена правления Романовых, ни в годы советской власти ни одного значимого конфликта на национальной почве.

Временная миграция и сокращение рабочих мест

Временная миграция, когда уроженцы других регионов или стран "осваивают" город "вахтовым" методом, хотя и позволяет восполнить нехватку трудовых ресурсов на определенных направлениях, имеет свои отрицательные черты и нам необходимо их учитывать.

Не может не тревожить сложившаяся в последние годы тенденция, когда предприниматели, в первую очередь это касается строительной индустрии, – в целях извлечения наибольшей прибыли начинают играть на понижение квалификации своих работников за счет привлечения рабочей силы из бывших стран СНГ, людей, которые имеют весьма смутное представление о том, чем им предстоит заниматься в Москве, не имеющих трудовых навыков в тех сферах деятельности, где им предстоит подвизаться. Такого рода временная ми-

грация, может быть, и представляется эффективной с точки зрения сиюминутных интересов безответственного бизнеса, но являет собой реальную и серьезную опасность сразу по нескольким позициям.

Не имея за душой ничего, кроме желания заработать, такого рода мигранты вынуждены овладевать навыками работы непосредственно в процессе производства, по принципу "научился сам – помоги товарищу", что абсолютно неприемлемо, так как ведет к повышенному травматизму не только среди самих мигрантов, но и вызывает повышенный риск техногенных аварий и даже катастроф.

Учитывая фактор неизбежной отбраковки негодной рабочей силы, работодатели привлекают в разы больше таких мигрантов, чем потребовалось бы, если бы у них были стимулы для проведения грамотной кадровой политики, и они бы несли ответственность за неё. В 2007 году при реальной потребности (даже несколько завышенной) в 100 тысячах работников в Москву было завезено 300 тысяч. И речь здесь идет только о зарегистрированных мигрантах. Это особенно опасно в сфере реформируемого ЖКХ, где складывавшиеся годами рабочие коллективы вытесняются более дешевой, неквалифицированной рабочей силой, что вызывает прямые техногенные угрозы, поскольку качественное обслуживание ЖКХ, равно как и строительный комплекс, требует высокого мастерства и ответственности. Замещение людей высокой квалификации опасно не только с точки зрения повышения смертности на производстве, утратой надежности инженерных сооружений и сетей, но обрекает сами сферы деятельности, в которые вовлечены такого рода мигранты, на деградацию. Для той части коренного населения города, в первую очередь – молодежи, которая традиционно ориентирована на приобретение рабочих профессий, дорога в эти профессии закрывается уже в силу того, что при таком подходе к делу работодатель не заинтересован в затратах по организации профессионально-технического образования. А это, в свою очередь, ведет к маргинализации уже и коренного населения городов, порождает чувство социальной невостребованности, озлобленность, криминализацию, создает почву для пьянства и наркомании.

О том, насколько остро стоит эта проблема, свидетельствует статистика.

Сегодня в Москве только официально зарегистрировано 1 миллион 260 тысяч иностранцев, и если с ними возникают серъезнейшие проблемы, то что уж говорить о нелегальных мигрантах, которых в Москве от 700 тысяч до 2 миллионов! В основном – это представители рабочих профессий. Сегодня наметилась тенденция к формированию рынка труда в основном за счет малоквалифицированной рабочей силы из сельскохозяйственных районов Таджикистана и Узбекистана. Есть ли необходимость для Москвы в таком пополнении трудовых ресурсов? Очевидно, что нет.

Какими видятся пути решения этой проблемы? Среди главных причин ее возникновения – не только совершенно безответственная кадровая политика предприятий, когда стремление получить выгоду доводится до абсурда. Такому режиму безответственности способствует и курс на либерализацию миграционного законодательства, взятый ФМС. Именно в развитие такого курса вводится порядок, когда иностранные граждане могут уведомлять о своем нахождении в РФ по почте. И это – в условиях, когда контроль за исполнением законности в рамках существующей законодательной базы на практике не налажен, а сама эта база – несовершенна.

Необходимо обязать предприятия и фирмы, организующие такого рода "миграционные" потоки нести ответственность за приглашенных ими людей. Не допускать до работы людей, не имеющих соответствующей профессиональной подготовки. В случае выявления профнепригодности организовывать их обучение. И вся ответственность, в том числе – и финансовая, за социальную адаптацию ввозимых трудовых ресурсов, должна быть возложена на тех, кто их нанял. В случае ввезения некачественной рабочей силы или излишков ее, обязать их информировать органы ФМС о необходимости изъятия разрешений на работу и отправки на место постоянного проживания, причем все возникающие в связи с этим расходы необходимо возлагать не на налогоплательщиков, а, опять-таки, на работодателей, либо на ректутинговые компании, которые занимаются ввозом мигрантов.

Необходимо составить для ФМС список требуемых городу профессий, который должен сокращаться за счет усовершенствования системы профессионально-технического образования. В округах и на муниципальном уровне необходимо наладить учет иностранных работников,

проживающих в жилом секторе, провести инспекцию общежитий. В связи с этим необходимо усовершенствовать городское и федеральное законодательство, в том числе – внести изменения в ФЗ "О миграционном учете иностранных граждан и лиц без гражданства в РФ", дополнить УК РФ статьей "Незаконный ввоз на территорию РФ иностранных граждан", установить уголовную ответственность за содействие нелегальной иммиграции.

Временные мигранты не чувствуют кровной связи с жизнью места временного проживания. В силу своего низкого образовательного статуса плохо знакомы с этическими нормами, в силу низкого профессионального уровня зачастую не соответствуют сложности выполняемой работы. Когда неудачи на профессиональном поприще приводят к лишению работы – ищут контакты с маргинальными слоями социума с высокой степенью криминализации и вливаются в него. Такого положения допускать нельзя, поскольку именно в нем коренятся истоки межэтнической напряженности.

Роль пеницитарных учреждений в решении демографических проблем

В настоящее время в различных учреждениях системы исполнения наказаний находятся около 900 тысяч человек (из них 94 процента – мужчины), что является фактором сокращения рождаемости, который не может не учитываться, особенно при том, что мужчин и так не хватает (8 на 10 женщин).

Все исправительные учреждения, где заключенные содержатся в строгой изоляции, переполнены, и если "только" на 10 процентов, то это считается хорошим показателем. В действительности дело обстоит куда хуже.

В то же время ФСИН Минюста России имеет 148 колоний-поселений, в которых содержатся всего около 35 тыс. осужденных (4% от всего количества заключенных и 48% от лимита наполнения поселений).

В соответствии со статьей 128 УПК РФ, в колониях-поселениях отбывают наказание: 1) лица, осужденные за преступления, совершенные по неосторожности; 2) лица, впервые осужденные за совершение умышленных преступлений небольшой или средней тяжести; 3) положительно характеризующиеся осужденные, переведенные из колоний общего и строгого режима.

Таким образом, в колониях-поселениях люди не только отбывают наказание, но проходят адаптацию перед выходом "на волю".

Обращают на себя внимание сразу несколько фактов, которые дают информацию к размышлению.

При переполненности исправительно-трудовых колоний суды предпочитают назначать именно такую форму исполнения наказаний даже за преступления, не связанные с насилием.

Мало того, приведенная выше статистика свидетельствует, что положительно характеризующиеся осужденные, которые могут переводиться из колоний общего и строгого режима в колонии-поселения в порядке, предусмотренном законодательством, направляются туда далеко не всегда. Возникает вопрос: почему? Ведь закон запрещает перевод в эти исправительные учреждения только наиболее опасных преступников.

Понятно, что назначение такого места отбывания наказаний, как колония-поселение, для лиц, совершивших преступления с нанесением ущерба жизни и здоровью граждан не вызовет поддержки народа. Но для тех, кто совершил экономические преступления или кражи (до 50 процентов женщин осуждается именно за кражи), пребывание в колонии-поселении представляется достаточно суровым наказанием.

В колониях общего и строгого режима до сих пор стоит вопрос о трудоустройстве заключенных, и до двух третей из них не работают, что развращает людей и не способствует их исправлению. Может ли страна столь нерачительно относиться к "трудовым резервам" при нехватке рабочих рук?

В то же время в колониях-поселениях вопрос с обеспечением людей работой решается лучше. Многие субъекты Федерации прямо заинтересованы в том, чтобы на их территории формировались такого рода колонии для развития сельскохозяйственных предприятий, и готовы содействовать ФСИН Минюста в их развитии.

Следует обратить внимание на размещение таких колоний по территории страны. На Дальнем Востоке, например, немало мест, где сельскохозяйственное производство может успешно

развиваться, но катастрофически не хватает рабочих рук. Одной из главных причин миграции из этих мест являются транспортные проблемы, которые порождают у людей чувство оторванности от традиционной России. С учетом того, что в колониях-поселениях осужденные содержатся без охраны, а лишь под надзором администрации колоний, этот фактор, напротив, будет способствовать поддержанию установленного законом режима.

И, наконец, во всех видах колоний-поселений допускается совместное содержание мужчин и женщин. Строгое разделение мужчин и женщин в этих исправительных учреждениях не вызывается необходимостью в связи с тем, что на территории колонии-поселения или за ее пределами осужденным разрешается проживать со своими семьями. Значит, уже здесь, на стадии исправления, люди смогут сохранять существующие и создавать и новые семьи.

Все вышеперечисленное дает основание серьезно задуматься над ролью тех или иных форм наказания (включая избрание места заключения) не только с точки зрения возмездия за совершенные преступления (оно должно быть неотвратимым), но и с точки зрения того, каким человек вернется к свободой жизни: полностью утратившим свои полезные трудовые навыки, с разрушенными социальными связями (кроме приобретенных криминальных), или сохранившим привычку к общественно-полезному труду и не утратившим семейных связей, свои репродуктивные функции.

В условиях депопуляции крупных регионов государственная власть должна рачительнее использовать трудовой потенциал оступившихся людей, и именно в тех регионах, где этого потенциала не хватает.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ, НОРМАТИВНЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРЫ

1. Внести коррективы в законодательство РФ, определив законом срок выхода на пенсию в возрасте 65 лет как для мужчин, так и для женщин. Социальная активность и возможность ее проявить сама по себе является фактором продления жизни. Выход на пенсию для многих олицетворяет полное выпадение из социума, одиночество, резкое старение. Эта мера могла бы послужить рычагом для представителей молодого и среднего поколений заняться своим здоровьем, на практике исповедовать здоровый образ жизни. Одновременно необходимо законодательно сломать тенденцию "выдавливания" людей старшего поколения из производственной деятельности, и – либо запретить частным компаниям отказывать в приеме на работу по возрастному признаку, что сегодня вошло в практику повсеместно, либо, опять-таки – законодательно, вернуться к существовавшей в 90-ые годы системе, когда наличие в штате лиц, достигших пенсионного возраста, существенного сокращало налогооблагаемую базу предприятия. Законодательно обеспечить развитие социальных дошкольных учреждений, как механизма компенсации участия дедушек и бабушек в воспитании и присмотре за малолетними детьми.

2. Разработать и законодательно закрепить систему мер по вовлечению военных пенсионеров в трудовую деятельность с учетом их жизненного и организаторского опыта, военной специальности.

3. Законодательно закрепить за женщинами, вырастившими одного ребенка право выхода на пенсию в 60 лет, двух – в 55, трех – в 50. Это право закрепляется и за женщинами, не способными по медицинским показаниям иметь детей (равно как и одинокими мужчинами), усыновившими и воспитавшими, соответственно, 1,2 и 3 детей.

4. Разработать и закрепить законодательно систему мер, направленную на борьбу с алкоголизмом и табакокурением. Первоочередные меры: обеспечить на практике неукоснительное выполнение законов и нормативных актов, запрещающих продажу алкогольных напитков и табачных изделий лицам, не достигшим восемнадцатилетнего возраста, запрещающих распитие алкогольных напитков, пива в общественных местах, в том числе, и в первую очередь – на улицах и во дворах. Ввести законодательно запрет на распитие спиртных напитков, в том числе пива, во всех видах транспорта, включая поезда пригородные и дальнего следования. Поощрять развитие территорий "здорового образа жизни" внутри муниципальных образований, свободных от вредных привычек, в частности, ввести полный запрет на курение, продажу и употребления алкоголя на территории музейно- и природно-парковых комплексов.

5. Информационно-идеологическая борьба за здоровье. Войти в Минобразнауки с предложением о введении курса "Здоровый образ жизни" в общеобразовательных школах. Инициировать

поправку в закон "О рекламе и рекламной деятельности", обязывающую все без исключения СМИ вставлять в каждый рекламный блок по сюжету (клипу социальной рекламы), пропагандирующему здоровый образ жизни, высмеивающему вредные привычки, пародирующие рекламу пива.

6. Возрождение государственных, национальных и религиозных традиций отношения к семье, как к абсолютной ценности. Обязать муниципальную и окружную прессу, электронные информационные ресурсы округа ввести постоянные разделы, раскрывающие историю этих традиций, анализирующие значимые аспекты экономической жизни современной большой семьи, этику взаимоотношений в такой семье, то, с какими проблемами она сталкивается, как и какие находит из них выходы.

7. Инициировать внесение в Государственную Думу РФ законопроекта о раздельном воспитании школьников, создании мужских и женских учреждений среднего образования, с целью возрождения традиционных этических норм взаимоотношения полов, воспитанию чувств и системы ценностей, способствующих созданию крепких многодетных семей.

8. Поставить вопрос о поддержке форм брака, обеспечивающих процветание многодетной семьи, защиту материнства и детства, в т.ч. и полигинии (многоженства). Исторически многоженство, освященное одной из традиционных для России религиозных конфессий, возникло, как одна из форм выживания народов, столкнувшихся с кризисной демографической ситуацией.

Шеденков С.А.,
кандидат социологических наук,
заместитель префекта ЮВАО г. Москвы,
заместитель секретаря политсовета
МО ВПП "Единая Россия" ЮВАО г. Москвы,
заместитель председателя оргкомитета Форума

ОТ СОСТАВИТЕЛЕЙ СБОРНИКА

Чтобы читатель мог лучше ориентироваться в сборнике, необходимо сказать несколько слов о его структуре, и о том, как она соответствует тем задачам, которые были поставлены оргкомитетом Форума перед этим комплексным, пролонгированном во времени мероприятием. Хочу сразу оговориться, что это был именно форум, во всех тех главных значениях, которое это слово имеет. Позволю себе напомнить эти значения. Вот они. Широкое собрание специалистов, часто носящее международный характер. Место выступлений, высказываний при активном участии собравшихся. Наконец, изначальное значение: площадь в Древнем Риме, где проходили народные собрания и принимались судьбоносные для жителей города решения.

В нашем Форуме приняли участие 740 видных ученых и практиков из 82 научно-исследовательских институтов, центров, вузов и разных организаций. Это представители академической науки, причем не только демографы, но и философы, экономисты, социологи, медики, экологи и биологи. Среди участников: 8 академиков и член-корреспондентов, 40 докторов наук. На Форум представлено 88 научных докладов, из них на конкурс – 57. Среди населения округа проведено 4 социологических исследования. Проблемы демографии нашли отражение в центральных окружных и районных средствах массовой информации. Всего вышло более 85 сюжетов и публикаций.

Кроме того, свою позицию представили и управленцы – руководители и ответственные работники государственных и муниципальных учреждений, которые по долгу службы призваны решать проблему демографической безопасности России на практике, в повседневной жизни. Другими словами – специалисты, видящие за научными терминами конкретные человеческие судьбы, болеющие за порученное им дело. К этой категории я бы отнес и работников Префектуры ЮВАО, других округов Москвы.

Как строилась работа? В первую очередь, мы опирались на интеллектуальный потенциал округа. Отправили приглашения в "профильные" научные и государственные учреждения города и страны. Кроме того, объявления о начале работы Форума были растиражированы центральной, городской и окружной прессой. На Портале ЮВАО был открыт сайт Форума, на который автоматически попадал каждый, кто набирал слово "демография" в любой из крупнейших поисковых систем Интернета. Там можно было получить в развитии всю информацию о мероприятиях.

Дорога на Форум была открыта всем, кому было, что сказать, в том числе и специалистам из-за рубежа. Кроме традиционно вовлеченных в решение этой проблемы западноевропейских ученых, откликнулось специалисты ближнего зарубежья. И не мудрено. По прогнозу ООН, опубликованному в начале февраля с.г., через сорок лет население Украины, например, сократится на 17 миллионов человек.

Префектура ЮВАО и Окружное отделение ВПП "Единая Россия" ЮВАО учредили в рамках проведения Форума конкурс, сформировали конкурсную комиссию и предложили участникам Форума представить свои соображения по трем темам: "Причины и механизмы спада рождаемости. Почему не рожают те женщины, которые хотят иметь детей?"; "Причины и механизмы сверхсмертности" и "Задачи муниципальных и государственных органов власти в сокращении смертности и укрепления репродуктивного здоровья населения". По вышеназванным темам в июне, сентябре и ноябре 2006 года проведены и "круглые столы".

На портале ЮВАО в Интернете "вывешивались" все доклады, присланные на конкурс, как только они поступали к нам. Все посетители сайта могли принять участие в выборе лучших ма-

териалов, но при одном условии: предварительно ознакомившись с документами Форума – именно так была построена система электронного голосования нашими программистами. Голосование было широким и открытым. Но в нем, повторяю, смогли принять участие только те пользователи Сети, кто взял на себя труд прочитать материалы "круглых столов", люди гражданственные, действительно обеспокоенные проблемой, неравнодушные, знающие.

Таким образом, в каждом из "круглых столов" фактических участников было в десятки раз больше, чем тех, кто пришли в зал заседаний Форума, чтобы принять участие в очной дискуссии. И в этом смысле, благодаря возможностям Интернет, каждый наш "круглый стол", как и Форум в целом, можно назвать и общегородским, и всероссийским, и международным. Это было и народное собрание.

Вы прочтете в этом сборнике материалы "круглых столов" и Всероссийской научно-практической конференции. Важно отметить, что наряду с научными исследованиями, мы решили представить вам и выступления людей, основанные на собственном опыте, так как они дают возможность взглянуть на проблему с бытовой точки зрения. Ведь, пока идет поиск научных и государственных подходов, многие вынуждены решать проблемы, вынесенные для обсуждения, опираясь на собственные возможности и здравый смысл. Не дать людям поделиться этим опытом, не предоставить и им трибуну, когда речь идет о жизненно важном для каждого гражданина деле, оргкомитет посчитал невозможным и не соответствующим самому духу Форума.

Кроме того, оргкомитет Форума инициировал ряд собственных социологических исследований, используя, в том числе, возможности Интернета. Они также включены в сборник.

Из победителей конкурсов был сформирован научный коллектив, который, обобщив весь накопленный более чем за год работы массив информации, разработал, под научным руководством председателя оргкомитета Форума, доктора экономических наук В.Б.Зотова, при активном творческом участии членов оргкомитета, Концепцию Программы повышения рождаемости и снижения смертности населения Юго-Восточного административного округа города Москвы на период 2008 – 2015 гг.

Этот документ обсужден на очередном этапе Форума, на всероссийской конференции, которая прошла 18 апреля 2007 года. Материалы Форума "Демократическая безопасность России" поданы на ежегодный городской смотр "Информируем из первых рук" в номинации "Лучший реализованный проект организации окружной системы информирования населения о деятельности органов государственной власти города Москвы". По итогам смотра и в соответствии с Распоряжением Правительства Москвы № 2036 - РП от 18 сентября 2007 года присуждено префектуре ЮВАО II место и премия.

Сказать, что проделанная нами работа стала реакцией на призыв Президента к "сбережению народа" – это будет не вся правда. Вся правда заключается в том, что мы, как граждане России, москвичи, просто обязаны ее делать, чтобы иметь возможность с чистой совестью называть себя и гражданами России, и москвичами.

КОНЦЕПЦИЯ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ И СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЮВАО г. МОСКВЫ НА ПЕРИОД 2008-2015 гг.

Концепция разработана по материалам Форума "Демографическая безопасность России" проведенного Префектурой ЮВАО г. Москвы и окружного отделения ВПП "Единая Россия" ЮВАО г. Москвы, обсуждена и принята на Всероссийской научно-практической конференции "Демографическая безопасность России: программа неотложных действий" 18 апреля 2007 года в городе Москве.

Демографическая ситуация в любой стране определяется соотношением количественных характеристик таких процессов, как рождаемость, общая смертность и миграция населения. В Российской Федерации демографическая ситуация характеризуется значительным сокращением общей численности населения (депопуляция), которое происходит вследствие низкой рождаемости (10,5 на 1000 населения), и высокой смертности (16,0 на 1000 населения). Особое беспокойство вызывает так называемая сверхсмертность мужского трудоспособного населения, показатели смертности которого в РФ в 5-7 раз превышают таковые в развитых странах Европы, США, Канады и др.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И РОЖДАЕМОСТЬ

В медицинском плане повышение рождаемости связано с решением вопросов бесплодия (как женского, так и мужского), невынашивания беременности и профилактики абортов. По данным отечественной статистики 18,5% супружеских пар являются бесплодными, примерно у 16-18% женщин беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем или прерыванием беременности по медицинским показаниям. Причины бесплодия и невынашивания беременности кроются в физическом и репродуктивном нездоровье женщин и супружеских пар, желающих иметь детей, которое своими корнями уходит в детский и подростковый возраст.

Мужское бесплодие является в 40-50% случаев ответственным за нерождение детей в супружеских парах, желающих иметь детей. В детском и подростковом возрасте основными заболеваниями, ведущими к бесплодию мужчин, являются крипторхизм, гипоспадия, варикоцелле и др., а также ряд наследственных заболеваний. В подростковом и взрослом состоянии негативное влияние на репродуктивное здоровье начинают оказывать токсические воздействия, в т.ч. вредные привычки, приводящие к нарушению сперматогенеза и созревания сперматозоидов: курение, наркомания, злоупотребление алкоголем, употребление ряда лекарственных средств и химикаты. Особое внимание следует уделить подросткам, потому как раннее вступление в половую жизнь при несоблюдении элементарных санитарно-гигиенических правил приводит к широкому распространению среди них инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Сокрытие этих заболеваний, не лечение их с момента появления первых симптомов способствует переходу этих острых заболеваний в хронические, а далее к развитию бесплодия. Та же ситуация и с тем же финалом складывается и в среде молодых мужчин.

Женское бесплодие встречается примерно с той же частотой (50-60%), что и мужское. О бесплодии принято говорить, когда зачатие не наступает через год регулярной половой жизни без контрацепции. Корни женского бесплодия кроются в детском возрасте, если речь идет о наследственных причинах, а также в подростковом, если речь идет об эндокринном нездоровье и заболеваниях (инфекциях), передающихся половым путем. Формированию бесплодия у девушек-подростков, а также у женщин молодого и среднего возраста способствуют те же поведенческие и внешние факторы, что и у мужчин: курение, злоупотребление алкоголем, наркотики, контакт с ядами и химика-

тами на работе. В основном те же причины (кроме наследственных) приводят к невынашиванию беременности.

ОБЩАЯ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Снижение смертности (в т.ч. преждевременной) населения.

В структуре общей смертности населения РФ в течение последних 15-20 лет устойчиво первое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы (ССЗ – 50-55%), на второе место в последние 5-6 лет вышли так называемые внешние причины: несчастные случаи, отравления и травмы, убийства, суициды и др. – 14-16%, третье место занимают злокачественные новообразования (10-14%). Последующие места удерживают хронические болезни органов дыхания (6-8%), пищеварения (6-7%), сахарный диабет и др. В целом на долю этих неинфекционных заболеваний (НИЗ) в структуре общей смертности населения приходится 80,0-82,5%.

Мировым медицинским научным сообществом доказана и принята факторная концепция развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), в т.ч. сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Суть ее заключается в следующем: существует около 250 факторов риска (ФР), т.е. причин внешнего (по отношению к организму человека) и внутреннего характера, наличие которых со временем приводит к развитию у людей ССЗ и других НИЗ. При этом оказалось, что в 70% случаев развитие НИЗ (и ССЗ) зависит от всего лишь от 7-8 ФР: повышенное артериальное давление, повышение содержания в крови сахара и холестерина, курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, избыточная масса тела и психо-эмоциональный стресс, а также депрессивные состояния, требующие специальных подходов к их коррекции. Повышение внимания к ФР, способствующим развитию и прогрессированию НИЗ, их своевременная коррекция и лечение может реально улучшить демографическую ситуацию. Мировая практика многократно подтвердила достоверность этого тезиса.

Для России особо значима роль такого ФР, как злоупотребление алкоголем, являющимся, с одной стороны, независимым фактором риска развития НИЗ, а с другой, способствующим развитию фатальных исходов при ССЗ. По самым скромным подсчетам, из 1 млн. 200 тыс. ежегодно умирающих от ССЗ, около 700 тысяч россиян умирают в состоянии алкогольного опьянения, а еще 400 тысяч – от острого отравления алкоголем. От болезней, причиной которых является курение, в России в 2004 году умерло 376 тыс. человек. Ежегодно более 30 тысяч погибает в России от дорожно-транспортных происшествий, в т.ч. более 10 тыс. из них – дети.

I. ГЕНЕРАЛЬНАЯ ЦЕЛЬ – повышение рождаемости и снижение смертности (в т.ч. мужской сверхсмертности) населения ЮВАО г. Москвы.

Программа мероприятий по достижению Генеральной цели рассчитана на период 2008-20015гг.

Проведение в настоящее время активных мероприятий по повышению рождаемости по мнению многих специалистов является несколько преждевременным. Известно, что из общего числа родившихся лишь около 30% – здоровые дети. Увеличивая рождаемость, мы заведомо увеличиваем численность больного поколения со всеми вытекающими последствиями. Основная причина – плохое здоровье (физическое и репродуктивное) молодых мужчин и женщин, вступающих в половые отношения с целью деторождения. За последние 10 лет доля абсолютно здоровых девочек-подростков уменьшилась с 28,6% до 6,3%. Медицинскую общественность не могут не беспокоить негативные тенденции в состоянии физического и репродуктивного здоровья подростков, и прежде всего девушек, на которых уже в ближайшие годы ляжет основная нагрузка по рождению новых поколений. В силу этих причин на первом этапе предоставляется целесообразным разработать и внедрить комплекс медицинских и социально-экономических мероприятий, направленных на укрепление здоровья детей, физического и репродуктивного здоровья подростков, молодых мужчин и женщин.

В международной практике здоровье населения и эффективность направленных на

его укрепление медико-социальных мер принято оценивать по показателю средней ожидаемой продолжительности жизни (СОПЖ). По показателю СОПЖ Россия занимает явно непристижные места в мире: по СОПЖ женщин мы находимся на 100 месте (72 года), а по СОПЖ мужчин – на 130 месте (59 лет), отставая от таковых в развитых странах на 12-16 лет. Показатель СОПЖ целиком и полностью зависит от сложившихся на конкретный момент времени уровней половозрастной смертности. Ранее было показано, что в структуре общей смертности населения в РФ 82,5% приходится на неинфекционные заболевания (НИЗ), возникновение которых и смерть от которых зависит от наличия у человека факторов риска (ФР) и их коррекции. Проводимые в рамках московской городской целевой подпрограммы "Раннее выявление и диспансеризация лиц с ССЗ" обследования населения в ЮВАО показали следующую распространенность основных ФР неинфекционных и сердечно-сосудистых заболеваний у лиц 35-55 летнего возраста: повышенное артериальное давление – в среднем 15-20%, избыточная масса тела – 30-40%, курение – 15-30%, повышенное содержание холестерина крови – 4-6%, повышенное содержание сахара крови – 1,5-2,0%. Следует отметить, что приведенные здесь данные о распространенности ФР даже несколько ниже их реального распространении. Вместе с тем, сложившаяся модель финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи существенно ограничивает возможности практического здравоохранения в коррекции вышеприведенных ФР. Мероприятия по формированию навыков здорового образа жизни и их внедрению в повседневную практику в силу тех же и других причин практически не проводятся.

В целях укрепления физического и репродуктивного здоровья подростков и молодых людей, равно как и снижения смертности (в т.ч. преждевременной), необходимо серьезно заниматься вопросами профилактики, раннего выявления и эффективного лечения основных заболеваний, приводящих к бесплодию и невынашиваю беременности у молодых с одной стороны, одновременно являющихся основными причинами высокой смертности взрослых и пожилых людей, с другой стороны. Эффективность этих мероприятий будет несомненно выше, если наряду с ними будут активно внедряться в повседневную жизнь людей навыки и привила здорового образа жизни средствами санитарного просвещения и образования населения.

II. ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ I-ГО ЭТАПА (2008-2010гг.):

2.1. Укрепление репродуктивного и физического здоровья молодых людей;

2.2. Активное проведение мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний (в т.ч. ССЗ);

2.3. Формирование и внедрение навыков здорового образа жизни методами гигиенического воспитания и образования различных групп населения.

Выполнение основных целей I этапа формирует основу для решения Генеральной цели.

Программа действий в ЮВАО г. Москвы по реализации Концепции направлена в целом на укрепление общественного здоровья, что является сложной межсекторальной медико-социальной и экономической проблемой, решение которой требует участия всех уровней и ветвей государственной и муниципальной власти, практически всех секторов экономики, включая здравоохранение и СМИ. Для достижения поставленных целей важно не распылить и не растерять по мелочам ограниченные возможности и ресурсы общества, сосредоточить и сконцентрировать основные усилия на выполнении приоритетных целевых программ.

III. ПРИОРИТЕТНЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ПОДПРОГРАММЫ:

3.1. Укрепление здоровья детей, физического и репродуктивного здоровья подростков;

3.2. Укрепление здоровья беременной женщины;

3.3. Укрепление мужского и женского репродуктивного здоровья;

3.4. Снижение потребления алкоголя и табака, профилактика табакокурения и злоупотребления спиртными напитками, наркомании и токсикомании;

3.5. Многофакторная профилактика артериальной гипертонии;
3.6. Профилактика дорожно-транспортного травматизма.

IV. НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

4.1. В целях укрепления репродуктивного здоровья тактика и стратегия основных мероприятий должна быть направлена на:

- раннее выявление врожденных и приобретенных в детстве заболеваний и инфекций, передающихся половым путем и их эффективное лечение;
- профилактику абортов.

4.2. В целях снижения смертности тактика и стратегия действий должна быть направлена на активное внедрение мер по профилактике и эффективному лечению наиболее опасных в медико-социальном отношении заболеваний:

- сердечно-сосудистых;
- злокачественных новообразований;
- неинфекционных болезней органов дыхания и пищеварения;
- отравлений и травм;
- сахарного диабета;
- остеопороза и др.

4.3. Обе стратегии должны быть дополнены активными действиями по формированию у населения навыков здорового образа жизни, повышению санитарной и гигиенической культуры.

V. ФАКТОРНЫЙ АСПЕКТ

Практические действия по реализации Концепции по 1 этапе будут включать в себя активные мероприятия по выявлению, коррекции и профилактике следующих основных ФР и привычек поведения:

5.1. Формирование и внедрение в повседневную жизнь правил рационального питания;
5.2. Повышение физической активности различных групп населения;
5.3. Ограничение и профилактика курения, наркомании и токсикомании, злоупотребление алкоголем;
5.4. Выявление и контроль повышенных уровней артериального давления;
5.5. Повышение гигиенической и санитарной культуры населения.

VI. КОНТИГЕНТНЫЙ АСПЕКТ

Данный аспект заключается в разработке комплексных мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний, укреплению репродуктивного здоровья и формированию ЗОЖ с учетом особенностей определенных возрастных, социальных и профессиональных групп и контингентов.

6.1. Возрастные группы:

- дети в возрасте до 14 лет
- подростки (14-17 лет)
- взрослое работающее население:

мужчины 18-59 лет
женщины 18-54 лет

- пенсионеры и пожилые лица:

мужчины – старше 60 лет
женщины – старше 55 лет.

6.2. Социальные и профессиональные группы и контингенты:

- дети раннего возраста
- организованные дети дошкольного возраста
- школьники до 8 класса включительно
- учащиеся старших классов общеобразовательных школь и средних специальных учебных заведений
- студенты высших учебных заведений

- молодые рабочие
- рабочие с проф.вредностью
- работники системы социальной сферы (образование, здравоохранение, социальная защита, физкультура и спорт, НИИ и др.)
- инвалиды и др.

VII. МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫЕ НА ДОСТИЖЕНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОЙ ЦЕЛИ И ОСНОВНЫХ ЦЕЛЕЙ I ЭТАПА

- ПОПУЛЯЦИОННЫЕ
- ГРУППОВЫЕ
- СЕМЕЙНЫЕ
- ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ
- МЕДИЦИНСКИЕ
- НЕМЕДИЦИНСКИЕ

ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ

- ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА
- СИСТЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ
- ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

При многообразии отрицательного воздействия на здоровье населения политика профилактики заболеваний и укрепления репродуктивного здоровья населения должна быть межсекторальной с участием органов государственной и муниципальной власти, ведомств ответственных за финансы, окружающую среду, производство, образование, здравоохранение, социальную защиту, торговлю, общественное питание, физкультуру и спорт, СМИ, с привлечением правоохранительных органов и общественных организаций.

Особая роль отводится населению, поскольку без его активного участия любые усилия властей, работников здравоохранения и других секторов экономики желаемого результата не принесут.

Сектору здравоохранения отводится роль катализатора и инициатора различных мероприятий по укреплению физического и репродуктивного здоровья и снижению смертности населения как в других сектора экономики, так и непосредственно в системе здравоохранения.

ДОКЛАДЫ

Абольян Л.В.,
д.м.н., зав. лабораторией гигиенического воспитания семьи НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова, руководитель научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания Министерства здравоохранения и социального развития РФ

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В УЛУЧШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Учитывая важность, в мировом масштабе, проблемы грудного вскармливания, Генеральная Ассамблея ООН в Конвенции "О правах ребенка" закрепила право младенца на вскармливание материнским молоком (1989).

В ходе современных естественно-научных исследований установлены новые биологические преимущества грудного вскармливания по сравнению с искусственным. Эти преимущества относятся к более низким уровням заболеваемости инфекционными и желудочно-кишечными заболеваниями, защитной ролью грудного молока по отношению к ряду злокачественно текущих заболеваний периода новорожденности, а также эпидемически распространяющимся в мире хроническим неинфекционным заболеваниям: болезням сердечно-сосудистой системы, сахарному диабету, ожирению, бронхиальной астме и т.д. [4, 7, 8, 11, 12, 14, 16-18]. Наконец, большой резонанс получили исследования, показавшие преимущества в развитии интеллекта и некоторых психологических функций у детей, выросших на грудном материнском молоке.

С точки зрения улучшения демографической ситуации в России, грудное вскармливание способствует снижению младенческой смертности, также доказано его положительное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Кроме того, оно закладывает здоровье человека на многие годы вперед, являясь профилактикой хронических неинфекционных заболеваний, которые в значительной степени определяют смертность взрослого населения, в том числе, трудоспособного возраста.

Каждый новый этап в познании состава женского молока и путей метаболизма его компонентов служил одновременно совершенствованию технологии изготовления смесей для искусственного кормления младенцев, "заменителей" женского молока. В связи с этим росла убежденность в наличии альтернативы естественному вскармливанию. В 1968 году Forrest Hill ошибочно утверждал, что "вскармливание смесями стало настолько простым, безопасным и однозначно успешным, что видимо больше не существует проблемы грудного вскармливания". Отсюда и катастрофическое снижение распространенности грудного вскармливания детей в большинстве развитых стран вплоть до 1970-1980 гг. прошлого столетия.

С целью защиты грудного вскармливания международные организации Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) приняли ряд документов, направленных на охрану и поддержку грудного вскармливания: "Международный Свод правил маркетинга заменителей грудного молока" (1981), Инночентийскую Декларацию "По защите, пропаганде и поддержке практики грудного вскармливания" (1990), "Глобальную стратегию по кормлению детей грудного и раннего детского возраста" (2002), "Глобальную стратегию в области питания, физической активности и здоровья" (2004) и другие.

В России кормление грудью считалось "здоровой вековой традицией". Создаваемые в начале прошлого века детские консультации в Одессе, Саратове и Москве под названием "Капля молока" проводили активную пропаганду грудного вскармливания. Российские педиатры и организаторы здравоохранения были последовательны в борьбе за грудное вскармливание.

Доцентом кафедры социальной гигиены Ленинградского педиатрического медицинского института О.З. Мичник (1941) был проведен сравнительный анализ вскармливания грудных детей за 1918, 1921, 1928 и 1938 гг. по материалам детских консультаций Ленинграда [9]. Несмотря на тяжесть этих лет, женщины продолжали успешно кормить своих детей грудным молоком благодаря проводимым в государстве мероприятиям в поддержку кормящих матерей. По данным 1938 года, в 6 месяцев находились на естественном вскармливании 72% младенцев, на смешанном - 22% и на искусственном - 6%. В возрасте 1 год получали молоко матери 87,7% детей и в 14-15 месяцев - 75%.

В 70-е годы А.Ф. Тур (1973) отмечал, что, "к сожалению, естественное вскармливание и у нас, и за рубежом все больше и больше сокращается и очень большое число детей, во всяком случае, в условиях больших промышленных городов с 2-3 месяцев получают докорм, а нередко переводятся на искусственное вскармливание. Это объясняется рядом объективных причин: широким вовлечением женщин в общественный труд, успехами в организации искусственного вскармливания и не менее существенная причина - недостаточная борьба врачей за целесообразно длительное естественное вскармливание, а нередко и неправильная тактика врачей в назначении питания детям с первых дней их жизни" [10].

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, показатели грудного вскармливания за последние десять лет оставались на низком уровне: в возрастной группе 6-12 месяцев число детей на грудном вскармливании составляло 32,3% в 1997 и 36,4% в 2006 году. Это означает, что лишь треть младенцев получают молоко матери в течение 6-и и более месяцев.

Среди причин прекращения грудного вскармливания первое место занимает, по мнению матерей, "нехватка молока". Научные исследования последних лет показали, что недостаточная выработка молока у матерей носит в основном приобретенный характер (вторичная гипогалактия) и связана преимущественно с отсутствием должной поддержки грудного вскармливания в родильных домах и детских поликлиниках, а также с недостаточной информированностью матерей о технике и принципах успешного кормления грудью [2].

Экспертная оценка существующей практики родовспомогательных учреждений по охране и поддержке грудного вскармливания, проведенная нами в 1998-2001 гг. показала, что она во многом не соответствует современным принципам успешного начала грудного вскармливания (раннее прикладывание новорожденного к груди матери, совместное пребывание матери и ребенка, кормление новорожденного по его требованию, отказ от использования дополнительного питания и питья, сосок и пустышек и др.). Ранний кожный контакт матери и ребенка в родильном зале осуществлялся лишь в 30-35% случаев, совместное пребывание в 40-50%. Имело место также ограничение частоты и продолжительности кормления грудью (40-50%), младенцы допаивались в промежутках между кормлениями водой или глюкозой (60-80%), докармливались смесями (35-70%), главным образом, из бутылочек с сосками (60-70%), практиковались бесплатные поставки молочных смесей (20-30%). В большинстве случаев отсутствовала преемственность в работе по поддержке грудного вскармливания между акушерским стационаром и детской поликлиникой (60%).

Однако, несмотря на несовершенную практику лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) родовспоможения и детства по охране и поддержке грудного вскармливания, тем не менее, медицинские работники остаются основным источником информации по данному вопросу. 60% матерей получают информацию о грудном вскармливании от медицинских работников.

Результаты проведенных научных исследований послужили основанием для разработки принципиально новых подходов в организации работы по охране и поддержке грудного вскармливания. В нашей стране успешно внедряется медико-организационная модель охраны и поддержки грудного вскармливания в ЛПУ родовспоможения и детства первичного звена. Эта модель основана на 10 принципах успешного грудного вскармливания Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку". Министерством здравоохранения Российской Федерации при участии Научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания, работающего в составе НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, подготовлен перечень информационно-методических материалов в развитие Инициативы "Больница, доброжелательная к ребенку". Среди них "Положение об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу "Больница, доброжелательная к ребенку" (1999) и пакет документов по организации работы ЛПУ родовспоможения и детства первичного звена по охране и поддержке грудного вскармливания [1, 3, 6].

На 1 апреля 2007 года 246 учреждений родовспоможения в 43 субъектах Российской Федерации удостоены международного звания "Больница, доброжелательная к ребенку". В настоящее время в Инициативе участвуют также женские консультации и детские поликлиники. Имеются отдельные территории, которые по терминологии ВОЗ, могут быть названы "территориями, доброжелательными к ребенку".

Показатели грудного вскармливания за время внедрения Инициативы повысились в субъектах Российской Федерации, активно внедряющих новые организационные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания в 1,5-2,5 раза. Это - Республики Калмыкия, Башкирия и Коми, Волгоградская область. По данным 2006 года, в этих территориях отмечались самые высокие показатели грудного вскармливания, которые составляли в возрастной группе детей 6-12 месяцев 78,9%; 75,3%; 61,0% и

66,1% соответственно. К сожалению, в наших столицах, Москве (14,0%) и Санкт-Петербурге (30,7%), показатели грудного вскармливания остаются низкими, ниже среднего уровня по России (36,4%).

В г. Москве Инициатива "Больница, доброжелательная к ребенку" внедряется с 1999 года. Три родильных дома, родильный дом № 6 им. А.А. Абрикосовой (гл. врач Брагинская С.Г.), родильный дом № 4 (гл. врач Абаева В.В.) и родильный дом № 25 (гл. врач Оленева М.А.), полностью внедрили в свою практику современные технологии охраны и поддержки грудного вскармливания.

Таким образом, более широкое внедрение современных технологий охраны и поддержки грудного вскармливания в ЛПУ родовспоможения и детства г. Москвы можно рассматривать как действенную меру повышения уровня грудного вскармливания, а, следовательно, и улучшения демографической ситуации в столице.

Литература

1. Абольян Л.В. Охрана, поддержка и поощрения грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства. - М., 2005. - 110 с.

2. Абольян Л.В. Медико-организационная модель охраны и поддержки грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства первичного звена: Автореф. дис. д-ра мед наук. - М., 2006. - 50 с.

3. Абольян Л.В., Дакинова Л.Н., Мозжухина Л.И. с соавт. Общественные группы материнской поддержки и их работа по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания. - М., 2006. - 100 с.

4. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. - СПб., 1998. - 262 с.

5. Гершензон А.О. "Капля молока" и консультации для грудных детей в Одессе // Труды первого Всероссийского съезда детских врачей. - СПб., 1913. - С. 51-58.

6. Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатеева Е.М., Гмошинская М.В. Организация работы по охране и поддержке грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства. - М., 2005. - 45 с.

7. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза: Пер. с англ. - ВОЗ, 2001. - 369 с.

8. Ладодо К. С., Дружинина Л. В., Ланцбург М. Е. Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания младенцев в Российской Федерации // Проблемы здоровья женщин и детей Сибири. - 1996. - № 3. - С. 26-35.

9. Мичник З.О. Состояние дела вскармливания грудных детей (по материалам консультаций в Ленинграде) и задачи консультаций // Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства. - 1940. - Том 12, № 9. - С. 437-449.

10. Тур А.Ф. О некоторых вопросах в питании здоровых детей первого года жизни // Педиатрия. - 1973. - №11. - С. 3-9.

11. Фатеева Е.М., Пустограев Н.Н. Энциклопедия грудного вскармливания в Православной Руси. - М.: Оранта, 2005. - 265 с.

12. Нетребенко О.К. Отдаленные последствия характера вскармливания детей на ранних этапах развития // Педиатрия. - 2005. - № 5. - С. 29-32.

13. Сперанский Г.Н. О грудном вскармливании // Материнство и младенчество. - 1934. - № 4. - С. 4-7.

14. Фатеева Е.М., Конь И.Я. Отдаленное влияние грудного вскармливания на здоровье и качество жизни человека//Вопросы детской диетологии. - 2005. - Т. 3, № 4. - С. 34-37.

15. Ямпольский С.М. "Капля молока" Харьковского отдела Союза борьбы с детской смертностью // Труды первого Всероссийского съезда детских врачей. - СПб., 1913. - С. 113.

16. Cunningham A.S., Jelliffe D.B., Jelliffe E.F.P. Breast-feeding and health in 1980s: A global epidemiologic review // The Journal of Pediatrics. - 1992. - Vol. 118. - P. 659-664.

17. Fewtrell M.S. The long-term benefits of having been breast-fed // Current Paediatrics. - 2004. - Vol. 14. - P. 97-103.

18. Hanson L.A. Immunobiology of Human Milk: How Breastfeeding Protects Babies. - Sweden: Pharmasoft Publishing, 2004. - 241 p.

Акопян А.С.,
д.м.н., профессор, соучредитель Республиканского центра репродукции человека

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ СНИЖЕНИЯ СВЕРХСМЕРТНОСТИ И УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Демографический переход и глобальное народонаселение

За долгие годы исследований закономерностей народонаселения накоплен огромный фактический материал, ставший основой современных научных интерпретаций.

Среди них в настоящее время доминирует системный подход, при котором все население мира рассматривается как эволюционирующая и самоорганизующаяся система, существенно не отличающаяся в разнообразии своего поведения и подчиненная единым законам. Наиболее существенная и определяюще важная составляющая этого подхода - признание существования особого времени в состоянии популяции, получившего название демографического перехода. Он выражается в резком возрастании скорости роста численности популяции за счет периода высокой рождаемости, сочетающейся со снижением смертности, последующим ее уменьшением. После чего население стабилизируется в своей численности при низкой рождаемости и высокой продолжительности жизни.

Процесс этот для разных государств и народов растянут во времени, определяется поведенческими установками на воспроизводство и проявляется возможностями планирования семьи - регулирования числа детей и интервалами в их рождении.

Использование последних достижений математики, истории, этно- и демографии позволяет с достаточно высокой степенью точности утверждать, что общая численность населения Земли, которая является экспоненциальной функцией времени, в год Рождества Христова, равнялась 100 млн. человек. Сегодня такое количество населения прибывает в мире чуть более чем за год. Максимальный пик относительной скорости прироста мирового населения был зарегистрирован в 60-х годах 20 века, когда он составлял 2,1% в год. К 2000 году значение этого важнейшего показателя снизилось до 1,33%. В 1960 г. численность землян равнялась трем миллиардам человек, а в октябре 1999 г. родился уже шестимиллиардный землянин. Таким образом, за 40 лет произошло удвоение численности населения планеты. К слову сказать, когда доктор богословия Томас Роберт Мальтус опубликовал в 1798 году "Опыт о законе народонаселения и его геометрической прогрессии", пугая, что "останутся только стоячие места", численность населения Земли была чуть меньше одного миллиарда и на его удвоение понадобилось более 100 лет.

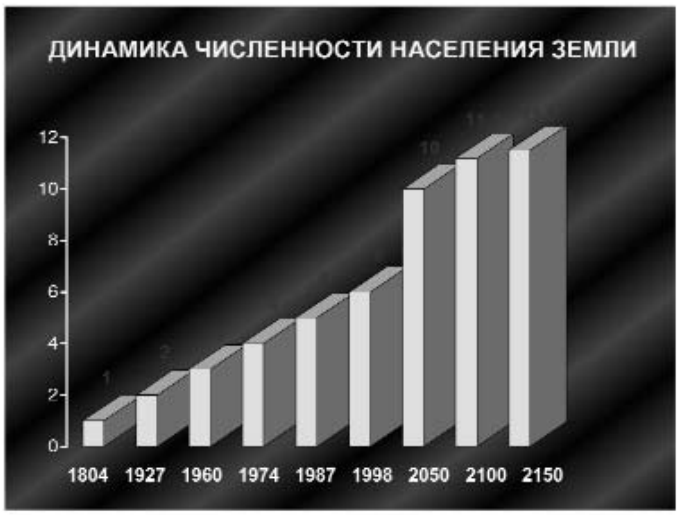


Рис.1 Динамика численности населения Земли

Согласно расчетным данным С. Капицы [10], демографический переход занимает 2 периода (цикла) эффективной длительности поколения, каждый из которых равен 42 годам. Население мира вступило на путь глобального демографического перехода в середине 60-х годов XX века. Соответственно, завершение его ожидается к середине XXI века, когда общая численность мирового населения практически удвоится в последний раз (рис.1). Затем наступит эпоха стабилизированной численности населения мира со значительно меньшими и хорошо прогнозируемыми скоростью прироста и коэффициентом рождаемости. В пиковом, критическом по абсолютному приросту живущих 2007 году, население мира достигнет 7 млрд человек.

При этом абсолютный прирост населения достигнет пика - количественного максимума - при снижении относительной скорости прироста численности с 2,1% в 1962-1965 годах до 1,3-1,25% к 2007 году и общемирового коэффициента рождаемости с 4,3 в 1965 году до 3,0 - в 1992 году, 2,8 - в 1997 году, 2,6 ожидаемых - к 2007 году и уровню простого воспроизводства (2,1-2,14 на одну женщину в течении жизни) к 2049 году.

Разумеется, разные страны и народы проходят этот этап своего развития неравномерно. Технологически развитые государства (страны Западной Европы, Япония, США, Россия) первыми завершили его. С разной степенью отставания подобный процесс осуществляется в Латинской Америке, Центральной и Восточной Африке, странах Азиатско-Тихоокеанского бассейна.

Развивающиеся, демографически более молодые страны и народы проходят через "фазу напряженности" быстрее за счет ранее накопленного странами европейской культуры опыта, информации, средств коммуникации, транспортных и торговых связей, источников энергии, политического влияния, миграционных потоков, особенностей и характера предшествующих и возвратных колонизаций, других инструментов глобализации [1].

Процесс демографического перехода закономерно сопровождается изменением возрастной структуры популяции в сторону ее "постарения", увеличением возраста среднестатистического жителя Земли. Так, средний (медианный) возраст жителя Земли в 1993 году равнялся 25 годам, а в 1998 году составил уже 26,5 лет. При этом, если в Европе и России он лежит в пределах 37-41 год (Россия 37,7 лет в 2004 г.), то в Центральной Африке равняется 20-22 годам. Этот показатель может многое сказать о стадии развития того или иного общества, его технологическом оснащении и культурном статусе, уровне брачности и рождаемости, типе экономики и политической организации, степени урбанизации и подушевом доходе, являясь, наряду с уровнем смертности и коэффициентом рождаемости, надежным индикатором стадии демографического перехода.

Сегодня Россия имеет предельное состояние численности населения (стабильное население), образовавшееся в результате процесса демографического развития. Это состояние характеризуется постоянными и прогнозируемыми рождаемостью и смертностью. Особенностью российского предельного стабильного населения является то, что достижение определенной стадии экономического и культурного развития, которое необратимо и закономерно приводит к снижению рождаемости, в нужной степени не компенсировалось адекватным повышением продолжительности жизни. Наиболее характерной стала преждевременная смертность мужчин репродуктивного возраста, в основном по неестественным причинам. Итогом такой ситуации явилось беспрецедентно высокая скорость снижения абсолютной численности россиян.

В последние 10 лет снижение численности населения стало основным индикатором и упреком процессу общественно-политических перемен и использовалась в основном в качестве политического аргумента против действий или бездействий официальных властей.

Если политические кризисы имеют, как правило, краткосрочный, а экономические - среднесрочный характер, то демографические кризисы поражают общество на значительно более длительные периоды.

Изучение причин старения и депопуляции населения Российской Федерации и поиск путей решения проблемы ухудшения медико-демографической ситуации в стране во всех ее поведенческих, био- и геополитических, медико- и социально-экономических аспектах (демпфирования кризисных явлений), выходят далеко за пределы "чистой" науки, становятся в начале 21 века важнейшими системными факторами национальной безопасности. В поисках выхода из демографического кризиса исследователям, применяющим системный подход, приходится рассматривать три взаимодополняющие друг друга версии: медицинскую, экономическую и социально-психологическую.

В рамках комплексной медико-демографической проблематики особого внимания заслуживают следующие вопросы: общие закономерности количественного роста населения Земли, техногуманитарные детерминанты саморегуляции численности человеческой популяции, репродуктивный потенциал человечества и перспективы антропогенеза, особенности демографического развития России, состояние репродуктивного здоровья россиян, половозрастная структура населения страны, институт семьи и брака в современной России, внутренние и внешние миграционные процессы, планирование развития медико-производственного комплекса на основе долгосрочных демографических прогнозов [12].

В данной работе основное внимание, в рамках заявленной темы, уделяется смертности, рождаемости и репродуктивному здоровью россиян. Демографические аспекты иммиграции и культурного пространства русского языка не рассматриваются.

Сверхсмертность в современной России

Постперестроечный период в России наложился на демографический кризис в виде отрицательного естественного прироста - депопуляции, которая на графиках изображается как пересечение двух кривых: роста смертности и резкого падения рождаемости.

Рисунок 2. Динамика рождаемости и смертности России в 1978–2005 годах (на 1000 человек)

Цит.: Электронная версия бюллетеня "Население и общество" Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН

Эта конфигурация, получившая символическое наименование "русский крест" характеризует основную демографическую тенденцию современной России. В 2004 г. превышение численности смертей над численностью рождений, то есть естественная убыль населения, составила 790 тыс. человек [8].

Удельный вес смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в структуре смертности взрослого населения, по данным Минздрава и Госкомстата России свидетельствуют о том, что смертность от БСК (в 1998 г. - 55%) в структуре общей смертности населения занимает убедительное первое место. Удельный вес злокачественных новообразований в структуре смертности до 1993 г. занимал второе место, от несчастных случаев, отравлений и травм - третье. В 1993-1996 гг. и по сей день последний показатель превышает смертность от новообразований и занимает вторую позицию в структуре смертности населения России.

Согласно структуре смертности населения, рассчитанной на основе стандартизованных коэффициентов смертности (СКС), в 2002 г. для 47% мужчин причиной смерти явились БСК, 21% - несчастные случаи, отравления и травмы, 13 % - новообразования; смертность женщин от БСК составила 65%. Такое соотношение смертности мужчин и женщин от БСК обусловлено в первую очередь тем, что до 70 лет доживает лишь треть мужчин, тогда как женщин - две трети.

В современной России смертность взрослого населения во всех возрастных группах от основных болезней системы кровообращения (БСК), связанных с атеросклерозом, значительно, в среднем в 2-3 раза, превышает аналогичные показатели в экономически развитых странах. С 1990 г. Существенный рост смертности от БСК наиболее характерен для лиц трудоспособного возраста, особенно мужчин. Если сравнивать крупные регионы мира по доле лиц, не доживаю-

щих до 60 лет, то Россия по этому показателю сопоставима с развивающимися странами и намного отстает от группы развитых.

От БСК в России умирает на 20% больше мужчин и почти в полтора раза больше женщин, чем в западных странах. В России эти причины смерти особенно опасны в относительно молодых возрастах: для мужчин в возрасте от 20 до 50 лет смертность выше "западной" в 3-4 раза, для женщин от 30 до 70 лет превышение в 2,5-3 раза. Из Государственного доклада "О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году": " Анализ динамики возрастных показателей смертности населения от болезней системы кровообращения свидетельствует о значительном омоложении смертности от этой патологии. При этом за период 1990- 2000гг. смертность возросла в группах 20-24 лет в 2,3 раза, 25-29 лет - в 2,2 раза, 30-34 лет- на 85%, 35- 39 лет- на 63,1%,40- 44 лет - на 55%.Особенно резко данный процесс выражен среди мужского населения".[17,18].

Очень высокая смертность всего населения России и чрезвычайная - мужчин трудоспособного возраста, позволяет определять ее как сверхсмертность. Термин сверхсмертность в настоящее время стал применяться и по отношению к общим показателям смертности, причем по двум критериям. Смертность в России может быть названа сверхсмертностью, во-первых, в связи со значительно возросшим ее уровнем по отношению к странам со средним и высоким уровнем развития и мировым тенденциям динамики смертности, во-вторых, в связи с высоким приростом этого показателя в 90-е годы, невиданным в мирное время второй половины 20 века, выходящим за пределы длительно сложившихся рядов смертности в России. Возникли понятия преждевременной, не необходимой, отложенной, избыточной, устранимой смертности (последний термин наиболее точно, на наш взгляд, отражает задачи целеполагания).

Данные динамики смертности в наиболее развитых странах (Канада, США, Германия, и Япония) с 1960 по 1997 г. показывают, что доля умирающих моложе 60 лет, рассчитанная в среднем по группе этих стран, уменьшилась почти в 2 раза: мужчин - с 24,6 до 13,5%, женщин с 13,2 до 7,5%. В России в 1986 -1987 гг. по сравнению 1958-1959 гг. показатель смертности снизился: мужчин - с 33 до 30,6%, женщин - с 18,1 до 13,1%. Затем, в 1994 г. он увеличился до 49,9% для мужчин и 19,6 - для женщин, однако к 1999 г. несколько сократился - до 43,3 и 16,6% соответственно [18].

Значительный рост смертности в России в 90-е годы не соответствовал параллельно происходящему процессу постарения населения. Средний возраст населения России во второй половине 20 века был ниже, чем в любом регионе Европы, а также в Японии и Северной Америке. Повышение общего уровня смертности обусловливалось в основном (на две трети) ростом смертности в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 лет). Среди лиц, умерших в трудоспособном возрасте, 24,8% пришлось на 1990 г. И 27,1% - на 1999 г., в том числе мужчин - 41 и 42% соответственно. Смертность мужчин в рабочих возрастах оказалась в 4 раза выше, чем женщин. Такая динамика напомнила тезис советского генетика В.Геодакяна о том, что популяция в ответ на неблагоприятные условия среды отвечает повышенной смертностью мужских особей репродуктивных возрастов с целью ускоренного обновления генофонда и временного снятия ресурсных ограничений.

Повышенная смертность реализуется в условиях быта разной степени обустроенности, повседневной жизни в семье, в том числе через потребление токсических доз крепких алкогольных напитков. Реальным адресатом общеизвестного тезиса "Берегите мужчин" является женщина.

Здоровье населения является наиболее важным показателем благосостояния государства и общества и напрямую связано с уровнем подушевого дохода.

История эволюции общества показала, что своеобразными системными индикаторами, довольно точно отражающими уровень экономического, нравственного, психологического состояния, степень напряженности общественных процессов, являются показатели заболеваемости и смертности населения от болезней, имеющих "социальную окраску", так называемых социопатий.

Именно эти заболевания и состояния являются итоговыми показателями неблагополучия среды обитания человека в той или иной стране или регионе, констатируют "наличие условий, провоцирующих нежелательное поведение". К ним относят некоторые инфекционные заболевания, в том числе туберкулез, венерические болезни, алкоголизм, наркоманию и токсикоманию, самоубийства, насильственную смерть от других причин и т.д. [2].

По данным большинства авторов, анализ демографических данных не оставляет сомнений, что причиной катастрофического роста смертности в начале 1990-х гг., как и демографического кризиса в наши дни, является аномально высокий уровень потребления крепких алкогольных напитков [11].

И в советские годы, и после перестройки основными источниками сверхсмертности в России являются смерти от болезни системы кровообращения и от внешних причин. [6]. Оба класса причин являются алкоголезависимыми. Именно поэтому данные виды смертности особенно живо "откликнулись" на антиалкогольную компанию, а затем на отход от нее и либерализацию производства и реализации алкоголя в России. В большинстве случаев наличие алкоголя в крови не фиксируется в официальных актах о смерти (нередко, видимо, из этических соображений), что приводит к колоссальной недооценке алкогольной смертности [11,15].

Исследования, проведенные в двух городах России, обнаружили повышенное содержание алкоголя в крови значительного процента умерших от болезней кровообращения (в Курске в 1991 г. - 29% мужчин, 9% женщин; в Ижевске в конце 1990-х гг. - 47% мужчин 20-55 лет). Под маской значительной части сердечно-сосудистых диагнозов в обоих случаях скрывалось алкогольное отравление, поскольку дозы алкоголя были смертельно опасными. Исследование результатов судебно-медицинских экспертиз в Ижевске показало, что доля умерших в состоянии алкогольного опьянения среди этой группы составила 62% (концентрация алкоголя в крови более 0,3%), что хорошо соотносится с результатами А.Немцова, рассчитанными для России в целом [14,15]. По этим расчетам приблизительно каждая третья смерть в России имеет прямой или косвенной причиной алкоголь.

Урон, наносимый России алкоголем, не исчерпывается ситуацией демографической катастрофы, сотнями тысяч ничем не оправданных смертей ежегодно. Алкоголизация привела к серьезной деградации социальной среды: высокий уровень самоубийств и преступности, расширение криминальной среды, насилие в семьях, разводы, аборты, брошенные дети, инвалидизация населения. Экономические потери колоссальны: ведь теряется наиболее опытная рабочая сила, обесцениваются инвестиции в человеческий капитал. Стоит отметить, что подавляющее большинство жертв алкогольной смертности в России - не тяжелые алкоголики, а обычные граждане, любящие крепко выпить по выходным и праздникам и не осознающие опасности такой модели потребления спиртного [11, 15].

Алкогольная смертность, принявшая характер гуманитарной катастрофы, сосуществует в России с другой угрозой - смертоносными (тяжелыми) наркотиками. Если по потреблению наркотиков в целом Россия, к счастью, отстает от большинства стран Запада, то по потреблению наиболее смертоносных инъекционных наркотиков опийного ряда нам принадлежит печальное лидерство. Именно на этот сегмент должны быть направлены основные усилия правоохранительных органов.

Однако, самое страшное - то, что большинство наркоманов, пользующихся инъекционными методами, во многих населенных пунктах России в конечном счете заражаются ВИЧ. Этот процесс нарастает по мере расширения круга наркоманов и приобретает взрывной характер. Среди наркоманов распространены также другие инфекционные болезни (гепатиты В, С, Д), существенно снижающие продолжительность жизни. В результате средняя продолжительность жизни наркомана, употребляющего героин, не превышает семи лет с начала попадания в наркотическую зависимость. Фактически подавляющее большинство из них обречены на раннюю смерть.

Психосоциальные факторы выходят на первый план наряду с алкоголизмом и наркоманией. В современных условиях как минимум треть взрослого населения России находится в состоянии высокого уровня психоэмоционального неапряжения - стресса. Той или иной степени стресса подвержено все население России. Его основанием является страх потери источника существования, зачастую приводящей человека "на социальное дно", правовая незащищенность на фоне высокого уровня преступности и безработицы, невозможность на сегодняшний день силами правоохранительных органов законно обеспечить безопасность граждан. А также монополизм, семейственность и коррупция, поразившая структуры бизнеса и государства, высокий уровень инфляции, крупномасштабные террористические акты, вооруженные конфликты на границах России, ломка привычных, усвоенных с детства, ценностей, представлений и т.п. - так называемые "социально-стрессовые расстройства". Более половины (до70%) взрослых россиян

находятся в состоянии "хронического стресса" и нуждаются в помощи психолога, но не обращаются за ней по причине недоверия и страха стать "отбросом общества". Три четверти мужчин и женщин физиологически стареют к пятидесяти годам из-за условий жизни и высокой алкоголизации малообеспеченных групп.

Большую роль в поддержании стресса играет имущественное расслоение общества, причем эта проблема довольно давно исследуется в экономически развитых странах, и есть убедительные данные, указывающие на очень тесную связь этого фактора с ростом социопатий в обществе. Также доказано, что наиболее неблагоприятное действие оказывает социальная изолированность и отсутствие поддержки, что особенно влияет на смертность мужчин. Именно высокий уровень стресса, ощущение своей ненужности, бесперспективности ведут к пьянству, алкоголизму, наркомании, с одной стороны, а с другой - уже пьянство, алкоголизм и наркомания являются причиной распада семьи, проституции, ведут к росту числа самоубийств, преступности, моральной и физической деградации личности. Настораживает рост заболеваемости подростков наркологическими расстройствами, особенно ВИЧ-инфицированных. В настоящее время отсутствует система их адаптации и реабилитации.

Структура здравоохранения России не соответствует своим задачам из-за коммерциализации бюджетного сектора, избыточного коечного фонда, воздержания федеральных и муниципальных органов здравоохранения от начала структурных реформ и изменения организационно-правовых форм медицинских учреждений, невозможности системы обязательного медицинского страхования выполнять страховые функции, отсутствия законодательной базы реформирования в части форм собственности, изменившейся возрастной структуры, структуры заболеваемости и не может в существующем виде предотвратить их рост.

Преодоление демографического кризиса в России требует комплексных мер, в основном социально-экономического характера, но возможно только при решении следующих специальных задач государственного регулирования:

1) полном устранении с рынка токсичных алкогольных суррогатов;

2) радикальном уменьшении доли крепких напитков в структуре потребления алкоголя;

3) снижении потребления алкоголя россиянами в целом.

Лишь на этом фоне возможны нормализация уровня смертности и восстановление здоровой социальной среды общества и государства.

В докладе Всемирной организации здравоохранения за 2004 г. указывается, что наиболее эффективными мерами являются:

а) увеличение цены на алкоголь;

б) уменьшение его физической доступности;

в) снижение спроса путем пропаганды здорового образа жизни.

Экономические исследования показывают, что спрос на алкоголь, как и на большинство товаров, обладает "ценовой эластичностью" (т.е. увеличение цены приводит к снижению потребления).

Поскольку главный фактор сверхсмертности россиян - именно крепкие алкогольные напитки, то для России может быть эффективно увеличение стоимости водки по сравнению с пивом и вином, крепленого вина по сравнению с некрепленым, крепкого пива по сравнению со слабым. Североевропейские страны смогли справиться с тяжелой алкогольной эпидемией введением высоких цен на водку.

Младенческая и детская смертность

Сверхсмертность в России по сравнению с развитыми странами в меньшей степени формируется также и за счет более высоких показателей младенческой и детской смертности. Уровни младенческой смертности считаются признаками и индикаторами социально-экономического и культурного благополучия страны и отражают состояние служб здравоохранения. Динамика этих показателей в течение прошлого века в России, как и во всем мире, была понижательной. Коэффициент младенческой смертности (число умерших детей до 1 года на 1000 рождений) в 1940 г. составлял 205; в 1960 г.- 36,6; в 1980 г.- 22,1; в 1990 г. - 17,4; в 1999 г. - 16,9. По регионам России этот показатель в 1999 г. существенно различается: от 10,1 в Самарской области, 10,7 в Санкт-Петербурге, до 22,8 в Восточно-Сибирском регионе и свыше 30 - в республиках с относительно высокой рождаемостью (Ингушетии и Тыве).

В 90-е годы младенческая смертность в России незначительно снизилась, смертность детей в возрасте 1-14 лет оставалась стабильной. В то же время международные сравнения показывают, что эти показатели в России в 2-4 раза выше, чем в развитых странах мира. В 1997 г. младенческая смертность в большинстве развивающихся стран составляла 6-7‰, в России - 18‰. Коэффициенты смертности детей в возрасте от 5 до 14 лет также в несколько раз выше, чем в развитых странах. Так, в России в 1995 г. смертность мальчиков этого возраста в расчете на 100000 чел. данного пола и возраста составляла 68, девочек - 39, в Германии - 20 и 14, Франции - 20 и 16, США - 29 и 18 соответственно.

Согласно среднему варианту демографического прогноза ООН, младенческая смертность в России в 2015-2020 гг. снизиться ненамного - до 14,0 чел. на 1000 рождений и даже в 2040-2050 гг. ожидается на уровне 9,0 чел., в полтора раза превышающем показатели развитых стран. Детская смертность в возрасте до 5 лет прогнозируется на уровне 15 на 1000 родившихся в 2020-2025 гг. и 10 - в 2040-2050 гг. для России и 8 и 6 - (соответственно) для развитых стран. Такой разрыв, безусловно, отражает разницу в уровне гарантируемых детям социальных благ и услуг здравоохранения.

Дальнейшая динамика показателей уровня смертности в России будет определяться динамикой уровня жизни населения и развитием системы медицинских услуг, их доступности и качеству в полном объеме для большинства населения.

Рождаемость в современной России и попытки ее стимулирования

К началу 80-х годов нарастание негативных тенденций в демографическом развитии СССР обусловило необходимость принятия мер, направленных на стимулирование уровня рождаемости. В 1981 г. было принято специальное постановление правительства, усиливающее государственную помощь семьям с детьми. В соответствии с этим постановлением увеличивались единовременные и ежемесячные пособия на каждого ребенка, вводился частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком по достижении им 1,5, а позднее 3-х лет. Постановление предусматривало также другие льготы, перечень которых постоянно расширялся.

Оценивая эффект реализации данного постановления, следует обратить внимание не столько на размеры самих пособий и степень охвата предоставленными льготами тех или иных слоев населения, сколько на психологический аспект проблемы. Постановление было первым крупным практическим шагом государства в сфере регулирования демографических процессов с военных и первых послевоенных лет, в которые была принята серия государственных актов, призванных смягчить демографические потери, понесенные во время войны.

Введение указанных мер дало соответствующие результаты. Уже к началу 1983 г., когда действие постановления распространилось на всю территорию России, стал очевиден прирост числа родившихся (около 2,5 млн. чел. по сравнению с 2,2 в 1980 г.).

В результате повышения уровня рождаемости в 1981-1989 гг. произошло более 1,6 млн. условно избыточных рождений (т. е. при сохранении на протяжении 80-х годов рождаемости на уровне 1980 г. совокупное число родившихся было бы на 1,6 млн. чел. меньше).

Этот прирост рождений обеспечил увеличение в населении численности и удельного веса детей и молодежи и необходимое обновление и пополнение репродуктивного потенциала.*

**Данный термин имеет ряд толкований: численность лиц репродуктивного возраста, численность женщин репродуктивного возраста по отношению ко всему населению в социологических науках; в клинической медицине - для описания способности и резервов яйцеклетки к выработке и созреванию фолликулов; индекс гравидарности (вероятности) зачатия в естественном цикле на протяжении года половой жизни без применения контрацептивов (Авт.).*

Попытка изменить тенденции рождаемости, предпринятая в СССР в начале 80-х годов, очевидно преследовала двоякую цель. Первая была декларирована официально - увеличить темпы роста населения страны в целом. Вторая подразумевалась - изменить реально складывавшиеся к тому времени пропорции динамики численности населения отдельных частей страны, а именно депопуляционных регионов (России, Украины, Белоруссии и Прибалтики, находящихся на более поздних стадиях демографического перехода) с одной стороны, и активно растущих и

трудоизбыточных регионов Средней Азии и других территорий с аналогичными режимами воспроизводства населения, с другой [9].

Разрешить данную проблему не удалось в том числе из-за сугубо идеологических (формальных) причин; тезис о недифференцированной по регионам и республикам СССР демографической политике оказался губительным для всего комплекса предпринятых мер, послужил одним из толчков распада СССР, в основе которого лежали в основном экономические причины. Сегодня очевидно, что стимулирование рождения детей любой очередности привело к дополнительному росту рождаемости именно в регионах с высокой рождаемостью, тогда как регионы, в которых к тому времени доминировали установки на малодетность (1-2 ребенка), крайне слабо реагировали на рост пособий на детей 4-го и более высоких порядков рождения. В результате была осуществлена перекачка средств, ассигнованных на осуществление пронаталистских мероприятий, из регионов, реально нуждавшихся в росте рождаемости и населения, в пользу регионов, находящихся на более ранней, продуктивной стадии демографического перехода, и без того сопровождающейся высоким числом рождений. Избыточный для страны прирост населения окраин создавал комплекс неразрешимых социально-экономических проблем.

Как показывает опыт других стран, меры такого рода неэффективны в условиях, когда демографический переход в области рождаемости уже завершен и установок на малодетную семью придерживается абсолютное большинство населения. Сугубо материальные меры воздействия способствуют лишь досрочной реализации уже сложившихся планов относительно числа детей в семье, изменяют "тайминг" рождений, но не могут заставить пересмотреть эти планы, существенно не влияют на итоговую рождаемость в реальных поколениях. Для изменения норм детности в сторону существенного повышения нужно добиться фундаментальных сдвигов в существующей системе ценностей на уровне не только отдельной личности, семьи и брака, но и общества в части расширения и реализации личных прав и свобод ("второй демографический переход" в России ожидается после 2050 г.).

Современная семья изменением установок на детность лишь отвечает на изменение структуры общественных ценностей и приоритетов, приспосабливаясь к меняющимся и постоянно возрастающим требованиям индустриальной цивилизации. При этом сами эти требования касаются, прежде всего, не структуры семьи и числа детей в ней, а образовательного и профессионально-квалификационного уровня конкретной личности. Общество, в свою очередь, испытывает потребность не в детях, а в населении, обладающем определенными параметрами - численностью и возрастно-половой структурой, - наиболее полно отвечающими реализации его целей на данный момент развития.

Оценивая ситуацию в целом, необходимо отметить, что слишком "молодая" рождаемость таит в себе массу негативных моментов. Прежде всего, такая модель нестабильна, поскольку уровень рождаемости и соответственно воспроизводство населения зависят от поведения наименее обустроенных в жизни слоев населения.

Эта часть населения, как правило, не завершила образования, не имеет профессии или достаточной квалификации, подвержена высокому риску безработицы, не имеет стабильного дохода, не располагает собственным жильем и т. д. По многим признакам эта часть населения может рассматриваться как маргинальная, установки ее поведения определяются в разной мере теми стереотипами, которые были усвоены в семье, собственным жизненным опытом и ближайшим внесемейным окружением, а также любыми значительными изменениями социально-экономической ситуации, которые для более старших возрастных групп могут оказаться почти незначимыми.

Сейчас в качестве примера успешной демографической политики приводят Чехословакию социалистических времен. Сегодня там самая низкая рождаемость в Европе - 1,17. С помощью материального стимулирования в Чехии достигли такого же результата, как несколько позднее у нас: в какой-то момент рождаемость повысилась за счет того, что часть людей родила раньше, чем планировала. Это так называемый эффект "тайминга" - сдвига "календаря рождений". Он недолговечен. В 1974 году рождаемость в Чехии достигла пика - 2,4 рождения на женщину, а в 1983 была уже ниже 2 и продолжала падать. Если расположить все страны Европы по уровню рождаемости, то этот список явно распадется на две части. Самая низкая рождаемость окажется в тех странах, где государство в той или иной форме пыталось повлиять на поведение семьи (рис.3)

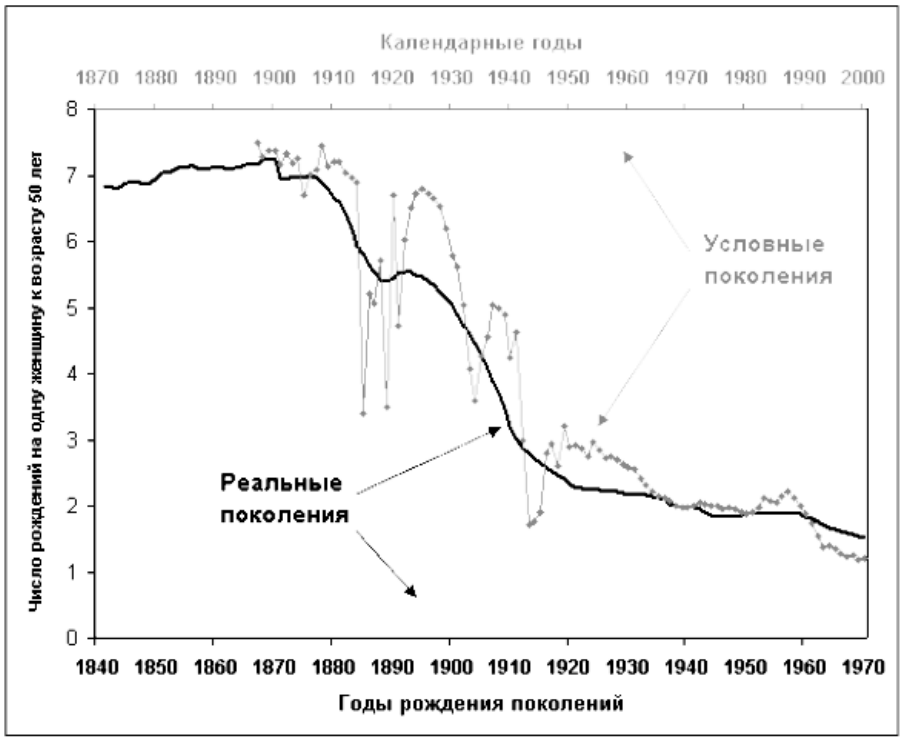


Рис.3 Итоговая рождаемость условных и реальных поколений в России

Цит.: Электронная версия бюллетеня "Население и общество" Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН

График показывает, что попытки прямого стимулирования рождаемости если и давали кратковременный эффект, то в последующем он компенсировался дальнейшим снижением числа рождений.

Например, до войны во Франции была самая низкая рождаемость, связанная с лидерством в демографическом процессе. Сейчас она самая высокая в Европе - 1,9 детей на женщину. Там уже 60 лет проводится демографическая политика, которая все время приспосабливается, улучшается, уточняется. Она адресована работающей женщине. Все делается для того, чтобы женщина могла родить и продолжать работать.

Оценивая перспективы рождаемости в России, необходимо исходить из следующих соображений:

- процесс снижения рождаемости не завершен, продолжают действовать факторы, которые его породили. Прирост числа родившихся и даже коэффициентов суммарной рождаемости в условных поколениях до 1,5, ожидаемых сегодня в связи с вступлением в репродуктивный период относительно многочисленного поколения конца 80-х, не означает, что наступил кардинальный перелом тенденции, сформированной в 90-е годы;

- следует отказаться от анализа роли структурных факторов (соотношений численности женщин в рамках репродуктивных контингентов) в динамике текущих уровней рождаемости, поскольку те или иные изменения пропорций и численностей (как базовые компоненты репродуктивного потенциала) могут лишь увеличивать, либо сокращать числа родившихся в отдельные годы. Объективным показателем следует считать итоговую рождаемость в реальных поколениях;

- целью и субъектом ответственной социальной политики, предполагающей демографические приоритеты, следует считать работающую женщину репродуктивного возраста, имеющую не менее одного ребенка, вне связи с ее семейным положением, дорожащую своей занятостью и местом на рынке труда. Это подразумевает наличие 100% достаточности детских садов, легальной инфраструктуры услуг нянь и гувернеров, детских развивающих центров и т.д., кроме защиты интересов женщины и семьи обеспечивает занятость старшего поколения, способствует культурной преемственности;

- один из главных - принцип суверенитета семьи. Государство должно избегать любых мер навязывания семье каких-либо решений. Государство осуществляет принцип доверия к семье, способствует расширению свободы выбора по детности, приветствуя все ее варианты [5];

- принцип социальной защиты нуждающимся семьям на определенных этапах ее "жизненного цикла", без приоритета по детности и количественным показателям. Семья при этом не должна быть иждивенкой государства. Социально-экономическая структура общества должна быть такова, чтобы семья могла зарабатывать и не нуждаться в "подачках";

- необходимости внесения изменений в трудовое законодательство, предусматривающих гибкую женскую занятость (на дому, неполного дня, дистанционную и т.д.) в направлении сокращения практики многолетних отпусков по уходу за ребенком, фактически не оплачиваемых, нередко способствующих переходу за "черту бедности";

- в силу долговременности демографических процессов, их инерционности, целесообразно воздерживаться от административных решений, оценочных и кадровых заключений по результатам работы органов государственной власти на основе текущих демографических показателей, оценка которых на краткосрочном отрезке времени всегда носит конъюнктурный характер.

Для прогнозирования трендов эволюции репродуктивного поведения и степени реализации репродуктивного потенциала населения России в ближайшей и более отдаленной перспективе наиболее существенны следующие компоненты ситуации в сфере рождаемости и брачности:

1. Пересмотр отношения, в том числе и в государственной статистике, к легитимному браку и росту распространения неформальных брачных союзов, что прямо отражается на снижении показателей регистрируемой брачности (автоматически снижается и уровень разводимости, поскольку значительная масса разводов приходится на первые 2 года брака).

2. Утрата прямой связи самого брака с необходимостью или желательностью рождения детей (исчезновение репродуктивной функции брака, семьи, что подтверждается результатами опросов вступающих в брак, практикой нерегистрируемого сожительства - партнерства с совместным проживанием или без него в половине постоянных пар в возрасте 19-25 лет).

3. Закрепление стереотипа бездетности в сознании части поколения, прошедшего социализацию в годы социально-экономического кризиса, когда возможность не только достойного существования, но даже выживания семьи с детьми была поставлена под сомнение.

4. Откладывание рождений (в том числе и первых) в связи с отсутствием возможности содержать детей при существующих уровнях обеспеченности жильем, заработной платы, детских (семейных) пособий и т. п.

5. Рост внебрачной рождаемости. Этот феномен может частично быть интерпретирован как проявление нового типа брачно-семейных отношений, однако нельзя обольщаться сходством современных российских уровней данного показателя с зарубежными аналогами. В большинстве случаев в странах, которым присущ европейский тип брачности (в современной интерпретации - брачно-семейных отношений), рождение ребенка ведет к легитимизации брачного союза. Для России чаще характерен иной вариант - зарождение новой социальной патологии.

6. Изменение профиля брачности (возраста вступления в первый брак) и как следствие рождаемости в направлении незначительного пока постарения. Для достаточно обоснованных прогнозов в этом отношении сейчас нет серьезных оснований, однако если предположить, что эта тенденция сохранится, то это может внести некоторые позитивные коррективы даже в проявлении эффектов демографической волны, созданной в 80-е годы (например, отсрочить неизбежное при современном распределении рождений по возрасту матери падение чисел родившихся после 2010 г.).

Таким образом, современная ситуация в сфере рождаемости предельно сложна, привычная (постпереходная) модель репродуктивного поведения, которая сформировалась к концу 70-х годов, при пессимистическом прогнозе развития, может быть в ближайшие годы заменена новой - бездетно-однодетной моделью, которая приведет к необратимым депопуляционным изменениям населения России. В то же время нельзя отрицать того, что поколения, для которых эта модель может стать определяющей, прожили в условиях социально-экономического и демографического кризиса сравнительно недолго и вполне возможно стимулирование их репродуктивных установок посредством целенаправленного социального управления. Кроме того, есть поколения, только вступающие в матримониально-репродуктивные возраста и имеющие право на новый взгляд на роль семьи, детей в жизни конкретной личности, брачной пары. Формирование этих

новых взглядов - главная задача демографической политики, ориентированной на преодоление депопуляции и на демографическую стабильность России в ближайшей исторической перспективе.

***

Тем не менее, при определении приоритетов государственных мероприятий первое место оправданно отводится снижению смертности. Даже если отвлечься от чисто гуманитарных соображений (речь идет не об абстрактных нерожденных детях, а о вполне конкретных живущих людях). Прогнозные расчеты показывают, что если бы удалось добиться постепенного повышения рождаемости до 2 детей на одну женщину к 2050 году (вместо нынешних 1,3), то, при неизменной смертности, это добавило бы к населению России примерно 8 миллионов человек. А если бы мы смогли к тому же 2050 году постепенно снизить смертность до нынешнего уровня таких стран, как Швеция или Швейцария, то при неизменной рождаемости выигрыш составил бы 17 миллионов человек, то есть в два с лишним раза больше.

Репродуктивное здоровье населения России

Важнейшим фактором реализации демографического ресурса и адекватного воспроизводства населения страны является репродуктивное здоровье россиян.

По определению ВОЗ репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов репродуктивной системы, ее функций и процессов.

Охрана репродуктивного здоровья - это сочетание методов и услуг, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья и позволяющих людям свободно и ответственно принимать решение когда и сколько иметь детей. (из Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 2004 г.), принятой правительственными делегациями 180 государств, в том числе России).

Базовой причиной нарушения репродуктивного здоровья в мире признается социальное неблагополучие. Женщины и девушки испытывают бедность и попадают в ее тиски гораздо чаще, чем мужчины, и бедность задевает их по-другому. В мире, из 1,2 млрд. людей, в силу различных факторов живущих за чертой бедности, 70% - это женщины. Следствием этого является:

- Ограниченный доступ к здравоохранению, образованию, занятости, к социальным и юридическим учреждениям.
- Гендерное насилие.
- Смертность и инвалидность, связанные с деторождением.
- Дискриминация.
- Уязвимость к инфекциям, передаваемым половым путем, ВИЧ и СПИДу.
- Ответственность и опека за членами семьи.

Женщины и девушки, особенно те, кто живет ниже черты бедности, в семь раз уязвимее по репродуктивному здоровью, чем мужчины [7]. По мере роста обеспеченности эти различия почти сглаживаются.

Не менее актуальной, с позиций человеческого капитала и права каждого человека на воспроизводство - репродукцию, является проблема бесплодного брака. Известно, что каждая 7-8 пара так или иначе в течение своего репродуктивного возраста (15-49 лет) сталкивается с проблемой бесплодия. В России по некоторым оценкам 17-18% населения (около 7 млн. брачных пар) не могут иметь детей.

Аборт является одним из основных факторов ухудшения состояния репродуктивного здоровья женщины. Гинекологические заболевания, эндокринные нарушения, невынашивание беременности, бесплодие чаще всего возникают вследствие абортов.

Согласно результатам популяционного исследования, проведенного L.S. Wicox и W.D. Mosher (1993 г.), в США за медицинской помощью обращается менее 50% бесплодных пар, и только каждая вторая из них соглашается на лечение [21]. По России пока таких данных нет. Тем не менее, опираясь на опыт работы и данные Республиканского центра репродукции человека и планирования семьи МЗ РФ можно констатировать, что из числа мужчин, обратившихся по поводу бесплодного брака с документированными отклонениями в спермограмме и выявленным диагнозом, собственно к врачебному наблюдению и лечению прибегает не более 15% пациентов.

По данным E. Carlson с соавт. [19], в период с 1938 по 1991 г. у мужчин, проживающих в технологически развитых странах, произошло двукратное снижение концентрации сперматозоидов. Согласно нормам ВОЗ, в 60-х годах нижняя граница нормальной концентрации сперматозоидов равнялась 60 млн./мл. В 1983 г. за нижний предел был принят уровень в 40 млн./мл. Последние нормы, рекомендованные в 1992 г., считают нижней границей нормы спермограммы уже 20 млн./мл.

Сегодня в Бельгии, например, до 45% молодых мужчин продуцируют сперму, качество которой находится лишь на нижней границе нормы. У 9% потенциальных доноров сперма признается явно бесплодной.

С ухудшением сперматогенеза напрямую связано повышение интереса специалистов к клинической и репродуктивной андрологии - бурно развивающейся специальности, направленной на изучение проблем сперматогенеза, профилактику и лечение мужского бесплодия. Основные факторы риска развития субфертильности и ухудшения сперматогенеза специалисты видят в техногенной деятельности человека, широком распространении химических соединений гормонального воздействия.

В ходе исследования, с целью уточнения воздействия диоксинового производства на сперматогенез и частоту заболеваний органов половой сферы мужчин, было выявлено существенное повышение встречаемости варикозного расширения яичковых вен (варикоцеле) и паховых грыж среди детей и подростков мужского пола [20].

Не приводя других примеров, следует отметить лишь, что каждое последующее поколение оказывается в экологически худших условиях, чем предыдущее. Тем не менее, репродуктивный потенциал человеческого вида все еще остается чрезвычайно высоким. В частности, даже несмотря на возможности и доступность контрацепции, в мире сегодня ежегодно регистрируется более 25 млн. абортов, примерно такое же количество, по экспертным оценкам, не регистрируется. При "социальном заказе" каждая здоровая женщина могла бы рожать по потребности "в пределах разумного", по 5-6 и более детей.

До настоящего времени аборт является одним из основных методов регулирования рождаемости в России (6 из 10 беременностей заканчиваются абортом).

За период с 1994 по 1997 годы уровень абортов в России снизился на 30%, к 2005 г. - на 50% от исходного уровня. Число абортов в возрастной группе до 14 лет снизилось на 34,3%, среди 15-19 летних - на 30%. Вдвое стало меньше криминальных абортов. Материнская смертность от них уменьшилась на треть. Все это, несомненно, напрямую связано с либерализацией законодательства в данной сфере, медицинским просвещением, большей доступностью специализированной медицинской помощи (в результате развития негосударственного сектора здравоохранения), реализацией целевых Федеральных программ "Планирование семьи" и "Безопасное материнство". В странах Западной Европы (Финляндия, Швеция, Голландия, Франция, Англия), где программы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья действуют уже более 40 лет, материнская, младенческая смертность и число абортов во много раз ниже, чем в России. В этих странах фактически отсутствуют такие понятия, как "отказные дети" и социальные сироты, отмечаются более высокий по сравнению с Россией уровень здоровья женщин и детей и более благоприятная демографическая ситуация. В 1998 г. реализация этих программ была прекращена, и темпы снижения числа абортов замедлились [7].

В 2002 году было зарегистрировано 1,95 млн. абортов. Значительное число абортов сегодня производится без учета современных технологий. Показатель числа абортов на 1 000 женщин детородного возраста в 2002 г. составил 50,0. Усредненный показатель в странах Западной Европы составляет 11.0. Особую озабоченность вызывает высокий уровень абортов среди подростков. Их число составляет более 200 тыс. Около 10% всех абортов приходится на молодых женщин до 19 лет.

По оценкам Минздрава РФ, в 2002 году только 23% женщин детородного возраста использовали современные методы контрацепции. В странах Западной Европы их используют более 70% женщин.

Благодаря комплексу целенаправленных мер в последние годы в целом по стране удалось добиться постоянного снижения материнской смертности. В 1998 году материнская смертность составила 49,9 на 100 тыс. родившихся живыми. За 5 лет этот показатель уменьшился на 20,9%, в абсолютных числах - с 889 до 640 женщин. В 2002 году материнская смертность в России со-

ставила 33,6 на 100.000 живорожденных [3]. Уровень материнской смертности имеет существенные отличия по регионам и колеблется от 29,3 на 100 тыс. родившихся живыми в относительно благополучном Северо-Западном (что примерно соответствует среднеевропейскому уровню) до 66,7 в Дальневосточном. Среди причин материнской смертности доля смертности по причине аборта составляет около 20%, более половины случаев вторичного бесплодия связаны с ранее произведенными абортами. Актуальным является открытие "клиник дружественных молодежи", отказ от морализаторства, особенно в среде медицинских работников, создание и внедрение концепции соблюдения "безопасного аборта", подразумевающие достоинство женщины, стерильность, минимальную инвазивность, применение современных методов, постабортовую контрацепцию, профилактику и лечение возможных осложнений.

В странах Евросоюза, придерживающихся этих принципов, усредненный показатель материнской смертности составляет 5,7, а в некоторых странах он близок к нулю.

Основой достижения оптимальных показателей репродуктивного здоровья является возможность реализации репродуктивных прав, признанных на уровне международных правовых и этических документов:

- право на жизнь;
- право на свободу и безопасность личности;
- право на равенство и свободу от всех форм дискриминации;
- право на невмешательство в личную жизнь и конфиденциальность;
- право на свободу убеждений;
- право на информацию и просвещение;
- право на решение вопроса о вступлении или невступлении в брак, создании семьи и ее планировании;
- право на принятие решения иметь или не иметь детей, а также в отношении времени их рождения;
- право на медицинское обслуживание и охрану здоровья;
- право на пользование достижениями научного прогресса;
- право на свободу собраний и участие в политической деятельности;
- право на свободу от жесткого и унизительного обращения.

Следует помнить, что движущей силой демографического процесса является изменение поведения больших масс людей под влиянием условий жизни.

Особую значимость проблеме репродуктивного здоровья подростков придает демографическая ситуация в стране, обусловленная не только социальными причинами, но и снижением репродуктивных возможностей современных юношей и девушек. Уже при рождении каждый десятый ребенок признается носителем заболевания. За 5 последних лет общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет выросла на 12,5%. Многие подростки страдают серьезными хроническими болезнями, что признается особенно опасным в связи с возможностью возникновения осложнений при реализации ими репродуктивной функции. Достоверность медицинской статистики несколько подрывает порядок оплаты труда медицинских работников через систему ОМС, подразумевающий оплату за выявление какого-либо заболевания.

Частота гинекологических заболеваний девочек-подростков увеличилась за последние пять лет в три раза. У 10% выпускниц школ регистрируется то или иное заболевание половой сферы. Ведущими по-прежнему остаются воспалительные заболевания (41%), временные нарушения менструального цикла (18,36%), стойкая дисменорея (23,7)%, опухоли (1,7%).

У 75-86% девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10-15% - гинекологические расстройства, ограничивающие их фертильность. С возрастом распространенность гинекологических нарушений возрастает более чем в 2,5 раза - со 116,2 в 14 дет до 297,0 на 1000 осмотренных в 17 лет.

Не лучше обстоит дело и с репродуктивным здоровьем у мальчиков. Последовательно или параллельно, но мальчикам следует уделять столько же внимания, сколько и девочкам, обращаясь к вопросам специфики полов, включающим сексуальность, репродуктивное здоровье и отношения между мужчинами и женщинами.

До 20% мальчиков-подростков нуждается сегодня в лечении или динамическом наблюдении за их развитием и состоянием репродуктивной сферы в связи с возрастными особенностями, не-

доучет которых, при полной стандартизации лечебного подхода, может приводить к прямо противоположным (от ожидаемых) результатам. В Санкт-Петербурге частота андрологических заболеваний достигает 13-56%, а 2,2% юношей нуждаются в андрологическом оперативном лечении. Потребность в оперативном лечении наиболее высока в возрасте 14-16 лет. Около 60% заболеваний у мальчиков и юношей в возрасте 14-17 лет могут представлять ту или иную степень репродуктивного риска.

Факторами безусловного репродуктивного риска у мальчиков и юношей-подростков, являются: анорхизм (у 100% больных), односторонний крипторхизм (у 20%), двухсторонний крипторхизм (у 66,7%), лимфоцеле, возникающее после операции по поводу варикоцеле (у 88%), заболевания простато-везикулярного комплекса, а также идеопатический гипосперматогенез. Остальные заболевания следует относить к условным факторам репродуктивного риска. Выявление и учет факторов репродуктивного риска достигается проведением регулярных профилактических осмотров организованного контингента мальчиков и юношей-подростков врачом детским - урологом-андрологом [16].

15% юношей призывного возраста не могут быть признаны годными к военной службе по причинам физиологического характера; еще у 20% имеются проблемы с психикой, а 10% страдают обыкновенным недостатком веса (правда, эти показатели следует оценивать с позиций использования заболеваний для уклонения от несения воинской обязанности).

На подростковый возраст приходится также половина всех новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека. Удельный вес ВИЧ - инфицированных в возрасте 15-20 лет составляет 21%. В последние годы эпидемия из концентрированной фазы (среда наркоманов) переходит на население. Уже сегодня почти четверть подростков заразились при гетеросексуальных половых контактах. Несмотря на наличие в федеральном законодательстве норм прямого действия, формально обеспечивающих защиту от дискриминации ВИЧ-инфицированных не только в обычной жизни, но и в учреждениях здравоохранения, эти требования поголовно игнорируются. Пациенты находятся под мощным дискриминационным давлением по факту болезни.

Несовершеннолетние нередко становятся жертвами жестокого обращения с ними и насилия - физического, сексуального, эмоционального (моральная жестокость), пренебрежения основными нуждами ребенка, а также объектами вовлечения в конфликты с законом.

Заключение

Начиная с 2000 г., в России продолжается подъем уровня рождаемости, причем в значительной мере это происходит за счет роста вклада вторых и третьих рождений. Одновременно продолжает расти и средний возраст матери при рождении ребенка, с 1997 г. он увеличился на 1 год. Особенно быстро растет внебрачная рождаемость. Ее рост продолжает опережать рост брачной.

Правда, рождаемость реальных поколений женщин, характеризующая долговременные тенденции рождаемости, продолжает снижаться. Тем не менее, учитывая наблюдаемые российские и мировые тенденции, перспектива стабилизации рождаемости реальных поколений на уровне 1,6 ребенка на одну женщину кажется вполне реальной.

На протяжении последних 15 лет в России происходит снижение уровня искусственных абортов. Несмотря на это, уровень абортов в России по-прежнему очень высок - один из самых высоких в мире и самый высокий в Европе. Снижение числа абортов достигнуто за счет использования все более эффективной контрацепции. Но те, кто потерпел контрацептивную неудачу, как правило, прибегают к аборту.

Ухудшение положения со смертностью в России продолжается уже 40 лет. Добиться роста продолжительности жизни пока не удается. Смертность взрослых после короткого снижения в период антиалкогольной компании и роста ожиданий на лучшее будущее, связанных с "перестройкой", вновь начала увеличиваться. По существу, сохраняются негативные тенденции, сложившиеся в 1965-1984 гг. Главной проблемой остается высокая смертность взрослых мужчин. Но в последние годы ухудшаются и тенденции смертности российских женщин. В частности, растет смертность женщин от болезней сердечно-сосудистой системы и несчастных случаев, которые прежде считались типично мужскими причинами смерти.

В то же время младенческая и детская смертность продолжают снижаться.

Отрицательный естественный прирост в России возник в конце 1991 г., но до середины 1990-х годов он компенсировался значительной иммиграцией. По расчетам, скорректированным с учетом переписи 2002 г., численность населения устойчиво убывает с 1996 г. Особенно быстро сокращалось население Сибири и Дальнего Востока. В последние годы естественная убыль населения понемногу снижается, но регистрируемый миграционный прирост остается незначительным, поэтому общая убыль населения продолжается [13].

Возможности сравнивать данные о жилищных условиях по двум последним переписям также ограничены. В то же время общие тенденции выглядят достаточно оптимистично. С 58,8 до 66,4% выросла доля населения, проживающего в отдельных квартирах. Жилищная обеспеченность за межпереписной период увеличилась на 5 кв.м. на человека. Основной тип жилья российских горожан - отдельная квартира, сельских жителей - индивидуальный дом. Свыше 57% россиян проживают в домах, построенных не ранее 1971 г. Однако комфортность жилья оставляет желать лучшего: каждое городское домохозяйство и каждое второе сельское пользуются печным отоплением. Только 76,5 российских домохозяйств живут в помещениях, обеспеченных водопроводом, 71% - канализацией [13].

***

Все расчеты численности населения на перспективу опираются на некоторые гипотезы касающиеся будущих тенденций рождаемости, смертности и миграции. Достоверность таких расчетов зависит как от точности исходной информации, так и от обоснованности используемых гипотез относительно изменения демографических процессов под влиянием всего комплекса социально-экономических условий жизни в стране.

Перспективные расчеты делятся на краткосрочные (до 5 лет) и долгосрочные. Как правило, расчеты будущей численности населения производятся в нескольких вариантах (сценариях), учитывающих все возможные изменения значений и их компонентов. Так, в частности, в табл. № 1 представлены три таких варианта - оптимистический, пессимистический и средний (наиболее вероятный).

Вариант сценария		**Численность населения, тыс. человек**			
		1995 г.	2000 г.	2010 г.	2025 г.
Оптимистический	**I**	147938,5	147054,3	147692,9	145757,1
	II	147938,5	147054,3	147723,8	145858,5
Средний	**III**	147938,5	146391,1	142437,0	131880,0
	IV	147938,5	146391,1	142464,0	131974,3
Пессимистический	**V**	147938,5	145515,7	136680,4	115453,2

Таблица №1. Прогноз численности населения в Российской Федерации на 1995-2025 гг. (различные сценарии)

Средний вариант демографического прогноза предполагает медленный выход России из кризиса. Позитивные сдвиги в смертности населения ожидаются уже в 2000-2005 гг. В области рождаемости социально-экономическая стабилизация в стране позволит российским семьям полнее реализовать свои репродуктивные намерения, высказанные ими при проведении микропереписи 1994 года.

Согласно этому варианту прогноза, численность населения страны в 2010 г. составит 140,3 млн. человек, это позволяет на ближайшие 10 лет оценивать потери, которые уже состоялись, в 750 тыс. человек ежегодно. На эту цифру ориентировался В.В.Путин при подготовке Послания Федеральному собранию (июль, 2002 г.). Пессимистический прогнозный сценарий может реализовываться, если общий кризис в стране затянется. Основан он на экстраполяции динамики роста смертности с середины 90-х годов, до конца прогнозного периода.

Согласно пессимистическому варианту прогноза, к 2010 г. численность населения страны снизиться до 133,6 млн. человек.

Оптимистический сценарий предполагает, что кризисные явления последних лет достаточно быстро будут поставлены под контроль, в результате чего уже скоро произойдут положительные изменения в области смертности. Рождаемость вернется к докризисному уровню и продолжится плавный переход к новому этапу демографического развития страны. Согласно этому сценарию, на сегодня уже нереализуемому, все ближайшее десятилетие численность россиян будет оставаться неизменной - на уровне 147 млн. человек.

В заключение представляем прогноз численности населения России, подготовленный экспертами ООН по единой методике для большинства стран мира (табл. 2).

	2000	2015	2025	2050
Пересмотр 2000 года. Средний вариант	145,5	133,3	125,7	104,3
Пересмотр 1998 года				
Высокий вариант	147,9	150,2	150,4	151,8
Средний вариант	146,9	142,9	137,9	121,3
Низкий вариант	146,7	139,5	131,1	102,5

Таблица 2. Прогноз численности населения России, в миллионах человек

Примечательно, что сценарий рождаемости и смертности в среднем варианте нового прогноза ООН до 2050 года (табл.3) предусматривает рост коэффициента суммарной рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни, снижение коэффициента младенческой смертности на существенные величины, что не может не обнадеживать.

Показатель	1995-2000	2000-2005	2010-2015	2020-2025	2045-2050
Коэффициент суммарной рождаемости	1,232	1,139	1,182	1,357	1,75
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	66,1	66	69,3	72	76,9
Коэффициент младенческой смертности	16,7	16,8	14	11,4	7,2

Таблица 3. Сценарии рождаемости и смертности для России до 2050 года. Средний вариант нового прогноза ООН

Ко всем вышеперечисленным фактам и цифрам хотелось бы добавить следующее. Определив проблемы и поставив перед собой задачи, которые требуется выполнить, дабы сохранить полноценный и здоровый народ, оценить народонаселение на перспективу, необходимо предпринимать систематические усилия.

В частности нужна полная реструктуризация всей социальной сферы в соответствии с демографическим прогнозом и структурой заболеваемости. Ни государство, ни местные администрации, ни армия не в состоянии без населения обеспечивать условия экономического развития и отрегулированных государственных границ. Ситуация такова, что в обозримом будущем даже при максимальной социальной поддержке можно будет говорить не об абсолютном приросте численности населения, а лишь о его слабоотрицательном естественном приросте, т.е. снижении скорости депопуляции. Эта данность отражает общие закономерности, свойственные сейчас всем развитым странам. И Россия в этой связи не может составить исключение.

Список литературы

1. Акопян А.С. Демография и политика // Общественные науки и современность. 2001. №2

2. Акопян А.С., Мишиев В.Г., Харченко В.И., Дудаев В.А., Иоффина О.Б. Динамика уровней заболеваемости и смертности от болезней, имеющих "социальную окраску" (социопатий) в современной России // Вопросы статистики. 1998. №3.

3. Акопян А.С., Лисичкина Е.Г., Харченко В.И., Корякин М.В., Мишиев В.Г., Дудаев В.А. Состояние репродуктивного здоровья и уровень материнской смертности в современной России. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. №2.

4. Вишневский А.Г. Подъем смертности в 90-е годы: факт или артефакт? Население ? общество //Информационный бюллетень центра демографии и экологии человека. 2000. №45

5. Вишневский А.Г. Итоговая рождаемость реальных и условных поколений женщин // Демографическая модернизация России, 1900-2000. Новое изд-во, 2005, гл. 10.

6. Вишневский А.Г., Школьников В.М. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действий М., 2004.

7. Гребешева И.И. Бедность и репродуктивное здоровье: декларация тысячелетия и российская реальность. ОЖР. 2005.

8. Госкомстат РФ. Информация о социально-экономическом положении России. М., 2005

9. Захарова О.Д., Акопян А.С., Харченко В.И. Эволюция рождаемости в России во второй половине XX века: история, современность и перспективы // Проблемы прогнозирования. 2002. №6.

10. Капица С.П. Теория роста населения Земли. МФТИ, М., 1997

11. Коротаев А.В., Халтурина Д.А. Российский демографический крест в сравнительном аспекте // Общественные науки и современность. 2006. №3.Лисицын Ю.П., Харченко В.И., 12. Лукашев А.М., Акопян А.С., Шиленко Б.В. Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз. Москва. 2001.

13. Население России 2003-2004 гг. Одиннадцатый / двенадцатый ежегодный демографический доклад // Под ред. А.Г.Вишневского - М.: "Наука". 2006

14. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России 1980-90 гг. М., 2001

15. Нужный В.П., Харченко В.И., Акопян А.С. Избыточное потребление алкоголя в России - весомый фактор риска болезней системы кровообращения и высокой смертности населения (обзор) // Терапевтический архив. 1998. №10.

16. Тарусин Д.И., Румянцев А.Г., Акопян А.С. и др. Настоящее и ожидаемое состояние репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков. Методология специализированной помощи. //Сборник научных работ кафедры поликлинической педиатрии. М. 2001

17. Харченко В.И., Акопян А.С., Михайлова Р.Ю., Михайлов А.Ю. Уровень смертности в России в сравнении с развитыми странами // Проблемы прогнозирования. 2002. №1.

18. ХарченкоВ.И., Какорина Е.П., Корякин и др. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации //Российский кардиологический журнал. 2005.№2

19. Carlson E., Giwersman A., Keiding N., Skakkenbaek N.E. Evidance for decreasing quality of Semen during past 50 years. Br.Med.J., 1992. V.305

20. Goncharov N.P., Nizhnic A.N., Dobracheva et.al. Dioxin impact of male reproductive system in a polluted region of Russia. III Internationales Graser Andrologie - Symposion (Graz, 31 Aug. - 2 Sept. 2000)

21. Wicox L.S., Mosher W.D. Obster. Gynecol. 1993. V.82

Алиева А.А.,
научный сотрудник НИИ общественного здоровья
и управления здравоохранением

Байкова Н.Н.,
преподаватель кафедры Ставропольского
государственной медицинской академии

Пономарева А.М.,
доцент Ставропольского государственной
медицинской академии

МЕХАНИЗМЫ СВЕРХСМЕРТНОСТИ В РОССИИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО КРИЗИСА

В связи с продолжающимися неблагоприятными демографическими процессами в России проблема сверхсмертности стала привлекать внимание не только ученых, но и практиков здравоохранения. Для предупреждения преждевременной смертности в медицине используются два подхода. Этиологическая профилактика занимается устранением причин опасных заболеваний. Патогенетическая профилактика направлена на блокирование механизмов развития болезней. Для устранения сверхсмертности в России необходимо использование обоих подходов. Однако если изучению причин сверхсмертности уделяется определенное внимание, то механизмы ее развития (танатогенез) совсем не исследуются.

С начала 90-х годов 1,5-кратный рост смертности произошел одновременно от разнообразных заболеваний, как неинфекционных, так и инфекционных. При этом среди вызывающих их патогенных факторов такого подъема распространенности и вирулентности не наблюдалось. Значит, механизм развития разных болезней имел единую природу в виде нарушения способности организмов к неспецифической адаптации, имеющей перекрестную устойчивость к многообразным условиям среды. Причиной такого нарушения общих адаптивных резервов явился рост нравственно-эмоционального неблагополучия: неудовлетворенности жизнью, депрессии, агрессивности, потери смысла жизни. В то же время механизмы неспецифического действия негативных психических состояний слабо исследованы. Остаются неизученными пути трансформации патогенной духовной "энергии" в субстрат соматических заболеваний и смерти.

Высказываются предположения, что физиологическим механизмом ухудшения здоровья послужило снижение основного обмена, скорости кровотока в тканях организма, ухудшение кровообращения головного мозга, повышение тонуса мозговых артерий и общего периферического сопротивления. Вместе с комплексом сопровождающих процессов это приводило к снижению резерва здоровья и увеличению риска смерти. В свою очередь, ухудшение гемодинамических показателей могло быть вызвано ухудшением общей нравственно-эмоциональной атмосферы в стране. Чтобы проверить данное предположение, необходимо изучить влияние общей удовлетворенности жизнью и депрессии на перечисленные гемодинамические параметры, а затем проследить связь этих параметров со смертностью в длительном наблюдении. В случае подтверждения предполагаемой зависимости появится ясное понимание, какие механизмы в организме подвергаются деструкции, и станет понятно, что следует лечить в первую очередь с целью устранения сверхсмертности.

Удовлетворенность жизнью может быть направлена на какие-то конкретные фрагменты бытия (достаток, квартира, работа и др.), а может иметь общий характер в виде устойчивого настроения: радости или печали, оптимизма или пессимизма и т.д. В свою очередь, настроение человека зависит в значительной мере от окружающей его

нравственно-эмоциональной атмосферы. Поэтому при одних и тех же экономических условиях одни люди могут чувствовать себя комфортно, а другие неуютно. С целью измерения общей удовлетворенности жизнью в настоящем исследовании использовали в качестве объектов удовлетворения те параметры среды, которые одинаковы у всех. Такими одинаковыми параметрами для жителей среднего города являются экологическая обстановка, климатические особенности, функционирование общественного транспорта, бытовые услуги в районе, доступность продуктов питания, действие городских властей.

Для оценки этих пяти параметров опросили 184 мужчин 35-59 лет, пациентов городской больницы, направленных в плановом порядке на освидетельствование по поводу сердечно-сосудистых заболеваний. Степень удовлетворенности определялась по 100-бальной шкале. Выделены три равные по численности группы: с низкой, средней и высокой удовлетворенностью.

Обнаружено, что по мере снижения удовлетворенности перечисленными шестью условиями отмечалось уменьшение ударного индекса сердца (УИ), снижение сократительной способности миокарда, увеличение общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС). Самооценка здоровья была существенно хуже. Неудовлетворенные люди хотели жить на 14 лет меньше, чем в противоположной группе. Желание улучшать свое здоровье у них было в два раза ниже (табл. 1).

Затем была изучена связь депрессии с перечисленными показателями гемодинамики. Обследовано 486 мужчин 35-65 лет из того же источника. Для оценки депрессии использовался опросник Аппелса. В зависимости от ответов выделены три градации: нет депрессии, умеренная депрессия и выраженная депрессия. Обнаружено, что по мере нарастания психического неблагополучия отмечались аналогичные изменения гемодинамических показателей: уменьшение ударного индекса сердца, снижение сократительной способности миокарда, увеличение ОПСС. В крови у них было меньше содержание эритроцитов, а скорость их оседания оказалась значительно выше. Самооценка здоровья при депрессии была намного хуже (табл. 2).

В физиологии известна важная роль изученных гемодинамических и других показателей для гомеостаза организма. Чтобы быть здоровым и живым, требуется полноценный энергообмен прежде всего головного мозга, сердца, дыхательных мышц, почек, печени. Норма реакции основного обмена задается как наследственными механизмами, так и формируется в онтогенезе при управляющем воздействии нервной и других регуляторных систем. Его величина может увеличиваться и уменьшаться под влиянием позитивных и негативных условий, в том числе духовного свойства. При этом перечисленные гемодинамические и многие другие физиологические показатели организма находятся между собой в тесной зависимости, образуя "физиологический синдром". В нем выделяются два блока: гемокинетический и ангиотонический. Гемокинетический блок образован показателями ударного индекса сердца и притока крови в сосуды жизненно важных органов, характеризующих интенсивность кровообращения на единицу ткани организма. Ангиотонический блок образован структурами сосудистой стенки, обеспечивающими ее эластичность и миогенность. Оба блока взаимодействуют между собой примерно на 40-50% и связаны с многочисленными физическими, биохимическими, эндокринными и другими процессами.

Так, если в рамках гемодинамического блока распределить обследованных по величине систолического притока крови в ткани, то с его нарастанием наблюдаются следующий комплекс изменений:

- на энергетическом уровне происходит рост кислород-транспортной функции крови, величины энергообмена, тканевого потребления кислорода. Уменьшаются гипоксические сдвиги. Наблюдается увеличение оксигенации тканей. Увеличивается скорость прироста кислорода при ингаляции. Растет интенсивность тканевого обмена, в первую очередь, окислительного фосфорилирования в митохондриях. Происходит увеличение жизненной емкости легких и их минутной вентиляции. Повышается интенсивность транспорта кислорода, увеличивается его потребление, снижается кислородный долг;
- с гематологических позиций наблюдается уменьшение вязкости крови, гематокри-

та, коагулирующей активности цельной крови и плазмы. В ответ на физическую нагрузку происходит менее интенсивный рост агрегации тромбоцитов, концентрации фибриногена. Замедляется прирост индекса коагулолабильности и удлиняется время коагуляции на фоне увеличения прироста свободного гепарина, фибринолитической активности и ускорения скорости фибринолиза;

- в биохимическом аспекте происходит снижение концентрации адреналина, норадреналина, дофамина. Снижается активность ренина, холестерина и триглицеридов плазмы крови;

- при физической нагрузке наблюдается меньший рост общего холестерина и триглицеридов плазмы крови, больший рост холестерина липопротеидов высокой плотности; отмечается менее активный рост креатинфосфокиназы и лактатдегидрогеназы плазмы крови;

- с физико-механической стороны пульсовые волны участвуют в обеспечении фильтрации жидкости через стенку артерий. Увеличение амплитуды колебаний сосудов действует наподобие "пылесоса", усиливая акт отсасывания липидов с поверхности интимы.

Если в рамках ангиотонического блока распределить всех людей по величине тонуса артерий и жесткости сосудистой стенки, то уменьшение этих показателей также сопровождается комплексом взаимосвязанных изменений: увеличивается скорость максимального кровенаполнения; уменьшаются застойные явления, препятствуя тромбообразованию; повышается гибкость сосудов, уменьшающая их изнашиваемость; увеличивается доля сердечного цикла, приходящегося на расслабление и "отдых" артерий, что способствует восстановлению изношенных сосудистых структур и улучшению микроциркуляции; снижается содержание натрия в эритроцитах и моче, ниже общий обменный натрий, выше его клубочковая фильтрация. Организм потребляет меньше поваренной соли, повышается вкусовой порог к ней.

Влияние перечисленных гемодинамических параметров на смертность проверено в 16-летнем наблюдении за 918 практически здоровыми мужчинами 25-59 лет. Оказалось, что по мере увеличения по квинтилям показателя тонуса сосудов головы (ПТС), минутного ПТС (МПТС), САД, ДАД, индекса массы тела (ИК) и общего периферического сопротивления (ОПС) смертность увеличивалась. Наоборот, по мере увеличения по квинтилям ударного объема сердца (УОС), ударного индекса сердца (УИ), пульсового притока крови в артерии головы (ППК) и роста смертность снижалась (рис. 1).

Для выявления самостоятельного вклада перечисленных зависимостей в суммарную величину дожития (индекс резерва здоровья, ИРЗ) использована пошаговая линейная регрессия, где учитывалось также влияние систолического и диастолического АД (САД и ДАД), максимального прироста кровенаполнения в артериях головы (Ах). ИРЗ оказался равным величине: константа - 0,082146*ТСГ/УИ/рост - 0,003987*САД - 0,000012*ТСГ*ЧСС + 0,0017*ДАД + 0,028311*Ах. Добавление возрастного фактора почти не влияло на силу прогноза. Единицей измерения резерва здоровья предложена "вита" (vita - жизнь), равная 1% вероятности остаться живым в течение 10-летнего наблюдения. В таком случае, например, 30 вит означает количество здоровья, обеспечивающее человеку 30-ти процентный шанс остаться живым в течение 10 лет.

Расчеты показали, что при переходе по квинтилям от низкого резерва здоровья к высокому среди обследованных лиц смертность снижалась в 10 раз (рис.2). Затем была рассчитана смертность от различных причин при разных уровнях ИРЗ. Увеличение ИРЗ сопровождалось одновременным снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, несчастных случаев, остальных причин (рис.3,4,5). Это означает, что выявленный резерв здоровья обладает неспецифическими свойствами по отношению к специфическим причинам болезней. Воспроизводимость связи ИРЗ со смертностью проверена в другом 8-летнем исследовании на популяционном материале более семи тысяч мужчин и женщин 40-59 лет. Наибольшее прямое влияние на смертность выявлено у индекса ПТС*ЧСС, а наибольшее отрицательное влияние у УИ и ППК.

На основании изложенных фактов становится ясной схема взаимодействия причин и механизмов сверхсмертности в России. С началом 90-х годов выраженный рост в населении неудовлетворенности жизнью, депрессии и агрессивности привели к снижению основного обмена, уменьшению ударного индекса сердца и интенсивности кровообращения в сосудах головного мозга и других жизненно важных органов, повышению сосудистого тонуса и общего периферического сопротивления. Это сопровождалось уменьшением неспецифических адаптивных резервов организма. В такой ситуации устойчивость к специфическим патогенным агентам неинфекционной и инфекционной природы снижается. Соответственно у людей, имеющих эти агенты, отмечается возникновение соответствующих заболеваний.

Перечисленное подчеркивает актуальность развития учения о резерве здоровья для разработки мер преодоления сверхсмертности с помощью патогенетической профилактики. Расчеты показали, что актуальную потребность в предупреждении риска преждевременной смерти имеют не более 10-15% трудоспособного населения. Остальные 85-90% обладают достаточным адаптивным потенциалом, чтобы нейтрализовать негативное влияние патогенных условий среды. Современная функциональная диагностика располагает на этот счет адекватными методами измерения объемных и тонических показателей центрального и регионального (мозгового, маточного и т.д.) кровообращения и расчета риска смерти. Наиболее адаптированы для массовых обследований реографические технологии: тетраполярная грудная реография для измерения центральной гемодинамики и биполярная реоэнцефалография для измерения гемодинамики головы. Измерение резервов здоровья с целью оценки риска смерти значительно расширяет возможность управления жизнеспособностью населения. Выявление наиболее нуждающихся в оздоровительных мероприятиях позволит проводить адресную, "точечную" профилактику, что актуально при дефиците ресурсов. Сам пациент становится активным участником этого процесса, контролируя динамику индивидуальной жизнеспособности в процессе выполнения профилактических рекомендаций.

Табл. 1. Гемодинамические показатели и самочувствие здоровья при разных уровнях удовлетворенности жизнью

Показатели	Удовлетворенности жизнью		
	низкая	средняя	высокая
Количество обследованных	61	61	62
Возраст (лет)	56	55	54
Ударный объём сердца (мл)	40	42	49
Ударный индекс (мл/м^2)	21	22	26
Систолическое АД (мл рт.ст.)	171	169	166
Пульсовое давление (мл рт.ст.)	76	71	67
Общее периферическое сопротивление (дин×сек$^{-1}$×см$^{-n}$)	3859	3780	3186
Самооценка здоровья (баллы)	44	49	52
Желаемая продолжительность жизни (лет)	68	75	82
Согласны улучшить свое здоровье (%)	40	70	80

Табл. 2. Гемодинамические и гематологические показатели при разных уровнях депрессии

Показатели	Наличие депрессии		
	нет	начальная	выраженная
Количество обследованных	97	292	97
Возраст (лет)	53	55	57
Ударный объём сердца (мл)	56	53	49
Систолическое АД (мл рт.ст.)	139	145	147
Пульсовое давление (мл рт.ст.)	50	52	55
Общее периферическое сопротивление (дин×сек$^{-1}$×см$^{-n}$)	2511	2632	2934
Концентрация эритроцитов (млн)	6,2	6,0	4,5
Скорость оседания эритроцитов (мм в час)	7,3	7,8	11,0
Самооценка здоровья (баллы)	65	50	43

Рис.1. Риск смерти в квинтилях прямых факторов риска (V/I) и факторов антириска (I/V) у мужчины 25-59 лет

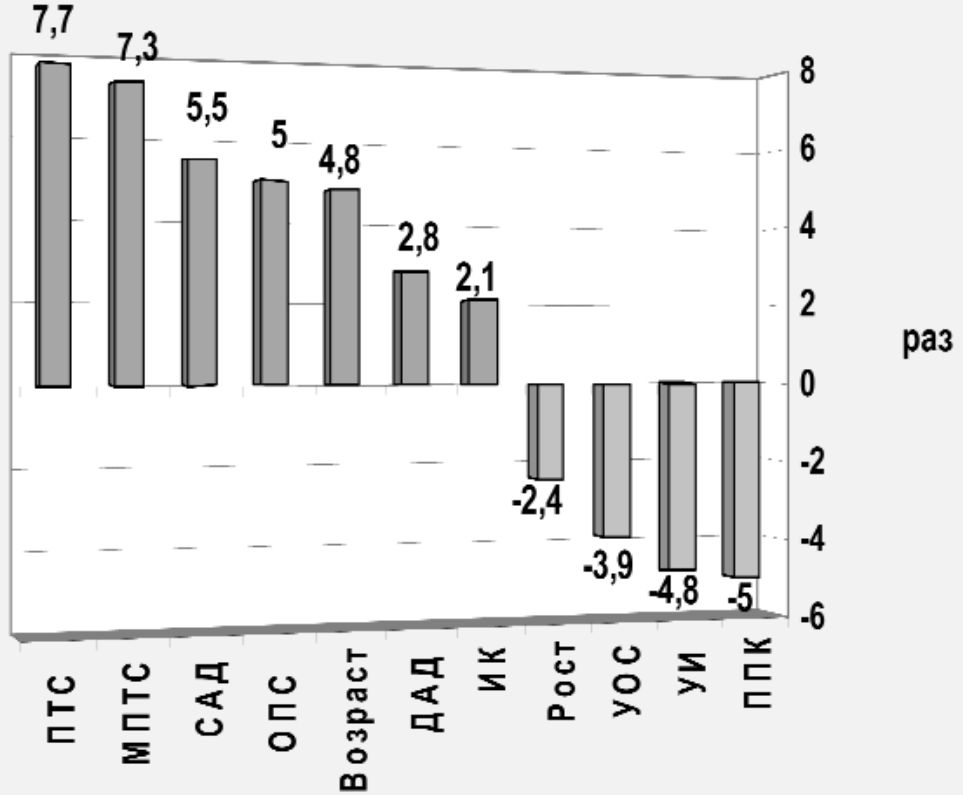


Рис.2. Общая смертность при разных уровнях резерва здоровья у мужчин 25-59 лет, наблюдение 16-лет

Рис.3. Смертность от ССЗ при разных уровнях резерва здоровья у мужчин 25-59 лет, наблюдение16 лет

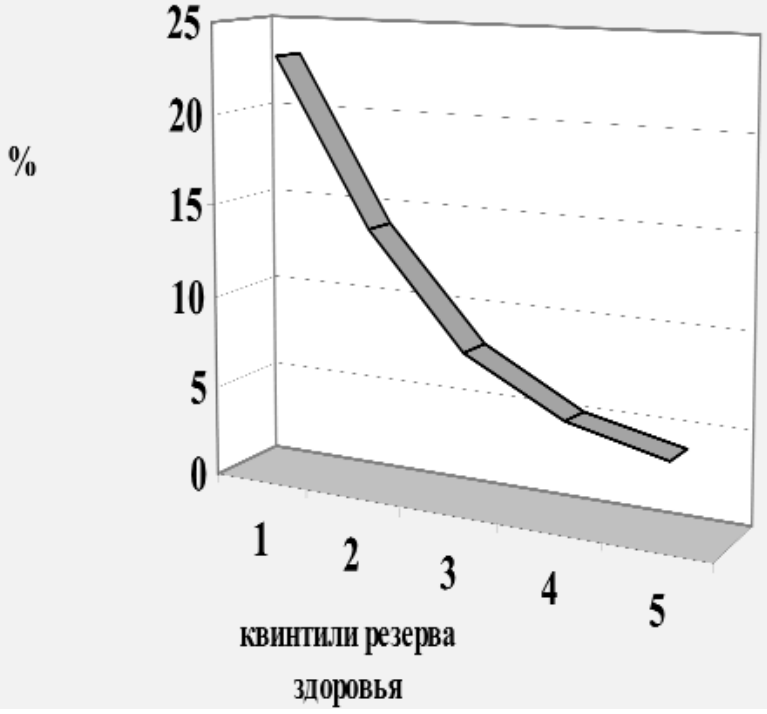


Рис.4. Смертность от новообразований и прочих причин при разных уровнях резерва здоровья у мужчин 25-59 лет, наблюдение16 лет

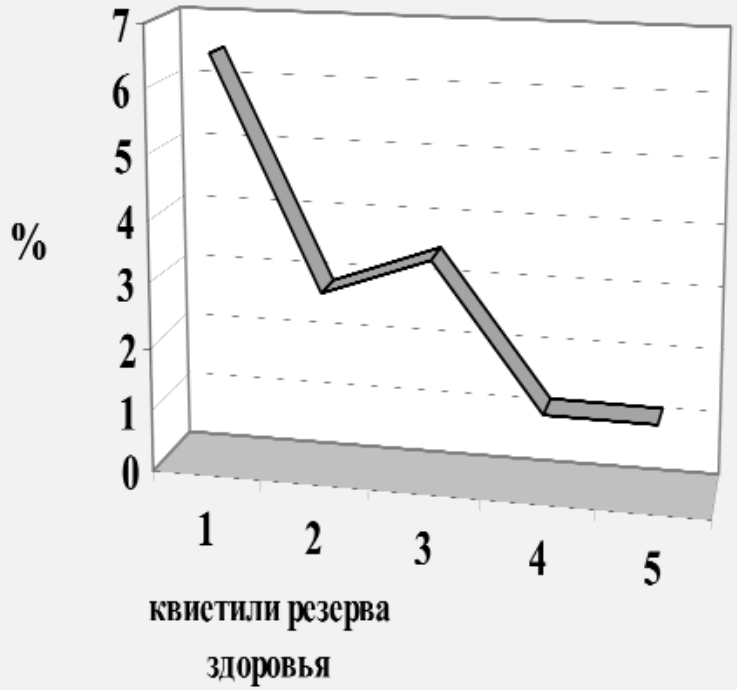
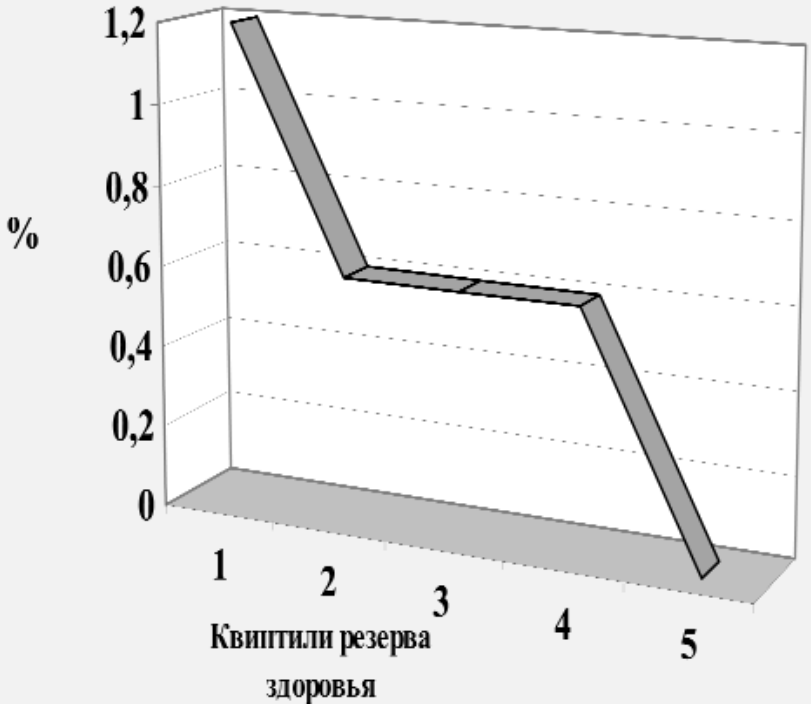


Рис. 5. Смертность от травм при разных уровнях резерва здоровья у мужчин 25-59 лет, наблюдение 16 лет



Апанасенко Г.Л.,
доктор медицинских наук, профессор,
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика
(г. Киев, Украина)

СВЕРХСМЕРТНОСТЬ СЛАВЯНСКИХ МУЖЧИН: БИОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ

С лёгкой руки W.Cockerman (2000) термин "сверхсмертность славянских мужчин" получил широкое распространение в научной литературе. К сожалению, выраженность феномена возрастает. Попытаемся разобраться в его биологической основе.

В эволюции живого рассматриваются два энергетических принципа: экстенсивного и интенсивного развития жизни. Первый связан с захватом энергии биосистемами (распространение видов), а второй - с эффективностью ее использования. При эволюции живых систем все более существенную роль играют процессы, направленные на улучшение качества использования энергии. Установлено, что прогрессивная эволюция живого мира связана с усилением интенсивности дыхания (внутриклеточного энергообразования) организмов. Этот показатель в перерасчёте на 1 г условного организма в процессе эволюции возрос с 0,09 мвт у простейших до 39 мвт у приматов (А.И.Зотин, 1981). Биологический смысл этого процесса состоит в увеличении мощности внутриклеточного энергообразования, а, следовательно, и величины активного обмена, обеспечивающего полноту приспособительных реакций. При этом скорость биохимических реакций - основы процессов жизнедеятельности - возрастает в миллионы раз! Физический же смысл прогрессивной эволюции заключается во все большем удалении от состояния равновесия, от состояния той первичной среды, в которой возникли первые живые системы.

Таким образом, возрастание активного обмена, или интенсивности энергообразования, - итоговая мера прогресса. Чем выше доступные для использования резервы биоэнергетики, тем организм жизнеспособнее, ибо жизнь поддерживается тратой энергии. Работа многочисленных клеточных насосов, определяющих распределение между клеткой и средой электролитов, неэлектролитов и макромолекул; разнообразные процессы всасывания, выделения и внутриклеточного обмена; синтез белков, необходимых для клеточной регенерации, и т.п. - все это сопровождается энерготратами на всех уровнях. Это и энергия сокращения мышечного волокна, и энергия нервных импульсов, и энергия, идущая на синтез секрета железистой клетки, и т.п. При этом отмечается одна важная закономерность: чем мощнее аппарат митохондрий, являющийся субстратом энергопотенциала клетки, тем больший диапазон внешних воздействий она способна выдержать и восстановить свою структуру. От максимальных возможностей аэробного энергообразования зависит жизнеспособность - устойчивость индивида к гипоксии, кровопотере, интоксикации, проникающей радиации и т.п.

Жизнеспособность - биологическая сущность физического здоровья человека. По резервам аэробного энергообразования можно ранжировать уровни физического здоровья. Разработана экспресс-система оценки уровня физического здоровья индивида (УФЗ), доступная для среднего медперсонала, малотрудоёмкая и не требующая сложного оборудования (Г.Л. Апанасенко, 1992). В результате появилась возможность проводить масштабные исследования.

В наших исследованиях показано: чем ниже УФЗ, тем чаще встречаются эндогенные факторы риска развития хронических соматических заболеваний и сами заболевания, а также смертность от них (рис.1). В то же время существует "безопасный уровень" здоровья (4-5-й уровни), выше которого практически не встречаются ни эндогенные факторы риска, ни сами заболевания. "Безопасный уровень" - это тот резерв энергообразования, который достигнут человеком в процессе эволюции. Для того, чтобы его сохранить, необходимо придерживаться определённых "правил игры". Эти правила обозначаются как "здоровый образ (стиль) жизни". Если их не придерживаться, человек начинает сползать с лестницы энергетической эволюции. И при этом закономерно появляются нарушения в деятельности биосистемы.

Печально, но факт: в Украине (так же как, впрочем, и в России) единицы придерживаются

упомянутых "правил игры". И поэтому даже в пределах одного поколения (20 лет) мы наблюдаем существенное уменьшение в Украине популяционной прослойки, находящейся в "безопасной зоне" здоровья (с 8 до 0,8%). Результат - физическая деградация популяции. И никакие усовершенствования лечебно-диагностических мероприятий не могут разрешить сложившуюся ситуацию. То есть: медицина бессильна, она может продлить жизнь человека (ненадолго), если он заболел, но вернуть ему здоровье она не в состоянии.

40 лет назад подобная ситуация наблюдалась в США (рис.2). Если в 1939 году средний американец выходил из "безопасной зоны" здоровья (максимальное потребление кислорода - МПК - ниже 40 мл\мин\кг) на шестом десятилетии жизни, то в 1968 году молодые мужчины находились уже за пределами этой зоны. В то время страна уверенно лидировала в показателях смертности от болезней сердца и сосудов. Однако там удалось переломить общественное мнение, сформировать у рядового гражданина правильные представления о возможностях сохранить и укрепить своё здоровье. И 70% американцев стали придерживаться принципов здорового стиля жизни. Они стали больше двигаться, подсчитывать потреблённые с пищей калории, объявили войну курению и алкоголю. И вот результат: с 1970 по 2002 год смертность от инфаркта миокарда в США уменьшилась в 2 раза, а от мозгового инсульта - в 3 раза. Сейчас по данным отдела превентивной медицины Чикагского университета (M. Carneton a.o., 2005) всего 11-13% взрослого населения США находятся за пределами "безопасной зоны" здоровья. Несколько хуже обстоит дело с детьми и подростками: это показатель составляет 30-35 %. Сравним: доля населения Украины, находящегося сейчас вне пределов "безопасной зоны" здоровья - более 99%. Подобных данных по России нет, но, полагаем, ситуация такая же.

Согласно закону максимума биогенной энергии Вернадского-Бауэра в соперничестве с другими системами выживает та, которая наилучшим образом способствует захвату энергии и её использованию наиболее эффективным способом. Полагаем, что славянская популяция в результате нарушения условий её существования обречена на вымирание по причине снижения её популяционного энергетического потенциала.

Наши попытки обратить внимание власти и научно-медицинской общественности на полученные данные оказываются бесполезными: слишком далеко приведенная концепция находится за пределами ортодоксальных представлений корифеев от медицины.

Есть ли выход из создавшейся ситуации? Несомненно, он есть. На основе холистического подхода к Человеку (духовные, психические и соматические аспекты) нами разработана концепция государственной Программы борьбы с депопуляцией в Украине. В нашей стране она никого не заинтересовала. Мы готовы представить эту Программу в России и надеемся на её обсуждение.

Рис.1

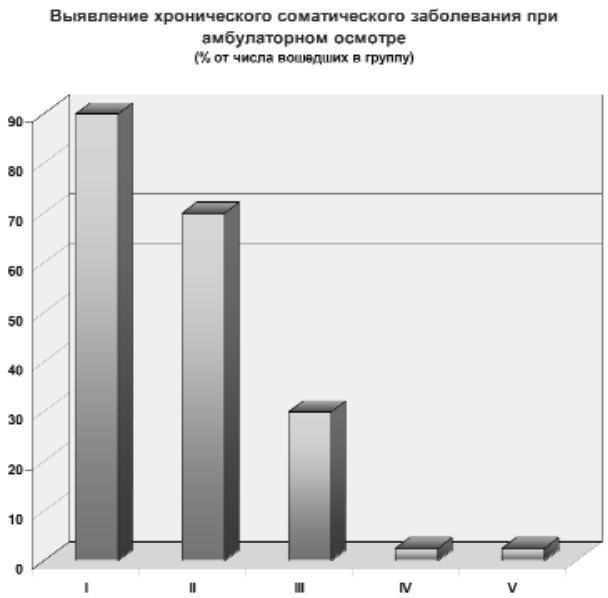
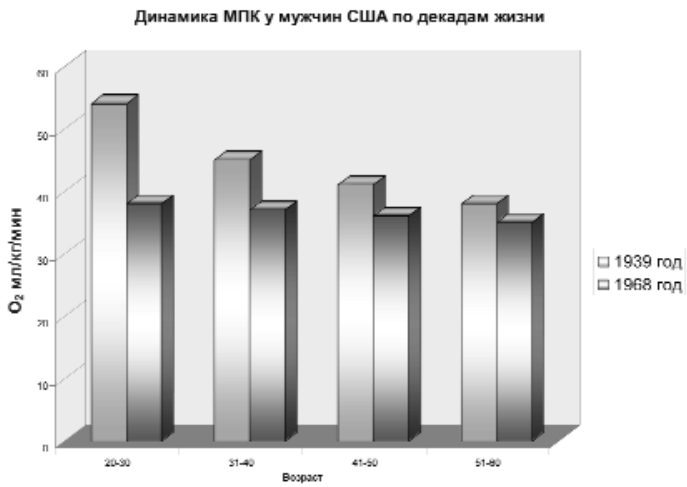


Рис.2



КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ДЕПОПУЛЯЦИЕЙ

В чём причина депопуляции постсоветских славянских государств - однозначного ответа нет. Считается, что в основе вымирания - экономический кризис и обнищание населения. В то же время кризис начала 30-х годов, который поразил США и Европу и который по своим масштабам вполне сравним с нашим, не привёл к депопуляции: и возрастание смертности, и падение рождаемости были несущественными (И.А.Гундаров, 1995). Значит, экономический кризис здесь не причём. Этот вывод подтверждается ещё одним фактом: оказывается, увеличение смертности в Украине отмечается с начала 60-х годов, когда мы жили не так уж и плохо. С тех пор показатели смертности неуклонно возрастали вместе с ростом благосостояния населения.

Многие видят причину депопуляции в развале здравоохранения. Но при этом все забывают уже ставшую банальной истину: здоровье населения лишь на 8- 10% зависит от медицины. Это означает: если завтра бюджет здравоохранения будет равен бюджету всей страны, показатели смертности устоят перед усилиями врачей. И ясно почему: какого бы уровня совершенства не достигали лечебно-диагностические мероприятия, уменьшить количество заболевших они не смогут.

Может быть, причину подскажут демографы? Сомнительно, ибо они, аккуратно фиксируя изменения численности и структуры (возрастной, половой и пр.) населения, ничего не говорят, как изменить ситуацию. Может быть, это антропологи, биологи, физиологи, философы или другие гуманитарии?

Беру на себя смелость утверждать, что ни одна отрасль науки пока не способна дать чёткий ответ на вопрос - в чём причина депопуляции в России и Украине и как с ней бороться?

Кроме - валеологии.

Почему валеология претендует на такое преимущество? Да потому, что только в валеологии подход к Человеку холистический (целостный), только валеология (если иметь в виду науку) рассматривает человека как триединую систему, имеющую чёткую структуру и иерархию (тело, психика, духовность). Только валеология напрямую исследует здоровье и переходные состояния между здоровьем и болезнью. И поэтому только валеология способна дать чёткие рекомендации по выходу из демографического кризиса.

Вот возможный путь решения проблемы депопуляции с позиций валеологии. Каждый биологический вид вымирает по одной простой причине: меняются условия существования, к которым он был приспособлен. Условия жизни человечества изменились радикально, особенно за последние 50 лет. Эти изменения наложили глубокий отпечаток на биологическую суть человеческого естества: снижение на популяционном уровне функциональных резервов органов, систем, организма в целом, нарушение реактивности и резистентности, процессов саморегуляции, уменьшение количества и качества половых клеток, качества потомства и мн. др. - вот характерные черты, отличающие наших современников от их предков. На популяционном уровне существенно снизился аэробный энергопотенциал. Всё это указывает на снижение эффективности самоорганизации живой системы, знаменующей собой состояние механизмов жизнеспособности (механизмов здоровья).

Лечению это не подлежит. Так же как не будут иметь радикального эффекта достижения государства в экономической сфере. Решение проблемы лежит в области восстановления популяционного потенциала здоровья (его энергетического, пластического и регуляторного резерва), иными словами в укреплении здоровья практически здорового человека, и отсюда - восстановлении жизнеспособности всей популяции. Для этого необходимо: создание новой идеологии здоровья, нового понятийного аппарата, новых подходов в системе управления здоровьем (жизнеспособностью). Безусловно, необходимым является изменение психологии и формирование новых ценностей и установок общества, изменение образа (стиля) жизни.

Вот основные принципы валеологии, на которых строится Программа борьбы с депопуляцией:

1. Человек сам должен нести ответственность за сохранение и укрепление свого здоровье, врач может выступать лишь консультантом в решении этой проблемы.

2. Валеологическая образованность индивида, в конечном итоге, значит больше, чем уровень лечебно-диагностических мероприятий.

3. Образ жизни индивида таков, каков образ его мыслей. А образ мыслей определяется взглядами на жизнь, пониманием своей жизненной цели и установки, сформировавшимися критериями добра и зла etc. Иными словами - степенью духовности.

4. Каждый член общества должен пройти четыре ступени достижения цели: Я знаю (всё или многое о здоровье), Я хочу быть здоровым, Я умею быть здоровым, Я делаю всё, чтобы быть здоровым.

Вот на основе этих постулатов и должна строится Государственная Программа выхода из демографического кризиса.

Вот как видятся её основные разделы.

1.Формирование новых ценностей и установок общества, нового отношения к сохранению и укреплению своего здоровья.

Как этого достичь? Ответ на вопрос дадут специалисты по социальной психологии. "Манипуляция сознанием", "психологическая война", "предвыборные технологии" и т.п. - термины из одной области. И специалисты умело ею пользуются. Но для этого необходимо чётко сформулировать задачу, пригласить специалистов для её решения, обеспечить финансирование.

Для "манипуляции" общественным сознанием человечество изготовило великолепные инструменты: телевидение, радиовещание, газеты и журналы etc. Таким образом, социальные психологи готовят технологию, а средства массовой информации - реализуют решение задачи. Специалисты утверждают: нет такой абсурдной идеи, в реальности которой невозможно было бы убедить общество. Что же говорить о такой благородной идее, как наше здоровье.

2. Формирование личностной и социальной мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья у разных групп населения.

Решение этой проблемы - в компетенции психологов. Здесь также существуют хорошо отлаженные технологии. Имеется в виду личностная мотивация. А как быть с социальной?

Ещё в середине 80-х мне удалось в газете "Советский спорт" опубликовать статью под броским названием: "Болеть выгодно!". В ней я доказывал простую истину: вся система помощи больным в СССР сплошь состояла из социальных стимулов болезни. Это и легко получаемые больничные листы, и первоочередные путёвки на санаторно-курортное лечение, и всяческие другие льготы, которые начисто отбивали у человека желание быть здоровым. Помню шквал негодующих откликов и обвинений - вплоть до проповеди фашисткой идеологии. Помню и попытки реализовать материальную стимуляцию здорового образа жизни. Все они закончились неудачей. Почему? Да потому что занимались этим делом дилетанты.

Бесполезно требовать от врача формировать здоровый образ жизни пациента. И правильно: он (врач) не владеет технологией формирования личностной мотивации. Его этому никогда не учили.

Зарубежный опыт, особенно США, говорит о том, что формирование жёсткой мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья - реальность. К примеру, военнослужащий, не сдавший тесты по физической подготовке, не может рассчитывать на повышение по службе.

А жёсткая система штрафов и запретов, связанных с курением в офисах и в местах общественного пользования? Именно она привела к тому, что курение в Штатах стало немодным. Разве может быть модным неуспешный человек? Есть масса других подобных примеров.

Разработкой системы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья должны заниматься специалисты. При этом, очевидно, что у разных групп населения должны быть разными методы формирования мотивации.

3. Формирование и внедрение системы воспитания и обучения здоровью разных групп населения.

Конечно же, речь идёт об обязательном включении валеологии в учебные программы школ, ВУЗов и, не исключено, дошкольных учреждений. Но, как оказалось, это непросто. А суть проблемы вот в чём.

Когда появилась первая информация о валеологии - науке о здоровье -министерства просвещения России и Украины сразу оценили её возможную роль в формировании здоровья подрастающего поколения, введя в педагогических университетах и школах новую учебную дисциплину "Валеология". Задача - вовлечение личности в процесс собственного здравостроительства.

Но как в России, так и в Украине ухитрились поставить телегу впереди лошади: нет ни преподавателей, ни учебников, нет, в конце концов, общей концепции преподавания нового предмета. В отличие от Запада, где всё это есть и преподаётся в рамках учебной дисциплины "Health education".

Здравый смысл подсказывает, что привлечь ребёнка к собственному "здравостроительству" можно лишь в том случае, если будут учтены три аспекта решения проблемы. Во-первых, это образовательный аспект: ребёнок должен получить и усвоить информацию о том, что хорошо для здоровья и что плохо. Во-вторых, аспект воспитательный - формирование мотивации у каждого школьника к тому, чтобы сохранять и укреплять своё здоровье. И третий аспект - чисто практический, в котором необходимо предусмотреть минимум оздоровительных мероприятий: полноценное физическое воспитание, питание и формирование оптимального психологического климата в школе. И конечно все практические мероприятия должны проходить на фоне постоянного мониторинга ("измерения") уровня здоровья. Только этот показатель даст нам достоверную информацию - правильны ли наши действия, в нужную ли сторону направлены наши усилия.

Но когда за дело берутся люди, не имеющие никакого представления о валеологии, это дело легко загубить. Началось всё в России. И связано это с половым воспитанием.

Нужно ли вообще в курсе школьной валеологии поднимать вопросы пола? Несомненно, но только в том объёме, который имеет отношение к здоровью. Нужно ли учитывать национальные, религиозные, культурологические и иные особенности регионов, где проводится половое воспитание? Вопрос, на наш взгляд, риторический. Славянский менталитет и принципы православия во главу угла ставят целомудрие, а не "свободную любовь". Однако половое воспитание в России проводилось в рамках учебной дисциплины "Валеология" по западным стандартам. Что и привело к печальным последствиям - исключению валеологии из учебных планов школ и ВУЗов.

Мы подробно остановились на проблеме школьной валеологии для того, чтобы не наступать второй раз на грабли. У валеологии в системе образования много врагов.

4. Физическое воспитание различных групп населения.

На всех форумах, где мне приходится выступать по данной проблеме, я повторяю одну и ту же мысль: "Развал советской системы физического воспитания сказался негативно на здоровье нашего населения больше, чем развал советской системы здравоохранения".

Нет более мощного средства укрепления здоровья и продления жизни, чем адекватная функциональному состоянию индивида двигательная активность. По данным украинских геронтологов (О.Коркушко и соавт.,2004) пожилые люди, систематически занимающиеся аэробными упражнениями, по состоянию функций моложе своих сверстников на 12 (!) лет. Эти 12 лет и составляют временной разрыв в наступления смерти мужчин и женщин в Украине. Вот всем доступное средство, чтобы превратить "страну вдов", которыми сейчас являются Россия и Украина, в сказочную страну, где супруги покидают этот бренный мир в один год.

Когда американский папа приводит своего ребёнка в школу, он, прежде всего, интересуется: "А как у вас поставлено физическое воспитание?". У нашего родителя вопрос звучит по-другому: "Как освободить ребёнка от физкультуры?" Если бы школы были оборудованы бассейнами и благоустроенными спортивными площадками, а занятия проходили с учётом склонностей ребёнка, этот бы вопрос вряд ли возник. Кроме школ и ВУЗов, не следует забывать и о взрослом населении.

5. Обеспечение мониторинга индивидуального здоровья (его "количества", а не болезней), а также индивидуальных рекомендаций по его сохранению и укреплению.

Этот пункт Программы выполняется учреждениями здравоохранения. Но приступить к его реализации удастся лишь тогда, когда уже будет сформирована соответствующая мотивация у населения, когда появится спрос на эту услугу.

Лет 30 назад при поликлиниках были организованы отделения профилактики. Но они работали по старой методике - искали признаки патологии у пациентов, проводя их через все анализы и осмотры "узких" специалистов. Система дорогая и малоэффективная. Сейчас мы можем предложить экспресс-систему оценки уровня (количества) здоровья, которая доступна среднему медперсоналу и даёт достаточно информации для прогноза развития заболеваний и назначения оздоровительных мероприятий.

6. Создание кадрового потенциала и материально-технической базы для сохранения и укрепления здоровья населения (диагностических подразделений нового типа, физкультурно-оздоровительных центров, центров психологической и социальной разгрузки, центров здорового потомства, рекреационных зон, тренажёров, промышленного производства пищевых добавок и мн.др.).

Эта позиция Программы не нуждается в теоретическом обосновании.

Выполняется несколькими министерствами.

7. Участие предпринимателей и руководителей производства в оздоровлении своих работников.

Здесь нечего придумывать: можно воспользоваться зарубежным опытом. Там прекрасно понимают, что вложение денег в здоровье рабочего означает финанисирование производства. И капиталист на это денег не жалеет. Но речь не идёт о строительстве лечебных учреждений. Строятся спортивные площадки, бассейны, базы отдыха. Если бы это не было выгодно, никто бы этим не занимался.

8. Социально-экономическое стимулирование рождаемости.

Зарубежный опыт (например, "бэби-бум" в США в 60-х г.г.) говорит о том, что рождаемостью тоже можно управлять. Однако прямолинейное финансирование рождаемости, как это делается сейчас - путь малообоснованный. Для поиска необходимых рычагов управления этим процессом нужны социологические исследования.

9. Создание системы сбора и обработки информации о реализации Программы и её эффективности.

Не исключено, что такая система должна функционировать при Министерстве здравоохранения или при структуре, которую целесообразно создать для реализации Программы.

Объём доклада не даёт возможность изложить всю концепцию Программы, но в ней предполагается научное и научно-техническое сопровождение, законодательное и нормативно-правовое обеспечение, разработка проблем финансирования и самофинансирования, привлечение различных религиозных конфессий для формирования здорового образа жизни, меж- и внутрисекторальное сотрудничество отдельных направлений и мн.др.

Концепция Программы, носящая название "Противодействие депопуляции в Украине", была представлена для рассмотрения руководству страны, Национальной академии наук, Академии медицинских наук Украины.

Ответа нет.

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ПРОЦЕССУ ДЕПОПУЛЯЦИИ (КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ)

Аннотация

Депопуляционные процессы в странах постсоветского пространства во многом обусловлены физической деградацией населения, проявляющейся в снижении энергообеспечения процессов жизнедеятельности (аэробной производительности), выходящей за пределы эволюционно обусловленной эффективности внутриклеточного энергообразования (Г.Л.Апанасенко, 2006). Это приводит к нарушению функциональной способности органов и систем, повышению заболеваемости, возрастанию показателей смертности, снижению репродуктивной активности и т.п. Так, в Украине (так же, как и в России, Белоруссии и т.д.) доля лиц, находящихся в "безопасной" зоне здоровья, определяемой по показателям аэробной способности индивида, составляет менее 1%. В США этот показатель равен 89% у мужчин и 87% у женщин (M.Carneton a.o.,2005). Совершенно очевидно, что никакие усовершенствования лечебно-диагностического процесса не способны изменить сложившуюся ситуацию. Решение проблемы лежит в реализации комплекса межведомственных мероприятий, направленных на возрастание энергетического потенциала популяции и перемещении большей её части в "безопасную" зону здоровья. Для этого требуется: создание новой идеологии здоровья, нового понятийного аппарата, новых подходов в системе управления здоровьем. Совершенно необходимо изменение психологии, формирование новых ценностей и установок общества. Ни одно отдельно взятое ведомство не в состоянии решить подобную проблему. Требуется создание единой государственной системы сохранения и укрепления здоровья популяции через индивидуальное здоровье. Важнейшими компонентами ее должны являться:

- формирование у населения мотивации к сохранению и укреплению здоровья;
- формирование структур для оценки и мониторирования уровня здоровья индивида;
- создание кадрового потенциала и материально-технической базы для сохранения и укрепления здоровья (диагностических подразделений нового типа, физкультурно-оздоровительных центров, центров психологической и социальной разгрузки; центров здорового потомства, рекреационных зон, обеспечение промышленного выпуска оснащения, пищевых добавок и т.д.);
- создание законодательной базы и нормативно-правовых документов;
- финансирование отдельной строкой в бюджете;
- наличие руководящей структуры и соответствующей административной вертикали;
-создание активной части общественности для использования организационного и творческого потенциала населения.

Принципы, на которых строится Проект

1. Каждый индивид сам несёт ответственность за своё здоровье. Он должен быть субъектом, а не объектом оздоровительных мероприятий. Медицинский работник выступает в роли консультанта в деле формирования и реализации оздоровительных программ.

2. Образованность индивида в области проблем сохранения и укрепления здоровья играет, в конечном итоге, более важную роль, чем уровень лечебно-диагностических мероприятий в регионе.

3. Физическое здоровье индивида определяется образом (стилем) его жизни, который, в свою очередь, зависит от образа его мыслей. Образ мыслей индивида - результат его духовности, понимания того, для чего он пришёл в этот мир, и что оставит после себя.

4. Каждый человек на пути к оздоровлению должен пройти 4 ступени: я знаю многое о здоровье, я хочу быть здоровым, я умею быть здоровым, я делаю всё, чтобы быть здоровым.

5. Процесс управления здоровьем строится на характеристике управляемого объекта прямыми показателями, формировании управляющих действий, их реализации, оценке их адекватности и эффективности (по состоянию управляемого объекта). При выпадении одного из компонентов процесса управления (технологической цепочки оздоровления) достичь поставленной цели невозможно.

Основная цель Проекта

Противодействие процессу депопуляции преимущественно за счёт снижения заболеваемости и смертности в популяции, возрастание репродуктивной и социальной её активности. Цель достигает-

ся путём формирования межведомственной функциональной системы, способной обеспечить полноту и завершённость технологического цикла процесса управления здоровьем (социальные, социально-психологические, психологические, образовательные, медицинские и др. аспекты процесса).

Инновации

Принципиально новым в предлагаемом Проекте является:

Управление здоровьем индивида на базе количественных его характеристик и контроль эффективности управляющих действий (достижение "безопасного" уровня здоровья).

Создание (впервые в мировой практике) системы сохранения и укрепления здоровья индивида (а не медицинской помощи заболевшим, что является общепринятым).

Достижение максимально возможного уровня индивидуального, а через него и популяционного здоровья в неблагоприятных экологических и социально-экономических условиях.

Предлагаемые принципы сохранения и укрепления здоровья населения базируются на системной основе, использовании замкнутых технологических циклов, критериях оптимальности и минимизации затрат.

Основные направления Программы

1. Формирование новых ценностей и установок общества, нового отношения к сохранению и укреплению своего здоровья. В рейтинге социальных ценностей здоровье должно занимать приоритетное место. Как этого достичь?

"Манипуляция сознанием", "психологическая война", "предвыборные технологии" и т.п. - термины из одной области. Для "манипуляции" общественным сознанием человечество изготовило великолепные инструменты: телевидение, радиовещание, газеты и журналы etc. Таким образом, социальные психологи готовят технологию, а средства массовой информации - реализуют решение задачи. Специалисты утверждают: нет такой абсурдной идеи, в реальности которой невозможно было бы убедить общество. Что же говорить о такой благородной идее, как наше здоровье.

2. Формирование личностной и социальной мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья у разных групп населения.

Решение этой проблемы - в компетенции психологов. Здесь также существуют хорошо отлаженные технологии. Что касается социальной мотивации, то здесь можно использовать зарубежный опыт (борьба с вредными привычками, карьерный рост в связи с уровнем физического состояния и пр.) с учётом наших социально-экономических отношений.

3. Формирование и внедрение системы воспитания и обучения здоровью разных групп населения. Речь идёт, как минимум, о возвращении учебной дисциплины "Валеология" в средние и высшие учебные заведения страны.

Необходимо создание концепции непрерывного валеологического образования. В разделе "половое воспитание" акцент делается на принципе целомудрия.

4. Физическое воспитание различных групп населения. При этом должна быть изменена его методология: от развития двигательных навыков и действий необходимо перейти к развитию физических качеств, главным образом - общей выносливости (общая выносливость - основа аэробной способности).

Обеспечение мониторинга индивидуального здоровья (его "количества", а не болезней), а также индивидуальных рекомендаций по его сохранению и укреплению. Это в компетенции медиков.

Создание кадрового потенциала и материально-технической базы для сохранения и укрепления здоровья населения. К примеру, в физкультурных ВУЗах необходима подготовка педагогов-валеологов, способных обеспечить в полном объёме реализацию оздоровительных мероприятий.

Участие предпринимателей и руководителей производства в оздоровлении своих работников. Здесь нечего выдумывать: можно воспользоваться зарубежным опытом. Там прекрасно понимают, что вложение денег в здоровье рабочего означает финанисирование производства. И капиталист на это денег не жалеет. Но речь не идёт о строительстве лечебных учреждений. Строятся спортивные площадки, бассейны, базы отдыха. Если бы это не было выгодно, никто бы этим не занимался.

Обеспечение продовольственной безопаснсти и водопотребления в регионе.

Создание системы сбора и обработки информации о реализации Проекта и его эффективности.

Участие различных религиозных конфессий и общественных организаций в формировании нового отношения к своему здоровью у населения.

Создание необходимой законодательной базы и нормативно-правовых документов.

Финансирование отдельной строкой в бюджете. Самофинансирование.

Создание руководящей структуры и соответствующей административной вертикали для реализации Проекта.

Формирование активной части общества для использования организационного и творческого потенциала населения.

Научная, научно-техническая и техническая поддержка Проекта

СТРУКТУРА НАПРАВЛЕНИЙ ПРОГРАММЫ

1. НАЗВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЯ.
2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ.
3. НАЛИЧИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ.
4. СОСТОЯНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ.
5. СУТЬ МЕРОПРИЯТИЙ, ИСПОЛНИТЕЛЬ, СРОКИ.
6. ФИНАНСИРОВАНИЕ.
7. МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО.

Каждое из направлений возглавляется специалистом соответствующего профиля.

ЭТАПЫ ВЫПОЛЕНИЯ ПРОГРАММЫ

1. Подготовительный этап:

-назначение руководителей (профессионалов) по каждому направлению Программы;

- создание рабочих групп;

-отработка методических подходов к формированию Программы;

- согласование сроков и форм отчётности и т.п.

2. Формирование Программы и начало её реализации.
3. Реализация Программы.
4. Оценка эффективности Программы.

Предполагаемые результаты

Снижение темпов процесса депопуляции и в дальнейшем её полное прекращение.

При формировании Концепции Программы использованы впервые описанные нами феномены здоровья:

1. Диагностика здоровья: Разработана методология и экспресс-методика количественной оценки уровня здоровья индивида. Методика доступна для использования средним медперсоналом.

2. "Безопасный уровень здоровья": Количественно охарактеризованный уровень соматического здоровья, препятствующий развитию эндогенных факторов риска и хронических соматических заболеваний. Является научной основой первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

3. "Саморазвитие" патологического процесса при выходе индивида из "безопасной зоны" здоровья. Определены механизмы этого процесса.

4. Прогнозирование здоровья. На основе катамнестических исследований определена возможность развития патологии и смерти от заболевания в зависимости от уровня здоровья.

5. Превентивная реабилитация: возвращение индивида в "безопасную зону" здоровья.

6. Управление здоровьем индивида: Возможность характеристики управляемого объекта /здоровья индивида/ дает возможность проведения управляющих действий и оценки их эффективности.

Беляков В.К.,
председатель Правления
АНО "Здоровье работающего населения России"

ПРОГРАММА "ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ"

По инициативе Российской Академии медицинских наук совместно с Минздравсоцразвития РФ, Министерством труда РФ, Фондом социального страхования РФ и другими заинтересованными министерствами и ведомствами разработан проект целевой Программы "Здоровье работающего населения России на 2004-2015 гг.".

Необходимость разработки подобной программы возникла уже давно. Медико-демографическая ситуация, сложившаяся к настоящему времени, при сохранении существующего уровня смертности лиц трудоспособного возраста, в достаточно короткий срок может привести к реальному дефициту трудовых ресурсов, что, в свою очередь, будет объективно препятствовать созданию устойчивой финансово-экономической и ресурсной базы государства, дальнейшему экономическому развитию страны и росту ее валового национального продукта.

Статистика за последних 12 лет свидетельствует о том, что общая численность населения страны сократилась за этот срок более чем на 5 млн. человек, или почти на 4%, при этом численность занятого населения - более чем на 12,0 млн., то есть потери лиц трудоспособного возраста значительно опережают потери населения в целом. В соответствии с прогнозом Минэкономразвития России, сокращение численности работающих, занятых в основных отраслях производства, сохранится и в ближайшие 10-15 лет. Общие потери рабочей силы за 2006-2015 гг. составят более 10 млн. человек (в среднем по 1 млн. рабочих рук ежегодно).

Необходимо также отметить, что, как показывает мировой опыт, если расходы на проведение мероприятий в области защиты профессионального здоровья трудящихся составляют около 0,2% от валового внутреннего продукта, то отсутствие таких мер обходится государству потерями в 20% от ВВП.

Принятие программы на федеральном уровне позволит в достаточно сжатые сроки достичь следующих результатов:

- повышение качества жизни работающего населения России;
- сохранение и приумножение трудового потенциала страны;
- снижение уровня преждевременной смертности населения трудоспособных возрастов и увеличение уровня средней продолжительности предстоящей жизни мужчин - на 9, 5 лет, женщин - на 4,5 года;
- снижение на 20% уровня профессиональных заболеваний и первичного выхода на инвалидность за счет проведения профилактических мер, повышения эффективности медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;
- снижение общей заболеваемости и трудопотерь по временной нетрудоспособности на 15%;
- приведение 90% рабочих мест в соответствие с санитарно-гигиеническими нормами и требованиями;
- создание системы мониторинга условий труда, состояния здоровья работающих, управления профессиональными рисками;
- формирование "Национального регистра по профессиональной заболеваемости, травматизму и инвалидности";
- снижение уровня профессиональных и сочетанных рисков для здоровья работников за счет внедрения современных безопасных технологий производства, улучшения защиты работающих и усиления контроля за состоянием их здоровья и допуском к профессиональной деятельности.

За время, прошедшее с момента разработки Программы рабочей группой была проведена следующая работа:

1. Программа "Здоровье работающего населения России на 2004 - 2015 гг." была поддержана 57 регионами РФ:

Республика Адыгея, Республика Бурятия, Республика Коми, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Удмурдская Республика, Республика Хакасия, Чеченская республика, Амурская область, Архангельская область, Белгородская область, Брянская область, Владимирская область, Вологодская область, Воронежская область, Ивановская область, Иркутская область, Калужская область, Кемеровская область, Кировская область,

Костромская область, Курганская область, Курская область, Липецкая область, Магаданская область, Московская область, Мурманская область, Нижегородская область, Новгородская область, Оренбургская область, Омская область, Орловская область, Пензенская область, Пермская область, Псковская область, Ростовская область, Саратовская область, Смоленская область, Сахалинская область, Ульяновская область, Тверская область, Томская область, Тульская область, Тюменская область, Ярославская область, Ханты-мансийский АО, Корякский АО, Ненецкий АО, Ямало-Ненецкий АО, Таймырский АО, Еврейская АО, Москва, Приморский край, Ставропольский край, Красноярский край, Краснодарский край, Хабаровский край.

7 регионов уже начали подготовку к разработке региональной программы "Здоровье работающего населения":

Удмурдская республика, Белгородская область, Костромская область, Иркутская область, Ямало-Ненецкий АО, Таймырский АО, Москва.

11 регионов выразили готовность к разработке соответствующей региональной программы:

Республика Татарстан, Брянская область, Воронежская область, Владимирская область, Ивановская область, Нижегородская область, Саратовская область, Смоленская область, Ульяновская область, Ханты-мансийский АО, Приморский край.

9 регионов имеют намерение включить мероприятия Программы в уже действующие региональные программы:

Республика Бурятия, Вологодская область, Калужская область, Пензенская область, Ростовская область, Кемеровская область, Тюменская область, Ставропольский край, Краснодарский край

11 регионов выразили готовность приступить к разработке региональной программы "Здоровье работающего населения России" после того, как Программа приобретет статус федеральной:

Республика Адыгея, Курганская область, Курская область, Омская область, Магаданская область, Мурманская область, Пермская область, Тульская область, Ярославская область, Приморский край, Ханты-Мансийский АО.

2. Проект Программы был обсужден и получил полное одобрение участников II Всероссийского конгресса "Профессия и здоровье", прошедшего в сентябре 2003 года в Иркутске.

3. 5 декабря 2003 года доклад директора НИИ медицины труда, академика Измерова Н.Ф. по программе "Здоровье работающего населения России на 2003 - 2004 гг." был заслушан на заседании Российской трехсторонней комиссии под председательством заместителя Председателя Правительства Кареловой Галины Николаевны. По итогам обсуждений проекта Программы было принято решение предложить Правительству РФ дать указание о разработке проекта Федеральной целевой программы "Здоровье работающего населения России на 2005 - 2015 гг.". Также Г.Н. Кареловой было решено создать правительственную комиссию по координации мер по сохранению здоровья работающего населения.

4. 25 февраля 2004 года на заседании Межведомственной комиссии Совета Безопасности РФ по охране здоровья населения был также рассмотрен проект Программы. По итогам заседания было принято решение просить Правительство РФ рассмотреть вопрос о целесообразности разработки федеральной целевой программы (подпрограммы) "Здоровье работающих в условиях повышенного риска на 2005 - 2014 годы".

5. В 2004 году создана Автономная некоммерческая организация "Здоровье работающего населения России" с целью координации усилий различных министерств и ведомств, работодателей, профсоюзов, медицинских специалистов и социальных работников в деле сохранения здоровья работающих.

6. Во время состоявшейся в апреле 2005 года встречи Президента РФ В.В.Путина с представителями Федерального Собрания РФ, заместителем Председателя Совета Федерации Федерального Собрания РФ М.Е.Николаевым было доложено о ходе разработки Программы.

7. В данный момент рабочая группа ведет работу над созданием блока программы для работодателей "Социальная политика предприятия. Здравоохранение". Свою заинтересованность в принятии подобного раздела выразили ряд крупных предприятий "СУАЛ-Холдинг", ГАЗПРОМ, РАО "ЕЭС России", "ПРОТЕК" и др., а также представители Российского Союза промышленников и предпринимателей (работодателей).

8. В соответствии с решением IV Всероссийского конгресса "Профессия и здоровье" создано более 40 региональных отделений Общероссийской общественной организации "Здоровье работающего населения России". 31 октября 2006 года в рамках V Всероссийского конгресса "Профессия и здоровье" состоится съезд представителей региональных отделений организации.

9. В июне 2006 года Первым заместителем Председателя Правительства РФ Д.А.Медведевым дано поручение Минздравсоцразвития России рассмотреть перспективы подготовки программы "Здоровье работающего населения России".

Бойко Н.Н.,
научный сотрудник НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением

НЕДОСТАТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Уровень рождаемости в России значительно сократился с середины 80-х годов. Вместе с ростом смертности это привело к уменьшению численности населения (депопуляции). При этом к числу приоритетных научных направлений относится расширение эпидемиологических и социально-гигиенических исследований для выявления роли отдельных факторов риска в нарушении репродуктивного здоровья.

Среди причин репродуктивного неблагополучия определенное значение имеют выкидыши. Их частота достигает, по разным источникам, 5%-15% от всех беременностей. Последующее за выкидышем оперативное вмешательство в полость матки нередко сопровождается воспалительными процессами, спайками, дисфункцией, приводящими к вторичному бесплодию. Поэтому профилактика выкидышей является важным средством улучшения демографической ситуации, когда объектом воздействия является женщина, которую не надо убеждать иметь ребенка. Она желает родить, и смогла забеременеть.

Чтобы предупредить возникновение выкидыша, нужно знать вызывающие его причины. Традиционно таковыми считаются различные заболевания: болезни системы кровообращения, эндокринной системы, крови, инфекции, врожденные аномалии. Что касается физиологических особенностей организма женщины и образа ее жизни, то их влияние на невынашивание беременности изучалось недостаточно. Особенно это относится к уровню эпидемиологических закономерностей. В научной литературе не удалось найти результатов широких популяционных исследований связи образа жизни беременной с риском развития выкидышей.

К числу часто контролируемых показателей образа жизни относится курение. Показано негативное влияние этой привычки на увеличение риска выкидышей. Еще одним признаком нездорового образа жизни является отклонение от нормы массы тела. Основное внимание при этом уделяется коррекции избыточного веса. В акушерстве наличие ожирения считается фактором риска спонтанных абортов, нефропатий, дородового излития вод, кровотечений, перинатальной смертности.

С другой стороны, в эпидемиологии неинфекционных заболеваний нарастает количество работ, доказывающих негативное влияние не только избыточной, но и недостаточной массы тела на здоровье и продолжительность жизни. Высказывается положение об универсальном значении U-образных связей, где низкая упитанность также выступает фактором риска заболеваний, смерти и преждевременного старения. Что касается репродуктивного здоровья беременных, то влияние на него недостаточной массы тела исследовалось слабо. В обширном обзоре причин невынашивания беременности этот фактор даже не упоминается. Имеются лишь немногочисленные работы, выполненные на селективном материале, в которых показано при дефиците массы тела увеличение частоты выкидышей, анемии беременных, токсикозов, преждевременного излития околоплодных вод. Популяционных исследований на данную тему в акушерстве не удалось найти.

В то же время в ветеринарии имеется большое количество наблюдений, в том числе и популяционного характера, где показано негативное влияние недостаточной массы тела животных на репродуктивную функцию. При малой упитанности у них чаще наблюдаются спонтанные аборты, уменьшается численность помета, снижается жизнеспособность и масса плода. В результате не только избыточная, но и недостаточная упитанность представляется фактором репродуктивного неблагополучия животных.

Цель работы

Изучить на популяционном уровне влияние недостаточной массы тела беременных на вынашивание беременности.

Материал и методы

Материалом послужили все беременные женщины 17-36 лет количеством 879 человек (генеральная совокупность), наблюдавшиеся по поводу беременности за период 1998-2002 гг. на гинекологическом участке одной из подмосковных городских поликлиник у участкового гинеколога. Исследование было сплошным, включавшим всех женщин, обратившихся по месту жительства. По организационно-территориальным условиям беременные не имели возможности обращаться к другим гинекологам. В проспективное исследование были включены беременные, обратившиеся в срок до 7 недель - 860 человек. Не вошли в анализ обратившиеся в более поздние сроки - 19 человек. Выбыли из исследования по причине переезда на другое место жительства 7 человек. Остальные 853 пациентки находились под наблюдением до окончания беременности. Критерием окончания беременности служили роды или выкидыш.

При оформлении на учет для каждой женщины заводилась "Индивидуальная карта беременной и родильницы" (форма №111/У). В срок 30 недель выдавалась обменная карта беременной (форма 113/У). Все роженицы, поступившие в родильный дом из указанного гинекологического участка, имели обменную карту.

Сбор материала и последующее наблюдение проводил один и тот же специалист, используя стандартизованные технологии клинических и гинекологических обследований.

Результаты и обсуждение

Количество выкидышей составило 49 случаев или 5,7% от числа беременных. Для изучения их связи с индексом Кетле были выделены интервалы ИК по два кг/м^2: 16-17,9; 18-19,9; 20-21,9; 22-23,9; 24-25,9; 26-27,9; 28-29,9, 30 и более.

Табл. 1. Частота выкидышей при разных значениях индекса Кетле в ранние сроки беременности

Показатели	Интервалы индекса Кетле (кг/м^2)							
	< 18	18-19,9	20-21,9	22-23,9	24-25,9	26-27,9	28-29,9	≥ 30
Количество обследованных	48	153	215	189	96	66	39	47
Число выкидышей	6	15	11	3	4	3	3	4
% в интервале	12,5	9,8	5,1	1,6	4,1	4,5	7,7	8,5

Обнаружено, что наименьшая частота выкидышей имелась при ИК 22-24 кг/м^2 - 3 случая среди 189 беременных, или 1,6%. На этом основании данный диапазон был определен как оптимальный. Соответственно диапазон ИК < 22 кг/м^2 отнесли к недостаточной массе тела. Таких беременных оказалось 416 человек. У них развилось 32 выкидыша, или 7,7%. Диапазон ИК > 24 кг/м^2 определили как избыточную массу тела. Таких беременных оказалось 248 человек. Количество выкидышей у них составило 14 случаев, или 5,7%.

Таким образом, у беременных с недостаточной массой тела риск развития выкидышей оказался в 4,8 раза выше, чем при оптимальном ИК. У лиц с избыточной массой тела этот риск был в 3,6 раза выше.

При сравнении лиц с недостаточной, средней и избыточной массой тела выявлено, что первые были моложе: 24,1 - 25,7 - 27,3 года.

В первой группе по сравнению со второй и третьей имелись несколько меньшие размеры таза по всем четырем акушерским измерениям: d.sp., d.cr., d.tr., c.ext.

Показатели систолического и диастолического артериального давления были ниже при недостаточной массе тела.

Среди худых беременных, по сравнению с беременными, имеющими средний и избыточный вес, выявлено больше курильщиц, соответственно, 7,5% - 3,2% - 4,5%.

Не выявлено существенных различий по длине тела, частоте сердечных сокращений, содержанию эритроцитов, гемоглобина.

Длительность течения беременности была одинаковой во всех группах.

Поскольку беременные с недостаточной массой тела имели ряд отличий по перечисленным показателям, потребовалось изучить самостоятельную связь этих показателей с выкидышами. Для этого все обследованные были разбиты на две группы. В первую группу вошли беременные с ИК ниже середины оптимального диапазона: 524 беременные с ИК 16-23 кг/м^2. У них применили процедуру пошаговой линейной регрессии. В качестве зависимой переменной служил факт выкидыша. В качестве независимых переменных использовались длина и масса тела, САД, ДАД, ЧСС, курение, четыре акушерских размера таза, гемоглобин, СОЭ, возраст матери. В итоговую модель отбирались те показатели, которые увеличивали суммарный R^2 модели при достоверности показателя $p < 0,1$.

Наиболее сильная прямая регрессия выявлена у длины и массы тела. Это означает, что в диапазоне ИК 16-23 кг/м^2 риск выкидыша тем больше, чем выше рост беременной. Наоборот, масса тела имела обратную регрессивную зависимость, что свидетельствует о ее защитной функции. Здесь риска выкидышей уменьшался у беременных с большей массой тела. Самостоятельным негативным эффектом обладало курение. У СОЭ выявлена отрицательная связь с выкидышами, природа которой в литературе не описана.

Выводы

При профилактике выкидышей оптимальной величиной индекса Кетле в ранние сроки беременности являлся для исследованной популяции диапазон 22-24 кг/м^2.

В случае недостаточной и избыточной массы тела риск выкидышей увеличивался в 4,8 и 3,6 раза.

При недостаточной массе тела прямое самостоятельное влияние на риск выкидышей оказывали длина тела и привычка курения, а отрицательную связь имели масса тела и СОЭ.

Борисов А.В.,
генеральный директор ООО "Школа Оздоровления"

МЕСТНЫЕ "ШКОЛЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ" КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И ПРОДЛЕНИЯ ПЕРИОДА АКТИВНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1. Два различных подхода к проблеме охраны здоровья населения в государстве

В настоящее время подавляющее большинство наших граждан, как государственных деятелей, так и рядовых членов общества, понимает под государственной заботой о здоровье населения финансирование государством различных видов медицинской помощи населению и других проектов, непосредственно связанных с этим: строительство больниц, медицинских центров, поликлиник, улучшение их технического оснащения, повышения оплаты услуг медперсонала и пр. В тоже время по оценкам различных международных неправительственных организаций медицинская помощь только на 15-25% определяют продолжительность жизни и период активной трудоспособности населения. Причем среди этих 15-25% половину составляет экстренная медицинская помощь (медицинская помощь при острых заболеваниях, травмах, эпидемиях и пр.). Оставшиеся 75-85% делят уровень качества жизни и наследственные факторы (в соотношении примерно 65/35). То есть, как видно из приведенных данных, медицинская помощь не является определяющим фактором в продолжительности жизни населения, хотя ей почему-то отводят первостепенную роль.

Средняя продолжительность жизни населения определяется не только уровнем технического прогресса в обществе и материальным достатком граждан, но и отношением населения к самому процессу жизни. В частности продолжительность жизни во многом зависит от отношения рядовых членов общества к факторам риска возникновения заболеваний, которые прямо влияют на здоровье населения.

К сожалению, в СССР просветительская и воспитательная работа по охране здоровья среди рядового населения была сведена практически на "нет" к началу 80-х годов, а в условиях постсоветской России эта тема не поднималась вообще. Отсюда сильный рост иждивенческих настроений, как среди рядовых граждан (потребителей), так и среди поставщиков медицинского рынка РФ. Существующая система здравоохранения базируется на простой "потребительской формуле" - если человек заболел государство должно его лечить и тратить собранные налоги на закупку медикаментов, зарплату врачам и пр., при этом сам больной остается пассивным наблюдателем с установкой "мне должны".

В тоже время ряд стран, где медицинские затраты на душу населения меньше чем в РФ (например Китай), имеют более высокую продолжительность жизни. Это легко объясняется тем, что население этих стран воспитано в традициях заботы о собственном здоровье, и каждый член общества самостоятельно предпринимает возможные меры для того, чтобы не допустить развитие болезни и соответственно потерю трудоспособности.

Резюмируя, можно сказать, что голодного человека, сидящего на цветущем берегу полноводной реки, гораздо правильнее не приучать к бесплатным подачкам еды, а научить добывать пропитание самостоятельно. Помощь должна оказываться только тогда, когда она действительно необходима, и человек не может справиться самостоятельно с возникшими проблемами.

2. "Школы Оздоровления Населения" - эффективное средство для ведения просветительской и воспитательной работы среди населения

Некоммерческие объединения граждан, связанных с интересом к теме собственного здоровья, достаточно распространенное явление в России. Как правило, подобные клубы формируются вокруг некой идеи или точнее активного лица или группы лиц, являющихся носителями дан-

ных идей. Финансовые затраты на поддержку данных клубов во многом определяются финансовыми запросами их руководства, а если руководство имеет коммерческие склонности, то подобные объединения могут быть еще и весьма прибыльным предприятиями.

Несмотря на свою "самобытность", подобные объединения оказывают значительное влияние на формирование общественных взглядов в области здоровья. Это давно поняли и широко используют для продвижения собственной продукции фармацевтические компании. Различные "Школы диабета", "Школы астмы", "Школы гипертонии" и т.п. тесно связаны с определенными фармацевтическими компаниями, которые используют подобные школы как недорогую, но весьма эффективную рекламную площадку. Наряду с этим, во многих "клубах здоровья" процветают знахарство, шарлатанство, которые наносят огромный вред здоровью населения.

Государству нельзя недооценивать и не использовать воспитательный потенциал подобных объединений для формирования правильного отношения населения к собственному здоровью.

3. Создание "Школ Оздоровления Населения" при поддержке местной исполнительной власти - практический шаг в решении государственных задач по охране здоровья населения

Наше предложение заключается в создании при участии местных органов власти ЮВАО г. Москвы "Школ Оздоровления Населения". Основной задачей этих школ является обучение населения самостоятельной борьбе с факторами риска заболеваний и вредными привычками путем подбора индивидуального сбалансированного питания, физической нагрузки и поддержке психологического равновесия.

На практике работа подобных "школ оздоровления" должна состоять в том, что в них проводятся семинары, лекции соответствующей тематики, раздаются научно-популярные материалы по теме оздоровления, проводятся массовые спортивно-оздоровительные мероприятия, занятия физкультурой.

Возможности участия ООО "Школа Оздоровления" в совместном проекте с администрацией ЮВАО г. Москвы по созданию "Школ Оздоровления Населения"

- Подготовка и поставка местным отделениям "Школ Оздоровления Населения" печатных, видео- и аудиоматериалов, связанных с темой здорового образа жизни и оздоровления организма.
- Организация лекций, семинаров, занятий по теме здорового образа жизни и оздоровления организма.
- Помощь в оформлении уголков и кабинетов "здорового образа жизни".
- Информационная поддержка местных отделений в режиме on-line ("горячая линия") по вопросам, связанным со здоровым образом жизни и оздоровлением организма.

Сотрудники ООО "Школа Оздоровления" имеют большой опыт в области пропаганды здорового образа жизни. Так в частности, одним из учредителей общества является кандидат медицинских наук, заслуженный изобретатель СССР, автор нескольких книг по вопросам элементного питания В.И. Воробьев. Методика индивидуального подбора рациона питания по В.И. Воробьеву получила официальное признание у врачей-диетологов многих стран мира и практикуется в ряде санаториев и здравницах России.

Вербин С.Г.,
директор школы активного долголетия ООО "Мир здоровья"

СОЗДАНИЕ БЛАГОПРИЯТНОГО КЛИМАТА В СЕМЬЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ В МОСКВЕ

Постановка проблемы

Демографическая ситуация в стране катастрофическая, мы находимся в глубоком кризисе, убыль населения превышает рождаемость, и этот процесс начал набирать обороты. Недаром президент Путин В.В. в своем ежегодном послании уделил особое место этой проблеме. Чтобы население не сокращалось, необходимо на семью иметь минимум 2,2 ребенка. До такого состояния нам очень далеко, если учесть, что сегодня в Москве на семью приходится 1,14 человека. И только в Тыве, на Алтае и Чечне этот показатель близок к двум единицам. Давайте, коллеги, обсудим, а что мы сделали для решения данной проблемы?

7 методов решения

Поднимая проблему повышения рождаемости, нельзя не коснуться темы личного счастья родителей, тему любви, семьи и брака, поэтому мысленно обратим свой взор в глубину веков. Национальная проблема восполнения рода существует уже много веков. Средневековая Русь имела длинную череду своих мыслителей и проповедников, которые служили делу укрепления семьи. Примером тому может служить жизненный путь великого Старца Сергия Радонежского.

Преподобный отец Сергий принял от Бога силу чудотворения. Почти во всех великих событиях эпохи мы чувствуем его незримое присутствие. Сергий не был исключительно церковным деятелем. Его горизонт не ограничивался чертой монастырских стен. В самые драматические моменты нашей истории он помогал князьям прекратить кровопролитие. Обладая даром прозорливости, он, благословляя князя Дмитрия Донского на сражение с татарами, предсказал победу и освобождение Руси. Это был человек, который неуклонно, до конца выполнял свой христианский и монашеский долг. Его жизнь может служить примером для каждого из нас.

Первое - лечение бесплодия.

Главное, к чему необходимо стремиться, вылечить людей с хроническими болезнями, в частности от бесплодия. А также - наметить путь нравственного возрождения человека. Беседуя с пациентами, надо стараться указать на важность создания семьи в молодом возрасте, поворота человека в сторону добра, терпимости, веры в то, что процесс выздоровления пойдет быстрее, если человек научится осмысливать свои поступки. Ведь жестокость рождает новую жестокость. Всякий поступок даже со слабыми следами зла должен быть осужден самим человеком и исправлен. Мораль заложена в природе человеческой. Ее нормы устойчивы и вечны. В самом деле, что можно противопоставить заповеди: "Не убий"? Будь то человек или еще просто зародыш.

Второе - укрепление семьи.

Так почему я решил поговорить на тему любви, семьи и брака? Дело в том, что долгая и большая практика подвела меня к выводу, что очень часто истоки физических болезней, душевных травм коренятся в неблагополучном браке. Ко мне часто обращаются с романтическими проблемами любви и драматическими неурядицами в семье. Сколько слез пришлось увидеть у мужчин и женщин, приходящих ко мне на прием. Невозможно равнодушно наблюдать нынешнюю ситуацию на семейном фронте. Ведь на 100 молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет лишь семь брачных пар. А именно в этот период должна создаваться семья, рождаться дети. Поэтому мы и создали ряд школ молодой семьи, в частности школ невест.

У каждого человека остаются "шрамы и рубцы" от отчуждения детей. Ведь, что греха таить, известно, что ребенок зачастую становится орудием борьбы между его родителями. И при разрешении семейных проблем приходится выслушивать горькие исповеди, в которых нет ни правых, ни виноватых, а есть лишь одно неумение обустроить свой очаг, глупые амбиции, игра самолюбии и невежество в области взаимоотношений.

Третье - помощь одиноким матерям.

Благородны стремления женщины, дающей жизнь ребенку. Но ведь до 25% детей, появившихся на свет, рождены одинокими матерями. Есть и другая грустная статистика: на 10 браков приходится 8 разво-

дов. Хорошего в этом мало. Женщине с ребенком непросто устроить личную жизнь. Отсюда нежелание иметь детей, неврозы, на фоне которых возникают различные заболевания. Да и одинокому мужчине не лучше: он имеет шанс пополнить ряды алкоголиков, наркоманов, а то и бомжей, не говоря уже о его душевных переживаниях. Распад семьи для сильного пола также сопряжен с бессонными ночами и страданиями.

Четвертое - Предупреждение ранних половых связей и абортов.

Ужасает и еще одна страшная цифра: более 70% абортов приходится на долю несовершеннолетних. Сексуальная революция делает свое антигуманное дело, а средства массовой информации смакуют сцены, никак не способствующие нравственности. А если обратиться к статистике преступлений, то просто оторопь берет. Из 100 преступлений 80% совершаются на бытовой почве. А это означает, что стены родного дома становятся той трагической сценой, где льется кровь. Значит, нет понимания жизни, доброты, отзывчивости, сердечности, что веками было отличительной особенностью российской семьи. Дети же, выросшие в неблагополучных семьях, вступив в брак, как правило, зеркально повторяют традиции своего дома. К сожалению, негативная модель постоянно тиражируется. Молодые люди, создающие семью, зачастую не имеют понятия, как организовать союз двух сердец. И когда проходит первый пыл, на смену жаркому огню ощущений приходят иные чувства. Вот тут-то и начинаются бракоразводные процессы. Дело вовсе не в материальных или иных проблемах, а в тех установках, которыми вступают в жизнь молодые люди.

Мне думается, что советы психологов помогут многим избежать неверных шагов в своей семейной жизни и иметь 2-3х здоровых детей.. Ведь каждый человек после трудового дня возвращается в семью. И здесь его должны ждать добро, забота, тепло, сочувствие, сердечность и взаимопонимание.

Мир создан для Любви, которая ярко проявляется в семьях счастливых. И болеют там реже и бывает много детей. Гармоничный брак, когда в доме покой и дружба, продлевает пребывание человека на Земле. В семье, где царят мир и лад, обязательно живет искреннее горячее чувство, что некогда помогло двоим выстроить свой прочный Храм.

Пятое - получение секс-паспорта.

Следующим нашим шагом повышения рождаемости стал секс-паспорт. Который уже много лет добровольно в ЮВАО выдается, желающим иметь детей. Приведу его образец.

Фамилия

Имя

Отчество

Год рождения_____

Обследован на наличие инфекций, передаваемых половым путем.

Бактериоскопический анализ:

Лейкоциты в поле зрения	
N. gonorrheae	
Tr. Vaginalis	
Gardnerrella vaginalis	
Candida albicans	
Прочая флора	

Анализ методом ПЦР

(ДНК- диагностика):

Chlamidia trachomatis	
Ureaplasma urealyticum	
Micoplasma hominis	
Trichomonas vaginalis	
CMV	

Серологический анализ крови:

RW (Lues)	
HbsAg (гепатит В)	
Herpes genitalis	
HCV (антитела к ВИЧ)	

Заключение специалиста:

Шестое - Особое внимание на многодетные семьи, в частности, имеющих близнецов.

Поделюсь также многолетним опытом работы с близнецами "Оля и Яло". Мы отобрали 10 пар близнецов для контрольной группы и 10 - для опытной. Так, в опытной, мы также условно разделили на две подгруппы. С Олями мы работали много лет, обучали поведению в семье, снятию стресса. А за Яло - только наблюдали. Также наблюдали за контрольной группой.

И вот прошло 20 лет. Семейная жизнь и материальное положение у близнецов из контрольной группы было полностью идентичным: одинаковые профессии, достаток и даже очень похожие жены и мужья. Что лишний раз подтвердило нашу разработку "Кто ваш суженый" - поиск партнера по внешним признакам.

Рассмотрим опыт работы в опытной группе. У подгруппы с условным названием - Яло - гастрит, моима, детей нет. Или мать одиночка, и в лучшем случае один ребенок. Любопытная ситуация получилась в опытной группе: у подгруппы - Оля, как правило полные семьи, полный достаток, 2-3 детей и хороший семейный климат.

Седьмое - создание благоприятного семейного климата.

Лучшим методом - является смехотерапия, и только она помогает снять стресс и найти выход из трудного положения. Далее будет подробный доклад по смехотерапии, а пока - только тезисы.

Каждый из нас хочет развлекаться и смеяться, понимая, что смех является лучшим средством для завязывания добрых отношений и мощной психологической защитой в крепкой семье. Смех помогает снять стресс и создать благоприятный климат общения.

По словам мудреца из Индии Бхагавана, женщины привязывают мужчин восемью способами: Смех, Танец, Пение, Игра, Слезы, Вид, Прикосновение и Вопросы. Поэтому остановимся на самом главном - смехе. Он на первом месте.

Среди шуток, частушек и анекдотов часто присутствует любовная тематика: тема ухаживания, поведения в семье, взаимоотношения с тещей и т.д. Взаимоотношения мужчин и женщин доставляют максимальную радость людям, но в то же время являются и причиной многих огорчений. В народном эпосе в частушках высказывалось то, что у девушки на душе перед свадьбой. Существовала целая серия частушек (дать три) - вот молодая собирается в чужой дом, ее ведут в баню, одевают перед венчанием...

Так или иначе, но озорные частушки и остроумные анекдоты помогают скрыть волнение, скрасить неловкость ситуации, которая возникает при сватовстве, во время свадьбы и во время совместного проживания молодых с родителями.

Смеяться - всегда приятно, это доставляет огромное удовольствие. "Мне повезло с друзьями", - говорим мы, подразумевая, что нам есть над чем похохотать от души во время встреч. "Мне с ней интересно и весело" - и этот аргумент порой является решающим перед тем, как сделать предложение будущей спутнице жизни.

Уже хорошо известно, смех позволяет сбросить напряжение, отвлечься от забот и в конечном счете поднимает настроения. Вдоволь насмеявшись, мы чувствуем себя, как после недельного отпуска, а хороших шутников высоко ценим, стараясь во всем им подражать.

Сексуальная революция научила нас не стесняться своей физической тяги к партнерам, понимая, что это одна из высших наших земных радостей. Любовь к искреннему беззаботному веселью отличает людей, у которых в душе создан позитивный настрой. И во время свидания мы также получаем огромное количество положительных эмоций. Выбирая же в мужья (жены) исключительно серьезных людей, мы превращаем свою семейную жизнь в подобие светских раутов.

Юмор помогает снять неловкость во время первого знакомства, свидания.

Взаимоотношение между мужчиной и женщиной

При общении между полами полезно чаще прибегать к чувству юмора, тогда до другого может быть быстрее дойдет смысл сказанного.

Первый год семейной жизни. Если подойти к этому периоду с юмором, то удается избежать множества проблем, когда молодые люди еще недостаточно притерлись друг к другу. Это трудно первые семь лет, говорят, а потом бывает и такое:

- Милый, - говорит жена,- Ты в прошлом году ездил на рыбалку?

- Да, дорогая.

- Так вот, сегодня позвонила одна твоя рыбка и сказала, что ты стал папой. Просила тебя поздравить.

Связи между смехом и агрессией пытался исследовать еще Фрейд. Они действительно существуют, говорил психотерапевт. Мы агрессивны, когда чувствуем угрозу нашему социальному "Я". И если раньше в таких ситуациях пускали в ход руки, то современные мужчины предпочитают отшучиваться. Привычка обращаться к юмору избавляет нас от необходимости закипать и злиться, а также защищает от гипертонии - спутницы вечно недовольных людей.

Тема материального благополучия

К сожалению, тема денег присутствует в обществе всегда, а любовь все дальше отодвигается на дальний план. Вся наша образовательная система построена так, чтобы сделать из нас деловых людей с крепкой хваткой. Все более ценными становятся деньги и блага, которые можно на них купить.

А качества - доброта, взаимопонимание, так необходимые для укрепления семьи - все меньше поощряются в обществе. Это одна из причин, почему трудно в последнее время создать теплые отношения в семье и стало мало детей.

Впрочем, денег в молодой семье всегда не хватает, и это очень болезненная тема присутствует постоянно в анекдотах, вот почему такой популярностью пользуются анекдоты про новых русских, выставляя их в невыгодном, порой юмористическом виде:

- Папа, моя Таня согласна выйти за меня замуж при условии, что у нас будет Мерс 600-й модели, и коттедж в 4-е этажа.

- Хорошо, я обменяю свой 700-й на 600-й, но даже ради твоей Тани не буду сносить три этажа нашего загородного домика.

Тема укрепления здоровья

Человеку, который любит другого, а, следовательно, и себя, не безразлично состояние его здоровья. Семья - это экипаж, команда и в гонке побеждает каждый, если побеждает вся команда. Только здоровый человек может иметь красивую фигуру, внутреннюю и внешнюю свободу и оптимистичный взгляд на мир.

Вопрос доктору: - Что надо сделать, чтобы похудеть?

- Надо пешком дойти до Киева.

- Нет, нет, это очень далеко.

- Тогда найти молодую, неугомонную в ласках чаровницу и провести с ней месяц на море.

- Так оно и до Киева не очень далеко.

С детства мы привыкаем ориентироваться на противопоставления "серьезно - смешно", "гармонично - не очень" И поэтому для того, чтобы защититься от каких-либо переживаний, проблем, мы обесцениваем их серьезность, доведя до смешного. Порой это имеет смысл: женщина, которая с юмором относится к своей внешности и фигуре, будет пользоваться большим успехом у мужчин.

Во-первых. Для того, чтобы постоянно пребывать в хорошем расположении духа, как минимум раз в день проводите пятиминутку смеха и один - два раза в месяц соберите компанию друзей, которые любят здоровый смех. Чтобы семейная жизнь приносила радость и удовольствие, ежедневно устраивайте себе сеанс веселья. Почему это так важно?

Во-первых, сам по себе смех дарит удовольствие и анекдот, рассказанный партеру, является мощной цементирующей силой.

Во-вторых, улыбка, даже временная, посылает позитивные сигналы в мозг, в результате чего наше настроение улучшается.

В-третьих, облекая свои семейные проблемы в юмористическую форму, мы находим оптимальный выход из положения.

Психологи не собираются никому указывать над чем и когда стоит смеяться. Просто для того, чтобы иметь благоприятный семейный климат, прослыть человеком, у которого все в порядке с чувством юмора, совсем не обязательно быть мастером анекдотов.

Порой достаточно поддержать хорошую компанию и искренне смеяться над удачными шутками. А иногда взять в руки веселую книгу и с удовольствием часок -другой от души посмеяться.

Наш опыт позволил в семье А. родить 4-х детей, надеются родить пятого, чтобы была полная Семь-Я.

Чаще улыбайтесь друг другу, улыбайтесь миру и будьте счастливы.

И напоследок ряд советов и рекомендаций:

1. Научитесь сдерживать раздражение улыбкой.

2. Овладейте тонким психическим равновесием, будьте ласковыми и помните, что сказал Э. Роттердамский: " Нет зверя настолько дикого, чтобы он не отозвался на ласку. Не затевай ссоры в спальне или в постели: там все должно быть приятно, красиво и весело".

3. Наполните вокруг себя атмосферу светлыми и чистыми образами.

4. Научитесь реформировать свои взгляды и суждения.

5. Не обращайте внимания на мелочи.

6. Никогда не опаздывайте и не упрекайте.

7. Не сердитесь на мужчин, многие поступки они совершают не из-за вредности, а по незнанию. Андре Моруа по этому поводу заметил: "У него не злое сердце, но он никогда не догадается, что женщине необходима нежность".

Заключение: Для повышения уровня рождаемости необходимо:

1. Создать в каждом округе г. Москвы школы молодых супругов. Например "Школы невест".

2. Выпустить ряд брошюр по профилактике ранних абортов.

3. Провести диспансеризацию и на добровольной основе выдать молодоженам секс-паспорта.

4. Выпустить серию брошюр "Здоровый отец - молодец".

5. Организовать ряд школ для одиноких матерей, подготовки к зачатию и мягким родам.

6. Провести выставку рисунков работ детей из полных и неполных семей.

7.Изучив опыт работы с близнецами рекомендовать его для широкого внедрения под названием "Оля и Яло"

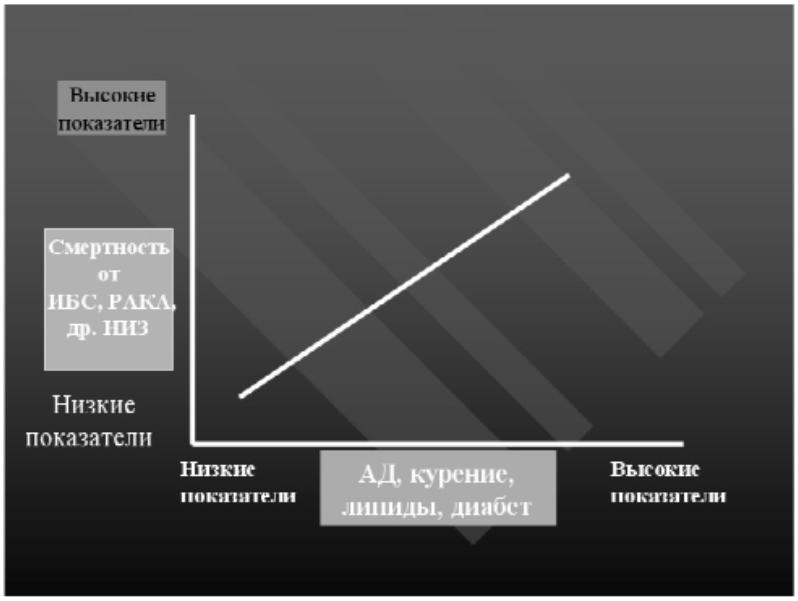
Глазунов И.С.,
д.м.н., профессор, руководитель отдела разработки политики и стратегии профилактики заболеваний и укрепления здоровья Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Министерства здравоохранения и социального развития РФ

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ : ОСНОВНОЙ ПУТЬ СНИЖЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ - ТОЛЬКО НА 5 - 20 % ЗАВИСИТ ОТ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Соотношения показателей факторов риска и смертности или новых случаев НИЗ.

Принципиальная схема



СМЕРТИ И НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ-DALYs(%) СВЯЗАННЫЕ С 10 ВЕДУЩИМИ ФР, РОССИЯ 2002 г. (ВОЗ,ЕРБ,2002)

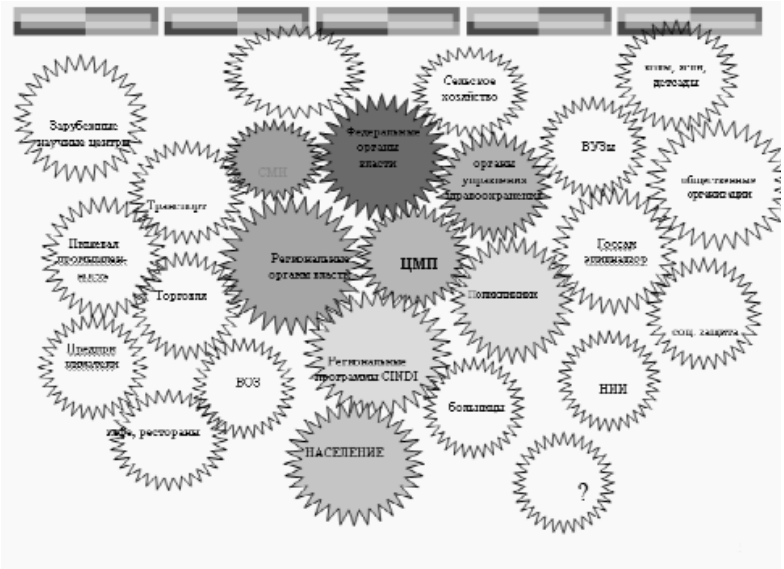
РАНГ	ФАКТОР РИСКА	СМЕРТИ (%)	РАНГ	ФАКТОР РИСКА	DALYs (%)
1	АГ	36	1	АЛКОГОЛЬ	16
2	ГИПЕРХОЛЕСТЕРИН.	23	2	АГ	16
3	КУРЕНИЕ	17	3	КУРЕНИЕ	13
4	МАЛО ОВОЩЕЙ И ФР.	13	4	ГИПЕРХОЛЕСТЕРИН.	12
5	ВЫСОКИЙ ИМТ	12	5	ВЫСОКИЙ ИМТ	8
6	АЛКОГОЛЬ	12	6	МАЛО ОВОЩЕЙ И ФР.	7
7	НИЗКАЯ ФИЗ. АКТ.	9	7	НИЗКАЯ ФИЗ. АКТ.	5
8	ЗАГРЯЗНЕННЫЙ ВОЗДУХ	1	8	НАРКОТИКИ	2
9	ОТРАВЛЕНИЕ СВИНЦОМ	1	9	ОТРАВЛЕНИЕ СВИНЦОМ	1
10	НАРКОТИКИ	1	10	НЕБЕЗОП. СЕКС	1

80 % НАСЕЛЕНИЯ ИМЕЮТ ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ИЗ ТРЕХ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ИЗ НИХ : КУРЕНИЕ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исследование	Срок наблюдения (годы)	Снижение смертности в группе профилактики (%)		
		Общая	От ССЗ	От инсульта
Многофакторная профилактика ИБС	5	21	40	-
Борьба с АГ на промышленных предприятиях	5	20	-	70

ПОЛИТИКА - ЭТО СОГЛАСИЕ СРЕДИ ПАРТНЕРОВ О ТОМ,КАКИЕ ПРОБЛЕМЫ НАДО РЕШАТЬ, И О ТОМ, КАКИМ СПОСОБОМ ЭТО НАДО ДЕЛАТЬ



РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ УСПЕШНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НИЗ НУЖНЫ:

- ПОЛИТИКА
- СПОСОБНОСТЬ ПРОВОДИТЬ ПРОФИЛАКТИКУ (инфраструктура, обученные кадры, ресурсы)
- СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН В ВИДЕ ПРОЕКТОВ
- ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ И РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОГРАММЫ

Глебов В.В.,
к.п.н., научный сотрудник кафедры "Психофизиология"
Московского государственного университета

Аракелов Г.Г.,
доктор педагогических наук, профессор
кафедры "Психофизиологии" факультета
психологии МГУ им. М.В. Ломоносова

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ КАК ОСНОВА ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РОСТА НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Резкие изменения практически всех аспектов нашей жизни, произошедшие после распада СССР привели к экопсихологической катастрофе населения России. Это выразилось в сложной цепи взаимосвязанных событий. Произошло существенное снижение продолжительности жизни, возросло количество разнообразных психических расстройств, связанных с резкой и неожиданной для большинства населения сменой политического режима. Продолжает внедряться и активно формируется общество потребителей, в котором пропагандируется культ денег. Целью жизни объявляется карьеризм любыми средствами в ущерб традиционным ценностям россиян.

Эти изменения сильно повлияли на психическое здоровье наших людей. Начинает формироваться недоверие народа к действиям властей, усиливаемое политической, экономической и психологической нестабильностью, неверие в свое и детей будущее. А это основные факторы, приводящие к массовому дистрессированию населения, нарушению психологического благополучия - развитию депрессивных состояний у одних людей и резкую агрессию у других, снижения репродуктивной функции и размыванию ценности культа семьи.

Вся история человечества показывает, что народ, его благополучие является основой процветания государств. На фоне повышенной смертности и неблагополучной демографической ситуации в России основной задачей Государства становится сохранение народа, повышение его благополучия. С этих позиций поиск национальной идеи имеет только одно решение: национальной идеей, способной объединить всех, является сохранение народа России, его благополучия.

Анализ президентской национальной программы Здоровье нации, выступления Президента с посланием к Законодательному собранию показывает, что основной акцент делается на повышение экономической поддержки населения и улучшение первичной медицинской помощи, повышение рождаемости. Значение этих усилий велико, но не достаточно. Ясно, что деньги играют важную роль в жизни людей, но они не являются основным фактором в борьбе с повышенной смертностью и решением демографической ситуации. По рождаемости мы мало отличаемся от многих развитых стран. Однако по показателям смертности мы находимся в хвосте человечества. И причина здесь лежит не в экономической плоскости.

Основным и первичным фактором, провоцирующим повышенную смертность, малую продолжительность жизни людей в нашей стране является неблагополучие прежде всего психического здоровья людей. Важным, если не основным направлением работы национальной программы здоровья, должно стать восстановление психического здоровья россиян. Этот финансово наименее затратный механизм позволит снизить смертность на 30-50%.

Экологическая психология населения - часть экологии, занимающейся экологическим благополучием психического здоровья человека и нации. Это мультидисциплинарная наука, изучающая роль вредоносных человеческих факторов (стрессоров) на других людей: их психику, поведение и возникающие при этом, как следствие, множества психических и психосоматических болезней.

Распад Союза, перестройка, длительный переходный период обрушили на неподготовленных людей, в основном, негативную информацию, создали у них состояние неопределенности

и нестабильности даже в ближайшем будущем, повышенную тревожность. Особую роль в этом сыграли средства массовой информации, муссируя негативную информацию, распространяя слухи, усиливали разрушающее действие на сознание людей.

Итак, воздействие непроверенной информации, нестабильность жизненного уклада людей, разноречивое информационное давление - основные экопсихологические факторы, повреждающие психику и вызывающие различные стрессы. Все последующие изменения поведения - это уже последствия стрессовых воздействий. Эти же факторы лежат и в основе повышенной смертности от инсультов и инфарктов. Потеря смысла жизни, развитие не диагностированных депрессивных состояний приводит к тому, что Россия оказалась на первом месте по числу самоубийств.

Перегрузка психики огромным потоком противоречивой, как правило, негативной информации привело к развитию, в частности, информационных стрессов, а впоследствии и дистрессовых состояний - резкому скачку психических и психосоматических заболеваний, повышенной смертности и понижению рождаемости. Следовательно, длительные стрессовые воздействия - причина многих психических и соматических заболеваний.

Постоянные стрессовые воздействия из-за большой скученности людей в больших городах и сильном информационном давлении вызывают у одних людей депрессию и апатию, политическое и социальное безразличие, алкоголизацию населения, а у других - агрессию, социальный и политический экстремизм, озлобленность и, как следствие, обострение криминогенной обстановки.

Продолжение такого положения опасно тем, что длительные стрессы вызывают нарушение иммунного и генетического аппарата, что приводит к ухудшению генофонда нации.

В настоящее время на фоне относительно стабильной экономической ситуации в стране сохраняется неустойчивость психологического благополучия основной части населения. Это связано, прежде всего, с сохранением недоверия к власти.

И вот на это мало обращается внимания. Психика людей является наиболее чувствительной и травмируемой частью целостного здоровья человека. Исходя из этого, исправление сложной ситуации должно лежать в пересмотре приоритетов в предпринимаемых усилиях:

Лечение должно начинаться с восстановления психического здоровья, неполадки которого и являются первопричиной большинства психосоматических болезней. Первым этапом программы должно санитарно - профилактические мероприятия.

Безусловна роль медицины в сохранении здоровья людей, но чаще всего классическая медицинская помощь дорого затратная процедура, а главное, направлена на устранение последствий, а не на устранение причин, вызвавших те или иные заболевания. По данным ВОЗ в ближайшие 5 - 10 лет на первое место по заболеваниям выйдет депрессия и другие дистрессовые болезни. Поэтому:

Необходимо восстановить в государственном масштабе профилактические осмотры с акцентом на состояние психического здоровья, активно пропагандировать в СМИ методы борьбы со стрессорами, повышать медицинскую и психологическую образованность населения. Необходимо понять, что алкоголизация наркомания, повышенная агрессивность - это следствие плохого психического здоровья народа и бороться надо не с ними, а создавать необходимые условия для нормализации психического здоровья.

Следует различать стрессоры глобальные (действующие на все население) и стрессоры локальные, действующие на небольшие популяции людей или даже на отдельных особей.

Нестабильность экономической и психологической устойчивости, неверие в завтрашний день, в свое будущее, телевизионные, радио и газетные передачи, нагнетающие обстановку, и разрушающие сознание людей стали одним из самых мощных системных факторов (стрессоров), воздействующих на человека. И их разрушительное воздействие усиливается на фоне разрушения моральных и нравственных ценностей. Первыми шагами на этом пути должно стать активная пропаганда государством, научным сообществом:

бесценности каждой человеческой жизни;

традиционная семья - основа любого общества;

любовь и секс - это не синонимы. Секс не может заменять любовь;

отказ от пропаганды высшей ценности денег, и от ставки на то, что основной смысл жизни - делание карьеры и зарабатывание денег;

10 Божьих заповедей - основа нравственного существования человека.

Такая пропаганда и образование населения должны осуществляться авторитетными специалистами с помощью телевидения, СМИ и радио через специализированные программы.

Неискренность, несовпадение слова и дела, противоречивость поступающей к человеку информации, их потенциальная опасность, многократность таких воздействий, отсутствие достоверной информации вызывает длительные стрессовые состояния у людей, изменяя их поведение.

Поэтому на этом этапе очень важно избавить людей от излишнего стресса, дистрессовых состояний, нормализовать их психоэмоциональное состояние. Из-за недоверия к правительственным структурам, Госдуме (опросы ВЦИОМа), к чиновникам разных уровней остается только один путь ослабления или даже устранение негативного действия глобальных стрессоров:

рекомендовать сделать постоянными еженедельные радиообращения Президента к стране и народу с разъяснениями текущей политики и планов на ближайшее будущее, так как это делается в США и других странах.

В борьбе с действием локальных стрессоров необходимо улучшить диагностику экопсихологических нарушений, активно проводить химио- и психотерапию, подключая различные консультации и различные частные, и государственные фонды.

Усилить интегрирующую роль комиссии Общественной палаты по формированию здорового образа жизни в разделе психического здоровья населения России.

Например, пропаганда тезиса "В каждую семью тонометр и глюкометр" и его важности приведет к значительному снижению инфарктов и инсультов. Мы готовы, с учетом нашего многолетнего опыта принять активное участие в продвижении этих идей жизнь и уверены, что наши предложения - это наиболее эффективный и малозатратный путь решения демографической ситуации в стране.

Горбенко П.П.,
доктор медицинских наук, профессор,
Национальный институт здоровья, Санкт-Петербург

СОЗДАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

"Экономический рост, повышение уровня и качества жизни людей - в этом состоит сегодня главная национальная идея"
В.В.Путин

Происходившие в последнее время в нашей стране социально-экономические процессы привели к ухудшению качества жизни и здоровья населения и, как результат, сложилась кризисная демографическая ситуация, граничащая с катастрофой, и появились крупные проблемы на пути интенсивного экономического развития страны.

Россия, обладающая огромным природным и воспроизводимым потенциалом, подошла к тому, что количественные и качественные показатели ее человеческого капитала приближаются к границе, когда не может быть обеспечено решение задач собственного развития и воспроизводства, развития экономики, освоения территориальных, природных, сырьевых и топливно-энергетических ресурсов.

Сегодня здоровье необходимо рассматривать как экономическую категорию - основу человеческого капитала. Человеческий капитал - это сформированные в результате инвестиций физическое, психическое и духовное здоровье, знания, способности, умения, опыт, уровень культуры, инновационный потенциал и др. Инвестициями в человеческий капитал являются сохранение и укрепление здоровья, воспитание, образование, медицинская и социальная помощь. Расчеты показывают, что рентабельность инвестиций в человеческий капитал выше, чем в воспроизводимый. Опыт ведущих стран мира подтверждает, что ставка на инвестиции в здоровье и образование является наиболее эффективной стратегией экономического развития.

В последние годы из многих понятий, используемых в экономических и социальных исследованиях, стало особенно выделяться понятие "качество жизни", как интегральная системообразующая характеристика целого ряда факторов (социальных, духовных, этнокультурных, экономических, политических, экологических, техногенных и т.д.), определяющих условия жизни, деятельности, развития человека и его положение в обществе.

Человек живет в двух мирах - внутреннем и внешнем. Состояние внутреннего мира определяют родители. Они передают нам сформированную многими тысячелетиями систему организации и защиты организма. В дальнейшем здоровье и развитие человека в значительной мере зависит от качества среды жизнедеятельности, т.е. качества жизни, которое определяется государством, обществом и природными факторами. Качество жизни включает общественный климат, питание, жильё, образование, оздоровление, медицинскую и социальную помощь, работу и отдых, внешнюю и внутреннюю безопасность и др.

Благополучное государство обеспечивает своим гражданам высокое качество жизни, т.е. дает возможность нормально развиваться, быть здоровыми и долго жить. Государство, не видящее свою основную ценность в здоровом человеке и населении в целом, деформирует личность, и та, в свою очередь, теряет здоровье, умственную и физическую работоспособность, творческий потенциал и достаточно быстро жизнь, а государство теряет свой основной капитал - человеческий.

Таким образом, внутреннее качество человека, а оно определяется интегративным показателем "здоровье", зависит от качества жизни. Поэтому вопросы качества жизни, все нормативы, стандарты, организационные решения на государственном, ведомственном, территориальном уровне должны рассматриваться с учетом их положительного влияния на физическое и психическое здоровье человека.

Здоровье и болезнь - противоположные состояния (больше здоровья - меньше болезней и наоборот). Отсутствие понимания причин ухудшения индивидуального и общественного здоровья, заболеваемости, болезненности, инвалидизации и смертности населения, а также подмена поня-

тий "здоровье и болезнь" на уровне государственного, отраслевого и территориального управления приводят к принятию неправильных управленческих решений. Говорим о здоровье - подразумеваем болезни.

Принято считать, что причинами высокой смертности населения являются сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, заболевания легких и другие болезни, поэтому для улучшения здоровья надо бороться с ними, что по сути своей бессмысленно и экономически не оправдано. Необходимо понимать, что заболевания являются следствием снижения уровня здоровья, вызванного целым рядом причин, обусловленных влиянием государства, общества и природной среды, к которым относятся:

Отсутствие государственной стратегии и системы обеспечения высокого качества жизни и здоровья населения. В стране нет государственного межведомственного органа (агентства, центра, института), разрабатывающего и реализующего политику повышения качества жизни и здоровья населения и отстаивающего интересы государства и граждан, а не интересы отдельных министерств, ведомств или бизнес - сообществ.

Крайне низкий уровень (практически полное отсутствие) научных исследований и отсутствие возможности внедрения прорывных инновационных технологий высокого качества жизни и здоровья.

Слабое информирование и просвещение населения в области качества жизни и здоровья.

Низкий уровень знаний и культуры качества жизни и здоровья, социальная апатия, в том числе наплевательское отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих, а также широкое распространение аутопатогении (медленного самоубийства) (Г.Б.Федосеев, 1993), включающей наркоманию, алкоголизм, табакокурение, переедание, неправильное питание, гиподинамию, недосыпание, хроническую усталость и др.

Недоступность и низкое качество оздоровительных услуг, в том числе услуг физической культуры, массового спорта, туризма, рекреационных и санаторно-курортных услуг, которые оказываются многофункциональными клубами здоровья, клубами фитнеса, шейпинга, аэробики, цигун, йоги, SPA, велнес, оздоровительными, физкультурно-оздоровительными, спортивно-оздоровительными, рекреационно-оздоровительными центрами, туристическими базами, курортными гостиницами, санаториями, санаториями-профилакториями, пансионатами, домами отдыха, детскими и молодежными оздоровительными лагерями, косметическими центрами и салонами, банными комплексами и др. Ввиду отсутствия государственной поддержки и регулирования оздоровительной отрасли (вопросами оздоровления в стране не занимается ни Росспорт, ни Минздравсоцразвития, никакая другая федеральная структура), слабо развивается также и производство здорового и спортивного питания, одежды и обуви, приборов и оздоровительного оборудования.

Отсутствие культуры и системы натурального здорового питания и потребление населением мало полезных или вредных продуктов индустриального искусственного питания южно-европейского или американского типа ("Мы есть то, что мы едим": человек, нарушивший генетически обусловленное традиционное широтное питание и в организме которого в обменных процессах участвуют искусственные и токсичные, никогда не существовавшие в его внутренней природе вещества, не может быть здоров).

Широкое и во многом не оправданное развитие медицинских услуг с основной ориентацией на лекарственные средства (фармакотерапию) и крайне низкое развитие профилактической медицины, натуральной и интегративной терапии, реабилитации. (По данным Американской Медицинской Ассоциации вредное воздействие лекарств является четвертой ведущей причиной смертности в Америке).

Даже такие прямые причины смерти, как травмы, отравления, самоубийства и убийства, в значительной мере связаны с физическим, психическим и духовным здоровьем человека и качеством его жизни.

Чем больше денег вкладывается в медицинскую помощь, тем больше становится больных и увеличивается финансовая нагрузка на государство, чем больше денег будет вкладываться в пропаганду здоровья и оздоровительную отрасль, тем больше будет здоровых.

Сегодня надо больше учить качеству жизни и здоровью и оздоравливать, чем лечить болезни.

Конечно, сбережение народа и его здоровья - квинтэссенция самого существования государства, однако, здоровье не "казенное" имущество. Каждый человек должен сохранять, укреплять и отвечать за собственное здоровье, здоровье родных и близких.

Требуется формирование у населения на основе знаний о высоких технологиях качества жизни и здоровья - здорового образа мыслей и мотивации на здоровье, от него - к действиям на сохранение и укрепление здоровья, а от них - к здоровой, качественной жизни и увеличению капитализации человеческого капитала страны.

Основными составляющими сохранения и укрепления индивидуального здоровья являются тестирование и мониторинг физического, психического здоровья и качества жизни, разработка, реализация и коррекция персональных оздоровительных программ (программ высокого качества жизни и здоровья), включающих натуральное здоровое питание и поддержание энергетического баланса человека, очищение, физическую и умственную активность, рекреацию (отдых, развлечение, восстановление), здоровую среду жизнедеятельности, режим труда и отдыха, психическое оздоровление. Технология персональной оздоровительной программы строится по принципу "дом - клуб здоровья - санаторий". Ее временным ориентиром является формула "2 - 2 - 2": два раза в день - 20-30 минут для здоровья, два раза в неделю - клуб здоровья, два раза в год - оздоровительный отдых.

Предлагается реализация нового подхода к сохранению и укреплению физического, психического и духовного здоровья нации. Суть его заключается в переходе от не оправдавшей себя "концепции постоянного совершенствования медицинской помощи населению" к "концепции воспроизводства (сохранения и укрепления) здоровья населения и развития человеческого капитала страны".

Базовой национальной инновацией, позволяющей в течение ближайших лет улучшить качество жизни и здоровье населения, увеличить капитализацию человеческого капитала и существенным образом повлиять на процесс социально-экономического развития страны, является создание стратегии и государственной системы обеспечения высокого качества жизни и здоровья населения Российской Федерации.

Для обеспечения государственного управления и регулирования, разработки и внедрения высоких технологий качества жизни и здоровья необходимо создание государственной, региональных и муниципальных программ, основными направлениями работы которых будут:

1. Разработка государственной, региональных и муниципальных систем обеспечения высокого качества жизни и здоровья населения, федеральных и региональных нормативов и стандартов качества жизни и здоровья, а также стандартов рекреационных и оздоровительных услуг.

2. Развитие оздоровительной отрасли (семейные многофункциональные клубы здоровья, центры здоровья для призывников, центры фитнеса, аэробики, шейпинга, SPA, велнес, многофункциональные физкультурно-оздоровительные, спортивно-оздоровительные комплексы, туристско-рекреационные зоны, курорты, санатории, дома отдыха, пансионаты и др.) и индустрии товаров для здоровья.

3. Создание нового института системы образования - службы здоровья (службы сохранения, укрепления здоровья и профилактики социальных заболеваний (наркомании, алкоголизма, табакокурения и СПИДа) образовательных учреждений и обязательное преподавание в них предмета "Качество жизни и здоровье".

4. Создание клубов здоровья и развитие оздоровительной физической культуры и массового спорта в образовательных учреждениях.

5. Создание системы межотраслевой и интегративной (в том числе биологической) профилактики наркомании и алкоголизма.

6. Создание системы натурального здорового питания и развитие отечественной индустрии производства продуктов натурального питания.

7. Целенаправленная реорганизация здравоохранения, предусматривающая его разделение на службу профилактики заболеваний и службу медицинской помощи.

8. Создание локальных энергосберегающих систем поддержания энергетического баланса человека в жилых и рабочих помещениях.

9. Подготовка в Национальном институте здоровья и в целом в системе высшего, среднего и дополнительного профессионального образования специалистов и менеджеров по качеству жизни и здоровью.

10. Пропаганда и обучение населения основам и высоким технологиям качества жизни и здоровья.

Гундаров И.А.,
доктор медицинских наук, к.ф.н., профессор, академик РАЕН
и Российской муниципальной академии, заведующий лабораторией НИИ
общественного здоровья и управления здравоохранением, профессор кафедры
здорового образа жизни Российской медицинской академии последипломного
образования, руководитель отделения медицины и здравоохранения
Российской муниципальной академии

НОВАЯ СТРАТЕГИЯ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ

С начала 90-х годов рождаемость в России упала почти в два раза. Для исправления ситуации требуется знать причины и механизмы сокращения деторождения. Полноценного ответа на этот вопрос традиционные демографы не дают. Являясь по образованию экономистами, они имеют слишком узкий взгляд на проблему. Тогда как семья есть не только ячейка общества, но и биологический инструмент воспроизводства рода. Деторождение - это результат взаимодействия полов, регулируемое не только социально-экономическими, но и биологическими законами. Значит, к решению проблемы надо подключить новый подход - гендерный (gender - пол), изучающий репродукцию с позиций взаимодействия мужского и женского начал.

С начала посмотрим, действительно ли у молодоженов упала тяга к производству потомства по сравнению с их сверстниками 80-х годов? Факты говорят иное. По данным социологических опросов, примерно 10% семей хотят иметь 4-х детей и более, 30% семей желают 3-х детей, 55% семей - 2-х детей, лишь 3% настроены иметь одного ребенка. Мечтающих о бездетности - почти нет. В среднем на семью приходится 2,4 ожидаемых ребенка. Это больше, чем 15 лет назад. Тогда хотели 2-2,2 ребенка на семью. Важно подчеркнуть, что даже среди бездетных пар 7% хотят иметь 4-х детей, 19% мечтают о 3-х детях, 62% - о 2-х детях, 12% - об одном. В среднем хотят 2,3 ребенка, но не имеют ни одного? Почему же не рожают, если хотят?

Демографы объясняют это тем, что женщины откладывают рождение на более поздний срок, для чего делают больше абортов и потребляют чаще противозачаточные средства. Однако количество абортов за 1990-2002 гг. уменьшилось в два раза: с 4 до 1,7 миллионов. Снижение относится и к мини-абортам. Достоверность такой динамики подтверждают социологические опросы и двукратное уменьшение смертности от легальных и криминальных прерываний беременности. Их-то не скроешь.

За счет чего тогда снизились аборты? У мужчин не наблюдалось ажиотажа закупок презервативов. У женщин потребление гормональных контрацептивов выросло, а применение внутриматочных спиралей снизилось. В сумме рост составил с 20,3% до 23,4%, или на 1 миллион человек. А аборты снизились на 2 миллиона. Значит, рождаемость должна была увеличиться на один миллион. Почему же она, наоборот, упала?

Остается единственное объяснение - что-то сломалось в межполовых механизмах воспроизводства человеческого рода. Действительно, у мужчин отмечается выраженное снижение либидо (влечения к противоположному полу) и потенции (сексуальных возможностей). Концентрация сперматозоидов в семенной жидкости снизилась в несколько раз против биологической нормы. А без них о каком народонаселении и национальной безопасности может идти речь?!

У женщин произошло ухудшение функционирования эндокринной и нервной систем, что привело к росту гинекологических дисфункций на сотни процентов, увеличению распространенности бесплодия в два-три раза. Доля бесплодных пар в ряде регионов страны достигает 20-25%.

Получается, что главным механизмом снижения рождаемости является у женщин не нежелание рожать, а снижение числа полноценных половых контактов и эпидемия бесплодия по мужской и женской линии. Что явилось ее причиной? Чисто материальный фактор отпадает, поскольку в бедных странах рождаемость выше. В России при сравнении самых богатых и самых бедных семей у первых рождаемость ниже в 3-4 раза. Демографам хорошо известен этот пара-

докс. В Чечне, Дагестане, Ингушетии рождаемость составляет 25 - 14 родов на 1000 жителей, а в Центральном федеральном округе, Москве, Северо-Западном округе - всего 9.

Невозможность объяснить демографические парадоксы материальными факторами, заставило нас обратиться к сфере психики. В клинических наблюдениях и экспериментах на животных показано, что агрессия, безысходность, чувство несвободы и потери контроля над ситуацией, тревожность, страх повреждают сексуальные способности и плодовитость. Поэтому некоторые виды животных не размножаются в зоопарке, хотя им предоставляют все необходимые условия. Проведенные статистические исследования на материале стран СНГ показали - чем выше в обществе прирост агрессивности и тоски, оцениваемых по уровням убийств и самоубийств, тем глубже спад рождаемости. Аналогичные закономерности выявлены и по странам Восточной Европы.

Психобиологический подход заставляет иначе взглянуть на процесс сокращения рождаемости по миру в XX веке. Принято считать его позитивным культурологическим феноменом. Однако гендерный анализ выявляет здесь опасные признаки. Интенсивное снижение плодовитости стало происходить примерно с 1910 года. В СССР коэффициент фертильности упал за 1925-1940 гг. в 1,5 раза. То же наблюдалось в Австрии, Великобритании, Бельгии, Германии, Франции, Швеции, Швейцарии. Но ведь тогда еще не было индустрии женских противозачаточных средств, они появились в 60-х годах. Значит, ухудшение репродуктивного здоровья произошло под влиянием роста каких-то негативных психических факторов.

Не секрет, что духовными основами современной цивилизации являются цинизм, жестокость, озлобленность, тревожность, страсть наживы, блуд. Что, если эти состояния вызвали угнетение репродуктивной энергии "цивилизирующихся" народов. Недаром в мировых религиях их именуют "смертными грехами". Такому предположению имеется обоснование и в животном мире. Для торможения избыточного роста численности особей, проживающих на ограниченной территории, природа использует механизмы стресса и озлобленности. Они запускают процессы блокировки репродуктивной способности, которые приводят к падению рождаемости. Природа как бы накладывает запрет на размножение в состоянии злобы и тоски. Такие особи не нужны в большом количестве. Не поэтому ли в развитых странах Запада доля супружеских пар с пониженной плодовитостью достигает 25-35%. Тогда как опасным для нации считается порог в 15%.

Дополнительный негативный эффект оказала сексуальная революция. Секс - это сугубо техническая сторона интимных отношений, важная, но не абсолютная. Любовь содержит технические вопросы, но ими не ограничивается, включая более широкую гамму гендерных взаимодействий: таинственность, кокетство, ухаживание, жертвенность, страдания. От этого эротичность отношений повышается. Если же поле любви сжимается в 4-5 раз, до размеров секса, то происходит деэротизация связей между полами. Исчезает многоцветность любовных связей, которые насыщают отношения мужчины с женщиной остротой и гармоничностью, увеличивая тем их репродуктивные способности. В результате получился антисексуальный эффект сексуальной революции - половая скука, которую пытаются заместить суррогатами.

Нельзя не учитывать также разрушительное влияние на чувственность мужчины со стороны пошлостей телевизионной рекламы. Прокладки, тампоны, перхоть, плохой запах изо рта "сращиваются" в подсознании с образом женщины настолько, что начинают неожиданным образом "выстреливать" по мужскому либидо и потенции. Как и раннее половое воспитание, растлевающее души и готовящее импотентов к окончанию школы. Нарушены веками складывавшиеся ролевые отношения в семье. Мужчины теряют возможность быть добытчиками и кормильцами. Феминистское движение стремится сделать людей бесполыми, среднего рода, мол, человек должен быть свободен от всех видов неравенства и ограничений, в том числе и полового свойства.

В результате, если 100 лет назад количество сперматозоидов в миллилитре семенной жидкости составляло 80-100 млн, то в 1960 г. ВОЗ снизила норму до 60 млн., в 1983 г. - до 40, в 1992 г. - до 20. Как если бы сначала нормой считали иметь 32 зуба в ротовой полости, затем 24, потом 16 и наконец 8. Иногда возражают, разве 10 миллионов сперматозоидов мало для оплодотворения яйцеклетки. На этот вопрос в биологии известно, чтобы один сперматозоид прошел дистанцию до яйцеклетки, растворил ее оболочку и совершил оплодотворение, нужна биологическая энергия в миллионы раз большая, чем его собственная. Требуется помощь сотен миллионов ему подобных, обеспечивающих своими жизнями своеобразный мост для зарождения новой жизни. Поэтому-то их движение осуществляется не по одиночке, а группами, "фа-

лангами". Такую технологию размножения применяют рыбы, земноводные, когда биологическая энергия миллионов икринок, личинок расходуется на обеспечение всего лишь сотням особей дожитие до репродуктивного возраста.

С учетом изложенных аргументов мы провозглашаем новую стратегию повышения рождаемости. Она состоит из двух частей: общегосударственной и медицинской. Общегосударственный подход реализуется политическими средствами. Когда через полтора года станет очевидно, что пособия не вызвали бума рождаемости, а я в этом убежден, тогда возникнет вопрос - что же надо сделать по настоящему, а не для имитации. Ответ очевиден - сделать так, чтобы в обществе исчезли тотальная тоска, тревога, озлобленность, безысходность. Люди должны почувствовать, что находятся не в "зоопарке", а у себя на Родине, дома. И вот тогда перед В.В.Путиным встанет главный вопрос его политической судьбы: "Какая должна быть у нас страна, как ее следует обустроить, чтобы женщины хотели и могли рожать?"

Правда, ему тут же официозные демографы станут нашептывать, мол, рождаемость не поддается управлению. А мы давайте посмотрим на исторические примеры, где найдем много доказательств, как социальный оптимизм и национальная гордость приводили к всплеску рождаемости: НЭП в РСФСР, Германия начала 30-х годов, послевоенные США 50-х годов, начало "перестройки" в СССР. Если дух нации консолидируется, даже на уровне подсознания, происходит всплеск репродуктивной энергии для саморазвития рода. Это - этиологическая профилактика бесплодия. За него отвечает власть.

Мы, врачи, отвечаем за патогенетическую профилактику. На этом направлении предлагаем не заниматься переубеждением тех, кто не хочет рожать. Не хотите - не надо. Давайте займемся теми, кто хочет рожать, но не может. Их по стране преобладающее большинство. Для этого требуется система первичной профилактики бесплодия. Такой системы в стране нет. Есть лечебная медицина, которая занимается экстракорпоральным оплодотворением, но это уже крайний случай и очень дорогой. Для одного успешного искусственного оплодотворения требуются в среднем три попытки по 3000 долларов каждая. А мы на муниципальном уровне должны предупреждать бесплодие? С этой целью следует обратиться ко всем молодым семьям и сказать: если вы поженились, и у вас полгода нет детей, и вы не предохраняетесь, это подозрительно. Если же у вас в течение года нет детей, не затягивайте ситуацию, обратитесь по таким-то адресам, в такие-то центры, где занимаются вашей проблемой. Причем, оптимизм положения в том, что большая часть бесплодия имеет психогенный характер. В этом случае женщина не рожает не потому, что имеет какие-то серьезные органические поражения, требующие для устранения сложного лечения. У нее просто снижено репродуктивное здоровое, имеется функциональное бесплодие, доступное эффективной коррекции.

Важно подчеркнуть, что такая профилактическая деятельность не требует больших финансовых вложений. Она проста, доступна массовому применению и малозатратна. По выражению профессора Зотова, это медицина малых форм, доступная для развертывания на муниципальном уровне.

ПРИЧИНЫ СВЕРХСМЕРТНОСТИ В РОССИИ

С конца 80-х годов уровень смертности в России вырос к 1994 г. в 1,5 раза, оставаясь высоким по настоящее время. В результате страна потеряла дополнительно умершими более 9 миллионов человек (рис. 1). Этот подъем назвали избыточной смертностью, или "сверхсмертностью", т.е. превышающий фоновый уровень в силу действия какого-то необычного фактора. Сильнее всего выросли психические заболевания (в 4,1 раза), инфекции (в 1,7 раза), болезни органов дыхания, пищеварения (в 1,4-1,6 раза). По абсолютному объему наибольший вклад в прирост составили сердечно-сосудистые заболевания - 48%. На внешние причины: несчастные случаи, травмы и отравления пришлось 35%. Среди трудоспособного населения наибольшая доля избыточной смертности принадлежала внешним причинам (45%), затем шли сердечно-сосудистые заболевания (31%).

Чтобы остановить трагедию, надо знать ее причины. К настоящему времени накоплено множество бытовых версий с целью объяснения ухудшения здоровья населения: плохая экологическая обстановка, алкоголизация населения, высокий холестерин крови из-за неправильного питания, ожирение, курение, развал здравоохранения, обнищание, стресс от распада СССР, геноцид. Рассмотрим их по отдельности, используя метод исключения, при котором сначала удаляется все то, что не является причиной.

1. Экологическая ситуация в 90-е годы значительно улучшилась по большинству показателей благодаря двукратному свертыванию промышленного производства и сокращению химизации сельского хозяйства.

2. Потребление алкоголя характеризовалось спадами и подъемами вследствие антиалкогольного указа 1985 года с последующей его отменой и либерализацией торговли (рис. 2). Однако амплитуда алкогольной смертности оказалась многократно выше амплитуды поступающего в организм этанола (рис. 3). Сейчас россияне потребляют вино-водочных изделий примерно как в начала 80-х годов, а частота алкогольных психозов и алкогольных отравлений в несколько раз выше. Люди стали умирать от меньшей концентрации алкоголя в крови на 40-50%, чем прежде. При международных сравнениях больше нас пьют в Португалии, Франции, Испании, а смертность у них ниже. На Украине, наоборот, потребление алкоголя в два раза ниже, а смертность такая же, как у нас.

3. Объем холестеринсодержащих продуктов (мясо, молоко, яйца), употребляемых с пищей, уменьшился.

4. Калорийность суточного питания упала на треть, в результате чего доля лиц с избыточной массой тела сократилось. Гиподинамия уменьшилась, так как люди стали работать на двух-трех работах.

5. Распространенность курения среди взрослого мужского населения не выросла. Она выросла среди подростков, но не от них идут инфаркты и инсульты.

6. Лечение основных заболеваний не стало хуже, чем в конце 80-х годов. Больные принимают эффективных лекарств больше, чем прежде.

7. Материальное благосостояние большинства жителей ухудшилось, но рост смертности произошел не от голода. Во многих более бедных странах (Куба, Бразилия, Армения и др.) смертность ниже, чем в наиболее богатых (США, Швейцария, Швеция и др.). В Дагестане, Чечне, Ингушетии, самых бедных регионах РФ, демографическая ситуация наиболее благоприятная. В США и Западной Европе 30-х годов во время экономической депрессии на фоне обнищания населения смертность не выросла. При длительном наблюдении в России за динамикой ВВП и смертности не обнаружено между ними устойчивой связи.

8. Стресс от развала СССР несомненно оказал негативное влияние. Однако демографическая реакция на него оказалась в республиках Союза разной. В четырех республиках: Таджикистане, Узбекистане, Туркменистане, Азербайджане, смертность даже снизилась (рис. 4). Среди большинства стран Восточной Европы и Прибалтики, где выход из СЭВ и СССР воспринимался как желанный акт, смертность, тем не менее, тоже выросла.

9. Версия геноцида отпадает, поскольку депопуляция поразила не только Россию, но и Латвию, Литву, Эстонию, Украину, Болгарию, Венгрию, Молдавию и др. Невозможно обвинить в геноциде канцлера Г.Коля или президента А.Лукашенко, хотя сверхсмертность в Восточной Германии и Белоруссии такие же.

10. "Невиновность" перечисленных факторов риска в демографическом кризисе отчетливо иллюстрирует ситуация последних 8 лет. С приходом к власти В.Путина благосостояние большинства россиян улучшилось, забастовки исчезли, потребление алкоголя и табака не выросли, лечение основных заболеваний улучшилось, экологическая ситуация стабильная, нация сплотилась вокруг лидера, стрессогенность жизни уменьшилась. Тем удивительнее оказался роста смертности на 18%: с 13,6 промилле в 1998 г. до 16,1 промилле в 2005 г. Важно подчеркнуть, что наибольший рост отмечался среди трудоспособного населения 30-54 лет - на 30-37% (рис. 5).

Все перечисленное говорит о том, что причина сверхсмертности в России не идентифицирована современной наукой. Это позволяет говорить о действии фактора "Х", у которого обнаружены следующие свойства:

- большая скорость распространения по огромной территории бывшего СССР;
- синхронность действия на расстояниях в тысячи километров;
- недействие на детей и избирательное поражение лиц молодого и среднего возраста;
- преимущественное влияние на мужчин по сравнению с женщинами;
- воздействие почти на все неинфекционные и инфекционные заболевания;
- возможность менять вектор от увеличения смертности до снижения смертности.

Ни один материальный агент не обладает такими свойствами. Значит, фактор имеет нематериальную природу. По этому поводу известно, что многие духовные и эмоциональные состояния оказывают выраженное влияние на здоровье. Депрессия, озлобленность, тревожность, отсутствие смысла жизни, потеря контроля над ситуацией, неуверенность в завтрашнем дне увеличивают смертность в 2-3 раза. Ощущение ущербности в случае потери работы увеличивает риск смерти, который не снижается даже при полной материальной компенсации вынужденного простоя. Наоборот, социальный оптимизм, чувство служения делу, радость жизни, творческий подъем увеличивают продолжительность жизни.

Для измерения духовного неблагополучия в статистике используют аномальные поступки, которые характеризуют нарушение нравственных заповедей: "не убий" - убийства, "не укради" - кражи, "не прелюбодействуй" - разводы, "не теряй веру в Творца" - самоубийства, "почитай родителей" - брошенные старики и т.д. В них отражаются такие разрушительные духовные состояния, как агрессивность, несправедливые отношения собственности, разлад семейных уз, безысходность и др. Общим индикатором духовного неблагополучия может служить преступность.

Для изучения влияния духовного неблагополучия на демографию исследована связь между преступностью и смертностью в России с 1975 г. по 2005 г. (рис. 6). Если рассчитывать парные корреляции между преступностью в один год и смертностью на следующий год, коэффициент "детерминации" (R?) составляет 92%. Ни один из обоих параметров не мог быть причиной изменений другого. Значит, существовал третий фактор, "серый кардинал", который "диктовал" поведение обоим. Такой причиной служило духовное состояние населения, ухудшение которого приводило через год к росту смертности, а улучшение - к ее снижению.

Чтобы доказать закономерный характер выявленной связи, требуется воспроизвести ее при аналогичных условиях в других местах. Была изучена ситуация на Украине за 18-летний интервал с 1985 г. по 2004 г. Обнаружена такая же теснейшая связь между преступностью и смертностью (R^2=87%) (рис. 7).

Аналогичные расчеты проведены по Республике Таджикистан за 18-летний интервал с 1986 г. по 2004 г. Если сравнивался год смертности со следующим годом преступности, коэффициент "детерминации" равнялся 72% (рис. 8).

Во всех случаях обнаруживалось запаздывание по времени в полгода-год. Сначала

увеличивалась (снижалась) преступность, а через полгода-год росла (снижалась) смертность. Это говорит об открытии сверхбыстрых демографических реакций.

Для вычленения самостоятельного вклада в динамику смертности отдельных факторов провели сложный регрессионный анализ на материале 12 стран СНГ. Оценивалась динамика уровня жизни за 1992-1996 гг. по 14 показателям: промышленное производство, производство товаров легкой промышленности, сельскохозяйственное производство, розничный товарооборот, потребление мяса, молока, яиц, хлеба, белков, алкоголя (в 1995 г.), животных жиров, суточная калорийность пищи, ввод в эксплуатацию жилья, загрязнение воздушной среды, загрязнение сточных вод. Духовное состояние определялось по динамике агрессивности (маркер - убийства) и безысходности (маркер - самоубийства). Оказалось, что из перечисленных 16 переменных динамика общей смертности среди стран СНГ определялась на 73% динамикой агрессивности, на 11% динамикой безысходности, на 16% остальными условиями (рис. 9).

На основании выявленных фактов было сформировано представление об агрессивно-депрессивном синдроме как ведущей причине "сверхсмертности" в России. Учитывая его универсальное проявление и в других странах, стало возможным говорить о законе "духовно-демографической детерминации": ухудшение (улучшение) нравственно-эмоционального состояния населения сопровождается, при прочих равных условиях, ростом (снижением) смертности. Положения этого закона фактически подтверждают те догадки, которые религиозные мыслители сформулировали в виде учения о "смертных грехах", то есть нравственно-эмоциональных состояниях, ведущих к душевной (и физической) смерти. К ним причисляются гордыня, гнев, тоска, сребролюбие, блуд и др.

В целом весь процесс носил эпидемический характер, где функцию контагиозного агента выполняла "заразная" информация (ложные идеи, разрушительные эмоции, деструктивное настроение и др.), обладающая притягательной для населения способностью. Переносчиками "инфекционных" элементов служили СМИ и другие агенты. Воспринимающие их люди "заражались", становясь ретрансляторами информационной "инфекции". В результате развивался лавинообразный рост психосоматических повреждений.

С позиций "духовно-демографической детерминации" становятся объяснимыми перечисленные ранее парадоксы динамики смертности на постсоветском пространстве. Начало "перестройки" характеризовалось выраженным нравственно-эмоциональным подъемом, связанным с надеждой на новую, более справедливую жизнь. Аналогичные духовные процессы происходили и в странах Восточной Европы. Это привело к снижению преступности и смертности. Начало шоковых реформ, наоборот, вызвало в населении рост духовного неблагополучия, проявившегося эпидемией агрессивного-депрессивного синдрома. В результате смертность выросла. В 1995-1998 гг. общество оправилось от первоначального шока, что сопровождалось улучшением психологической атмосферы. На это указывают результаты социологических опросов, а также снижение убийств, самоубийств, общей преступности. В результате адаптационные резервы выросли, что способствовало снижению смертности. Стресс от дефолта в 1998 г. вызвал резкое ухудшение психического состояния населения, снижение объема адаптации и рост смертности. Увеличение смертности в 1998-2006 гг. свидетельствует о неблагополучном социальном настроении населения, что подтверждается выраженным ростом преступности.

Обнаружение описанных процессов заложило фундамент нового направления в демографии - психодемографии. При этом открытие сверхбыстрых демографических реакций разрушает господствующее мнение, будто депопуляция будет длиться десятилетиями. Устранение сверхсмертности можно достичь за 3-4 года, чему имеется много примеров в новейшей истории.

В Москве демографическая ситуация начала 90-х годов имела такую же динамику, как по России и крупным городам, например, С.-Петербургу: резкий подъем смертности с пиком в 1993-94 г. и затем снижение (рис. 10). Однако после 1996-1997 гг. появился ряд парадоксальных отличий: 1) в Москве смертность стала непрерывно сни-

жаться, хотя преступность росла наиболее быстрыми темпами; 2) у москвичей не было демографической реакции на дефолт, которая отмечалась по всем субъектам и городам РФ; 3) доля мужчин в России снизилась за эти годы из-за повышенной смертности, а в Москве выросла на 10% по сравнению с женщинами; 4) самоубийства по России волнообразно нарастали, а по Москве непрерывно снижались; 5) процент трудоспособного населения по России снизился, стариков вырос, а в Москве доля трудоспособных лиц выросла на фоне примерно стабильной пропорции пожилых и стариков.

Для объяснения московского феномена имеются несколько гипотез. Первая гипотеза - это статистический подлог. В подлог трудно поверить, поскольку фальсификация технически трудно осуществима, юридически опасна для исполнителей и не дает им материальной выгоды. Вторая гипотеза - это внедрение каких-то очень эффективных профилактических медицинских мер. Однако в конце 90-х годов таких мер не проводилось. Если бы они было, их обязательно продублировали бы в С.-Петербурге, покровительствуемому В.В.Путиным. Третья гипотеза - в Москве действовал какой-то неучитываемый демографический фактор, отсутствующий в С.-Петербурге и России. Им мог оказаться интенсивный приток иммигрантов. Если принять за исходный рубеж 1991 г., то к 1997 г. их доля среди жителей Москвы превысила демографически значимый порог в 15%. (Это без учета нелегальных приезжих и легальных временно проживающих). К 2004 г. в Москву на постоянное жительство переехало 3 миллиона 411 тысячи человек, что составило 33% от общего количества горожан (рис. 11). В северной столице иммиграция была незначительной. Известно, что переезжают в Москву на жительство для постоянной работы преимущественно мужчины, более крепкие здоровьем, более агрессивные, у которых в битве за место под солнцем меньше времени раздумывать о самоубийстве. Все это требует при анализе демографических процессов в Москве разработки более сложной методологии.

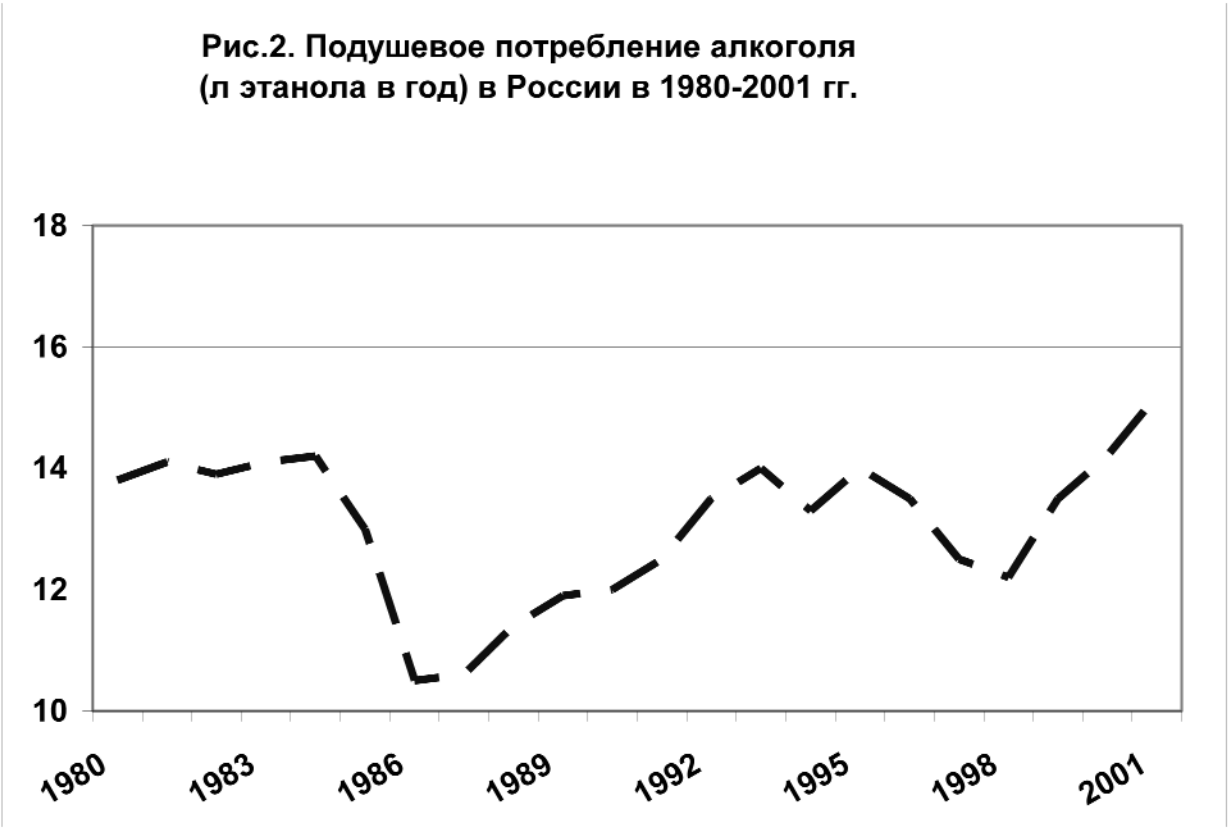


Рис.2. Подушевое потребление алкоголя
(л этанола в год) в России в 1980-2001 гг.
18
16
14
12
10
1980
1983
1986
1989
1992
1995
1998
2001

Рис.3. Смертность от алкогольных отравлений
(на 100000 жителей) и подушевое потребление алкоголя
(л этанола в год) в России в 1980-2001 гг.
Потребление алкоголя
смертность
45
35
25
15
5
1980
1983
1986
1989
1992
1995
1998
2001

Рис.4. Динамика смертности в республиках СССР
(СНГ и Прибалтики)
На 1000 жителей
16
13
10
7
4
1979
1982
1985
1988
1991
1994
1997
2000
2003
Азербайджан
Армения
Беларусь
Грузия
Казахстан
Кыргызстан
Молдова
Латвия
Литва
Россия
Таджикистан
Туркменистан
Узбекистан
Украина
Эстония

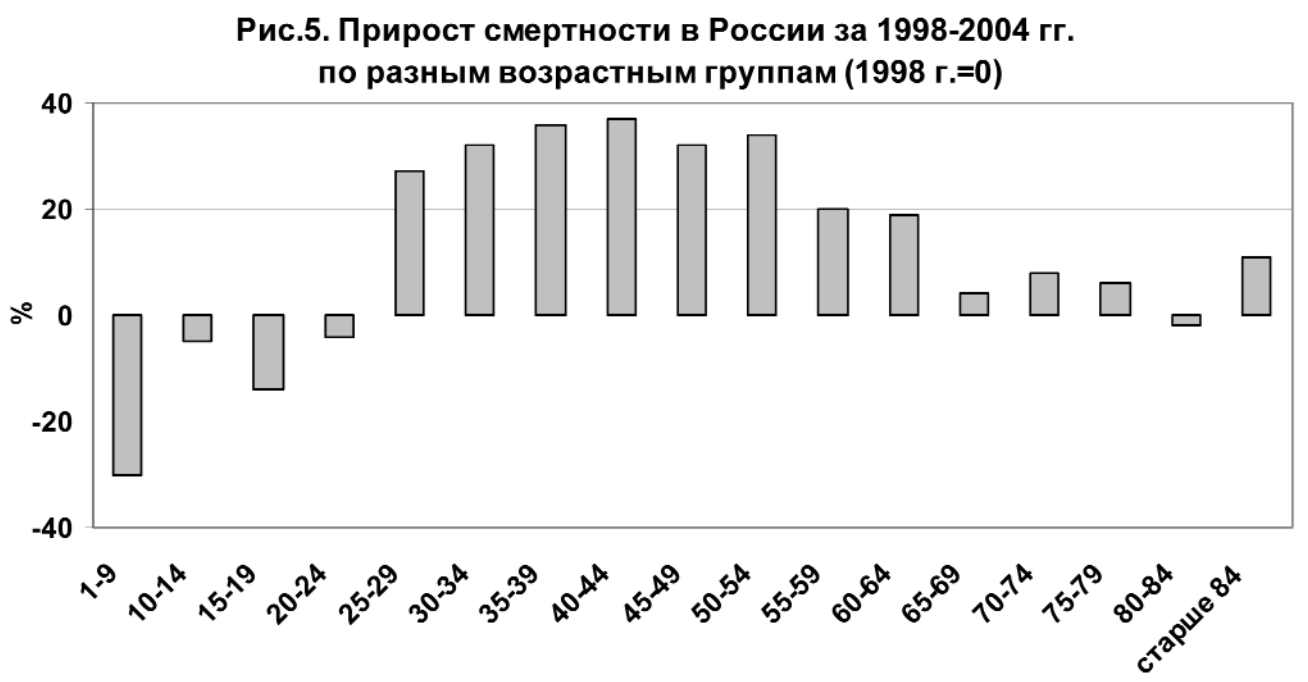


Рис.5. Прирост смертности в России за 1998-2004 гг.
по разным возрастным группам (1998 г.=0)
%
40
20
0
-20
-40
1-9
10-14
15-19
20-24
25-29
30-34
35-39
40-44
45-49
50-54
55-59
60-64
65-69
70-74
75-79
80-84
старше 84

Рис.6. Уровни преступности и смертности (на 100000 жителей) в России в 1985-2004 гг.

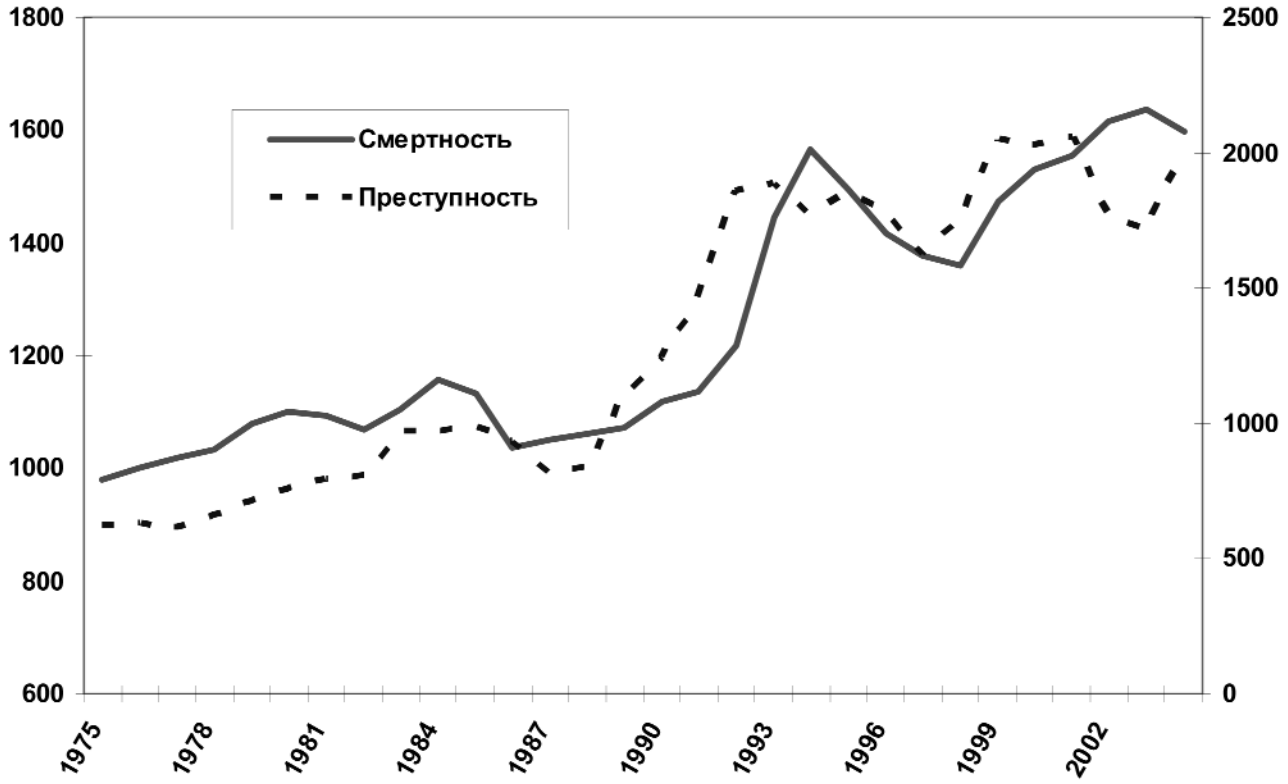


Рис.7. Уровни преступности и смертности (на 100000 населения) на Украине в 1985-2004 гг.

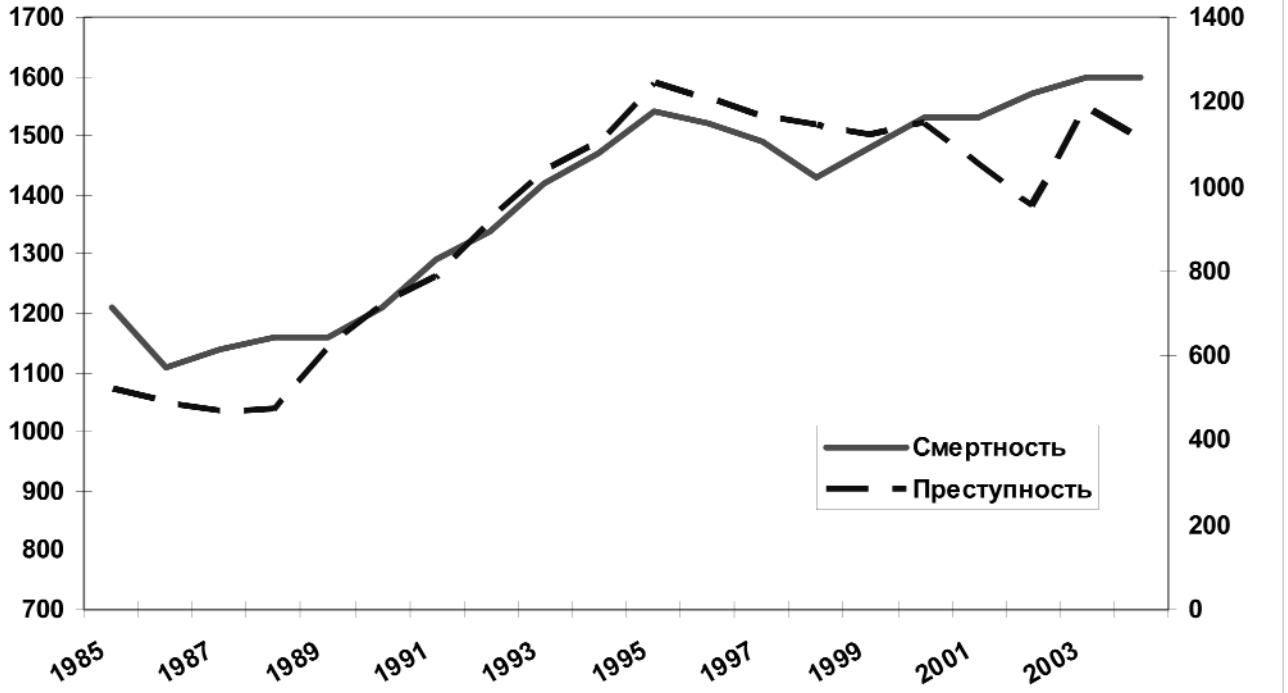


Рис.8. Уровни преступности и смертности (на 100000 жителей) в Республике Таджикистан в 1985-2004 гг.
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
550
450
350
250
150
50
-50
1985
1988
1991
1994
1997
2000
2003
Смертность
Преступность

Рис.9. Вклад различных факторов в динамику смертности населения СНГ за 1990-1997 гг.
Депрессия (11%)
Прочие (16%)
Агрессивность (73%)

Рис.10. Динамика смертности в России, Москве и С.-Петербурге за 1990-2005 гг.
18
17
16
15
14
13
12
11
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
Москва
Санкт-Петербург
Россия

Рис.11. Численность жителей Москвы и количество мигрантов (млн) в их составе.
12
10
8
6
4
2
0
9,02
9,07
9,07
9,06
9,09
9,25
9,41
9,06
9,78
9,93
10,11
10,27
10,39
0,2
0,37
0,56
0,76
1,09
1,4
1,73
2,04
2,31
2,6
2,86
3,08
3,29
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
Количество мигрантов
Численность жителей (млн)

Данишевский К.Д.,
доцент кафедры общественного здравоохранения
Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова,
Факультет Управления здравоохранениием,
доктор философских наук, кандидат медицинских наук

ПРОБЛЕМЫ КОНТРОЛЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

При выборе стратегии для контроля табакокурения и злоупотребления алкоголем, необходимо понимать, что эти две проблемы, по крайней мере, в России и других восточноевропейских странах весьма похожи.

Общие черты табака и алкоголя включают следующее:

- Легальные наркотики;
- Массовое употребление;
- Огромная индустрия, лоббирующая свои интересы;
- У курильщиков и выпивающих необъективные взгляды на проблему;
- Мифы, например, что пить - это "чисто русское", миф о "российском табачном" бизнесе (в России не выращивается табачный лист и почти все производство принадлежит транснациональным компаниям);
- Оба среди главных "убийц": курение убивает примерено 330 тысяч человек ежегодно в России, алкоголь по разным оценкам 350-700 тысяч;
- Курение влияет на окружающих, но только тех, кто вдыхает дым, в то же время, пьяные могут представлять опасность для окружающих;
- Алкоголь приводит к снижению трудового потенциала людей, сигареты сокращают рабочий день за счет перекуров;
- Обе проблемы, игнорируемые государством.

Однако есть и важные различия:

- Алкоголь, скорее всего, полезен в малых количествах, а табак яд в любых дозах;
- Существует безопасное употребление алкоголя, не существует безопасного курения;
- Отношение к трезвенникам в обществе еще хуже, чем к некурящим;
- Поскольку вред пассивного курения российским гражданам не известен, вряд ли удастся добиться поддержки общественностью мер по борьбе с курением, в то же время жены, дети и родители лиц злоупотребляющих алкоголем представляют политическую силу на которую можно опереться в борьбе со злоупотреблением алкоголя;
- Транснациональные табачные компании более цивилизованные и, скорее всего, будут судиться с теми, кто выступает за контроль табакокурения, производители алкоголя, особенно водки и суррогатов, потенциально "менее цивилизованные" и могут прибегать к более криминальным методам устранения борцов со злоупотреблением алкоголем;
- Влияние алкоголя на здоровье менее латентно, то есть при снижении потребления смертность снижается быстро, а при снижении потребления табака эффекты наступают медленнее;
- Курильщики даже воинствующие, в основном хотели бы бросить курить, но далеко не все пьяницы хотят снизить потребление алкоголя;
- Алкоголь, в каких то количествах употребляют почти все, в то время как по фактору курения люди делятся дихотомически;

При планировании действий по для контролю табакокурения и злоупотребления алкоголем, необходимо выделять меры, подходы и государство. "Меры" - это предпринятые на государственном или региональном уровне законодательные документы и проекты. "Подходы" - это то, что должны делать исследователи, активисты, граждане что бы "государство" приняло "меры". Наконец, под "Государством" в данном документе понимается исполнительная или законодательная власть.

Выделяют четыре основные группы мер, направленных на контроль табакокурения:
- Ограничение спроса,
- Ограничение предложений
- Защита от пассивного курения (курящих и некурящих),
- Денормализация.

При этом, меры, которые работают для контроль табакокурения включают:
- Повышение налогообложения приводящее к повышению цен (снижение доступности по цене),
- Борьба с контрафактом / контрабандой ,
- Ограничение доступности по возрасту, месту, времени,
- Ограничение возможностей употребления (в общественных местах),
- Полный запрет рекламы, особенно косвенной,
- Денормализация,
- Озлобление лояльных клиентов против индустрии, рассекречивание и объяснение маркетинговых ходов и иных циничных действий,
- Судебное преследование.

Меры, которые имеют ограниченную эффективность:
- Объяснение вреда населению,
- Лечение уже зависимых от никотина,
- Частичные запреты рекламы, например, без запрета product placement, то есть размещение табачных изделий в кинофильмах,
- Демонстрация поврежденных органов (например, печени алкоголиков и легких курильщиков) с целью устрашения.

Любимые меры индустрии, это те меры которые вообще не работают или дают обратный эффект:
- Работа с подростками и детьми, по типу "твой выбор", "курение - выбор взрослого человека",
- Работа с продавцами, чтобы исключить продажу несовершеннолетним,
- Спонсирование спортивных и культурных мероприятий табачной и алкогольной индустрией,
- Конкурсы и шарады для детей в школах по поводу алкоголя и табака,
- Программы на подобии "брось курить и выиграй",
- Научные дискуссии о степени вреда наносимого алкоголем и табаком,
- Ответственное поведение, кодекс индустрии,
- Борьба с суррогатами (подделками), особенно для табачной отрасли.

Подходы:
Точно не работает, когда исследователи и активисты рассказывать друг другу о том какая плохая индустрия, и какой вред здоровью наносит потребление алкоголя и табака.
Возможно работает:
- Общение со СМИ,
- Работа с большим количеством представителей государственной власти,
- Шествия и митинги маловероятны (организовать можно, но малоэффективно),
- Нужно много лидеров и выскочек, чтобы индустрия не могла воздействовать на всех сразу!

Государство:
- Коррупция,
- Ориентация на рост ВВП, а не на приоритеты здоровья,
- Боязнь ограничительных мер, как недемократических,
- Коммунитарность общества и традиции обвинения жертв (сами виноваты),
- Боязнь связываться, особенно в случае с алкоголем, после неудач предыдущих попыток.

Подходы одинаковы, меры схожи, государство тоже самое.

Табак	Алкоголь
• Цены (Налоги) • Запрет курения в общественных местах • Ограничение продаж • Запрет рекламы • Суды! • **Денормализация курения**	• Цены (Налоги) • Борьба с суррогатами • Ограничение продаж • Запрет рекламы • «Снижение вреда», в форме перевода на более слабые алкогольные напитки • **Формирование культуры употребления**

Выводы, что необходимо делать в первую очередь:

Работа со СМИ: возможно проведение пресс-конференций, круглых столов, тренингов, подготовка пресс-релизов, материалов, совместных статей, интервью, консультирование журналистов. Работа с политиками: необходимо проведение конференций, тренингов, написание для них докладов, рассылка писем, работа через СМИ, развитие политически выгодных лозунгов и программ. Работа с бизнес сообществом может включать: работу через регионы присутствия, развитие социальной ответственности, нахождение экономически эффективных вариантов работы. Работа с олигархами и публичными персонами, может строиться на общении с пострадавшими от курения и злоупотребления алкоголем и их родственниками.

Дробышевская О.А.,
заместитель директора колледжа Московской финансово-юридической академии

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ СВЕРХСМЕРТНОСТИ В РОССИИ

1. Депопуляция в России

На первом курсе института, в 1990 году, для технического перевода я получила текст из французского научно-популярного журнала. В статье давалось описание подводного города, необходимость существования которого обосновывалась тем, что в результате перенаселения суши, люди вынуждены будут освоить и дно морское. В то время неомальтузианские стереотипы были ещё актуальны.

На сегодняшний день специалисты-демографы и географы прогнозируют в обозримом будущем всего лишь удвоение земного населения и естественную стабилизацию на этом уровне.

Темпы роста мирового населения, достигнув максимума в середине 1960 годов - 2% в год, с тех пор неуклонно и повсеместно замедляются, ныне составляют 1,2% и по прогнозам экспертов ООН, сократятся к 2005 году до 0,47%. Для развивающихся стран этот показатель в целом не больше 2% в год. Для промышленно развитых, благополучных, с высоким уровнем жизни европейских стран он не превышает 0,5. В некоторых развитых странах темпы роста населения уже сегодня стали отрицательными (Германия, Италия). Тип воспроизводства в этих странах отличается сочетанием пониженной смертности с невысокой рождаемостью.

Что же касается России, то на демографический взгляд, в XXI веке от многих народов, проживающих на её территории, может ничего не остаться. И ни оптимизм, ни "прозорливый пессимизм" тут не помогут. Среднегодовой прирост населения в стране, начиная с 1992 года, устойчиво имеет отрицательное значение, и за период 2000-2005 гг. был равен - 0,57%.

Чтобы картина была более ясной, приведём основные показатели в расчете на 1000 населения.

Показатель	1989 г.	1998 г.	1999 г.	2002 г.	2005 г.
Общий коэффициент рождаемости	-	8,8	8,4	-	8,6
Общий коэффициент смертности	11,1	13,6	14,7	16,3	14,6

Для современной России характерен тип воспроизводства, обычный для воюющих стран: сверхвысокая смертность - сверхнизкая рождаемость. Отсюда - ежегодное сокращение населения примерно на миллион человек.

По данным Госкомстата РФ, так называемое постоянное население России сократилось со 148,3 миллиона человека на начало 1992 года до 143,8 миллионов человек на начало 2005 года. Потери были бы гораздо большими, если бы не миграционный прирост, компенсировавший частично естественную убыль (а если говорить точнее - противоестественное вымирание). Так за восемь лет (1992-1999 годы) естественная убыль составила около 5,8 миллионов человек, население же сократилось "всего лишь" на 2,8 миллиона.

Абсолютное число умерших увеличилось с 1,58 млн. человек в 1989 году до 2,14 млн. человек в 1999г., и до 2,3 млн. человек в 2002 году.

В качестве положительного момента следует отметить снижение смертности детей в возрасте до года с 17,8 детей на 1000 родившихся в 1989 году до 13,3 ребенка на 1000 родившихся в 2002 году.

Уже более 30 лет в нашей стране не растет средняя продолжительность жизни населения, а в последние годы она резко снизилась. Средняя продолжительность жизни мужского населения нашей страны на 17 лет меньше, чем в Японии, на 14,4 - во Франции, на 5,2 - в Норвегии, на 10 - в Венесуэле, на 10,3 года - в Саудовской Аравии. Соответственно средняя продолжительность жизни женского населения России меньше, чем в Японии на 12 лет, чем во Франции - на 9,3 года, чем в Норвегии - на 8,8 года, чем в Венесуэле - на 3,6 года, чем в Саудовской Аравии - на 0,6 года.

Продолжительность жизни мужчин в России (2005 г.)	60,87 г.;
Продолжительность жизни женщин в России (2005 г.)	73,1 г.;
Ожидаемая продолжительность жизни в России (2005г.)	66 г.

По масштабам и темпам депопуляции мы опять "впереди планеты всей".

2. Сверхсмертность и её причины в России

В динамике смертности в 1990-е гг. прослеживается три периода. Первый - до 1992 г., когда смертность росла достаточно умеренно. Второй период охватывает интервал с 1992 г. по 1995 г., когда она увеличивалась стремительно под влиянием "шоковой" терапии. Наконец, третий период - вторая половина 1990-х гг. - первая половина 2000 г., ознаменовавшаяся относительной стабилизацией показателей на очень высоком уровне.

В 2000-2005 гг. уровень смертности в России (число смертей на 10000 чел.) был равен 14,6. В мировой классификации по этому показателю Россия занимает 35-ое месте. Вместе с Гаити. Перед нами Болгария (33) и Того (34). За нами Бенин (37), Мавритания и Украина (38), Нигерия (40), Эстония и Латвия (41). Здесь надо отметить, что это абсолютный показатель. Величина его зависит и от уровня рождаемости: при прочих равных условиях, чем выше рождаемость, тем выше и уровень смертности, поскольку тем выше доля детей в возрасте до года, смертность которых выше, чем во многих других возрастах. И если учесть, что Того, Нигерия, Бенин и Мавритания в тридцатке мировых лидеров по показателю уровня смертности среди новорожденных (более 80 смертей на 1000 родившихся. Сравни см. выше), то лидерство по уровню смертности населения старше 1 года, несомненно принадлежит странам бывшего социалистического лагеря.

Это результат нового для нас явления - сверхсмертность. У этого явления нет специфических причин. Основными факторами роста смертности в период радикальных экономических реформ можно считать следующие:

- резкое падение уровня жизни большинства населения;
- фактическое обнищание наименее социально защищенных слоев населения (стариков, инвалидов, семей с детьми во всех социальных слоях общества, сельского населения в целом, населения северных регионов);
- авантюристические по сути экспромты при "реформировании" здравоохранения и коммерциализация сферы медицинских услуг, ставших недоступными большинству обнищавшего за годы реформ населения;
- фактическое уничтожение системы санитарно-эпидемиологического контроля;
- ликвидация государственной монополии на производство и продажу алкоголя, фактическое устранение государства от проведения какой-либо социально ориентированной политики в этой сфере и, как следствие, интенсивная алкоголизация, а также - и наркотизация населения;
- развал системы охраны и контроля за условиями труда;
- дальнейшее ухудшение экологической обстановки в связи с резким сокращением расходов на природоохранные мероприятия.

Рост смертности затронул все возрастные группы. Однако, главной группой риска для России являются мужчины молодых и средних возрастов (здесь прирост повозрастной смертности достигал 1,6-1,8 раза).

Существует Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смертей.

Таблица 2. Динамика стандартизованных коэффициентов смертности по причинам в России, %

Годы	1965	1970	1975	1980	1990	1991	1993	1994	1995	1996	1998
Мужчины											
От всех причин	1473,2	1704,5	1761,5	1872,9	1654,5	1705,6	2181,0	2382,0	2199,0	2052,8	1865,4
Инфекционные и паразитарные болезни	69,7	54,8	44,4	38,7	22,0	21,9	33,0	38,6	38,0	40,6	34,8
Новообразования	292,3	287,2	281,6	284,5	311,8	318,8	323,2	319,4	309,1	299,9	293,9
Болезни системы кровообращения	648,5	809,0	874,2	946,2	836,8	855,5	1053,5	1156,0	1051,8	991,3	933,9
Болезни органов дыхания	136,0	198,1	189,6	184,0	114,5	109,5	146,6	161,4	142,2	130,5	106,8
Болезни органов пищеварения	42,1	44,4	45,7	53,7	43,3	44,2	58,4	66,8	68,8	63,2	55,1
Несчастные случаи, отравления и травмы	180,0	239,0	259,3	295,3	231,3	242,4	409,2	457,3	394,7	368,1	308,2

Борисов В.А.Демография. Учебник для вузов. М., 1999. С. 227-228.

Обращает на себя внимание, что 80% всей смертности у мужчин приходится всего на три класса причин смерти. Это болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи, отравления и травмы.

В последние годы произошла маргинализация причин смерти. Смертность от неестественных причин перешла с третьего на второе место (на первом месте - сердечно-сосудистые заболевания, на третьем - онкология). Причем если в 1984 году среди смертности от неестественных причин доминировали самоубийства, ДТП и случайные отравления алкоголем, то в 2002 году на первых местах стоят самоубийства, убийства, повреждения с неопределенными намерениями и алкогольные отравления.

Особо выделяются отравления алкоголем и его суррогатами: число умерших от этой причины выросло за 6 лет в 2,7 раза и в 1995 г. в 2,5 раза превысило число умерших от гипертонии. Сходную динамику имеет смертность от убийств и самоубийств, причем число последних, увеличившись за 6 лет в 1,5 раза, в 1995 г. превысило число умерших от острого инфаркта миокарда.

Особую проблему представляет смертность от болезней, непосредственно связанных с ухудшением санитарного контроля, снижением качества питания, алкоголизацией и т.п. обстоятельствами. Это болезни органов пищеварения (рост за 6 лет в 1,6 раза), инфекционные и паразитарные болезни (в 1,7 раза), туберкулез (в 2 раза), психические расстройства (в 4 раза) и некоторые другие.

Относительно стабильно развивавшаяся в 1990-е гг. ситуация в области смертности от болезней системы кровообращения и других форм хронической патологии связана отнюдь не с наличием в России адекватных средств борьбы с ними, а всего лишь с активизацией преждевременной смертности от других причин. Иными словами, население страны не доживает до "старческих" причин смерти, и в этом - коренное отличие российской модели смертности от тех, которые можно наблюдать в других странах.

Таким образом, даже устранение - полное или частичное - избыточной смертности от насильственных и других, не обусловленных естественным старением человеческого организма, причин смерти не приведет автоматически к решению всех проблем и к росту продолжительности жизни.

Специалисты утверждают, что аналогов российской модели смертности ни в Европе, ни в других развитых странах не существует как по уровню, так и по структуре. Россия и эти страны сегодня живут в разных эпохах, стоят на разных ступенях развития цивилизации.

Анализ состояния и тенденций демографических процессов и их причин свидетельствуют о невозможности стабилизации демографической обстановки без преодоления социально-экономического и политического кризиса, последующего подъема экономики и повышения уровня жизни населения. (При нынешнем экономическом укладе невозможно, но это отдельная тема). Для осуществления этого необходима политическая воля!

Какова же, на наш взгляд, должна быть демографическая политика? В качестве основного критерия следует рассматривать геополитические и национальные интересы страны (не меньше!). Ибо осуществление их тесно связано с её демографическим благополучием. Его же можно достичь следующими путями:

- Проведение активной политики поощрения рождаемости и стимулирование 3-детной семьи;
- Осуществление нового (если хотите, другого) экономического курса в области развития медицины, здравоохранения, оздоровления окружающей среды, условий труда и отдыха и т.п. с целью снижения смертности, то есть минимизации издержек процесса воспроизводства населения;
- Использование миграционного потенциала стран нового зарубежья для компенсации депопуляционных потерь.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПОПУЛЯЦИИ В РОССИИ

Микроперепись населения 1994 года, проведенная только в России, выявила следующую структуру национального состава россиян по наиболее многочисленным национальностям:

В расчете на 100 000 человек населения

	1989г.	1994г.	1994г. в %% к 1989г.
Русские	81529	82950	102
Татары	3763	3773	100,3
Украинцы	2967	2345	79
Чуваши	1206	1172	97
Башкиры	915	936	102
Белорусы	820	662	81
Мордва	730	636	87
Немцы	573	536	94
Удмурты	486	485	99,8
Армяне	362	485	134
Аварцы	370	411	111
Марийцы	438	405	92
Казахи	432	387	90
Осетины	274	315	115
Буряты	284	308	108
Якуты	259	300	116
Кабардинцы	263	274	104
Евреи	365	268	73
Коми	229	244	107
Лезгины	175	201	115
Кумыки	189	195	103
Ингуши	146	172	118
Тувинцы	140	144	103

Изменения обусловлены рядом причин: вынужденная иммиграция из стран ближнего зарубежья (русские, армяне, осетины и др.); возвратная этническая миграция в эти страны (украинцы, белорусы, казахи); эмиграция в государства дальнего зарубежья (немцы и евреи); ассимиляция (мордва, евреи); естественная убыль (русские, украинцы, белорусы, мордва, татары, чуваши, марийцы, удмурты и др.).

Среди нерусского населения 28% опрошенных назвали русский родным и 63% - вторым языком, которым свободно владеют. Свыше половины (52%) нерусского населения общается дома на русском языке, удельный вес разговаривающих по-русски на работе - 82%; в учебных заведениях и дошкольных учреждениях русским языком пользуется 86% учтенных микропереписью нерусских.

Таким образом, русские составляют костяк России, которая оказалась, в общем и целом русскоязычной страной.

Следующая Всероссийская перепись прошла в 2002 году. В 2002 году в России насчитывалось 23 наиболее многочисленные национальности, численность населения которых превышала 400 тыс. человек. В 1989 году таких национальностей было 17. В связи с ростом численности населения в эту группу дополнительно вошли азербайджанцы, кабардинцы, даргинцы, кумыки, ингуши, лезгины и якуты.

Как и в 1989 году численность семи народов превышала 1 млн. человек. В 2002 году в эту группу вошли чеченцы и армяне, а вышли белорусы и мордва.

Согласно переписи 2002 года самой многочисленной национальностью в России являются русские. Их численность - 115,9 млн. человек или 79,8% от всего населения, на втором месте - татары (5,6 млн. или 3,8%), на третьем - украинцы (2,9 млн., 2%), на четвертом - башкиры (1,7 млн., 1,2%), на пятом - чуваши (1,6 млн., 1,1%), на шестом - чеченцы (1,4 млн., 0,9%), на седьмом - армяне (1,1 млн., 0,8%).

За межпереписной период наиболее существенно сократилась в населении России численность белорусов (на 33%), украинцев (на 32,5%), немцев (на 29,1%) - в значительной мере за счет миграционного оттока. Сократилась также численность чувашей, мордвы, удмуртов и марийцев. Численность русских сократилась на 4 млн. человек (на 3,3%).

Численность остальных наиболее многочисленных народов России в межпереписной период увеличивалась. В наибольшей степени выросла численность армян - в 2,1 раза. В 1,9 раза выросла численность азербайджанцев и ингушей, в 1,5 раза - чеченцев, аварцев и кумыков. В наименьшей степени увеличилась численность татар - на 0,6%, казахов - на 2,8% и бурят - на 6,6%.

Согласно данным Всесоюзной переписи населения 2002 года, общая численность коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока России (КМНС) увеличилась за межпереписной период со 199 тыс. до 274 тыс. человек. Отчасти рост связан с выгодностью принадлежности к КМНС в связи с льготами, что побудило лиц от смешанных браков отнести себя к этим народам.

Из вышеуказанных данных следует, что сокращение численности, депопуляции в современной России подвержена лишь часть населения, прежде всего русские и другие славяне. Другая часть российских народов, в основном "исламские", имеет существенно иные демографические характеристики, в первую очередь высокую рождаемость. Численность таких народов растет темпами более двух процентов в год и удваивается за 17-25 лет. При этом возникает заметное отставание этих народов по уровню душевого потребления и всех социально-экономических характеристик. Следствием становится национальная напряженность, перерастающая в конфликты, вплоть до сепаратизма. Из событий в Косово, Македонии, Чечне российской властью должны быть сделаны соответствующие выводы.

По данным Роскомстата, в 1999 году естественной убыли не было только в 16 из 89 российских регионов, в основном в национальных автономиях. В Центральной России, в треугольнике Москва-Санкт-Петербург - Нижний Новгород, образовалась демографическая пустыня, где уровень смертности превышает уровень рождаемости в несколько раз.

По меткому замечанию социолога Ирины Орловой у российской депопуляции - русское лицо. То есть, в первую очередь, это проблема выживаемости главного государствообразующего этноса - русских. На территории коренной России, заселенных в основном русскими, - в Центральном и Северо-Западном регионах - депопуляция проявилась раньше, чем где-либо, и протекает наиболее остро: естественная убыль населения здесь в два и более раз превышает среднероссийскую. В таких областях как Тверская, Тульская, Смоленская, Ивановская, Псковская, на одно рождение регистрируется три случая смерти.

Кроме русских депопуляции затронуты и другие народы России: коми, карелы, мордва, украинцы, белорусы, имеющие близкие показатели воспроизводства. Но именно снижение в населении России численности и доли русских отмечается специалистами как главная демографическая тенденция последних 15 лет.

Дьяконов С.А.,
к.м.н, научный сотрудник отделения вспомогательных технологий в лечении бесплодия Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии

Кузьмичев Л.Н.,
д.м.н., профессор, руководитель отделения вспомогательных технологий в лечении бесплодия Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии

Калинина Е.А.,
д.м.н., старший научный сотрудник отделения вспомогательных технологий в лечении бесплодия Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии

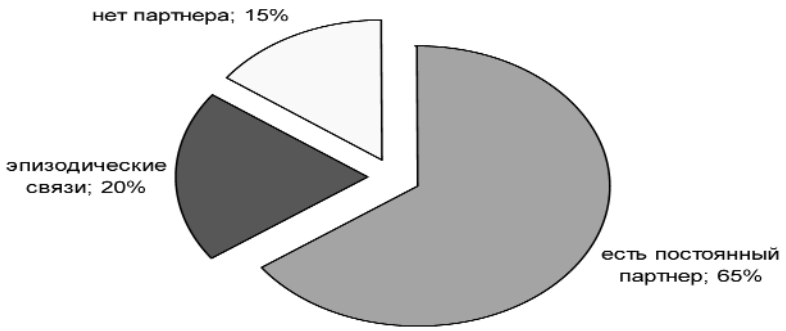
Смольникова В.Ю.,
д.м.н., старший научный сотрудник отделения вспомогательных технологий в лечении бесплодия Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии

Воровская К.А.,
д.м.н., старший научный сотрудник отделения вспомогательных технологий в лечении бесплодия Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии

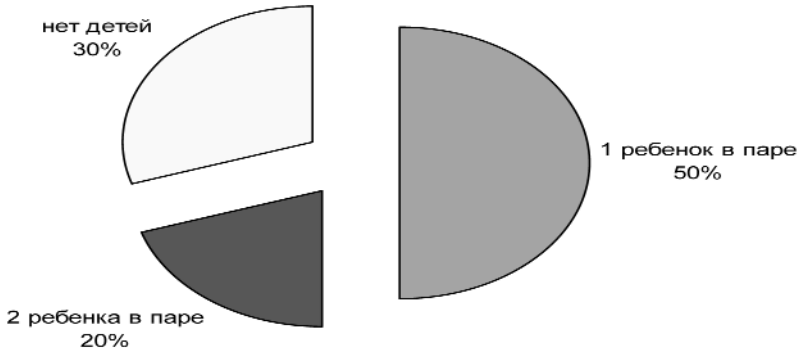
РОЛЬ СЕКСОЛОГИИ В ПРЕОДОЛЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО КРИЗИСА В РОССИИ

В связи с изменением в обществе отношения к сексуальной сфере, доступности информации на эту тему, повышению интереса женщин к своему сексуальному здоровью, растет озабоченность потенциальных родителей возможными осложнениями и качественными ухудшениями сексуальных отношений во время беременности и послеродовый период. При этом существенный вклад в решение демографических проблем в России могут и должны внести специалисты-сексологи, занимающиеся непосредственно состоянием сексуального и репродуктивного здоровья населения. При этом несостоятельными представляются попытки объяснить возникновение демографического кризиса лишь "участившимися случаями бесплодия, сексуальными нарушениями, пропагандой перверзий в СМИ" и т.д. Очевидно, что причины демографического кризиса носят более сложный, комплексный, в первую очередь социальный и психологический характер. Одним из важнейших вопросов формирования современной программы по улучшению демографической ситуации в России является профилактика и выработка превентивных мер по укреплению сексуального здоровья граждан России, продлению репродуктивного возраста, увеличению продолжительности жизни в нашей стране и снижению показателей смертности.

О связи снижения рождаемости и неудовлетворенности в сексуальной сфере, парной дисгармонии можно судить по следующим статистическим данным Научно-методического центра медицинской сексологии и сексопатологии Росздрава: из обратившихся на прием к сексологу женщин 65% находятся в браке (гражданском или официальном); 20% имеют нерегулярные сексуальные контакты, не планируют иметь детей от своих партнеров 15% не имеют сексуальных партнеров и не планируют беременность.



Только 45% пациенток имеют детей, из них 80% - одного ребенка, остальные 20% - 2-х детей. Пары, обратившиеся с жалобами на сексуальную дисгармонию или сексуальное расстройство одного из партнеров имеют одного ребенка в 50% случаев, 2х - в 20%, не имеют детей вообще 30%.



Рассмотрения и разработки путей решения заслуживает проблема нежелания иметь двух и более детей, когда одним из определяющих факторов является страх ухудшить психологические и сексуальные отношения в паре, либо снизить качество собственной сексуальности. Одним из спасительных мифов, исходящих часто от врачей акушеров-гинекологов (которые в недавнем прошлом являлись единственными специалистами, сталкивавшимися с женскими и парными сексуальными проблемами, связанными с беременностью и родами) являлось значительное повышение, "полное раскрытие" сексуальных возможностей женщины после родов. Многие пациентки 10-15 лет назад искренне удивлялись, почему же они так и не "научились" испытывать оргазм при интимной близости в послеродовый период, почему не повысилась их эрогенная реактивность, как было обещано. Вопрос профилактики и терапии послеродового снижения либидо, которое объяснимо не только гормональными изменениями в организме женщины, но довольно распространенной послеродовой депрессией практически не поднимался. В недостаточном объеме и далеко не во всех женских консультациях ведется консультирование специалистами сексологами, семейными психотерапевтами, психологами. Подобные консультации необходимы для разъяснения паре/женщине возможности и необходимости сохранения сексуальной активности, даже при сложном течении беременности.

Важной частью подготовки к материнству и отцовству является разъяснение психологических сложностей, возникающих в течении беременности у обоих партнеров. К ним можно отнести амбивалентное отношение к происходящему у мужчины, связанное со страхом потерять главенствующее место в жизни женщины, быть оттесненным на второй план ребенком, разочарование и обида из-за снижения у партнерши сексуальной инициативности и реактивности; страх обоих партнеров причинить вред плоду во время близости; чувство утраты привлекательности, собственной неполноценности из-за изменений во внешности у женщины и пр.). Очень важным моментом также является ведение пары/женщины специалистами - сексологами, психиатрами, психотерапевтами в послеродовый период. Терапия депрессивных нарушений, и связанных с ними гипо- и алибиде-

мии, аноргазмии, осложнений травм родовых путей, которые могут вызвать как страх возобновления половой жизни после родов, так и вторичные болевые сексуальные нарушения - вагинизм и диспареунию - вот неполный перечень проблем, которыми необходимо активно заниматься для профилактики распада брачного союза, полной реабилитации женщины после родов, и следовательно повышения вероятности планирования последующих беременностей и родов. Даже в тех случаях, когда вышеперечисленных расстройств не наблюдается, период лактации и связанные с ним гормональные изменения не могут не влиять на либидо, ведение пары семейным терапевтом в этот период позволит ей гладко, без физических и моральных потерь, войти в нормативный ритм сексуальной жизни. Весьма важным представляется не только парное консультирование, но и раздельные мини-лекции или сеансы когнитивной психотерапии для обоих партнеров, как профилактика супружеских ссор и измен.

Важнейшей проблемой, требующей внимания специалистов, является психическое и физическое состояние женщины во время беременности и в послеродовой период. Помимо материальных и социальных трудностей у женщин возникает послеродовая депрессия и астения, ощущение потери сексуальной привлекательности для мужа. Многие женщины, испытав подобное состояние при первых родах, не желают пережить его снова. По нашему мнению основная помощь женщинам на этом этапе может вестись по трем направлениям. Во-первых, семейная психотерапия, психо и сексотерапевтическая работа, которая должна вестись сексологом с обоими супругами. К сожалению, в настоящее время стандартный подход, навязывающий запрет сексуальных отношений во время беременности, очень распространен и связан с недостаточной осведомленностью в сфере интимных отношений, как самих супругов, так и врачей, дающих такие советы. Правильный индивидуальный подход специалистов-сексологов, семейных психотерапевтов позволяет выбрать оптимальный и адаптированный диапазон и режим интимных отношений без последствий для здоровья беременных женщин. Во-вторых, необходима разработка комплексных программ по ведению женщины в период беременности, послеродовой период, включающих как психотерапевтическую работу с женщиной, так и обучение грамотному уходу за ребенком, что позволит молодой маме эффективно использовать свое время, в том числе и на поддержание в хорошей форме своего психического и физического состояния. В-третьих, целесообразно разработать специальные программы, обучающие акушеров, гинекологов и врачей общей практики правильной психотерапевтической тактике ведения женщин во время беременности и послеродовой период. Важной задачей представляется сделать привычными и доступными для молодежи планирование партнерских отношений до брака, обращение к специалистам за помощью в случае отсутствия беременности в течении 6 месяцев в браке, возможности биологического и психологического тестирования пары с целью обеспечения в дальнейшем гармоничной, психологически совместимой семьи, предотвращения и своевременного устранения возможных психологических, генетических, физиологических проблем, повышения сексуальной грамотности партнеров. К сожалению приоритетными остаются проблемы лечения все более возрастающего потока больных и инвалидов, а не проведения профилактических мероприятий. Во многом это обусловлено отсутствием доступных учреждений федерального и муниципального подчинения, специализирующихся на разработке современных методик и непосредственном оказании превентивной медицинской помощи (программ оздоровления), подготовке квалифицированных кадров, системы их подготовки, низкой материально-технической оснащенностью. Учитывая вышесказанное, наиболее своевременной является реализация стратегии организации и развития охраны и укрепления здоровья у здоровых и практически здоровых лиц.

Таким образом, наиболее актуальными направлениями по улучшению сексуального и репродуктивного здоровья граждан, непосредственно влияющими на состояние демографической ситуации в России, являются:

1. Разработка и практическое использование специализированных универсальных программ полового воспитания и просвещения молодежи, основанных на формировании стремления к традиционным семейным ценностям, отношению к материнству, как важнейшему предназначению в жизни женщины, планирование семейной жизни, предупреж-

дение нежелательной беременности, раннего начала половой жизни, беспорядочных половых связей. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем, СПИДа.

2. Совершенствование и доступность своевременной диагностики и лечения расстройств половой сферы с использованием самых современных методов и технологий с учетом отечественного и зарубежного опыта. Выполнение муниципальными органами здравоохранения приказа № 370 о создании кабинетов врачебно-семейного консультирования с нормативом 1 врач сексолог на 250 тысяч населения.

3. Разработка программ, обеспечивающих психотерапевтическую поддержку и наблюдение женщин в период беременности и после родов.

4. Создание специальных программ по планированию семейных отношений.

5. Подготовка в соответствии с разработанными образовательными стандартами высококвалифицированных специалистов в области сексологии и семейного консультирования.

6. Разработка образовательных программ по сексологии и семейному консультированию для врачей общей практики, специалистов (акушеров, гинекологов), психотерапевтов, психологов, наблюдающих женщин во время беременности и послеродовой период.

7. Разработка профилактических и превентивных мер по укреплению сексуального и репродуктивного здоровья населения, внедрению здорового образа жизни, продлению репродуктивного возраста и увеличению продолжительности жизни. Охрана сексуального здоровья у здоровых и практически здоровых лиц.

Евдаков В.А.,
д.м.н., профессор, главный врач поликлиники №224 ЮВАО г. Москвы

Калинина А.М.,
д.м.н., профессор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины МЗ

Арцыбышева Л.Р.,
врач высшей категории, заведующая Центром планирования семьи и репродукции.

УКРЕПЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ПОВЫШЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ И СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Экономика России с 1991 года по настоящее время характеризуется специалистами как экономика переходного периода. По мнению экспертов экономика переходного периода обладает рядом тенденций, оказывающих разрушительное влияние на все составляющие социальной сферы, в том числе на здравоохранение и здоровье населения. В нашей стране это разрушительное влияние проявилось особенно остро и болезненно в последние годы. Именно это заставило главу государства Президента РФ В.В.Путина заявить о необходимости реформы здравоохранения (2005г.) и обратиться в ежегодном послании к Федеральному собранию РФ с докладом о демографической катастрофе, угрожающей экономической и национальной безопасности России (2006г.).

Оставляя за рамками обсуждения такие важные составляющие демографической ситуации, как смертность и миграцию, Президент остановился на проблемах рождаемости и социально-экономических мерах, направленных на ее повышение. И хотя показатель рождаемости в последние годы в стране не самых низкий, и в стране реально снижаются показатели младенческой смертности (10-15% в сравнении с 4-5% в странах Западной Европы) и материнской смертности (они, правда, примерно в 10 раз выше среднеевропейского показателя), тем не менее показатель рождаемости в 1,5 раза ниже показателя общей смертности населения. Кроме социально-экономических и медицинских факторов, существенный вклад в столь низкий показатель рождаемости вносят аборты, хотя их число за последние годы значительно снизилось. Тем не менее, лишь 36% беременностей заканчиваются родами, а 64% беременных женщин производят аборты.

Медико-демографические показатели в стране имеют явно отрицательную динамику в течение последних 15 лет, а депопуляционные процессы, качественно и количественно характеризующие уменьшение численности населения, охватывают подавляющее большинство субъектов РФ. За последние 10 лет страна потеряла более 11 млн. человек, что составляет примерно 28 областных центров средней мощности, ежегодный отрицательный прирост населения составляет 750-900 тысяч человек. Особую тревогу вызывают показатели смертности мужчин трудоспособного возраста, которые в 7 раз превышают таковые в развитых европейских государствах. По оценкам специалистов смертность в России в последние годы характеризуется как "сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста". В невоюющей России мы имеем статистику смертности военного времени. По показателю средней ожидаемой продолжительности жизни мы оказались отброшенными лет на 50 назад.

Все мы, возможно, чрезмерно увлеклись заботой о здоровье пожилых, а ведь последние 5-7 лет смертность среди лиц пожилого возраста даже несколько снизилась, а среди трудоспособного населения она увеличилась в 2 раза. По мнению специалистов, в ближайшие годы самым дефицитным ресурсом в нашей в стране будет не нефть и газ, а трудовые ресурсы.

Укрепление репродуктивного здоровья и повышение рождаемости

В медицинском плане повышение рождаемости связано с решением вопросов бесплодия (как женского, так и мужского), невынашивания беременности и профилактики абортов. Если не касаться абортов, то речь идет об укреплении прежде всего репродуктивного здоровья нации. По данным оте-

чественной статистики 18,5% супружеских пар являются бесплодными, примерно у 16-18% женщин беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем или прерыванием беременности по медицинским показаниям. Причины бесплодия и невынашивания беременности кроются в физическом и репродуктивном нездоровье женщин и супружеских пар, желающих иметь детей, которое своими корнями уходит в детский и подростковый возраст. Известно, что из общего числа родившихся лишь 30% - это здоровые дети. Среди первоклассников 27% детей имеют одно хроническое заболевание или факторы риска развития хронического заболевания, а среди десятиклассников у 63% диагностируют то или иное хроническое заболевание. 70% беременных женщин страдает анемией.

Мужское бесплодие является в 40-50% случаев ответственным за нерождение детей в супружеских парах, желающих иметь детей. В детском и подростковом возрасте основными заболеваниями, ведущими к бесплодию мужчин, являются крипторхизм, гипоспадия, варикоцелле и др. а также ряд наследственных заболеваний: муковисцидоз, синдром Клайнфельтера, врожденное отсутствие семявыносящих протоков и др. В подростковом и взрослом состоянии негативное влияние на фертильное здоровье начинают оказывать токсические воздействия, приводящие к нарушению сперматогенеза и созревания сперматозоидов: курение, наркомания, злоупотребление алкоголем, употребление ряда лекарственных средств и химикаты (тяжелые металлы, органические растворители, пестициды, гербициды и др.) Поэтому в программах выявления мужского бесплодия важное значение имеет физикальное обследование, анализ спермы и проведение дифференциальной диагностики у взрослых и детально собранный анамнез и физикальное обследование у детей и подростков. Особое внимание следует уделить подросткам, потому как раннее вступление в половую жизнь при несоблюдении элементарных санитарно-гигиенических правил приводит к широкому распространению среди них инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Сокрытие этих заболеваний, не лечение их с момента появления первых симптомов способствует переходу этих острых заболеваний в хронические, а далее к развитию бесплодия. Та же ситуация и с тем же финалом складывается и в среде молодых мужчин.

Женское бесплодие встречается примерно с той же частотой (50-60%), что и мужское. О бесплодии принято говорить, когда зачатие не наступает через год регулярной половой жизни без контрацепции. Годичный срок определяется тем, что в 50% случаев зачатие наступает в течение первых 3-х месяцев регулярной половой жизни без контрацепции, в 75% случаев - в течение полугода, 88-90% в течение первых 9 месяцев. Корни женского бесплодия кроются в детском возрасте, если речь идет о наследственных причинах, а также в подростковом, если речь идет об эндокринном нездоровье и заболеваниях (инфекциях), передающихся половым путем. Подростковый возраст в женской среде является еще более опасным в плане развития заболеваний, приводящих к бесплодию. Инстинкт самосохранения у девушек-подростков практически утерян: 67% девушек спокойно относятся к внебрачным половым отношениям, и лишь 17% считаю подобные сексуальные отношений опасными для здоровья. Наиболее часто распространенные в этом возрасте заболевания: вульвовагиниты, дисменоррея, нарушение менструального цикла. Женщины молодого и особенно среднего возраста чаще страдают миомой матки и эндометриозом, у них основная причина снижения фертильности - угасание функции яичников, которое начинается задолго до менопаузы. Формированию бесплодия у девушек-подростков, а также у женщин молодого и среднего возраста способствуют те же поведенческие и внешние факторы, что и у мужчин: курение, злоупотребление алкоголем, наркотики, контакт с ядами и химикатами на работе. В основном те же причины (кроме наследственных) приводят к невынашиванию беременности.

Из числа женщин, чья беременность закончилась абортом, 86% планируют иметь детей в будущем, однако не ранее, чем через 5 лет, забывая, что в возрасте 35 лет и старше возможность женщин к деторождению существенно снижается. Таким образом, произведенные аборты в значительной степени ограничивают число родившихся детей, а медицинские последствия абортов усугубляют проблему бесплодия и невынашивания беременности.

Итак, все как будто ясно и понятно. В целом, чтобы повысить рождаемость, необходимо предпринять меры по укреплению репродуктивного и физического здоровья подрастающего поколения, а также женщин и мужчин в возрасте до 40 лет с одной стороны, а с другой - усилить мероприятия, направленные на формирование моды и положительных установок на активизацию рождение ребенка в определенных социальных группах населения и на снижение числа абортов.

Проблема повышения рождаемости требует весьма осторожного и взвешенного подхода. Поскольку с настоящее время лишь 30% детей рождается здоровыми, стимуляция рождаемости будет способ-

ствовать появлению дополнительного числа больных детей. Кроме того, на призывы и экономические поощрения с целью повышения рождаемости откликаются в первую очередь наиболее неблагополучные и социально уязвимые категории населения, в среде которых чаще рождаются больные дети. Приоритетом в решении этой проблемы является укрепление репродуктивного здоровья подростающего поколения и молодых женщин и мужчин. В связи с этим решение проблемы повышения рождаемости и рождения здоровых детей на первом этапе реализации комплекса программных мероприятий (далее Программа) необходимо первоначально сфокусировать на выполнение следующих приоритетных целевых подпрограмм:

- здоровье беременной женщины;
- укрепление физического и репродуктивного здоровья подростков (потребуется создание окружной службы подростковой гинекологии);
- укрепление мужского здоровья (потребуется создание андрологической службы в округе);
- формирование моды на беременность среди женщин промежуточного социального класса.

Очевидно, что разработка и выполнение этих подпрограмм потребует значительных интеллектуальных, организационных и финансовых ресурсов. В противном случае все разговоры о повышении рождаемости превратятся в пустые декларации.

Снижение смертности (в т.ч. преждевременной) населения

В структуре общей смертности населения РФ в течение последних 15-20 лет устойчиво первое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы (ССЗ - 50-55%), на второе место в последние 5-6 лет вышли несчастные случаи, отравления и травмы (убийства, суициды и др. - 14-16%), третье место занимают злокачественные новообразования (10-14%). Последующие места удерживают хронические болезни органов дыхания (6-8%), пищеварения (6-7%), сахарный диабет и др. В целом на долю хронических неинфекционных заболеваний в общей структуре смертности населения приходится 75-80%.

В структуре смертности от ССЗ 85,5% приходится на долю патологии обусловленной атеросклерозом - ишемической болезни сердца (46,8%) и мозгового инсульта (38,7%). Россия относится к странам с высоким риском заболеваний, обусловленных атеросклеротическим процессом.

В течение последних десятилетий в странах Западной Европы, США, Канаде, Австралии отмечается стойкая тенденция к снижению смертности от этих заболеваний. В России, напротив, наблюдается рост показателей смертности, что привело к большому разрыву в стандартизованных показателях смертности между нашей страной и другими экономически развитыми странами в настоящее время.

Снижение смертности от ССЗ, наблюдающееся во многих экономически развитых странах, объясняется в первую очередь изменением образа жизни (отказ от курения, здоровое питание, повышение физической активности и т.п.). В то же время все большую роль начинают играть службы здравоохранения, особенно в продлении жизни больных путем мероприятий по вторичной профилактике.

В проводившейся в Москве программе многофакторной профилактики ИБС, выполнявшейся в условиях практического здравоохранения (амбулаторно-поликлинического звена) получены доказательства реалистичности и научной обоснованности с позиции клинической и эпидемиологической целесообразности внедрения новых разработанных и апробированных профилактических технологий выявления и коррекции риска ССЗ, обусловленных атеросклерозом. К концу 5-го года проведения программы удалось достоверно снизить частоту основных ФР в поликлинике профилактики по сравнению с обычным лечением: частота курения уменьшилась на 25,4%, гиперхолестеринемии - на 28,4%, артериальной гипертонии - на 3,1%. Суммарный риск смерти от ССЗ в группе профилактики снизился на 38,1%. К концу 10-го года наблюдения в группе профилактики частота основных ФР сохранялась на более низком уровне, чем в группе обычного лечения (АГ соответственно 19,4 и 22,2%, $p>0,05$, курение 29,6 и 34,5, $p>0,05$, ИМТ 14,1 и 18.8%, $p<0,05$), что позволило стойко сохранить и снижение суммарного риска и в отдаленный период.

В течение 5 лет в поликлинике профилактики по сравнению с обычным лечением общая смертность снизилась на 22,2% ($p<0,05$), в том числе от ССЗ на 41,3% ($p<0,05$). Выявлен достоверный эффект вторичной профилактики, причем проявившийся уже с 3-го года наблюдения при всех формах ИБС: с ИМ в анамнезе, СН без ИМ (со стенокардией напряжения не осложненного течения, без ИМ в анамнезе), с БИБС (с безболевым течением ИБС). Был выявлен также достоверный позитивный эффект первичной профилактики, который проявился несколько позднее, с 4-5 года на-

блюдения и проявился преимущественно в группе высокого риска, т.е. у лиц с сочетанием 3 и более ФР. Общая смертность оставалась более низкой и поликлинике профилактики, чем в поликлинике обычного лечения и через 10 лет (8,9 и 9,6 случаев на 1000 чел/лет соответственно), и через 15 лет (10,3 и 1,2 случая на 1000 чел/лет соответственно).

У больных с АГ многофакторная профилактика по сравнению с обычным лечением снизила частоту развития ИМ (на 32,5%) и МИ (на 36,0%), смертность общую (на 43,3%), от ССЗ (на 51,1%), в том числе от ИБС (на 48,3%).

Меры по профилактике ССЗ с целях снижения общей смертности необходимо проводить в рамках округа с учетом реализации трех стратегий:

- стратегии массовой профилактики;
- стратегии высокого риска;
- стратегия индивидуальной профилактики.

При этом желательно использовать методические материалы Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины МЗ РФ, доказавших свою эффективность в многочисленных исследованиях. По мнению академика РАМН Оганова Р.Г. (Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ) подходы к профилактике в частности сердечно-сосудистых заболеваний давно изучены. Главная из трех стратегий профилактики этих болезней - популяционная, массовая профилактика. Она направлена на формирование здорового образа жизни населения. И здесь главная роль принадлежит не здравоохранению, а правительству, государственным и муниципальным властям. Медики при этом должны выступать катализаторами, инициаторами этих процессов, но создавать условия для их реализации - дело исполнительной власти. В ряде стран именно усилия правительства помогли позитивно изменить ситуацию. Так, в Финляндии в 60-х годах прошлого столетия отмечалась самая высокая в мире смертность от ССЗ. Жители одной из провинций потребовали от правительства разработать программу профилактики, что и было сделано. Начиная с 70-х годов за 20 лет смертность в Финляндии от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на 60%. То же происходило и в США, в Австралии и других странах. Так что "изобретать велосипед" не надо. Достаточно использовать мировой и свой личный опыт, и демографическая ситуация в корне изменится.

По результатам специально проведенного исследования профессором Д.Заридзе показал, что у 48% умерших от ССЗ в крови был обнаружен алкоголь, причем у 22% его концентрация соответствовала потенциально смертельной. (3,00-4,99 г/литр) или смертельной (5,0 г/литр дозе). Результаты вскрытия умерших от несчастных случаев, отравлений и травм показали, что у 67% мужчин и у 57% женщин погибших в результате ДТП, в крови был обнаружен алкоголь, причем у 1/3 мужчин и женщин в потенциально смертельной или смертельной дозе. По самым скромным подсчетам, около 700 тысяч россиян ежегодно умирают в состоянии алкогольного опьянения, а 400 тысяч - от острого отравления алкоголем.

От болезней, причиной которых является курение, в России в 2004 году умерло 376 тыс. человек.

Таким образом, проблема сверхвысокой смертности населения России является не только медицинской, но и социальной.

В связи с вышеизложенным раздел Программы по снижению смертности может быть сфокусирован прежде всего на выполнении следующих целевых приоритетных подпрограмм:

- многофакторная профилактика АГ и ССЗ;
- снижение потребления алкоголя и табака, профилактика табакокурения и злоупотребления спиртными напитками;
- профилактика дорожно-транспортного травматизма.

Решение вопросов укрепления репродуктивного здоровья, повышения рождаемости и снижения смертности населения относится к проблемам общественного здоровья и напрямую зависит от участия и взаимодействия трех основных движущих сил:

- государство (исполнительная власть);
- система здравоохранения;
- население.

Роль и задачи государственных и муниципальных органов власти:

- разработка законодательной и нормативной базы;
- привлечение всех секторов экономики к участию и выполнению специфических для них задач;

- финансирование всего комплекса мероприятий с привлечением средств общественных организаций и спонсоров;
- включение всех возможных средств массовой информации;
- организация и проведение мониторинга мероприятий программы на межсекторальном уровне и др.

Роль и задачи системы здравоохранения:

- совместно и органами исполнительной власти, другими секторами экономики и представителями общественных организаций разработать концепцию Программы, стратегию и тактику ее реализации с выделением приоритетов и обозначением этапов реализации;
- обеспечить профессиональную целевую подготовку кадров для реализации медицинских задач Программы;
- создать в округе службу подростковой гинекологии и андрологии в целях укрепления репродуктивного здоровья подростков и взрослых;
- предоставлять заинтересованным группам населения доступную и квалифицированную медицинскую помощь по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, а также по профилактике и лечению основных заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье и смертность населения;
- активизировать работу "Школ здоровья" для больных с АГ и сахарным диабетом, а также организовать работу "Школ здоровья" для больных с ожирением, ИБС, курением и др;
- разработать и внедрить в практику проведение обучающих семинаров по гигиеническому воспитанию и укреплению репродуктивного здоровья школьников старших классов общеобразовательных школ;
- принять участие в разработке информационных, электронных и печатных материалов для населения по основной тематике Программы.

Население и его роль в реализации Программы

Понятно, что без заинтересованного участия населения любые усилия органов государственной и муниципальной власти и медицинских работников (в купе с другими секторами экономики), направленные на укрепление репродуктивного здоровья, повышение рождаемости и снижение смертности желаемого результата не принесут. Для формирования заинтересованного участия населения в планируемой Программе необходимо в том числе:

- обеспечить население бесплатно печатными материалами по формированию ЗОЖ, гигиеническому воспитанию, укреплению репродуктивного здоровья и коррекции факторов риска основных неинфекционных заболеваний;
- на кабельном телевидении округа создать постоянно действующую рубрику по теме Программы;
- в организованных коллективах (учреждения образования, здравоохранения, социальной сферы, производственные коллективы и др.) проводить приуроченные к праздничным мероприятиям соревнования по знаниям и навыкам здорового образа жизни и др.

Реализация Программы рассчитана на долгосрочную перспективу. Выполнение первого этапа Программы связано с разработкой и внедрением целевых подпрограмм и рассчитано примерно на 4-5 лет.

Качество выполнения Программы несомненно будет выше, если ее методическое и научное сопровождение будет обеспечено такими ведущими в стране по проблемам Программы научными центрами, как Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ, научный центр акушерства , гинекологии и перинатологии РАМН и НИИ урологии МЗ РФ, а организационная поддержка будет оказана Департаментом здравоохранения г. Москвы. Предварительное согласие от руководства этих организаций имеется.

Егоров А.В.,
заместитель руководителя проекта "ОБЖ"
ООО Издательский дом "Третий Рим"

АВТОМОБИЛЬ И ЧЕЛОВЕК: ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ НА ДОРОГЕ. ДЕТСКАЯ ДОРОЖНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Человечество, изобретя автомобиль, получило новый толчок для своего развития. Но, получив его в виде скоростного и комфортного средства передвижения, получили и проблему безопасности передвижения по автодорогам.

Дальнейшее усовершенствование автомобильной техники, увеличение их количества побудило человечество к созданию определенных правил поведения на автодорогах, как для водителей автомобилей, так и для пешеходов.

Соблюдая эти правила, человек в подавляющем числе случаев ограждает себя от возникновения неприятностей, защищает себя от несчастных случаев в местах передвижения автотранспорта, будь он водителем или пешеходом.

Вроде бы все просто, как и в любой другой сфере жизнедеятельности человека - соблюдение определенных норм и правил поведения способствует безопасности и дальнейшему развитию отдельной личности.

Давайте же посмотрим, какая ситуация сложилась в настоящее время на автодорогах на примере нашей страны не забывая, что с даты создания первого автомобиля в России на заводе "Руссобалт" прошло 104 года.

Проблема аварийности, связанной с автомобильным транспортом, в последние годы приобрела особую остроту и имеет тенденцию к нарастанию.

Всего за последние 10 лет в результате дорожно-транспортных происшествий погибли более 300 тыс. человек, из которых более четверти - люди наиболее активного трудоспособного возраста (26 - 40 лет). По сравнению с 1997 годом число погибших возросло почти на одну треть.

Коренной перелом в состоянии аварийности произошел после 2000 года. Рост основных показателей аварийности в 2001 - 2006 годах по отношению к 1 проценту роста количества транспортных средств составил от 3 до 5 процентов и по дорожно-транспортным происшествиям, и по количеству лиц, погибших в результате ДТП, и по количеству лиц, получивших ранения в них.

Дорожно-транспортные происшествия наносят экономике России значительный ущерб, составляющий в последние годы 2,2 - 2,6 процента валового внутреннего продукта страны.

Основными видами дорожно-транспортных происшествий в России являются наезд на пешехода, препятствие и на стоящее транспортное средство, а также столкновение и опрокидывание. Свыше трех четвертей всех дорожно-транспортных происшествий связано с нарушениями Правил дорожного движения водителями транспортных средств и пешеходами.

Наиболее многочисленной и самой уязвимой группой участников дорожного движения являются пешеходы. За последние 10 лет количество пешеходов, погибших в результате дорожно-транспортных происшествий, увеличилось на треть. Всего за этот период погибли свыше 100 тыс. и ранено свыше 500 тыс. пешеходов.

В чем же причина? Как указано в постановлении Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 г. № 100 - это несоответствие дорожно-транспортной инфраструктуры потребностям общества и государства в безопасном дорожном движении, недостаточная эффективность функционирования системы обеспечения безопасности дорожного движения и крайне низкая дисциплина участников дорожного движения.

Президент Российской Федерации В.В. Путин в Послании Федеральному собранию подчеркнул, что решение проблемы обеспечения безопасности дорожного движения, снижение уровня смертности и травматизма от ДТП, обеспечение роста безопасности и благополучия граждан России относится к наиболее приоритетным задачам развития страны.

Решение этой задачи может быть достигнуто только в рамках эффективной и системной де-

ятельности органов федеральной государственной власти и органов регионального и местного самоуправления.

Вместе с тем давайте отметим еще раз одну озвученную ранее позицию. Свыше трех четвертей всех дорожно-транспортных происшествий связано с нарушениями Правил дорожного движения водителями транспортных средств и пешеходами.

То есть, из за нашего с вами нежелания, неумения, а также незнания происходит подавляющее количество дорожно-транспортных происшествий.

Такая же тенденция увеличения числа ДТП имеет место и с участием детей.

Здоровье и благополучие подрастающего поколения является одним из важнейших показателей социально-экономического развития государства. Однако, как показывает анализ статистических данных, число пострадавших детей за последние пять лет в стране увеличилось на 13,6 %, причем больше всего страдают дети в возрастной группе от 7 до 16 лет. Ежегодно на дорогах страны, по данным официальной статистики, гибнет более 1000 детей, свыше 30 000 детей получает травмы различной степени тяжести.

Анализ причин ДТП, произошедших в г. Москве за 2005 и 2006 годы с участием детей указывает на тот факт, что в более чем 60 процентов случаев дети были пешеходами. Причем в 49 случаях из 100 дети переходили перед близко идущим транспортом, в 21 случае - переходили автодорогу вне зоны пешеходного перехода, в 22 случаях - неожиданно выходили из-за стоящего транспорта и в 8 случаях - переходили на запрещающий сигнал светофора.

Почему? Ответ, думаю однозначен. Потому что мы, взрослые их не научили, или не захотели учить.

Одним из важных направлений решения данной проблемы является профилактическая работа, проводимая в общеобразовательных учреждениях, семьях, позволяющая создать в сознании детей стереотипы правильного поведения на автодорогах.

Так что же с этим направлением?

Как правило, во многих школах и в дошкольных учреждениях отсутствуют профессионально подготовленные педагогические кадры, необходимое количество учебно-методических материалов и наглядных пособий, соответствующее оборудование и т.д. Учебный процесс строится без учета результатов научных исследований и разработок в области безопасности дорожного движения и мер профилактики детского дорожно-транспортного травматизма, без опоры на положительный мировой опыт. При разработке планов и программ обучения, как правило, не учитываются возрастные особенности детей, что, как следствие, значительно снижает эффективность существующего процесса обучения. Ощущается явный недостаток технических и современных наглядных средств обучения, в том числе компьютерных, нет методического обоснования развития электронных средств обучения данному вопросу. Следует отметить, что курс безопасности движения не имеет статуса самостоятельной учебной дисциплины.

Почему же такое отношение к обучению, воспитанию и сохранению жизни детей?

Видимо может прозвучать вполне обыденное объяснение - нет средств в бюджете.

А теперь давайте порассуждаем.

Государство и его властные структуры призваны обеспечить комфортные условия жизнедеятельности членам своего общества. Семья является ячейкой общества, главнейшей целью создания которой является рождение и воспитание детей. То есть смысл существования, в том числе и зарабатывания денег для подавляющего числа людей - в семье, в детях и ради детей. Эту же цель, как одну из основных, видимо, должно ставить себе и государство, иначе у него нет будущего. Любые средства, в том числе и денежные необходимо изыскать.

Поэтому, обязательно должны быть:

отдельный учебный курс, посвященный профилактике детского дорожно-транспортного травматизма, как в дошкольных, так и в школьных учреждениях;

подготовленные педагогические кадры;

полная обеспеченность необходимым количеством учебно-методической литературы, соответствующим учебным оборудованием, тренажерами, наглядными пособиями, программами и т.д.;

плановое участие органов исполнительной власти, отвечающих за безопасность дорожного движения, в обучении и воспитании детей правильному поведению на автодорогах;

заинтересованность властных структур в оптимизации процесса обучения детей правилам дорожной безопасности, в снижении уровня травматизма на автодорогах.

Ситуация с детским дорожно-транспортным травматизмом в Юго-Восточном административном округе г. Москвы также далека от благополучной и усугубляется с каждым годом.

Дорожно-транспортные происшествия

с участием детей, произошедшие на территории г. Москвы

Таблица 1

Период	ДТП с участием детей	Ранено	Погибло
г. Москва			
2005 год	1308	1341	26
2006 год	1321	1376	16
+ ; - к 2005 г.	+13	+35	-10
в % к 2005 г.	101,1	102,6	61,5
Юго – Восточный округ			
2005 год	108	106	2
2006 год	134	130	4
+ ; - к 2005 г.	+26	+24	+2
в % к 2005 г.	124,1	122,6	200,0

- - по данным отдела пропаганды ГИБДД ГУВД г. Москвы

С учетом того, что дети являются нашим будущим, а также в связи с тем, что 2007 год объявлен в г. Москве Годом ребенка, решению проблемы детского травматизма на автодорогах необходимо уделить особое внимание.

Как уже отмечалось, одним из важных направлений решения данной проблемы является профилактическая работа, позволяющая создать в сознании детей стереотипы правильного поведения на автодорогах. Эта работа должна проводиться в общеобразовательных учреждениях, семьях, на это обращает внимание Президент РФ, поручая Правительству РФ внести в соответствующие правовые акты изменения, предусматривающие включение в учебные программы общеобразовательных учреждений, начиная с 1 класса дисциплины об основах безопасности дорожного движения.

В префектуре ЮВАО также считают, что для того, чтобы выправить ситуацию, нужно начинать с детей.

В ходе проработки вышеуказанной проблематики мы увидели интересные материалы, касающиеся профилактики детского дорожно-транспортного травматизма. Заинтересовавший нас учебно-методический материал, включающий в себя методические пособия для педагогов, сотрудников ГИБДД и родителей, а также учебные книжки-тетради для учащихся 1-4 классов, получил одобрение и рекомендации Главного государственного инспектора безопасности дорожного движения Российской Федерации В.Н. Кирьянова, комплекту присвоен гриф "Допущено министерством образования и науки РФ".

Задача, которую мы должны поставить перед собой - добиться системности в постановке учебного процесса в дошкольных и общеобразовательных учреждениях префектуры, г. Москвы, Российской Федерации, направленного на профилактику детского дорожно-транспортного травматизма. В кратчайшие сроки нам необходимо раскрыть организацию и содержание образовательного процесса по обучению и воспитанию детей безопасному поведению на автодорогах и транспорте перед преподавателями и работниками ГИБДД, научить детей не попадать в дорожно-транспортные происшествия.

Давайте научим наших детей безопасности.

Егоров Б.Е.,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии
и сексологии Российской медицинской академии
последипломного образования,
Вице-президент Общероссийской Профессиональной
психотерапевтической Лиги,
Председатель комитета по этике и защите
профессиональных прав ОППЛ,
Вице-президент Русского психоаналитического общества.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСГАРМОНИИ И СТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ

И для женщин и для мужчин рождение ребенка является серьезным испытанием на пути самосознания себя как зрелой личности. При этом неизбежно активизируются конфликты, связанные с собственным рождением и воспитанием. Ощущение себя, как будущего родителя происходит через идентификацию с собственными отцом или матерью. Если это связано с серьезными травматическими переживаниями, то сознательное желание рождения ребенка наталкивается на бессознательные страхи. Самостоятельно разрешить данный бессознательный конфликт в направлении созидания, а не разрушения очень сложно.

Сознательный страх беременности многим хорошо известен. Он вполне поддается рациональному объяснению. У женщин он проявляется в опасениях, связанных с ощущением большей зависимости, изменениями тела, психики, социального положения. У мужчин предстоящее рождение дочери или сына может быть связано со страхом потери свободы, не желанием принимать большую ответственность. Наличие бессознательных, иррациональных страхов беременности порой не столь заметны. Они могут проявляться косвенным образом - в сексуальных проблемах, функциональных нарушениях, проблемах с зачатием, беременностью и родами. Как правило, мужской протест, как один из основных движущих сил личности женщины проявляется в различных нарушениях связанных с половыми функциями. Например, нарушение менструального цикла, выкидыши, различные гинекологические заболевания, фригидность. То есть попытка отказа от женской роли на психологическом уровне приводят к соответствующей реакции со стороны тела. На психологическом плане это проявляется в страхе беременности, родов, сексуальных отношений, любой зависимости и подчиненного положения.

Мужской протест имеет самые широкие и многообразные проявления также и у мужчин. Фраза "Я хочу быть настоящим мужчиной" - это примерная цель, к которой стремится мужчина, мучимый комплексом неполноценности. Уже в одной этой фразе чувствуется сомнения в своей половой роли, в своей мужественности как исток последующего мужского протеста. Он пытается избавиться от слабости, подчиненного положения путем борьбы, агрессивности, чрезмерного эгоизма, то есть с помощью проявления и развития мнимой мужественности.

Из-за страха потерпеть неудачу, для достижения превосходства могут избираться невротические способы - бегство в болезнь, изоляция от внешнего мира в узком кругу близких. Мужской протест может проявляться в попытке в бегства от любовной, эмоциональной, сексуальной привязанности к женщине, от необходимости подчиняться в профессиональной и социальной сфере. Он формирует линию жизни в виде обходного пути, уклоняясь от решения важных проблем - проблем брака, сексуальных отношений, профессионального роста и т.д. В этих случаях необходимо учитывать наличие архетипов бессознательного человека в виде конкретной модели поведения и мужчин, и женщин.

Для примера модели архетипа, связанного с продолжением рода обратимся к библейской истории. Адам и Ева жили в райском саду и были бессмертными. Вкусив запретный плод, они жестоко поплатились за свое непослушание. В наказание бог изгнал их из рая, и они стали смертными. Женщина с тех пор в муках рожает детей, а мужчина в поте лица добывает хлеб насущный. Даже в этом кратком изложении библейской истории, мы видим, сколько различных неприятностей приносят сек-

суальные отношения и продолжение рода - это и чувства стыда и вины и страх наказания, и наказание в виде различных мучений и, в конце концов, неизбежной смерти.

Архетип - это некая программа, которая начинает работать с ключевого момента - с момента вступления в сексуальные отношения. Затем следует естественное продолжение - зачатие ребенка, беременность, роды, воспитание потомства, и как неизбежное завершение этого цикла - старение и смерть. Символическая попытка избежать такого финала это не включать какое-либо звено из этой программы. То есть не вступать в сексуальные отношения, или не испытывать потребности в них, или не завершать коитус эякуляцией, или прерывать половой акт, или опасаться беременности, или испытывать ужас перед родами и так далее. Инстинкт самосохранения в некоторых случаях вступает в конфронтацию с инстинктом продолжения рода.

Российский психоаналитик Сабина Шпильрейн в своей работе: "Деструкция как причина становления" писала: "Инстинкт самосохранения - это "статистический" инстинкт, поскольку он должен защищать уже существующего индивида от чуждых влияний, инстинкт сохранения вида - "динамический", стремящийся к изменению, и "воскрешению" индивида в новой форме. Никакое изменение не может проходить без уничтожения старого состояния. Акт порождения сам заключается в самоуничтожении"".

Последнее время начал наблюдаться еще один процесс - это страх беременности у мужчин. Он обусловлен страхом потери собственной свободы, и желанием женщин "подловить" мужчину на беременности и тем самым завладеть не только материальными благами, но душевным расположением. Своеобразная "интимофобия", когда у мужчин возникает уверенность, что "любят не меня, как личность, а любят мои деньги". Все это заставляет мужчин испытывать напряжение, не доверие, усиливает подозрительность, что в конечном итоге отрицательно воздействует на половую функцию, и возникновение различных нарушений в виде нарушение эрекции, быстрое семяизвержение, либо его отсутствие и появление страха перед половыми отношениями.

Зигмунд Фрейд полагал, что либидо (стремление к сексуальному удовольствию) это главный энергетический генератор, который поставляет энергию для возникновения различных расстройств в психике человека. Однако либидо существует не само по себе, а на фоне тех задач, которые лежат в основе существования самого человечества. Либидо - это следствие глубинных процессов, которые не выступают напрямую в нашей жизни и определяются генетически.

На сегодняшний день учение о бессознательном выходит на уровни, составляющие основу биологических программ человека, которые и поставляют основную энергетическую подпитку всем процессам, протекающим в организме человека, включая и психологические.

С момента рождения у любого человека начинает работать ряд генетически заложенных программ и механизмов, направленных на сохранение жизни человека и на сохранение его рода.

К генетическим программам, направленным на сохранение рода и выживание человечества, относятся переходные состояния из одного качества человека в другое. Генетические программы выживания рода: рождение - ребенок - мальчик или девочка- подросток - юноша или девушка - мужчина или женщина - муж или жена - отец или мать - дедушка или бабушка - смерть. Самыми опасными с точки зрения развития расстройств, в том числе и сексуальных нарушений, являются переходные состояния от одного качества к другому. Задержка на предыдущей стадии развития должна вызвать непременные санкции со стороны генетических программ. Воздействовать на индивидуум генетические программы могут только через усиление тех механизмов, которые существуют в человеке. К этим механизмам относится, прежде всего, гормональное регулирование, которое усиливается для подталкивания индивидуума к переходу на следующую ступень развития. Среди этих гормональных составляющих находятся и половые гормоны. Всплеск половых и иных гормонов формирует либидо, на котором З. Фрейд основал свою психоаналитическую концепцию. Таким образом, либидо усиливается не само по себя, а в результате глубинных процессов, которые нарушаются в силу тех или иных причин.

При определенном количестве накопленной эмоциональной энергии "ядра ущемленных аффектов" (отрицательные переживания) начинают становиться на пути выполнения генетических программ. Особенно эти процессы показательны в переходных периодах от одного качественного состояния человека к другому. Комплексы неполноценности начинают вносить искажения в протекание генетических программ конкретной личности. Человек не выполняет ту роль, которую ему необходимо совершить по заложенной программе. Например, задерживается в состоянии юноши и не осуществляется переход к мужчине. Но генетическая программа уже запущена, поэтому в распоряжении существуют биологические рычаги давления на личность. Резко активируется либидо, как в животном мире. Уси-

ление либидо или гормональной составляющей ведет к поиску противоположного пола для продолжения рода. У человека как биологического существа те же процессы, однако, включаются психологические защиты от неприемлемого в обществе сексуального поведения, и человек попадает в тупик. Сексуальное поведение не разрешается в силу моральных запретов, переход на новое качество не происходит, растет внутренняя тревога, подпитываемая гормонами и генетическими программами - образуется "заколдованный круг". Одним из выходов является формирование пограничных психических расстройств, сексуальных дисгармоний и отказа от продолжения рода.

Усиление либидо связано не с самим либидо как таковым, а с попыткой генетических программ силовыми методами - путем усиления либидо - вернуть конкретного человека к выполнению программы выживания рода. Соответственно воздействовать необходимо как на патологические процессы, так и на нормативно-компенсаторные процессы с учетом индивидуальных особенностей пациентов. Отсутствие нормального эмоционального общения, постоянные лишения, депривационные отношения в воспитании приводили к образованию в бессознательном "ядер ущемленных аффектов", которые накапливались и создавали в своей совокупности патологические эмоциональные "комплексы". Эти комплексы начинали влиять на эмоциональное поведение пациентов. По мере созревания условий и повторения ситуаций, по мере накопления их количества, происходит переход "комплекса" в активное состояние. После формирования "комплекса", механизм, искажающий нормальное реагирование запускается, и выйти из этого положения можно только путем направленной психотерапевтической работы.

Патологический эмоциональный комплекс - система эмоциональных связей прошлых событий в бессознательном человека, характеризующаяся жестким, искажающим реальность, влиянием на поведение пациента, заставляющая его совершать действия, направленные на отражение во вне эмоций комплекса, а не реальных потребностей сегодняшней ситуации. Сексуальная удовлетворенность является одним из немаловажных показателей устойчивости семьи и самочувствия женщины. Однако женщины в сексуальной жизни часто пользуются мифами и легендами из творческого наследия народа. Причем народное творчество устных рассказов до такой степени упрощенно, что женщине, как правило, приходится отступать под напором прямого мужского поведения, и она пытается в силу своего понимания противостоять нецивилизованному поведению. Здесь очень важно понимание эмоциональной стороны процесса, бессознательных представлений, целей и задач, которые женщина и мужчина реализуют в сексуальных отношениях. Первое - для чего женщина вышла замуж и второе - как она себе представляет сексуальную жизнь в семье. Параллельно разберем некоторые закономерности сексуальной направленности мужчин и женщин в семейных отношениях.

Сексуальная жизнь в процессе эволюции развивалась на почве сохранения рода и служила сохранению человека как вида. Первое значение, которое несет на себе сексуальная жизнь - это размножение. Второе значение, которое несет на себе сексуальная жизнь - это физиология процесса. Орган, который не функционирует, как правило, атрофируется. И третье значение, которое несет на себе сексуальная жизнь - это сексуальное удовольствие. Причем последнее значение стало самодовлеющим в процессе развития цивилизации. Особенности религиозного и советского воспитания окончательно вышибли остатки желания заниматься сексуальной удовлетворенностью. И поэтому многие женщины, начиная половую жизнь, и выходя замуж, и встретившись с мужской безаппеляционностью, с ужасом и ненавистью вспоминают первые годы своей сексуальной жизни, когда сам процесс напоминал узаконенное право мужа пользоваться телом жены, не смотря на ее не желание. Это потом в результате слез, переработки ненависти, отрицания сексуальной жизни, нежелания и т.п. женщина вырабатывала собственное отношение к сексуальным проблемам с собственным мужем.

Для лучшего понимания процесса сексуальной удовлетворенности обратимся к области инстинктов, которые и являются основой, на которой формируется отношение к сексуальной жизни. Многочисленные наблюдения показали, что женщина несравненно богаче, чем мужчина и, прежде всего в эмоциональной жизни, что является основой ее восприятия жизни. На сегодняшний день установлена следующая иерархия распределения инстинктов.

У женщины: 1. Материнский. 2.Самосохранения. 3.Пищевой. 4.Сексуальный и т.д. У мужчины в первых трех: 1.Самосохранения. 2.Пищевой. 3.Сексуальный. Отцовского инстинкта у мужчин нет. Этот инстинкт, социально воспитываемый в результате роста собственных детей и участия отца в рутинной работе по воспитанию ребенка: пеленание, купание, гуляние, вставание ночью и т.д. Но если мужчина приобретает этот инстинкт, то он становится более жестким, чем природный женский инстинкт.

Таким образом, у мужчин быстрее проявляется сексуальный инстинкт, у женщин он на одну ступеньку дольше проявляется, и поэтому некоторые женщины начинают ненавидеть собственных мужей тогда, когда они заняты вскармливанием детей и у них напрямую функционирует материнский инстинкт. Когда проявляется материнский инстинкт, женщине не до сексуальных отношений. Однако мужчина в силу сексуального возбуждения не может просто переключить это возбуждение на альтернативные творческие процессы и таким образом в его бессознательном начинает накапливаться напряженность и агрессия. После неоднократного повторения ситуации мужу легче вообще отказаться от сексуального общения, чем каждый раз испытывать фрустрацию (не реализация желания), которая в принципе является достаточно разрушающей для психического и соматического состояния человека. Учет этих составляющих и понимание процессов, которые происходят в семейных отношениях, делает понятным многие недоразумения, обиды, чувство вины и т.п. у женщин и мужчин одинаково. Просто когда муж работает, он имеет возможность переключить свою обиду на производственные темы и тем самым заблокировать в бессознательном чувство фрустрации и напряженности. Жена, сидящая дома, такой возможности не имеет и поэтому у нее этот конфликт все время находится в сознании и при одном виде мужа, она начинает испытывать агрессию и напряженность. Вся ее эмоциональная и интеллектуальная сила уходит на нейтрализацию этого негативного чувства.

Еще один миф народного творчества, нуждающийся в разрушении в бессознательной сфере женщины - это уверенность, что сексуальная жизнь нужна больше мужчинам, чем женщинам. Эта уверенность пронизывает все сексуальное поведение женщины в семье. И живет жена не из понимания того, что ей сексуальная жизнь нужна не меньше, чем мужу, а живет она сексуальной жизнью из жалости к мужу, к его потребности, из чувства долга. Тем самым лишая себя физиологического процесса, который по значимости не меньше, чем сексуальная удовлетворенность. Сексуальная удовлетворенность женщины в семье наступает от эмоционального понимания своего отношения к мужу, собственных сексуальных проблем и необходимости этих сексуальных отношений для себя лично. Однако женщина, как правило, воспринимает сексуальную удовлетворенность как основу хорошего отношения к мужу.

И многие женщины начинают лишать и награждать собственного мужа сексуальной жизнью. Иногда это делается, открыто, иногда замаскировано через домашние дела. Например, женщина начинает стирать в то время, когда муж ложиться спать, или мыть посуду, или убираться и т.д., до тех пор, пока не услышит, что муж захрапел. Тогда она преспокойно обрывает работу и ложится спать, а утром когда муж спешит на работу она обиженно заявляет, что он нехороший человек и лишил ее сексуальной жизни. Таким образом, жена из отказывающей стороны, превращается в обиженную сторону и имеет право требовать от мужа подчинения. Такие игры происходят на протяжении длительного времени в браке. Иногда женщина, уверовав в свою безнаказанность, попадает в неловкие положения, и проблема сексуальной удовлетворенности переходит из непосредственно сексуальных отношений в эмоциональные отношения и фиксируется на этом. Проблема сексуальной удовлетворенности отодвигается еще дальше от своего разрешения. Все эти примеры не только показывают сущность сексуальных дисгармоний, но и приводят к возникновению страха беременности, что требует внимательного психотерапевтического отношения к ним.

В своих работах венский психоаналитик Альфред Адлер уделял очень большое внимание комплексу неполноценности. В отличие от нормального ощущения собственного несовершенства, в душе человека страдающего существует целый комплекс убеждений и ощущений собственной неполноценности - это как "бессилие, которое нельзя ни преодолеть, ни обмануть". Одним из способов невротической компенсации комплекса неполноценности, является мужской протест.

Адлер считал, что оценка и символизация многих явлений происходит через понятия женского и мужского. Это проистекает из уклада общества, традиций и стереотипов. Традиционно к мужским проявлениям относится сила, активность, величие, знание, грубость, борьба. К женскому - противоположные качества, то есть слабость, неполноценность, пассивность, чувствительность, недалекий ум, доброта. Это усваивается еще в детстве на основе взаимоотношений в семье и в социальном окружении.

Борьба этих двух начал в тех критериях, которые описал Адлер, особенно характерна для многих пациентов, и они реагируют на такое мучительное противоречие мужским протестом. Человек может стремиться к достижению превосходства через отказ от всего женского, как от слабого и неполноцен-

ного и чрезмерного усиления мужской линии поведения. Он развивает в себе эгоизм, упрямство и стремление к триумфу в любых отношениях.

Адлер отметил два типа реакции, характерных для мужского протеста - борьба и бегство. То есть борьба за достижение превосходства любыми способами и бегство от ситуаций, в которых может возникнуть угроза потери ощущения власти. Это приводит порой к тому, что человек не принимает жизненно важных решений, и стремиться избежать таких ситуаций, чтобы сохранить мнимое фиктивное превосходство.

Аналогичный процесс описывался Фрейдом как страх кастрации у мальчиков и зависть к пенису у девочек. Адлер отмечал, что у девочек возникает скорее не зависть к пенису, а стремление занять мужскую позицию в целях попытки достижения превосходства. Роль женщины в социальной среде недооценивается, принижается. Поэтому девочка, испытывая болезненное чувство неполноценности, стремится к выбору более привилегированной мужской роли.

В этом отношении Адлер дал более широкий, социальный взгляд на этот процесс. И, тем самым, открыл возможность работы с этим явлением на практике. Он дал язык, на котором может общаться терапевт и его пациент. Интерпретации в стиле Альфреда Адлера доступны для пациента, и не вызывают сопротивления. Например, для пациентки гораздо легче понять, что она пытается соответствовать социальной роли мужчины, нежели осознать зависть к пенису, или то, что у нее мозаичная полоролевая идентификация. Трактовка Адлера данного процесса дает возможность прогноза и лечения.

Из практики нам известны много случаев, когда пациентки обращаются с жалобами на тревожно-депрессивное состояние, которое длится по несколько лет. Замужем они много лет, но живут либо отдельно от мужа, либо в другой комнате. Пациентки занимаются работой, детей нет. Практически эти женщины выполняют традиционно мужскую роль - обеспечивают мужей, все свое время отдают работе. Рождение ребенка они считают невозможным из-за их плохого самочувствия. Они самозабвенно пытаются избавиться от лишних килограммов, фактически как от признаков женственности, доводя себя до изнеможения. Менструальный цикл нерегулярный, сексуальной жизни у них давно нет. Мысли о разводе они также отвергает. В действительности эти замужества являются лишь видимостью семьи.

Пациентки склонны постоянно опровергать успешность лечения разными способами. В этот набор входит постоянные жалобы на то, что их никто не может вылечить, временное улучшение тут же сменяется усилением симптомов или они прерывает лечение. Они стремятся доказать, что никто с их болезнью справиться не может, и постоянно пытаются дискредитировать работу психотерапевта. Страдания, которые они испытывают, достаточно сильны. Сознательно пациентки хотят от них избавиться. Но, на бессознательном уровне, им необходимо подтверждение, что их болезнь неизлечима. В таком случае им не надо будет решать проблемы создания полноценной семьи, рождения ребенка.

Конечно, эти случаи очень многоплановые, но мужской протест является одним из основных бессознательных устремлений, которому следуют пациентки. Отказ от женской роли, стремление к принятию мужских жизненных позиций очень сильно дестабилизируют пациенток. Так как по полу они все же является женщиной, то и потребности как у женщин у них есть. Отсутствие реализации в этом плане еще более усиливают картину болезненных явлений. Кроме того, естественно, они неполноценны и как мужчины. Их жизненный план может быть представлен в виде следующей формулировки: "Устроить свое будущее независимо от мужчины, не принимая на себя женской роли".

Избегая ситуаций, в которых необходимо проявить себя как мужчина, они тем самым подтверждают свою неполноценность, то есть слабость, женственность в его понимании. Это вновь усиливает защитные меры в виде мужского протеста. То есть попытка компенсации комплекса неполноценности с помощью мужского протеста является несостоятельной. Задачей психотерапевта в таких случая является помощь в осознании этого процесса и его закономерностей. Пациент учится в терапевтических отношениях способу работы со своими комплексами: отслеживание вновь возникающих повторений, их последствий и возможность выбрать другую линию поведения.

Судьба мужчины и женщины едина, и попытка описать эту судьбу в тональности противостояния, заранее обречены на провал. По мнению А. Адлера: "…психотерапевтическое лечение должно быть направлено на то, чтобы показать ему (человеку), как он привычным для себя способом постоянно пытается оказаться в идеальной для осуществления своей руководящей жизненной линии ситуации, пока он, поначалу из негативизма, а затем по собственной воле не изменит свой жизненный план и не присоединится к человеческому сообществу и его логическим требованиям".

Ениколопов С.Н.,
кандидат психологических наук,
зав. отделением клинической психологии,
Научного центра психического здоровья РАМН

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В СЕМЬЕ

Ситуация с воспроизводством населения в нашей стране и в Москве выглядит не столь благоприятной как хотелось бы. Параллельно со снижением интенсивности деторождения происходило увеличение пренатальных потерь вследствие спонтанных и вынужденных абортов, из-за нарушения здоровья женщин, патологии плода или социальных факторов, явившихся показанием к прерыванию беременности.

По данным Л. Сухановой уровень всех репродуктивных потерь плода до момента рождения повышался с 18,8% на 100 родившихся живыми в 1992 году до 22,5 в 1999 и 2000 годах. Снижение показателя отмечается лишь в течение последних трех лет, однако уровень его в 2002-2003 годах (19,2-17,7 на 100 родившихся живыми) остается весьма высоким и свидетельствует о падении общего репродуктивного потенциала популяции в течение 90-х годов, сохраняющемся до настоящего времени. Неравномерный характер изменения уровня плодовых потерь с повышением его в "критические" годы позволяет характеризовать данный показатель как критерий оценки способности популяции к воспроизводству.

Понятие "репродуктивные потери" (потери в процессе воспроизводства потомства) как критерий общественного репродуктивного здоровья населения включает материнскую смертность, плодовые потери, к которым относят не только самопроизвольные выкидыши и перинатальную смертность, внематочную беременность. Младенческая смертность, также, должна быть отнесена к репродуктивным потерям, поскольку, во-первых, в течение первого года жизни ребенок физиологически зависим от организма матери и не является вполне самостоятельным организмом, а, во-вторых, в большинстве случаев причиной смерти младенцев являются патологические состояния перинатального периода. Стоит отметить, что в нашей стране ежегодно рождаются почти 50 тыс. детей с различными врожденными пороками. Они пополняют армию инвалидов с детства. Кроме того, необходимо осознавать, что в современной России лишь 32% рожениц здоровы. У остальных будущих мам наблюдаются те или иные патологии.

Проблема сохранения и восстановления репродуктивного здоровья населения требует комплексного подхода к ее решению, который возможен только на государственном уровне, путем целенаправленных скоординированных действий федеральных органов, исполнительной власти, ведомственных служб здравоохранения, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, научных и общественных организаций.

Программа должна быть направлена на сохранение и увеличение репродуктивного здоровья населения, повышение его репродуктивного потенциала, обеспечение государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения России, сокращение сроков восстановления утраченного здоровья путем внедрения в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения, повышение квалификации специалистов, работающих в области охраны репродуктивного здоровья.

Здоровье новорожденного тесно взаимосвязано с состоянием здоровья матери. Предупреждение осложнений, влияющих на здоровье матери, позволит также улучшить показатели здоровья в перинатальный период. Кроме того, это повышает вероятность рождения не одного ребенка.

Но кроме медицинских проблем свое сильное влияние оказывают и социально-психологические факторы. Так, в настоящее время потенциальные родители, как правило, сначала пытаются сделать карьеру, а уже потом начинают задумываться о потомстве. Из этого следует, что ощутимо растет количество женщин, рожающих первенцев после 35 лет, что повышает риск неудачных родов.

К числу существенных проблем, я бы отнес, такие субъективные, но сильно влияющие на воспроизводство как:

А) перспектива на будущее как лично для себя, так и для своей семьи. Важно чтобы у жителей возникало ощущение социального оптимизма;

Б) ощущение безопасности (в городе, округе, микрорайоне, дворе и подъезде);

В) желанность ребенка. Как показывают отечественные и зарубежные исследования, нежеланный ребенок растет и развивается хуже желанного и чаще становится представителем группы риска по таким видам социальной патологии как преступность, самоубийство, алкоголизм и наркомания.

Еще одной важной проблемой является семейное насилие. Семья перестает быть гарантом для стариков, женщин и детей, она превращается в опасную зону преступлений против личности. Никто не застрахован от возможности возникновения насилия в семье. Жертвой семейного насилия могут оказаться и женщины и мужчины, независимо от возраста, и богатые, и бедные, и социально защищенные, и незащищенные, политически влиятельные и не обладающие никакой политической властью. Эта форма насилия является реакцией человека на значимые противоречия и раздражающие факторы. Источников неблагополучия в семье очень много начиная от шума и заканчивая потерей работы. Свое раздражение родители вымещают, как правило, на детях.

Ключом к успеху является: оказание помощи и поддержки во время беременности, при родах и в послеродовой период, уделяя основное внимание адекватной помощи и подготовке в домашних условиях; систематический контроль для выявления осложнений и других нарушений на ранней стадии; оказание поддержки матери и ребенку в этот особый период их жизни; и обеспечение возможности получения высококачественных услуг женщинами вблизи их места жительства.

Данные показывают, что положение дел в области демографии не может быть улучшено с помощью половинчатых решений и что успех в этой области, в основном, достигается путем систематического укрепления комплексных систем здравоохранения и социальной сферы, обеспечивающих оказание медицинской, психологической и социальной помощи и поддержки каждой матери и ребенку.

Ермакова И.В.,
доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник
Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН

ОБ ОПАСНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Причиной сверхсмертности в России могут быть продукты, являющиеся генетически модифицированными организмами (ГМО) или содержащие ГМ-компоненты. В последние годы все больше появляется трансгенных продуктов таких как ГМ-кукуруза, ГМ-картофель, ГМ-помидоры и др. или продуктов, содержащих генетически модифицированных компоненты в виде соевой муки, картофельного крахмала, томатной пасты и др.

Известно, что генетически модифицированные (или трансгенные) продукты - это "продукты, полученные из трансгенных растений или животных, а также содержащие добавки, полученные из ГМО, под которыми следует понимать организм или несколько организмов, любые неклеточные, одноклеточные и многоклеточные образования, способные к воспроизводству или передаче наследственного генетического материала, отличные от природных организмов, полученные с применением методов генной инженерии и содержащие генно-инженерный материал, в том числе гены, их фрагменты или комбинацию генов, не свойственных данным организмам" ("Аграрная Россия", №1, 2005, стр.4).

Получение ГМО связано со "встраиванием" чужого гена в ДНК других растений или животных (производят транспортировку гена, т.е. трансгенизацию) с целью изменения свойств или параметров последних, например для устойчивости к пестицидам, гербицидам или к насекомым и так далее. (Кузнецов и Куликов, 2005). В 2000 году в Third World Network появилось Мировом заявлении ученых об опасности генной инженерии, в котором указывалось на четыре основных источника опасности, связанных с распространением ГМО: 1) появление новых генов и "продуктов" их активности; 2) непредвиденные эффекты технологии; 3) взаимодействие между генами хозяина и чужеродными генами; 4) распространение "встроенных" генов как через пыльцу, так посредством горизонтальной трансформации (от вида к виду).

Некоторые ученые предлагают рассматривать трансгенизацию как "ускоренную" селекцию. Однако с помощью селекции можно получать гибриды только родственных организмов, т.е. скрещивать картофель разных сортов можно, а получать, например, гибриды картофеля с яблоком или помидора с рыбой нельзя. В природе, за редким исключением, не происходит скрещивания между разными видами и, тем более, классами растений или животных. Если все-таки такое скрещивание произошло, то потомство бесплодно, как, например, мул (или лошак) от скрещивания лошади с ослом. Бесплодными являются и большинство трансгенных организмов.

В последнее время все больше сведений поступает не только о токсичности генетически модифицированных растений, но и о снижении репродуктивности и патологических изменениях в органах тех животных, которые поглощают трансгенные растения. Одной из первых была работа Losey et al. (1999) на личинках бабочки Монарх Danaus plexippus, проведенная в лабораторных условиях. У той группы личинок, которая кормилась растительным млечным соком (milkweed) с ГМ-пыльцой, наблюдалось замедленное развитие и низкий процент выживаемости. В другой работе уже в полевых условиях было обнаружено негативное влияние Bt-кукурузы на бабочку Монарх и на бабочку-парусник (Zangerl et al., 2001). Неожиданными оказались данные правительственных исследований Шотландского Института Урожая (Scottish Crop Institute), показавшие опасность ГМ растений для божьих коровок, которых кормили тлей с ГМ картофельных растений. Жизнь божьих коровок сокращалась до половины ожидаемой продолжительности жизни, а их плодовитость и кладка яиц значительно уменьшалась (Birch et al., 1996). Таким образом, опасность возникает не только для насекомых, которые находятся на ГМ-растениях, но и для тех, кто поедает этих насекомых.

Вредное влияние ГМ-растений на млекопитающих было выявлено при добавлении в корм животных ГМ-картофеля, ГМ-сои или ГМ-гороха. Так, известным ученым Арпадом Пуштаем

из Университета Абердина (Великобритания) (Pusztai, 1998) было обнаружено, что кормление крыс ГМ картофелем с геном лектина луковиц подснежника приводило к угнетению иммунной системы, уменьшению веса внутренних органов и патологическим изменениям в них (разрушалась печень, изменялись зобная железа и селезенка) по сравнению с крысами, которые питались обычным картофелем. В другой серии экспериментов при включении в рацион питания крыс ГМ-картофеля были выявлены серьезные изменения в желудочно-кишечном тракте крыс (быстрая пролиферация клеток слизистой оболочки) (Ewen, Pusztai, 1999). Похожие результаты были получены и Институтом питания в России при проверке двух сортов американского картофеля (Russet Burbank - RB), устойчивого к колорадскому жуку (Медико-биологические исследования ..., 1998). Было выявлено, что в группе крыс, которые поедали трансгенный картофель (т.е. "ГМ-RB"), наблюдались серьезные изменения в печени, почках и толстой кишке в отличие от других групп (без добавления картофеля и с добавлением традиционного RB картофеля). Печень у крыс "ГМ-RB" имела более светлую желто-коричневую окраску, легко рвалась, у 40% крыс были обнаружены кисты в почке и печени. В клетках печени (гепатоцитах) выявлялись признаки жировой дистрофии, что редко отмечалось в группе "RB". Во время экспериментов погибло несколько крыс. Но если в контроле крысы погибали от пневмонии, то в группе животных, которым добавляли ГМ-картофель от патологии в кишечнике и печени. Проведенные исследования показали, что оба сорта картофеля Russet Burbank являются опасными для животных, особенно токсичен генетически-модифицированный картофель ГМ-RB. Тем не менее, Институт питания делает вывод, что "изученный сорт картофеля может быть использован в питании человека при проведении дальнейших эпидемиологических исследований", т.е. при изучении клинической картины заболевания и его распространения среди населения.

Итальянские ученые M. Malatesta с соавторами (2002, 2003; Vecchio et al., 2003) проверяли влияние ГМ-сои, устойчивой к гербициду раундапу, на мышей. Патологические изменения были обнаружены в печени, поджелудочной железе и семенниках у подопытных мышей. Австралийскими учеными было показано, что ГМ-горох приводит к изменениям в иммунной системе у мышей (Prescott с соавт., 2005).

Одной из причин опасности ГМО является несовершенство "встраивания" гена в геном другого организма (Кузнецов с соавт., 2004; Wilson et al., 2004). В настоящее время наиболее распространенными являются два способа введения гена: агробактериальный и биобаллистический. При применении первого способа используют плазмиды (кольцевые ДНК) опухолеобразующих почвенных бактерий (Agrobacterium tumefaciens), с помощью которых и "встраивают" нужный ген в геном клетки. При биобаллистическом способе в специальной вакуумной камере производят "обстрел" растительных клеток микроскопическими вольфрамовыми или золотыми частицами с нанесенными на них генами и нуклеотидными последовательностями, управляющими этими генами (прямой ввод гена в геном клетки-хозяина). При обоих способах "встраивания" гена производят селекцию трансформированных клеток и регенерацию трансгенных растений. Наиболее распространенным является агробактериальный способ введения целевого гена. Оба способа "встраивания" гена являются несовершенными и не дают полной гарантии безопасности тех организмов, которые создаются с их помощью. При биобаллистическом способе достаточно высокая вероятность "встраивания" сразу многих копий ДНК-векторов, "обрывков" ДНК и других сбоев. При этом могут появляться растения с неизвестными свойствами. Второй способ - агробактериальный - является еще более опасным и непредсказуемым, чем первый. Сторонники ГМО утверждают, что ГМ-вставки полностью разрушаются в желудочно-кишечном тракте человека. Однако, по мнению российских генетиков "... поедание организмов друг другом может лежать в основе горизонтального переноса, поскольку показано, что ДНК переваривается не до конца и отдельные молекулы могут попадать из кишечника в клетку и в ядро, а затем интегрироваться в хромосому" (Гвоздев, 2004, стр.70). Что же касается колечек плазмид, то "кольцевая форма ДНК делает ее более устойчивой к разрушению" (Янковский и Боринская, 2004, стр.36). Так, плазмиды и ГМ-вставки были обнаружены в разных органах животных и человека, использующих в пищу ГМО: в крови и микрофлоре кишечника мышей (Schubbert и др., 994); в крови, селезенке, печени, мозге, сердце и коже внутриутробных плодов и новорожденных мышат при добавлении в корм беременных самок мышей ДНК бактериофаг М-13 или плазмид, содержащих ген зеленого флуоресцентного белка (pEGFP-C1) (Schubbert et al., 1998); в слюне и микрофлоре кишечника человека (Mercer,1999; Coghlan, 2002). Не исключено, что рас-

пространние ГМ-культур, плученных с помощью применения плазмид, приводит к "Эффекту плазмид", который намного более опасный, чем вирусная инфекция, поскольку плазмиды могут поражать все живые организмы, начиная с бактерий и растений и кончая человеком.

В отечественной и иностранной научной литературе отсутствуют данные о том, что происходит с потомством тех животных, которых кормили трансгенным кормом. Не проводят эти исследования и в России, несмотря на то, что в "Методических Указаниях МУК 2.3.2.970-00 по медико - биологической оценке пищевой продукции, полученной из генетически модифицированных источников" указано на обязательную проверку потомства крыс пяти поколений (пункт 7.4.1).

Исследования, проведенные нами оказались чуть ли не единственными в России по изучению влияния ГМО на физиологическое состояние и поведение лабораторных животных и их потомства. Нами были выявлены серьезные морфологические изменения в ряде органов (семенниках, печени и др.) у крыс, в корм которых добавляли разрешенную к продаже в России ГМ-сою, устойчивую к гербициду раундапу (линия 40.3.2, модификация геном CP4 EPSPS). При этом у животных наблюдался повышенный уровень тревожности и агрессии. При анализе потомства (221 крысенок) был получен высокий уровень смертности новорожденных крысят (51,6%) (табл.1), а из выживших часть крысят (около 40%) были недоразвитыми (маленькие размеры и вес) при кормлении их матерей ГМ-соей по сравнению с контрольными группами (традиционная соя, изолят белка ГМ-сои и без сои). Необходимо отметить еще один очень тревожный факт: нам не удалось получить второе поколение при скрещивании самок первого поколения с самцами первого поколения (т.е. от матерей, которых подкармливали ГМ-соевой добавкой из групп ГМ-соя). Потомство удалось получить только при спаривании самок первого поколения с "обычными" самцами, т.е. от матерей, которые не получали соевую добавку (табл.2). При этом было выявлено 25% бесплодных самок, а количество рожденных крысят было меньше (~8 крысят на одну самку), чем в норме (~11 крысят на одну самку) (табл.2). Полученные нами данные имеют особенно большое значение в связи с последними выступлениями В.В.Путина по поводу демографических проблем.

С каждым годом количество полей с ГМ-культурами увеличивается на 15-20%. Там, где находятся поля с ГМ-культурами, резко уменьшается биоразнообразие: наблюдается сокращение численности и исчезновение разных видов растений и животных. ГМО плохо влияют и на человека. Употребление их в пищу может привести к онкологии, генетическим уродствам, бесплодию, токсикозу и аллергии самой тяжелой степени. Проводятся испытания нового сорта ГМ-кукурузы, которая вырабатывает человеческие антитела на поверхностные белки спермы, с целью получения противозачаточных препаратов. Переопыление такого сорта с пищевыми сортами может привести к серьезным демографическим последствиям.

Наблюдается недооценка той огромной опасности, которую представляют генетически модифицированные организмы, полученные в результате применения несовершенных способов введения гена, для человека и окружающей среды. Масштабное распространение ГМ-культур может привести не только к локальным, но и глобальным изменениям на планете и стать причиной исчезновения большого количества живых организмов и ускоренного процесса разрушения биосферы. По самым пессимистичным прогнозам - это может произойти за короткий промежуток времени (несколько лет).

Происходит глобальное распространение ГМ-культур по всей планете. Остановить ТРАНСГЕНИЗАЦИЮ планеты можно только, научно доказав их опасность. Интерес к этой проблеме в мире огромный. Но ученым трудно получить гранты (финансовую поддержку) под эту тему, практически невозможно опубликовать результаты о негативном влиянии ГМО на растения и животных. Транснациональные компании, производящие ГМО и получающие огромные прибыли, блокируют проведение и публикацию подобных исследований. Те страны, которые смогли разобраться в этой проблеме, ввели мораторий на ввоз и производство ГМ-продуктов.

В Россию идет огромный поток ГМ-продуктов. Так, по данным О. А.Монастырского и М.П.Селезневой (2006) за последние 3 года импорт в нашу страну увеличился в 100%: более 50% пищевой продукции и 80% кормов содержат зерно или продуктов их переработки ГМО сои, рапса, кукурузы, а также некоторые виды плодов и овощей. В настоящее время генетически модифицированные источники по оценке экспертов могут содержать 80% овощных консервов, 70% мясных продуктов, 70% кондитерских изделий, 50% - фруктов и овощей, 15-20% молочных про-

дуктов и 90% - пищевых смесей для детей. Возможно, что резкое увеличение в последнее время в России числа онкологических заболеваний, особенно кишечного тракта и предстательной железы, всплеска лейкемии (по данным "Медицинского информационного агентства"), связано с использованием генетически-модифицированных компонентов в продуктах питания.

Наша страна должна принять все меры, чтобы остановить ввоз импортных трансгенных продуктов и ГМ-лекарств в страну, обеспечить жесткий контроль за имеющимися в стране ГМ-сырьем и ГМ-продуктами, организовать тщательные лабораторные исследования по проверке влияния каждой ГМ-культуры на растения, животных и человека.

Таблица 1. Экспериментальные данные проведенных исследований.

Смертность крысят первого поколения (данные трех повторных серий экспериметов)

Группы	Кол-во родившихся крысят	Количество умерших крысят в течение первых трех недель после рождения	Количество умерших крысят/к общему числу крысят в %
Норма	74	6 p<0.001*	8,1%
ГМ-соя	64	33	51,6%
Традиционная соя	50	5 p<0.001*	10%
Изолят белка ГМ-сои	33	5 p<0.01*	15,1%

Таблица 2. Число крысят во втором поколении.

F1 первое поколение от крыс-матерей, которые получали ГМ-соевую добавку.

Количество самок для скрещивания	*Количество самцов для скрещивания*	*Схема кормления ГМ-соей*	*Схема скрещивания*	*Число крысят F2*
12 F1	12 F1	Продолжение кормления ГМ-соей самок и самцов во время скрещивания	3 самки х 3 самца (по очереди) n 36 вариантов	**0**
12 F1	12 F1	Прекращение кормления самок и самцов ГМ-соей перед скрещиванием	3 самки х 3 самца (по очереди) n = 36 вариантов	**0**
12 F1	12 "обычных" (от матерей, которых не кормили ГМ-соей)	Прекращение кормления самок ГМ-соей перед скрещиванием	3 самки х 3 самца (по очереди) n 36 вариантов	**72** 25% - бесплодие. Количество крысят у одной самки: в среднем – 8 (в норме – 11).

Литература

1. Гвоздев В.А. Подвижные гены в геномах эукариот. В кн. "Геном, клонирование, происхождение человека". Под ред. Л.И.Корочкина. 2004. С.54-72.

2. Кузнецов В.В., Куликов А.М. Генетически модифицированные риски и полученные из них продукты: реальные и потенциальные риски. Российский химический журнал, 2005. 69 (4). С.70-83.

3. Кузнецов В.В., Куликов А.М., Митрохин И.А. и Цыдендамбаев В.Д. "Генетически модифицированные организмы и биологическая безопасность". Экоинформ, №10, 2004. С.3-64.

4. Медико-биологические исследования трансгенного картофеля, устойчивого к колорадскому жуку. Отчет Института питания РАМН. М: Институт питания РАМН. 1998, 63с.

5. Мировое заявление ученых "World Scientists Statement. Supplementary Information of the Hazards of Genetic Engineering Biotechnology". Third World Network, 2000.

6. Монастырский О.А., Селезнева М.П. Состояние оборота в России пищевых продуктов и кормов, содержащих генно-инженерно-модифицированные источники, и контроля за их содержанием. АгроXXI, №1-3, 2006.

7. Янковский Н.К., Боринская С.А. Геном человека: достижения и перспективы. В кн. "Геном, клонирование, происхождение человека". Под ред. Л.И.Корочкина. 2004. С.28-54.

8. Birch A.N.E., Geoghegan I.E., Majerus M.E.N., Hackett C., Allen J. Interactions between plant resistance genes, pest aphid populations and beneficial aphid predators. Annual report of the Scottish Crop Research Institute 1996. P. 68-72.

9. Coghlan A. GM crop DNA found in human gut bugs. NewScientist. 2002.

10. Ho M.W. and Tappeser B. Potential contributions of horizontal gene transfer to the transboundary movement of living modified organisms resulting from modern biotechnology. In Transboundary Movement of Living Modified Organisms Resulting from Modern Biotechnology: Issues and Opportunities for Policy-Makers (K.J. Mulongoy, ed.) International Academy of the Environment, Switzerland, 1997, pp. 171-193.

11. Losey J.E., Rayor L.S., Carter M.E. Transgenic pollen harms monarch larvae. Nature 399, 214 1999.

12. Malatesta M., Biggiogera M., Manuali E., Rocchi M.B.L., Baldelli B., Gazzanelli G: Fine structural analyses of pancreatic acinar cell nuclei from mice fed on GM soybean. Eur. J. Histochem., 47, 2003. pp.385-388.

13. Malatesta M., Caporalony C., Gavaudan S., Rocchi M.B.L., Tiberi C., Gazzanelli G. Ultrastructural, morphometrical and immunocytochemical analysis of hepatocyte nuclei from mice fed on genetically modified soybean. Cell Struct. Funct., 27, 2002, pp.173-180,

14. Mercer, D.K., Scott, K.P., Bruce-Johnson, W.A., Glover, L.A. and Flint, H.J. Fate of free DNA and transformation of oral bacterium Streptococcus gordonii DL1 plasmid DNA in human saliva. Aplied and Environmental Microbiology 65. 1999. P.6-10.

15. Prescott, V.E., Campbell, P.M., Moore, A., Mattes, J., Rothenberg, M.E., Foster, P.S., Higgins, T.J.V. and Hogan, S.P. 2005. Transgenic expression of bean alpha-amylase inhibitor in peas results in altered structure and immunogenicity. Journal of Agricultural and Food Chemistry 53: 9023-9030.

16. Pusztai A. Report of Project Coordinator on data produced at the Rowett Research Institute. SOAEFD flexible Fund Project RO 818. 22 October 1998.

17. Schubbert R., Lettmann C. and Doerfler W. Ingested foreign (phage M13) DNA survives transiently in the gastrointestinal tract and enters the blood stream of mice. Molecules, Genes and Genetics 242. 1994. P.495-504.

18. Schubbert R., Hohlweg U., Renz D. and Doerfler W. On the fate of orally ingested foreign DNA in mice: chromosomal association and placental transmission in the fetus. Molecules, Genes and Genetics 259. 1998. P.569-576.

19. Vecchio L., Cisterna B., Malatesta M., Martin T.E., Biggiogera B. Ultrastructural analysis of testes from mice fed on genetically modified soybean. Eur. J. Histochem., 48, 2003, 449-453.

20. Wilson A., Latham J., Steinbrecher R. Genome Scrambling - Myth or Reality? Transformation-Induced Mutations in Transgenic Crop Plants. EcoNexus, 2004, 35p.

21. Zangerl R., McKenna D., Wraight C. L., Carroll M., Ficarello P., Warner R. and Berenbaum M. R. Effects of exposure to event 176 Bacillus thuringiensis corn pollen on monarch and black swallowtail caterpillars under field conditions. Proc Natl Acad Sci USA. 2001 98(21): 11908-11912.

ОБ ОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОРГАНИЗМОВ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ: СИТУАЦИЯ В РОССИИ И В МИРЕ

Масштабное распространение в России генетически модифицированных организмов (ГМО), опасность которых доказана учеными разных стран мира, может привести к развитию бесплодия, всплеску онкологических заболеваний и генетических уродств, к увеличению уровня смертности людей и животных, резкому сокращению биоразнообразия и ухудшению состояния окружающей среды.

Получение ГМО связано со "встраиванием" чужого гена в ДНК других растений или животных (производят транспортировку гена, т.е. трансгенизацию) с целью изменения свойств или параметров последних (Кузнецов и Куликов, 2005), например, получение растений, устойчивых к заморозкам, или к насекомым, или к пестицидам и так далее. В результате такой модификации происходит искусственное внедрение новых генов в геном организма, т.е. в тот аппарат, от которого зависит строение самого организма и следующих поколений.

Ситуация с ГМО в мире

Первые трансгенные продукты были разработаны американской бывшей военной компанией Монсанто в конце 80-х годов. С 1996г. общая площадь посевных площадей под трансгенными культурами выросла в 50 раз и в 2005 г. составила 90 млн га (17% от общей площади). Наибольшее количество посевных площадей засеяно в США, Канаде, Бразилии, Аргентине и Китае. При этом 96% всех посевных площадей принадлежит США. В мире допущено к производству более 100 линий генетически модифицированных растений.

С непредсказуемостью действия и опасностью ГМ-организмов столкнулись многие страны. Еще в 2000 году было опубликовано Мировое заявление ученых об опасности генной инженерии (World Scientists Statement …, 2000), а затем и Открытое письмо ученых правительствам всех стран относительно ГМО, которое подписали 828 ученых из 84 стран мира (Open letter …, 2000). Экспериментальные исследования показали патологические изменения в органах животных и их потомства при добавлении в их корм разных ГМ-культур. Так, британские исследователи показали опасность для животных ГМ-картофеля (Pusztai, 1998, Ewen, Pusztai, 1999), итальянские коллеги - ГМ-сои (Malatesta et al., 2002, 2003), австралийские ученые - ГМ-гороха (Prescott et al., 2005), а французские - ГМ-кукурузы (Seralini et al., 2007). Эти работы ученым удалось опубликовать, но еще больше осталось неопубликованных исследований. Было сообщение о том, что добавка к корму лабораторных животных ГМ-кукурузы привела к 100% смертности их детенышей. Но эти данные очень быстро "закрыли". В первую очередь, это связано с тем, что компаниям-производителям невыгодна публикация отрицательных результатов. По данным, опубликованным в приложении Higher Education к британской газете Times, из 500 ученых, работающих в биотехнологической отрасли в Великобритании, 30% сообщили, что были вынуждены изменить данные своих результатов по просьбе спонсоров. Из них 17% согласились исказить свои данные, чтобы показать результат предпочтительный для заказчика, 10% заявили, что их "попросили" об этом, пригрозив лишением дальнейших контрактов, а 3% сообщили, что вынуждены были внести изменения, делающие невозможным открытую публикацию работ (кн. "Зоны, свободные от ГМО", 2007).

Когда фермеры покупают у компаний ГМ-семена, то дают подписку, что не имеют права отдавать их на исследования. Очень часто ГМ-семена не прорастают, и фермеры вынуждены их снова и снова закупать у производителей. Бесплодность семян привела к росту самоубийств среди фермеров в Индии. Им продавали смешанные семена (как традиционные, так и ГМ). Уже через два года они не смогли получить новый урожай: семена не прорастали, что и привело к самоубийствам фермеров. В результате переопыления нормальные растения стали трансгенными и бесплодными. В свое время крупный производитель ГМ-культур компания "Монсанто" заявила, что через 10-15 лет все семена на планете будут трансгенными. В такой ситуации производители трансгенных семян могут устроить голод в любой точке мира (в том числе и в России), просто отказавшись продавать стране семена.

Пытаясь защититься от ГМ-культур многие страны ввели маркировку на продуктах с ГМО, или стали продавать их по очень низкой цене, а некоторые страны пошли по пути полного отказа от ГМ-

культур и ГМ-продуктов, организовав зоны, свободные от ГМО (ЗСГМО). В настоящее время известно более 1300 зон в 35 странах мира, которые организовали ЗСГМО. Среди них почти все европейские страны. Совсем недавно в Европейском Союзе был опубликован доклад (Who Benefits from GM crops? An analysis of the global performance of genetically modified (GM) crops 1996-2006), в котором было отмечено, что трансгенные культуры за десять лет так и не принесли никаких выгод: они не увеличили прибыли фермеров в большинстве стран мира, не улучшили потребительские качества продуктов и не спасли никого от голода. Применение ГМ-культур лишь увеличило объем применения гербицидов и пестицидов, а не сократило их использование, как обещали биотехнологические корпорации. Они не принесли пользы окружающей среде, а, наоборот, оказали крайне негативное воздействие на природу, приведя к сокращению биоразнообразия. Причем сами по себе ГМ-растения являются крайне нестабильными по целому ряду характеристик и могут оказывать негативное воздействие на здоровье человека и животных.

Интересно, что несколько штатов в США, в стране, которая является лидером в производстве ГМ-культур, стали сопротивляться выращиванию ГМ-культур и распространению ГМ-семян. Среди этих штатов, что удивительно, и штат Миссури, в котором находится главный офис биотехнологического гиганта "Монсанто". В последнее время в США началось активное сопротивление ГМ-культурам, причем на самом высоком уровне. Так, Министерство сельского хозяйства США запретило выращивать генетически модифицированные сорта риса. При этом уже посеянный рис по решению Министерства должен быть полностью уничтожен. Правительство США приняло решение в 2008 году значительно увеличить расходы на программы по контролю за качеством и безопасностью продуктов питания. Недавно решением суда была запрещена и трансгенная трава-полевица для гольфа и газонов.

Каждый год в мире проходит всемирная акция протеста против применения ГМО. В 2007 году она началась 24 марта и длилась месяц. В Польше в г. Леба с 24 марта проходила десятидневная голодовка. Их требования - введение в Евросоюзе моратория на ГМО, отмена патентования генов. С призывом к введению моратория на ГМО также выступили участники шестнадцатидневной голодовки в Париже. В Румынии представители 14 органов местного самоуправления (муниципалитетов) обратились к властям ЕС с требованием предоставить регионам законодательное право объявлять зоны, свободные от ГМО. 29 марта в Непале, Бангладеш, Индии, Пакистане, Шри-Ланке, Малайзии, Камбодже, Индонезии, Таиланде, Южной Корее, Китае, Японии и на Филиппинах стартовала "Неделя против ГМ-риса".

В акциях против ГМО приняли участие сотни тысяч людей в десятках стран мира, в том числе и общественные организации 7 стран СНГ.

Как обстоят дела с ГМО в России?

На Российском рынке ГМ-продукция появилась в 90-е годы. В настоящее время в России разрешенными являются 16 сортов ГМ-культур (6 сортов кукурузы, 3 сорта сои, 3 сорта картофеля, 2 сорта риса, 2 сорта свеклы) и 5 видов микроорганизмов. Вроде бы разрешенных сортов немного, но добавляются они во многие продукты. ГМ-компоненты встречаются и в хлебо-булочных изделиях, и в мясных, и в молочных продуктах. Много их и в детском питании, особенно для самых маленьких. Наиболее распространенной добавкой является ГМ-соя, устойчивая к гербициду раундапу (линия 40.3.2).

Комиссия Государственной экологической экспертизы по оценке безопасности ГМ-культур, работающая в рамках закона РФ "Об экологической экспертизе", не признала ни одну из представленных для утверждения линий безопасной. Членами этой комиссии являются представители трех основных российских академий: РАН, РАМН и РАСХН. Благодаря этому в России выращивание ГМ-культур официально запрещено, а вот импорт ГМ-продуктов почему-то разрешен. Сейчас в стране много продуктов, которые содержат ГМ-компоненты, но все они без соответствующих маркировок, несмотря на подписанное В.В.Путиным в конце 2005г. "Дополнение ..." к закону о защите прав потребителей об обязательной маркировке ГМ-компонентов. Возможно, что увеличение в последнее время в России числа онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенно прямой кишки (Медицинское информационное агентство, 2003), связано с использованием ГМ-продуктов.

Действие ГМ-продуктов на человека совершенно не изучено, последствия непредсказуемы. В нашей стране по непонятным причинам практически не проводятся научные и клинические исследования влияния ГМО на животных и человека. Попытки провести такие исследования встречают огромное сопротивление.

Проведенная нами элементарная проверка влияния ГМ-сои, устойчивой к гербициду раундапу (линия 40.3.2), на потомство лабораторных крыс показала повышенную смертность крысят первого поколения, недоразвитость выживших крысят, патологические изменения в органах и отсутствие второго поколения (Ермакова, 2006, Ermakova, 2006). А если то же самое произойдет у людей, то уже через 20 лет население нашей страны во много раз сократится, а еще через 20 лет практически перестанет существовать. Но ситуация на самом деле еще хуже, потому что ГМО оказывают негативное влияние не только на человека, но и на растения и животных, приводя к резкому сокращению их численности и последующему исчезновению. К чему это может привести - нетрудно догадаться: к полному разрушению биосферы.

Итак, в Россию идет большой поток импортных продуктов с ГМ-компонентами и при этом нет соответствующих маркировок их присутствия в продуктах питания, нет научных и клинических испытаний, все еще нет зон, свободных от ГМО.

Что такое ГМО?

Как уже говорилось выше получение генетически модифицированных организмов (ГМО) связано со "встраиванием" чужих генов в геном других растений или животных.

Опасность ГМО может быть обусловлена несколькими причинами. Большое значение имеют, какие именно гены встраиваются. При этом в процессе внедрения гены могут как сами мутировать, т.е. изменяться, так и оказывать негативное воздействие на геном организма-хозяина. В результате активности внедренных генов могут образовываться неизвестные токсичные белки, вызывающие токсикозы или аллергию у человека и животных. К тому же растения могут аккумулировать гербициды и пестициды, к которым они устойчивы и вместе с растением мы будем поглощать токсичные химикаты. Особое внимание надо обратить на сами способы встраивания гена, которые еще очень несовершенны и не гарантируют безопасности растений, созданных с их помощью. Дело в том, что для встраивания гена используют вирусы, транспозоны или плазмиды (кольцевые ДНК), способные проникнуть в клетку организма и затем использовать клеточные ресурсы для создания множества собственных копий или внедриться в клеточный геном (как и "выпрыгнуть" из него) (World scientific statement…, 2000).

В настоящее время существуют два наиболее распространенных способа встраивания генов. Первый - биобаллистическая пушка - обстрел клеток микрочастицами золота или вольфрама с нанесенными на них генами. При этом неизвестно, какое количество новых генов и в какое место генома клетки они встроятся. Второй - более распространенный и более опасный - внедрение генов с помощью плазмид (кольцевой ДНК) почвенной опухолеобразующей бактерии. Немецкими учеными плазмиды из генетические вставки из ГМ-корма были обнаружены не только в клетках разных органов взрослых животных, но и у эмбрионов и новорожденных мышат.

На огромные риски для здоровья человека, обусловленные потреблением "трансгенных" продуктов, указывалось в работах российских ученых (Монастырский, 2004; Кузнецов и Куликов, 2005) и в "Мировом научном заявлении" (World Scientists Statement. Supplementary Information of the Hazards of Genetic Engineering Biotechnology), в Открытом письме ученых правительствам всех стран об опасности ГМО (Open letter…, 2000), а также в обзоре ученых Англии и Германии (Ho и Tappeser, 1997) - это и понижение иммунитета, и аллергические реакции вплоть до смертельных случаев, и онкологические заболевания и др. Некоторые ученые предлагают рассматривать трансгенизацию как "ускоренную" селекцию. Однако с помощью селекции можно получать гибриды только родственных организмов, т.е. скрещивать картофель разных сортов можно, а получать, например, гибриды картофеля с яблоком или помидора с рыбой нельзя. В природе, за редким исключением, не происходит скрещивания между разными видами и, тем более, классами растений или животных. Если все-таки такое скрещивание произошло, то потомство бесплодно, как, например, мул (или лошак) от скрещивания лошади с ослом, или потомство от скрещивания тигрицы и льва, тетерева и глухаря и так далее. Бесплодными являются и большинство трансгенных организмов.

Достаточно серьезные изменения были выявлены не только в самих ГМО, но и в организмах тех, кто их поглощает. Сторонники ГМО утверждают, что чужеродные вставки полностью разрушаются в желудочно-кишечном тракте животных и человека. Однако, по мнению российских генетиков "… поедание организмов друг другом может лежать в основе горизонтального переноса, поскольку показано, что ДНК переваривается не до конца и отдельные молекулы могут попадать из кишечника в клетку и в ядро, а затем интегрироваться в хромосому" (Гвоздев, 2004, стр.70). Что же касается колечек плазмид, то "кольцевая форма ДНК делает ее более устойчивой к разрушению" (Янковский

и Боринская, 2004, стр.36). Так, плазмиды и ГМ-вставки были обнаружены в разных органах животных и человека, использующих в пищу ГМО. ГМ-вставки были обнаружены в слюне и микрофлоре кишечника человека (Mercer,1999; Coghlan, 2002), в крови и микрофлоре кишечника мышей (Schubbert с соавт., 1994). Особо важное значение имеют исследования Schubbert с соавт. (1998), которые обнаружили чужеродные ГМ-вставки в разных органах внутриутробных плодов и новорожденных мышат (кишечнике, крови, сердце, мозге, печени, селезенке, семенниках, коже и др.) после добавления в корм беременных самок ДНК бактериофаг М13 или плазмид, содержащих ген зеленого флуоресцентного белка (pEGFP-C1). Авторы делают вывод об опасности, которую могут представлять ГМО не только для тех, кто их поглощает, но и для их потомства.

Продукты, содержащие ГМО, дают огромную прибыль их производителям. Поскольку проверка безопасности ГМО и "трансгенных" продуктов, в основном, проводится на средства их производителей, то часто исследования по безопасности ГМО являются некорректными и необъективными. Возможно, именно поэтому предостережения некоторых ученых "не слышат" или "не хотят слышать".

Заключение

Несмотря на многочисленные исследования об опасности ГМО, растет количество площадей с трансгенными культурами: пшеницей, соей, кукурузой, хлопком, картофелем, свеклой, табаком, помидорами и др. На данном этапе развития биотехнологических исследований масштабное распространение ГМО является преждевременным и может представлять реальную угрозу существованию живых организмов на Земле. Любая научная проблема должна пройти свой путь развития, связанный со скрупулезными исследованиями и многочисленными проверками.

О непредсказуемости действия генетически модифицированных организмов неоднократно выступал научный советник правительства Норвегии, профессор Терье Траавик, который занимается генной инженерией более 20 лет. Он заявил, что возможная опасность от ГМ конструкций выше, чем от химических соединений, так как они совершенно "незнакомы" окружающей среде, они не распадаются, а, наоборот, принимаются клеткой, где могут бесконтрольно размножаться и мутировать. По его мнению, необходимы независимые исследования, которые проводились бы не на корпоративные средства.

Применение новейших технологий без ясного понимания последствий их действия может привести к самым трагическим последствиям. Масштабное распространение трансгенных организмов и постепенное внедрение чужеродного генетического материала в клетки растений, животных и человека может привести к возникновению необратимых патологических изменений в организмах живых существ и к их вымиранию. В связи с этим возникает необходимость в проведении тщательных научных исследований влияния ГМО на живые организмы и их потомство, а также в разработке безопасных для живых организмов и окружающей среды биотехнологий.

В связи с несовершенством применяемых технологий по созданию ГМО продукты их содержащие представляют серьезную опасность для здоровья и жизни человека. Для защиты населения и окружающей среды от плохо изученных ГМ-культур необходимо ввести обязательную маркировку ГМ-компонентов в продуктах питания, организовывать зоны, свободные от ГМО, запретить использование и распространение уже разрешенных ГМ-культур до тех пор, пока не будет доказана и научно обоснована учеными разных стран мира их безопасность, закупать продукты в тех странах, которые не выращивают ГМ-культуры и не производят ГМ-продукты, активно развивать свое сельское хозяйство и производство. Развитие экологически чистой и безопасной продукции должно стать приоритетным направлением для России, важным для сохранения населения нашей страны, природы и жизни на планете.

Литература

1. Зоны, свободны от ГМО. Под ред. В.Б.Копейкиной, 2007, 106с.
2. Кузнецов В.В., Куликов А.М. Генетически модифицированные риски и полученные из них продукты: реальные и потенциальные риски. Российский химический журнал, 2005. 69 (4). С.70-83.
3. Кузнецов В.В., Куликов А.М., Митрохин И.А. и Цыдендамбаев В.Д. "Генетически модифицированные организмы и биологическая безопасность". Экоинформ, №10, 2004.
4. Ермакова И.В. Генетически модифицированная соя приводит к снижению веса и увеличению смертности крысят первого поколения. Предварительные исследования. Экоинформ,№1, 2006.

5. Медико-биологические исследования трансгенного картофеля, устойчивого к колорадскому жуку. Отчет Института питания РАМН. М: Институт питания РАМН. 1998, 63с.

6. Медико - биологическая оценка пищевой продукции, полученной из генетически модифицированных источников (МУК 2.3.2.970-00), подписанная Г.Г.Онищенко 1 июля 2000г.

7. Монастырский О.А. Продовольственная безопасность России: вчера, сегодня, завтра. Экоинформ, №4, 2004. 64с.

8. Чирков Ю.Г. Время химер. Большие генные игры. Москва. ИКЦ "Академкнига". 2002.

9. Coghlan A. GM crop DNA found in human gut bugs. NewScientist. 2002.

10. Ermakova I. Influence of genetically modified soya on the birth-weight and survival of rat pups// Proceedings "Epigenetics, Transgenic Plants and Risk Assessment", 2006, P.41-48.

11. Ewen S.W, Pusztai A. Effect of diets containing genetically modified potatoes expressing Galanthus nivalis lectin on rat small intestine. Lancet. 354 (9187), 1999.

12. Ho Mae-Wan and Tappeser Beatrix. Potential contributions of horizontal gene transfer to the transboundary movement of living modified organisms resulting from modern biotechnology. . In Transboundary Movement of Living Modified Organisms Resulting from Modern Biotechnology: Issues and Opportunities for Policy-Makers (K.J. Mulongoy, ed.) pp. 171-193, International Academy of the Environment,Switzerland.

13. Malatesta M., Biggiogera M., Manuali E., Rocchi M.B.L., Baldelli B., Gazzanelli G: Fine structural analyses of pancreatic acinar cell nuclei from mice fed on GM soybean. Eur. J. Histochem., 47, 2003. pp.385-388.

14. Malatesta M., Caporalony C., Gavaudan S., Rocchi M.B.L., Tiberi C., Gazzanelli G. Ultrastructural, morphometrical and immunocytochemical analysis of hepatocyte nuclei from mice fed on genetically modified soybean. Cell Struct. Funct., 27, 2002, pp.173-180.

15. Mercer, D.K., Scott, K.P., Bruce-Johnson, W.A., Glover, L.A. and Flint, H.J. Fate of free DNA and transformation of oral bacterium Streptococcus gordonii DL1 plasmid DNA in human saliva. Aplied and Environmental Microbiology 65. 1999. P.6-10.

16. Open Letter from World Scientists to All Governments Concerning Genetically Modified Organisms (GMOs), 2000.

17. Peer review vindicates scientist let go for "improper" warning about genetically modified food. In "naturalSCIENCE" Heron Publishing, Victoria, Canada. 1999.

18. Prescott, V.E., Campbell, P.M., Moore, A., Mattes, J., Rothenberg, M.E., Foster, P.S., Higgins, T.J.V. and Hogan, S.P. 2005. Transgenic expression of bean alpha-amylase inhibitor in peas results in altered structure and immunogenicity. Journal of Agricultural and Food Chemistry 53: 9023-9030.

19. Pusztai A. Report of Project Coordinator on data produced at the Rowett Research Institute. SOAEFD flexible Fund Project RO 818. 22 October 1998.

20. Schubbert R., Lettmann C. and Doerfler W. Ingested foreign (phage M13) DNA survives transiently in the gastrointestinal tract and enters the blood stream of mice. Molecules, Genes and Genetics 242. 1994. P.495-504.

21. Schubbert R., Hohlweg U., Renz D. and Doerfler W. On the fate of orally ingested foreign DNA in mice: chromosomal association and placental transmission in the fetus. Molecules, Genes and Genetics 259. 1998. P.569-576.

22. Seralini G.E., Cellier D., Vendomois JS. New Analysis of a Rat Feeding Study with a Genetically Modified Maize Reveals Signs of Hepatorenal Toxicity// Arch. Environ. Contam. Toxicol, 2007.

23. Vecchio L., Cisterna B., Malatesta M., Martin T.E., Biggiogera B. Ultrastructural analysis of testes from mice fed on genetically modified soybean. Eur. J. Histochem., 48, 2003, 449-453.

24. World Scientists Statement. Supplementary Information of the Hazards of Genetic Engineering Biotechnology. Third World Network. 2000.

Землянова Е.В.,
ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ УМЕРШИХ В Г. МОСКВЕ

В последние годы много исследований посвящается изучению связей между социально-экономическими факторами и смертностью. Результаты показывают, чем выше находятся люди на социально-экономической лестнице, тем более благоприятные у них материальное благосостояние и поведенческие особенности, и тем ниже смертность. Поведенческие факторы, такие как употребление алкоголя, курение и физическая активность частично вкрапляются в факторы материального благосостояния, такие как доход, неблагоприятные жилищные условия и перенаселенность. Люди, которые ведут нездоровый образ жизни, могут делать так в ответ на низкий уровень своего материального благосостояния.

Надо сказать, что в России исследования взаимосвязи социального статуса и здоровья в различных группах населения только начинают развиваться. Вот, что показало сплошное исследование территориальных особенностей смертности московского населения с учетом уровня образования жителей административных округов.

Значимость социально-экономического положения как ведущего фактора, определяющего в настоящее время смертность московского населения, становится особенно очевидной при сравнении смертности общего населения Москвы (как москвичей, так и мигрантов, в том числе гастарбайтеров, как легальных, так и нелегальных) и ее постоянного населения. В мужской популяции смертность общего населения столицы превышает смертность постоянного на 22,3%, в женской - на 12,4%. Необходимо подчеркнуть, что речь идет обо всем постоянном населении Москвы, без учета уровней дохода, образовательного ценза и профессионального статуса. Между тем, по этим важнейшим социальным характеристикам население Москвы является весьма гетерогенным.

К сожалению, современная российская статистика не позволяет надежно учитывать уровень доходов, а профессиональный статус является весьма изменчивой характеристикой. Именно поэтому образование представляется самым надежным социальным индикатором, даже принимая во внимание то обстоятельство, что в настоящее время в России (и в Москве) высшее образование не всегда подразумевает финансовую состоятельность. Таким образом, для целей анализа была использована доля лиц с высшим и неполным высшим образованием как индикатор социального статуса населения московских административных округов и муниципальных районов.

Проведенное исследование по Москве показало, что смертность населения трудоспособного возраста, как мужчин, так и женщин в минимальной степени обусловлена социально адаптированными слоями с высоким образовательным и профессиональным статусом, в основном она определяется слабо социально адаптированными и маргинальными слоями населения.

При анализе образовательного ценза все умершие были разделены на 4 группы: в первую группу вошли лица с высшим и незаконченным высшим образованием, во вторую - со средним общим и специальным образованием, в третью - с образованием ниже среднего, образовательный ценз представителей четвертой группы зафиксирован не был.

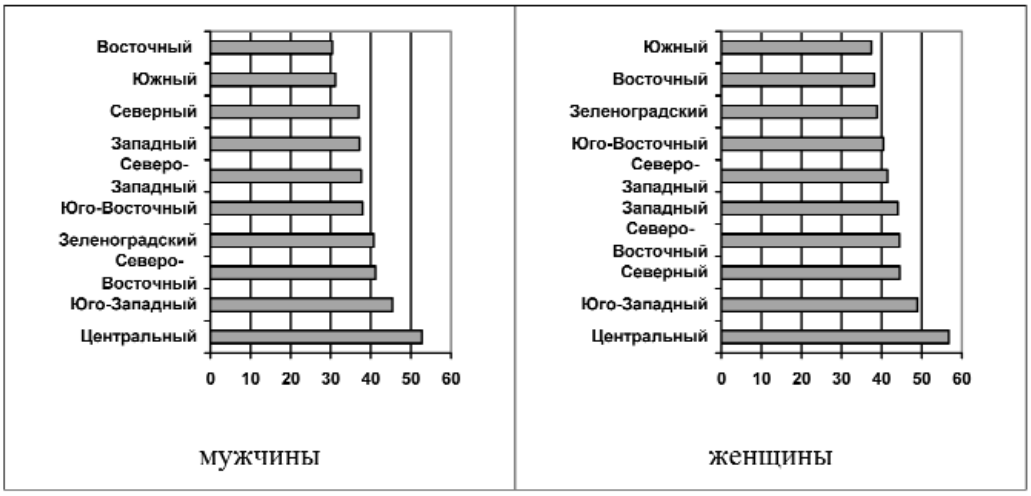
При анализе профессионального статуса в первую группу были выделены представители административных структур, интеллигенции (учителя, врачи, научные сотрудники и т.п.), а также представители бизнес-сообщества и банковского сектора. Во вторую группу вошли работники среднего звена (например, менеджеры среднего уровня, прорабы, медицинские сестры, секретари и т.п.). В третьей группе учитывались представители рабочих специальностей, включая шоферов. В четвертой группе состояли неработающие. В отдельные группы были выделены инвалиды и представители различных силовых структур (служб охраны, МВД, армии и т.п.): эти группы подразумевают специфические риски здоровья.

Доля населения с высшим и неполным высшим образованием в московских округах различалась весьма существенно: в мужской популяции от 30,4% в Восточном до 52,7% в Центральном округе, в женской - от 37,4% в Южном до 56,7% в Центральном округе (рис. 1). Разница

худших по этому показателю округов с Центральным административным округом составила соответственно на 22,3% для мужчин и на 19,3% для женщин. Следует отметить, что, при наличии заметных гендерных различий в ранжировании московских территорий по этому показателю, "полярные" округа для обоих полов оказались одинаковыми: Центральный и Юго-Западный округа, с одной стороны, и Восточный и Южный округа - с другой. Эти данные хорошо корреспондируются с общими сведениями о социально-экономическом статусе населения московских территорий.

Рисунок 1.

Доля лиц с высшим и неполным высшим образованием по округам г. Москвы (в %) (по данным переписи населения 2002 г.)



При анализе смертности постоянного московского населения в качестве основной гипотезы было выдвинуто предположение о том, что, во-первых, в более респектабельных округах смертность должна быть ниже, чем в менее состоятельных, во-вторых, эти территории должны отличаться по структуре смертности. В пользу такого предположения говорит наличие достаточно значимой обратной взаимосвязи между смертностью трудоспособного населения (в возрасте 20-59 лет) московских округов и долей лиц с высшим образованием в нем (коэффициент ранговой корреляции составлял -0,6 в мужской и -0,8 в женской популяции). Таким образом, принципиальная закономерность - чем выше образовательный уровень населения того или иного округа, тем ниже смертность его жителей - характерна для Москвы так же, как для всех остальных регионов.

Второе обстоятельство, которое следует отметить, говоря о дифференциации московской смертности - уровни ее практически не зависят от географического расположения той или иной московской территории, более того, зачастую, так называемые, "полярные" территории соседствуют. Особенно заметно это на юге столицы, где сходятся границы благополучия (Юго-Западный округ) и неблагополучия (Южный и Юго-Восточный округа). Это позволяет утверждать, что для москвичей на нынешнем этапе развития, иные, помимо социально-экономических факторов смертности в трудоспособных возрастах не являются сколько-нибудь значимыми. Это выражается как в гораздо более низких уровнях смертности в респектабельных московских округах, так и в особенностях ее структуры.

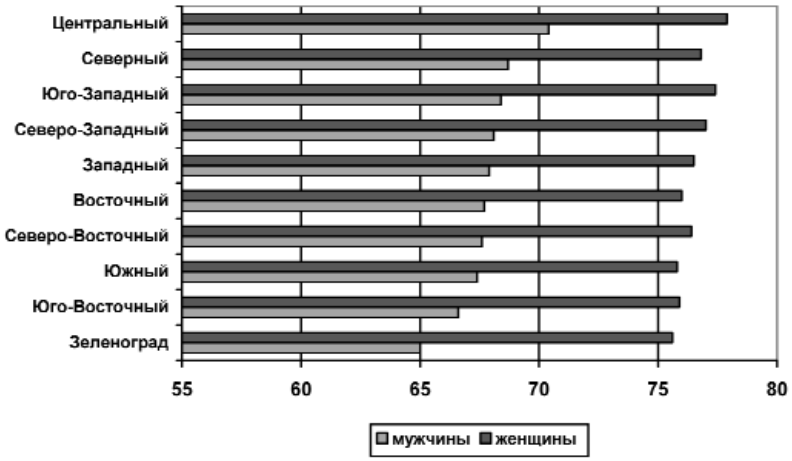
Так, в возрасте 20-39 лет вклад в смертность лиц с высшим и неполным высшим образованием составляет 11,4% в мужской и 14,7% в женской популяции при том, что доля их в населении столицы, по данным последней переписи, в этой возрастной группе приблизилась к 40% в мужской и к половине в женской популяции (38,8% и 48,2% соответственно). В старших трудоспособных возрастах на долю лиц с высшим и незаконченным высшим образованием пришлось чуть больше 10% всех смертей (в населении они составляют 43,3% и 44,5% соответственно), из чего можно предположить, что риски преждевременной смерти среди наиболее образованной части населения явно существенно более низки, нежели для населения в целом. Аналогичные результаты демонстрирует анализ профессионального статуса. Вклад в смертность социально адаптированного населения (представители массовой интеллигенции и среднего слоя) составляет в младших трудоспособных 8,8-13,1%, среди 40-59-летних - только 6,0-7,3%.

Со снижением образовательного ценза и профессионального статуса структура причин смерти также существенно видоизменяется. Практически вся инфекционная смертность, и смертность от болезней органов дыхания, а также существенная доля смертей от болезней органов пищеварения приходится именно на маргинальные слои московского населения. Кроме того, с понижением социального статуса возрастает значимость как причины смерти - сердечно-сосудистых заболеваний в состоянии алкогольного опьянения, особенно в возрастной группе 20-39 лет.

Поскольку в разных округах столицы социальный состав существенно отличается, что было видно и по данным об уровне образования населения, очевидно, что масштабы и характер смертности населения в зависимости от места жительства в мегаполисе также заметно отличаются. Так, разница в продолжительности жизни мужчин Центрального и Зеленоградского округов составляет 5,4 года, женщин - 2,3 года (рис. 2).

Рисунок 2.

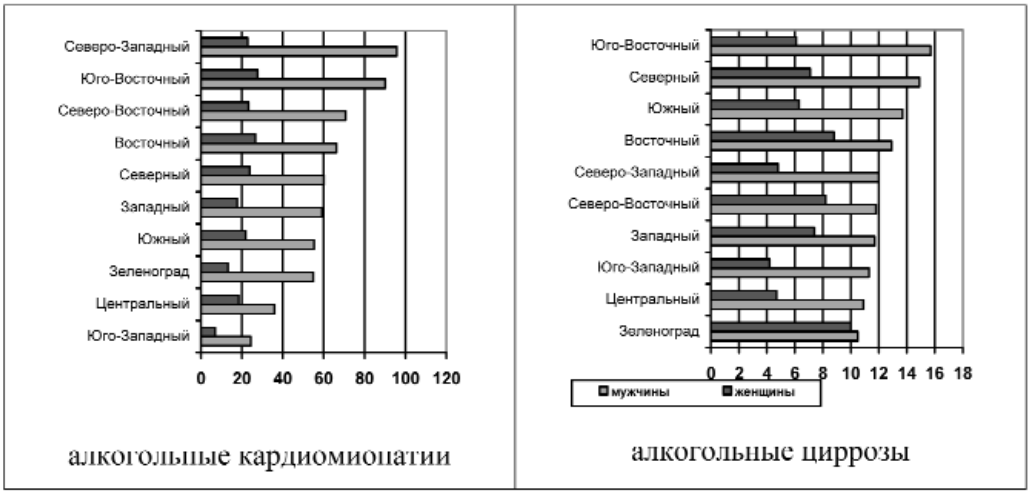
Ожидаемая продолжительность жизни населения в округах Москвы в 2003 г., лет



Наиболее выразительным индикатором различий в структуре смертности служат причины, так или иначе связанные с алкоголем. Так, в тех округах Москвы, где продолжительность жизни населения выше, доля смертей связанных с алкоголем заметно ниже (рис. 3).

Рисунок 3.

Смертность населения трудоспособного возраста от некоторых алкогольно-зависимых причин, на 100 тыс.



Обсуждая эту проблему, следует отметить, что в столице складывается новый тип алкогольной смертности. Во всей стране наиболее отчетливым индикатором алкоголизации населения выступают случайные отравления алкоголем, в Москве же смертность от этих причин ничтожна. Однако в столице остается высокой смертность от заболеваний, так или иначе связанных со

злоупотреблением алкоголем: алкогольных кардиомиопатий, алкогольных и других циррозов печени, а также острых панкреатитов. Судя по всему, благосостояние москвичей уже исключает массовые случайные отравления алкоголем и спиртосодержащими жидкостями, однако регулярное бытовое пьянство остается достаточно распространенным, о чем свидетельствуют высокие московские уровни смертности от патологии с явным и потенциальным алкогольным генезисом.

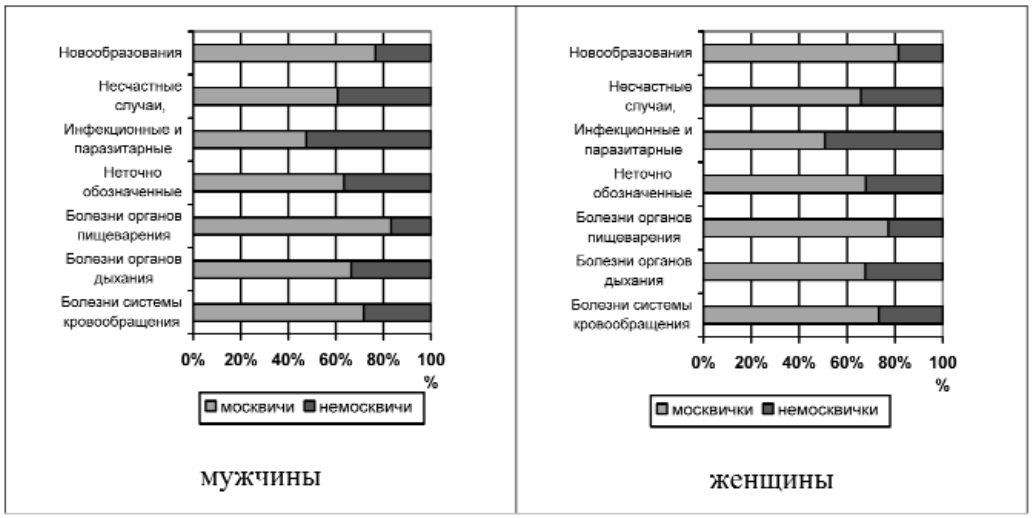
Если перейти к анализу муниципальных районов, то оказывается, что в каждом округе, включая Центральный, существует очень значительная, практически двукратная вариация уровней смертности: с минимальными уровнями на Арбате и максимальными на Таганке. Также сильно различаются уровни смертности и по районам, например, Юго-Восточного округа столицы. Так по смертности мужского населения примыкающий к Центральному округу столицы район Лефортово находится на одном уровне с центральными Красносельским и Тверским районами. Однако смертность в худшем по уровню смертности районе Капотня в 2 раза выше, чем в худшем в этом отношении районе Центрального округа - Таганском. По смертности женского населения район Выхино-Жулебино находится на одном уровне с центральными Басманным и Мещанским районами. Однако смертность в худшем по уровню смертности районе Капотня в 1,3 раза выше, чем в худших в этом отношении районе Центрального округа - Таганском и Красносельском. Это свидетельствует о том, что система расселения с учетом социального статуса в столице только начинает складываться. Но даже на этом современном уровне роль социального состава жителей становится ведущим фактором, определяющим уровень и структуру причин смерти в том или ином территориальном образовании.

Можно констатировать, что в настоящее время анализ одних только статистических показателей указывает лишь на самые общие тенденции, не позволяя, в силу крайне гетерогенной картины заселения столицы, выделить реальные группы риска населения Москвы. Чтобы понять, на какие группы должны быть направлены соответствующие программы профилактики и укрепления здоровья, необходимо провести специальное исследование с учетом социального статуса москвичей, что можно сделать только по индивидуальным данным об умерших. Тогда будет понятно, представитель какой социальной страты, умирает в Москве в трудоспособном возрасте от пневмонии, туберкулеза, алкогольного цирроза печени, алкогольных и неуточненных кардиомиопатий.

Так, предварительный анализ показал, что в молодом трудоспособном населении от четверти до трети всех случаев смерти от всех основных причин определяется иногородними (рис.4).

Рисунок 4.

Соотношение москвичей и иногородних среди умерших в возрасте 20-39 лет в Москве в 2003 г. по причинам смерти



В случае инфекций доля смертей пришлого населения составляет практически половину, в случае травм 35-40%, болезней органов дыхания - около трети. Трудно сказать, какую

часть иногородние составляют среди молодого трудоспособного населения столицы, но можно предположить, что их не треть и тем более не половина. Таким образом, приток рабочей силы в столицу, который в значительной мере носит нелегальный характер, привносит и соответствующие риски смерти.

В отношении новообразований доля иногородних среди всех случаев смерти от данной причины меньше, чем от экзогенных видов патологии и внешних причин. Вклад иногородних в смертность от новообразований практически целиком сосредоточен в детских возрастах и определяется концентрацией тяжелых больных в московских медицинских центрах. Несколько удивляет высокий вклад пришлого населения в смертность от болезней системы кровообращения: более четверти всех случаев смерти от данных причин, поскольку болезни системы кровообращения принято, как и новообразования, относить преимущественно к эндогенным причинам смерти. Однако более детальный анализ показывает, что в молодых возрастах основное число случаев смерти от болезней системы кровообращения определяется алкогольной кардиомиопатией. Иными словами, смерть человека от болезней системы кровообращения в возрасте 20-39 лет практически целиком определяется его образом жизни и может быть отнесена преимущественно к экзогенно обусловленной и, по сути (с точки зрения социального портрета умершего), мало отличной от болезней органов дыхания, пищеварения, инфекций или травм.

В старших трудоспособных возрастах среди лиц 40-59 лет вклад смертности не москвичей от всех основных причин смерти ниже, чем в предыдущей возрастной группе, что естественно определяется преимущественно молодым возрастом трудовых мигрантов. Особенно заметное сокращение касается смертности от новообразований и болезней системы кровообращения. Вместе с тем, в случае инфекций, травм и неточно обозначенных состояний иногородние определяют более трети всех случаев смерти в старших трудоспособных возрастах. Таким образом, эффект маргинализации смертности проявляется не столько в ее увеличении в этом возрасте, сколько в деформации структуры ее причин, существенно увеличивая экзогенную компоненту смертности.

В заключение следует отметить, что подобное исследование является актуальным не только для Москвы, но и для России в целом: именно Москва показывает, в каком направлении, с высокой степенью вероятности, будет эволюционировать российская смертность, и позволит избежать дальнейшего негативного развития демографических процессов в стране.

Ионцев В.А.,
зав. кафедрой народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова,
д.э.н., профессор

СОВРЕМЕННАЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ И ЕЕ РЕГИОНАХ

1. Место России в мировом населении

Начало сего полагаю самым главным делом: сохранением и размножением российского народа, в чем состоит величество, могущество и богатство всего государства, а не в обширности, тщетной без обитателей.
М.В. Ломоносов

Рост численности населения мира (время увеличения на 1 млрд. человек)

	число лет	годы
1-й миллиард	…	к 1804 г.
2-й миллиард	123	1804–1927
3-й миллиард	33	1927–1960
4-й миллиард	14	1960–1974
5-й миллиард	13	1974–1987
6-й миллиард	12	1987–1999
7-й миллиард	14	1999–2013
8-й миллиард	15	2013–2028
9-й миллиард	26	2028–2054
10-й миллиард	129	2054–2183

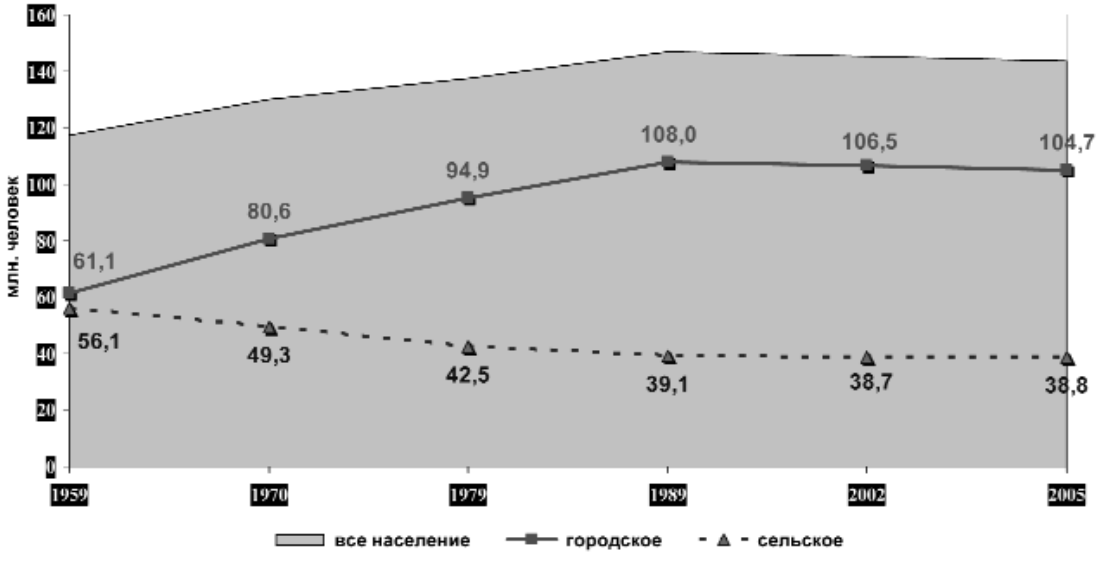
Ранги стран в мировой иерархии населения (млн. чел.)

1950 год	1990 год	2005 год	2050 год
1. Китай (555)	1. Китай (1155)	1. Китай (1316)	1. Индия (1593)
2. Индия (358)	2. Индия (849)	2. Индия (1103)	2. Китай (1392)
3. США (158)	3. США (256)	3. США (298)	3. США (395)
4. Россия (103)	4. Индонезия (181)	4. Индонезия (223)	4. Пакистан (305)
5. Япония (84)	6. Россия (148)	8. Россия (143)	17. Россия (112)

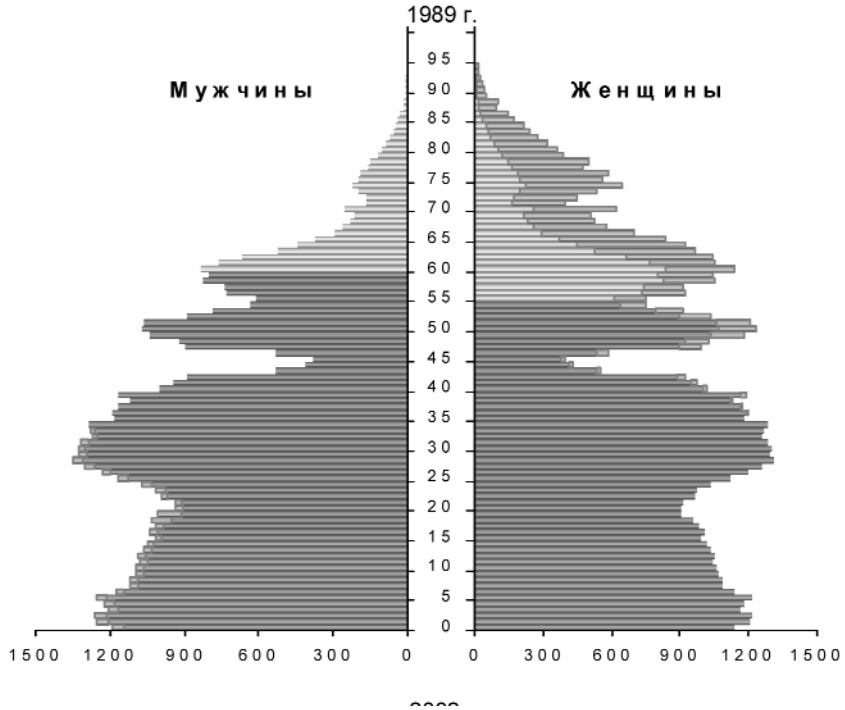
Доля России в мировом населении

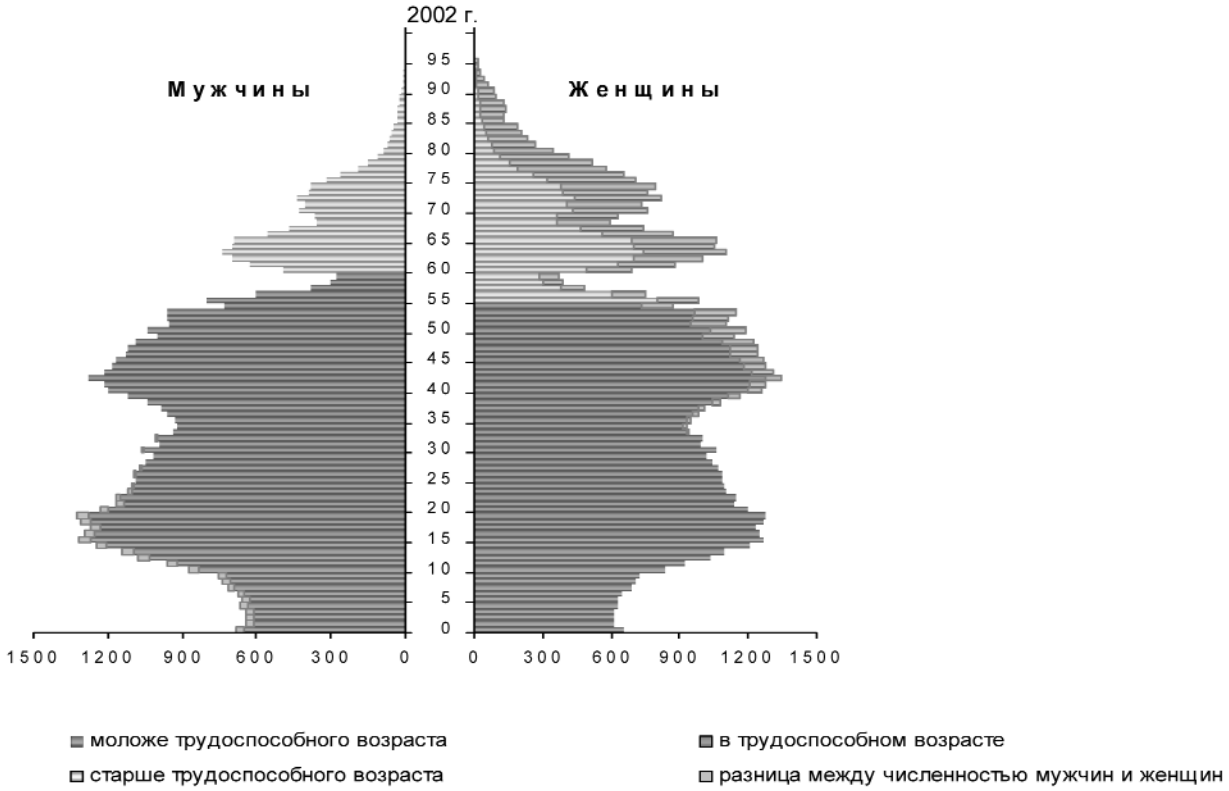
1900 год	1950 год	1990 год	2005 год	2050 год
7,6%	4,1%	2,8%	2,2%	1,2%

Изменение численности населения России (по данным переписей населения; 2005 г. - на 1 января)



Возрастно-половой состав населения (по данным переписей населения)

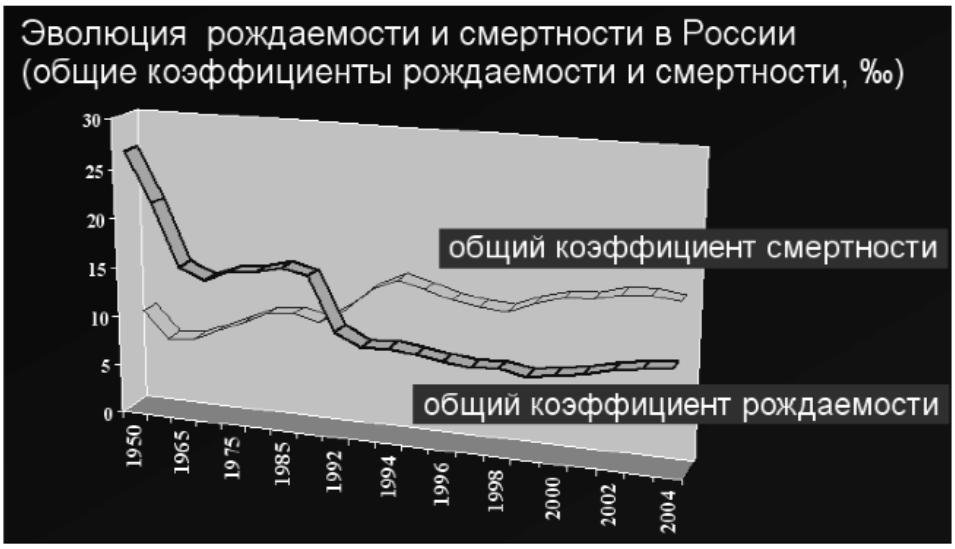




2. Характеристика основных демографических процессов в современной России

Основные показатели демографического развития России, 1989 и 2005 гг.

	1989 г.	**2005 г.**
Численность населения, млн. чел.	**147,0**	**142,7**
Естественный прирост, ‰	3,9	–5,6
Миграционный прирост, ‰	0,9	0,3
Общий коэффициент рождаемости, ‰	14,6	10,2
Общий коэффициент смертности, ‰	10,7	16,1
Суммарный коэффициент рождаемости	2,01	1,34
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	69,57	65,27



Историческая эволюция рождаемости в XX веке в отдельных странах

СКР	1900–1904
более 5	Россия
4,0 – 5,0	Германия Испания Италия Нидерланды Финляндия
3,0 – 4,0	Англия а Швеция
2,5 – 3,0	Франция

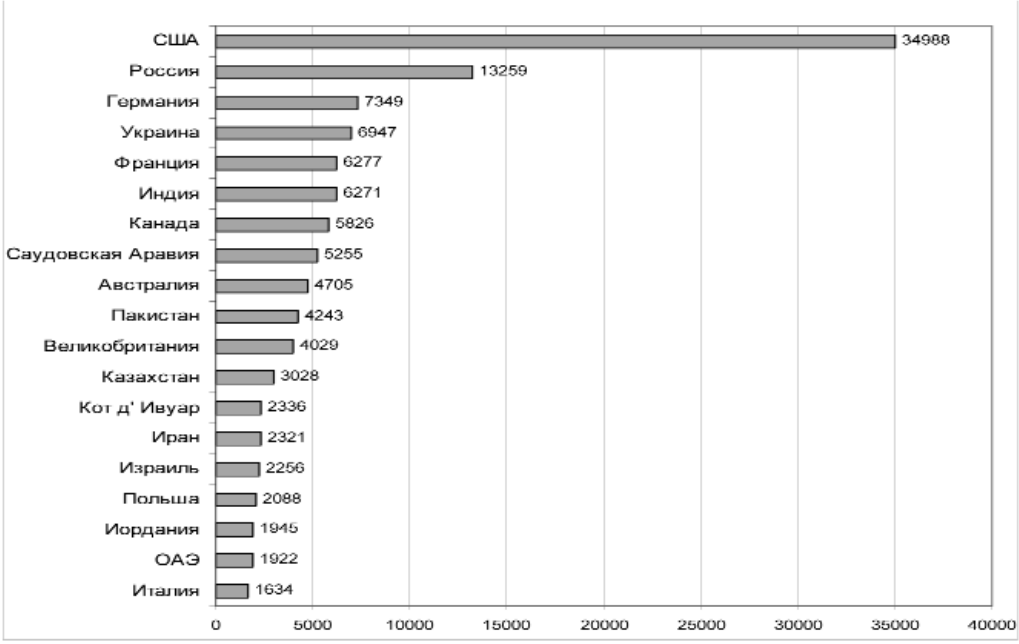
СКР	2000–2004
1,5 – 2,0	Великобритания Нидерланды США Финляндия Франция
1,3 – 1,5	Германия Швеция
менее 1,3	Испания Италия Россия

СКР – суммарный коэффициент рождаемости (среднее число детей, рожденных одной женщиной).

Ожидаемая продолжительность жизни в федеральных округах в 1990 и 2003 г., лет

	мужчины		женщины	
	1990	2003	1990	2003
Вся Россия, в т.ч.	**63,8**	**58,5**	**74,4**	**72,0**
Центральный	63,9	59,4	74,8	72,8
Северо-Западный	63,8	56,8	74,1	70,8
Уральский	64,1	58,3	74,3	71,6
Сибирский	62,6	56,5	73,4	70,2
Дальневосточный	62,3	56,3	72,6	69,4

Страны с наиболее значительным числом иммигрантом в начале XXI века, тысяч



Компенсация миграционным приростом естественной убыли населения России в 1992-2004 гг., %

Миграционный прирост в тыс. человек по экономическим районам России

Экономические районы	1979–1988	1989–1999
Российская Федерация, в т.ч.	1819	3217
Северный	40	-618
Северо-Западный	443	238
Центральный	1025	1212
Волго-Вятский	-226	192
Центрально Черноземный	-142	542
Поволжский	-21	802
Северо-Кавказский	64	865
Уральский	-558	383
Западно-Сибирский	812	266
Восточно-Сибирский	42	-213
Дальневосточный	333	-863

Миграционный прирост в тыс. человек по федеральным округам России, 2000 – 2004 гг.

Федеральный округ	2000	2001	2002	2003	2004	2000–2004
Вся Россия	27,8	72,6	78,1	81,0	98,9	321,4
Центральный	74,0	111,0	123,5	119,0	129,6	557,1
Северо-Западный	-1,6	11,0	11,0	4,5	12,9	37,8
Южный	15,0	-0,4	-0,9	0,8	-0,8	13,7
Приволжский	-2,3	7,0	3,0	-10,0	-4,4	-6,7
Уральский	1,6	11,5	3,0	-3,8	4,8	17,1
Сибирский	-22,4	-35,5	-33,5	-41,7	-22,5	-155,6
Дальневосточный	-36,5	-32,0	-28,0	-24,9	-20,6	-142,0

Прогноз миграционного прироста в 2005-2025 годах, тыс. чел.

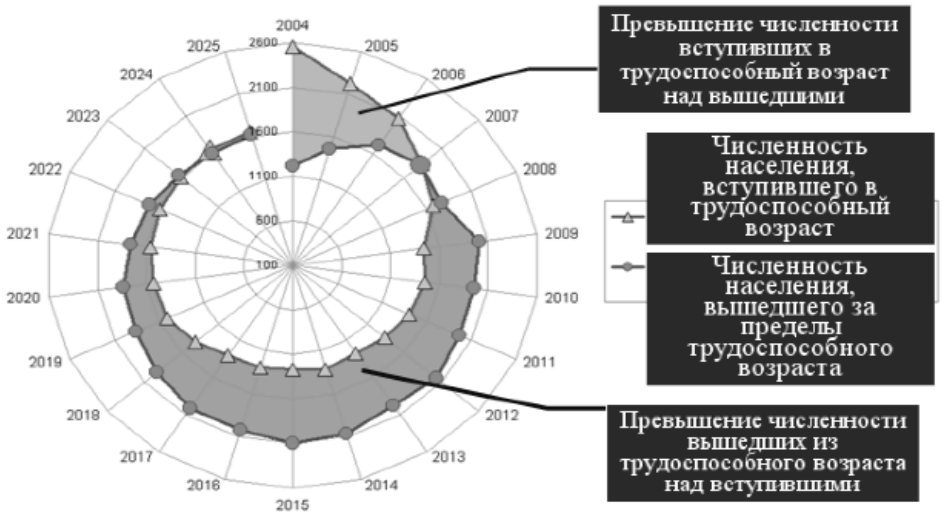
	2005	2010	2015	2020	2025
Россия	111,0	186,1	300,6	417,8	415,1
Центральный ФО	136,7	199,3	288,9	344,6	332,8
Сибирский ФО	-27,3	-37,3	-34,5	-20,7	-17,9
Дальневосточный ФО	-23,0	-29,7	-25,1	-10,7	-0,4

3. Демографический кризис в России: количественная и качественная характеристики

Демографический кризис - это депопуляция населения, сопровождаемая процессами общей (духовной, психологической, психической и физической) деградации населения, значительного ухудшения его качественных характеристик).

Динамика естественного и миграционного прироста в России с 1897 по 2004 года

Замещение населения в трудоспособном возрасте (тыс. человек)



В обществе, в котором нет здоровья, не будет ни науки, ни искусства, и даже богатство становится совершенно бессмысленным.

Эразистрат, 245 г. до н.э.

4. Возможен ли выход России из демографического кризиса?

В Послании Президента Федеральному Собранию 2006 года демографическая проблема была названа "самой острой проблемой современной России", а демографическая ситуация - критической.

Выход из демографического кризиса в России возможен только при комплексном государственном подходе к управлению демографическими процессами, а именно: стимулирование роста рождаемости; уменьшение сверхсмертности; разработка адекватной государственной иммиграционной политики; и, главное, формирование отношения к здоровой и благополучной человеческой жизни как самой главной ценности нашего государства.

Забвение первичности задач народонаселения составляет одну из ошибок мышления, которая объясняет немалое число мировых погрешностей.

Д.И. Менделеев, 1905 г.

Цитата по: Менделеев Д.И. Заветные мысли. М.: Мысль, 1995.

5. Значимость демографического образования в решении проблем народонаселения

Калинкин Л.А.,
д.м.н., профессор,
руководитель научного центра Всероссийского НИИ спорта

МУНИЦИПАЛЬНАЯ СЛУЖБА РЕАБИЛИТАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ - ЛИЦ, ЗАВЕРШИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Вторичная профилактика заболеваний в системе укрепления общего (работогенного) и репродуктивного здоровья населения - задача по своей значимости и нерешенности является в настоящее время одной из ведущих. Объясняется это в частности тем, что после выписки из поликлиники пациенты приступают к учебе или работе в состоянии, которое не позволяет им осуществить профессиональную деятельность в полном объеме. Доказательством тому являются утвержденные Минздравом официальные сроки освобождения учащихся от занятий физкультурой, трудящихся от выполнения тяжелой или средней тяжести работы, спортсменов от тренировок или соревнований.

Тем не менее, муниципальные образования в настоящее время не обладают материально-техническими возможностями предоставления необходимых реабилитационных услуг населению (за исключением тех незначительных объемов, которые предоставляют спортсменам врачебно-физкультурные диспансеры и пожилым людям - восстановительные центры для ветеранов). Появившаяся в последние годы клубная система использования активно-оздоровительных технологий рассчитана на лиц с высоким уровнем доходов и не приспособлена в полной мере для постполиклинической реабилитации.

Разработан проект межотраслевого учреждения - ПОЛИКОНа, в котором используются традиционные и новейшие активно-оздоровительные технологии, устройства и иные медико-технические решения. Основное целевое назначение учреждения - проведение вторичной профилактики заболеваний среди жителей различных муниципальных образований г. Москвы. Реализация целей осуществляется путем специальных контролируемых восстановительных тренировок лиц, переболевших в поликлинических условиях и выписанных из поликлиники.

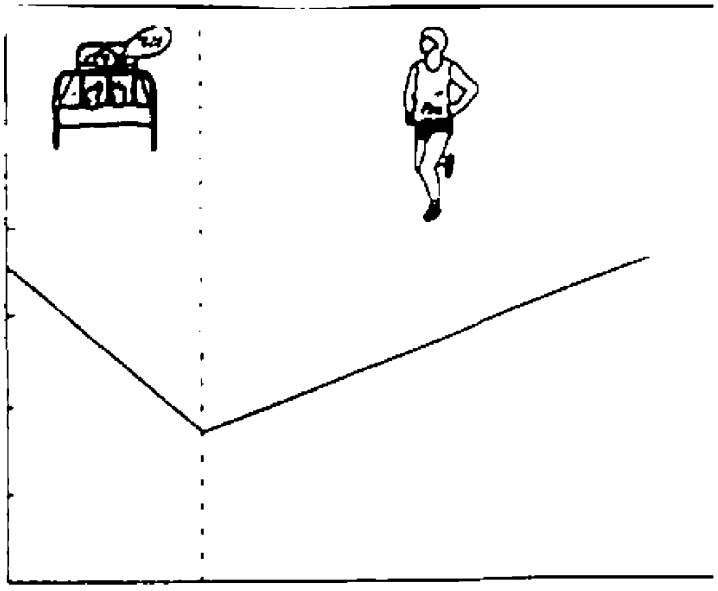
Физические нагрузки улучшают и оптимизируют основной интегральный показатель функционирования здорового человека - максимальное потребление кислорода. Признаки недомогания, депрессии или болезни сопровождаются желанием уменьшить двигательную нагрузку.

Уменьшение двигательной нагрузки снижает функциональный класс аэробной ("кислородной") способности, что в свою очередь ведет к снижению "индекса здоровья" и увеличения доли вторично заболевших. В качестве примера влияния "плохого" и "хорошего" класса аэробных способностей на "индекс здоровья" приводятся показатели острой заболеваемости за учебный год учащихся 1-3 классов.

Функциональный класс аэробной способности	Количество заболевших		Количество дней болезни		Доля неболевших, % («индекс здоровья»)	
	1	2	1	2	1	2
I **«плохой»**	938	1364	5480	13204	**38**	**26**
II	918	988	5240	10056	41	32
III	384	769	4860	6385	57	61
IV **«хороший»**	542	100	4120	800	**61**	**90**
Примечание: 1- мальчики, 2 девочки						

Доля заболевших среди учащихся "плохого" класса аэробных способностей увеличивается в 2-3 раза.

Ситуация значительно ухудшается, если больной находится на постельном режиме. После обездвиженного постельного режима в течение 21 дня происходит существенное снижение потребления кислорода. Для того, чтобы достигнуть такого же уровня потребления O_2, как было до начала постельного режима, необходимы длительные тренировки (до 60 дней).



Контингент лиц, переболевших в поликлиническом режиме лечения (без лечения в стационаре), составляет в России десятки миллионов человек, в числе которых множество детей. Каждый из них после болезни освобождается от занятий физкультурой на сравнительно длительный срок.

В то же время значительным фактором риска остается и даже возрастает в количественном и качественном отношении повседневная гиподинамия. Проблема повседневной гиподинамии становится особенно актуальной для современных людей в ближайшей (заболеваемость) и отдаленной перспективе. Распространенность гиподинамии до болезни среди старшеклассников связана в первую очередь с увеличением продолжительности их рабочего дня до 15-16 часов, что влечет в свою очередь увеличение хронической патологии и функциональных расстройств. После болезни у всех детей и взрослых гиподинамия является естественным продолжением болезни, что снижает функциональный класс аэробных способностей (показатель МЕТ) их организма.

Зачастую при допуске к занятиям физической культурой не учитывается период болезни, и в частности как долго длился постельный режим.

Приводим типичный пример рекомендаций при заболевании: (Г.И. Погодаев, 1998).

Бронхит острый, инфекционный. Острый катар верхних дыхательных путей:

Признаки выздоровления: удовлетворительное общее состояние (?), нормальная температура, отсутствие кашля (кашель иногда бывает в течение 2-3 месяцев), отсутствие хрипов в легких.

Занятия физкультурой - через 6-8 дней после болезни, тренировки через 10-12 дней, участие в соревнованиях - через 14-16 дней после болезни.

Исходя из наблюдений относительно изменения показателей максимального потребления кислорода, после болезни необходимо длительность восстановительного периода (связанного с достижением традиционного для данного индивидуума уровня двигательной активности, в том числе начала тренировок и соревнований) определять в соответствии с правилом Лекала.

Формула для легких случаев заболевания:

(Продолжительность постельного режима х 3) + (Продолжительность периода до выздоровления х 2) + (Дни освобождения от занятий физкультурой)

Примечание: продолжительность выражается в днях.

Пример: ребенок болел бронхитом 10 дней, из них 3 дня на постельном режиме. После выписки ему дали 6 дней - свободных от посещения занятий физкультурой. Следовательно, общая продолжительность восстановительного периода до начала периода полноценных физических и учебных нагрузок равна:

(3x3) + (7x2) + 6 = 29 дней(!!!)

Большинство дней восстановительного периода ребенок должен проводить в ПОЛИКОНе или в подобном учреждении.

Материальная часть ПОЛИКОНА выполняется в модульном варианте. Модульный типовой принцип построения ПОЛИКОНОВ позволяет медицинским, физкультурно-спортивным, архитектурно-планировочным службам принимать решения, соответствующие инвестиционным возможностям и кадровому обеспечению, а также градостроительным, климатическим, экологическим и другим условиям реализации проекта.

ПОЛИКОНЫ - сеть учреждений шаговой доступности. Важным обстоятельством является приближение ПОЛИКОНОВ к спальным районам города и использования в этом межотраслевом учреждении новейших активно-оздоровительных технологий и новой отечественной оздоровительной техники, не имеющей аналогов в мировой практике восстановительной медицины. .

Заключение:

Система ПОЛИКОН позволит существенно повысить уровень здоровья, физической и психической работоспособности населения, проживающего на конкретной территории муниципальных образований г. Москвы.

Кибрик Н.Д.,
д.м.н., профессор, руководитель Научно-методического центра медицинской сексологии

Якубов М.И.,
д.м.н., ведущий научный сотрудник Научно-методического центра медицинской сексологии

Канн И.Ю.,
к.м.н., старший научный сотрудник Научно-методического центра медицинской сексологии.

РОЛЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ В РОССИИ

Бесплодный брак, как в нашей стране, так и за рубежом остается одной из важнейших медицинских, социальных и общегосударственных проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота бесплодного брака составляет 10-15% от числа супружеских пар и не имеет тенденции к снижению. В нашей стране проблема бесплодия приобретает особую актуальность в связи с резким падением рождаемости, которое наблюдается в последние годы.

Недостаточная эффективность методов восстановления естественной фертильности человека стимулировала развитие методов вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе экстракорпорального оплодотворения с последующим переносом эмбрионов в полость матки матери (ЭКО и ПЭ). Разработка метода ЭКО вывела проблему лечения трубного бесплодия из тупика традиционных подходов и позволила добиться наступления беременности у огромного числа женщин, раннее обреченных на бездетность.

Впервые в России ЭКО было успешно реализовано в ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Москва) в 1986 г. С тех пор здесь прошли лечение тысячи бесплодных пар. Это дало материал для сопоставления и оценки различных схем проведения программы ЭКО и позволило разработать комплекс мероприятий, направленных, прежде всего на сохранение здоровья матери и рождения здорового ребенка.

Процедура ЭКО состоит из следующих этапов:

- отбор и обследование пациентов;
- стимуляция суперовуляции, включая ультразвуковой и гормональный мониторинг фолликулогенеза;
- пункция фолликулов, с целью получения ооцитов;
- оплодотворение ооцитов и культивирование эмбрионов in vitro;
- перенос эмбрионов в полость матки;
- поддержка лютеиновой фазы после переноса эмбрионов в полость матки;
- диагностика беременности ранних сроков.

Показаниями для проведения программы ЭКО являются: трубно-перитонеальное бесплодие, эндометриоз, синдром поликистозных яичников, иммунологические формы бесплодия (наличие МАР теста 50%), бесплодие неясного генеза, различные формы мужского бесплодия (олиго-, астено- или тератозооспермии), требующие применения метода ИКСИ, наличие асцита в малом тазу при синдроме гиперстимуляции яичников средней и тяжелой степени. Противопоказаниями - невозможность визуализации под ультразвуковым контролем яичников из-за выраженного спаечного процесса в малом тазу (IV степени), а также наличие воспалительного процесса в малом тазу.

Стимуляция суперовуляции осуществляется различными препаратами и является одним из важнейших этапов в программе ЭКО и ПЭ, так как выработать в яичниках несколько фолликулов, а соответственно получить несколько ооцитов, что повышает шансы пациентки в наступлении беременности. Индивидуальный подбор схемы стимуляции и адекватное проведение ультразвукового и гормонального мониторинга стимуляции суперовуляции своевременность назначения овуляторной дозы ХГ определяет получение достаточного количества ооцитов хорошего качества и соответственно позволяет повысить результативность программы ЭКО.

Трансвагинальная пункция яичников является одним из основных этапов проведения программы ЭКО и ПЭ, представляет собой аспирацию фолликулярной жидкости с целью получения ооцитов человека под ультразвуковым контролем при трубно-перитонеальной форме бесплодия, некоторых формах эндокринного бесплодия, мужском факторе, а также используется при средней и тяжелой степенях синдрома гиперстимуляции яичников с целью аспирации перитонеальной жидкости из малого таза при наличии асцита.

Получение эмбриона на ранних сроках ее развития путем соединения ооцита и сперматозоида in vitro и дальнейшего его культивирования в специальных питательных средах осуществляется под контролем микроскопа с 100-400 кратным увеличением (1 раз в сутки).

Ключевым моментом эмбриологического этапа программы является подбор адекватных культуральных сред и условий культивирования, приближающихся к естественной среде для преимплантационного развития. Однако, несмотря на успехи в этой области, условия in vitro все еще нельзя считать оптимальными, поскольку вероятность наступления беременности на перенос составляет порядка 35%.

Переноса дробящегося эмбриона на различных стадиях дробления - от пронуклеуса до стадии бластоцисты, которая формируется у человека на 5 - 6-е сутки после трансвагинальной пункции, при которой произведено получение ооцитов и их оплодотворение вне организма, осуществляется через цервикальный канал в полость матки женщины с помощью специального катетера.

Среди супружеских пар около 40% случаев бесплодия обусловлено мужским фактором и связано с количественными или качественными нарушениями сперматогенеза. Метод интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в ооцит (ИКСИ) применяется при лечении бесплодия связанном с мужским фактором заключается в оплодотворении ооцита в программе ЭКО, при котором вводится один сперматозоид в цитоплазму ооцита с помощью микроманипуляционной техники при мужской форме бесплодия. Метод ИКСИ применяется при снижении концентрации сперматозоидов (ниже 10-15 млн/мл), снижении подвижности сперматозоидов (ниже 20%) или при иммунологических причинах бесплодия (MAR - тест 50%), которые являются препятствием для оплодотворения обычным методом. Использование данного метода повышает эффективность вспомогательных репродуктивных технологий до 52%, что на 13-16% выше, чем после проведения инсеминации.

По данным отделения вспомогательных технологий в лечении бесплодия ГУ НЦ АГиП РАМН метод ИКСИ нашел широкое применение в программах вспомогательных технологий показал высокую эффективность в лечении мужского бесплодия, связанного с олигоастенотератозооспермией. Именно олигоастенотератозооспермия на сегодняшний день является наиболее частым показанием к применению метода ИКСИ. Наиболее высокая эффективность метода ИКСИ отмечается у супружеских пар с олигоастенотератозооспермией и обструктивной азооспермией. Частота наступления беременности на 1 перенос эмбрионов составляет 26% при олигоастенотератозооспермии и 19,6% при обструктивной азооспермии.

При отсутствии сперматозоидов в эякуляте, а также при отсутствии эякулята в рамках программы экстракорпорального оплодотворения применяется биопсия яичка и/или придатка яичка. Эта процедура заключается в получении сперматозоидов из яичка или его придатка с помощью пункционной иглы и выкуум-аспирации (ЭКО). По сравнению с открытой биопсией, метод не травматичен, проводится в амбулаторных условиях, позволяет получить сперматозоиды, пригодные для программы ЭКО-ИКСИ.

Показания к применению биопсии яичка и/или придатка яичка:

- асперматизм - полное отсутствие эякулята при сохраненном половом акте;
- аспермия - отсутствие в эякуляте сперматозоидов и других, менее зрелых клеток сперматогенеза;
- азооспермия - отсутствие в эякуляте сперматозоидов, при наличии других клеток сперматогенеза;
- травма спинного мозга, полное отсутствие эрекций и эякуляций;
- ретроградная эякуляция при невозможности получить сперматозоиды из мочи;
- психогенная импотенция;
- предварительная биопсия яичка и/или придатка яичка, с последующим гистологическим исследованием биоптата у пациентов с азооспермией в сочетании с гормональным и генетичес-

ким скринингом, позволяет верифицировать диагноз и определить дальнейшую тактику лечения бесплодия в данной супружеской паре. Группа пациентов с необструктивной формой азооспермии прогностически самая неблагоприятная, в плане получения сперматозоидов и наступления беременности в программе ЭКО/ИКСИ. Частота наступления беременности у этой группы пациентов составляет 14,3%.

Криоконсервация в ВРТ сегодня применятся практически для любых видов биологических материалов. Этот метод позволяет длительно хранить сперму, тестикулярную ткань, эмбрионы. После оттаивания жизнеспособность возвращается в 95% случаев для сперматозоидов и 80% для эмбрионов.

Показаниями к криоконсервации являются: наличие "избыточных" эмбрионов хорошего качества (бластоцисты классов 3ВВ-4АА по классификации Гарднера), оставшихся после переноса эмбрионов в полость матки в стимулированном цикле, тактика селективного переноса одного эмбриона - всегда перенос только одного, самого лучшего эмбриона, отмена переноса эмбрионов в стимулированном цикле, в связи с развитием синдрома гиперстимуляции яичников, возникновение таких осложнений как полипы эндометрия, недостаточная готовность эндометрия к переносу эмбриона, внезапная болезнь пациентки или несчастный случай, программа донации эмбрионов, десинхронизация в менструальных циклах суррогатной и биологической матерей, в программе суррогатного материнства, высокий риск потери фертильности при онкологических заболеваниях, требующих проведения лучевой или химиотерапии.

Появление ИКСИ сделало целесообразным проводить криоконсервацию биоптатов яичка, с тем, чтобы можно было в дальнейшем использовать содержащиеся в биоптате сперматозоиды. Разработка программ криоконсервации спермы позволила проводить длительное хранение образцов спермы, (при достаточном числе сперматозоидов в эякуляте).

Преодоление бесплодия с помощью методов вспомогательных репродуктивных технологий высветило важную проблему - получение здорового потомства. Возникновение патологических состояний репродуктивной системы часто обусловлены хромосомными аномалиями, генными мутациями и наличием наследственной предрасположенности к заболеванию. Во избежание появления потомства с генетической патологией у этой группы пациентов необходимо проведение профилактических мероприятий, которые обычно реализуются через медико-генетические консультации.

Использование в программах ЭКО и ПЭ, ИКСИ гамет с хромосомными изменениями может негативно влиять на эффективность программы и привести к рождению детей с хромосомными аберрациями.

В нашем отделении для анализа хромосомных аберраций в мужских половых клетках мы применяем высоко информативный метод флуоресцентной гибридизации нуклеиновых кислот in situ (FISH).

Показания к проведению молекулярно-цитогенетических исследований половых клеток у лиц мужского пола с бесплодием и включенным в программу ЭКО и ПЭ, ИКСИ:

1) мужчинам из супружеских пар, включенных в программу ЭКО и ПЭ, имеющих хромосомные аберрации в кариотипе;

2) мужчинам из супружеских пар, включенных в программу ЭКО и ПЭ, у которых показатели спермограммы находятся на границе нормы (по морфологии, подвижности и концентрации);

3) мужчинам из супружеских пар, включенных в программу ИКСИ и имеющих нарушения в сперматогенезе (с нормальным и аберрантным кариотипом).

Преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) заключается в оценке генетического статуса эмбриона до переноса его в полость матки на 3-й день после оплодотворения in vitro в рамках программы экстракорпорального оплодотворения и предупреждении рождения ребенка с генетическими отклонениями, а также предварительного определения пола плода.

Показания для проведения предимплантационной генетической диагностики: случаи рождения детей с наследственной и врожденной патологией в анамнезе; наличие в кариотипе сбалансированных хромосомных аберраций; возраст женщин старше 35 лет; 2 и более неудачных попыток ЭКО в анамнезе; случаи пузырного заноса в анамнезе; определение пола плода; наличие в эякуляте супруга повышенного процента сперматозоидов с анеуплоидией разных хромосом (по X, Y хромосомам > 0.25%).

В отделении вспомогательных технологий в лечении бесплодия ГУ НЦ АГиП РАМН в рамках программы ЭКО и ПЭ, ИКСИ преимплантационную генетическую диагностику проводят используя метод флуоресцентной гибридизации нуклеиновых кислот in situ (FISH). В качестве исследуемого материала для предимплантационной диагностики мы используем ядро бластомера эмбриона. Также этот метод диагностики позволяет установить пол эмбриона и исключить заболевания связанные с анеуплоидией половых хромосом (синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевского - Тернера, болезнь Дауна и др).

Впервые в России лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения было успешно реализовано в ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (г. Москва) в 1986 г. под руководством академика Кулакова В.И. и профессора Леонова Б.В. родилась девочка Лена, которой в этом году исполнилось 20 лет. С тех пор здесь прошли лечение тысячи бесплодных пар, родилось более 10 000 детей.

По данным Европейской ассоциации репродуктологов в Европе на сегодняшний день существует более 580 клиник, занимающиеся проблемами бесплодия, в которых проводится более 290 000 циклов ВРТ в год, из них 25,5% заканчиваются родами. В США в 430 клиниках ЭКО проводится более 110000 циклов в год с частотой наступления беременности в среднем 32,5%.

В России на сегодняшний день зарегистрировано 43 учреждения, в которых используются методы ВРТ, проводится 10 000 циклов ВРТ в год, при этом частота наступления беременности составляет около 26 %.

В отделении вспомогательных технологий в лечении бесплодия ГУ НЦ АГиП РАМН в 2005 году проведено 1318 циклов ВРТ, из которых беременность наступила в 32,9 % случаев.

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья является одной из важнейших медицинских и государственных задач, благополучное решение которых определяет возможность воспроизводства населения и сохранения здорового генофонда нации. На сегодняшний день в России зарегистрировано более 5 миллионов бесплодных супружеских пар. По экспертной оценке показатель женского бесплодия за последние 5 лет увеличился на 14%, растет число бездетных семей. Бесплодие имеет большое значение как для отдельно взятой семьи, так и для общества в целом, снижая социальную и профессиональную активность наиболее трудоспособной группы населения. В связи с этим, принципиально важным в лечении бесплодия является дальнейшее внедрение в клиническую практику новых методов вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе и экстракорпорального оплодотворения.

Кислицына О.А.,
к.э.н., ведущий научный сотрудник Института
социально-экономических проблем народонаселения РАН

ПРОБЛЕМЫ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Рассмотрим основные социально-экономические факторы, детерминирующие здоровье россиян[1], и возможные направления социальной политики, нацеленные на преодоление негативных демографических тенденций в стране. Предлагаются меры, выходящие за рамки системы здравоохранения. Но это не значит, что предполагается полностью игнорировать медицинские услуги и реформу отрасли здравоохранения. Важно понимать, что хотя медицинская помощь и может улучшить здоровье, продлить жизнь, более важными для здоровья населения в целом являются социально-экономические условия, под влиянием которых люди заболевают, начинают нуждаться в медицинской помощи, умирают. И, соответственно, проблема преодоления демографического кризиса находится во введении многих министерств и ведомств, которые не могут непосредственно предотвратить смертность и плохое здоровье, но могут воздействовать на лежащие в их основе причины.

Предполагаемый набор возможных действий должен включать политику, направленную, прежде всего, на обеспечение индивидуальных возможностей человека, как, например, гарантированный доход, инвестиции в образование, обеспечение полноценного питания, доступного и комфортного жилья, безопасных условий работы и другие. Основной целью должно стать создание социальных и экономических условий, которые способствуют хорошему здоровью в равной мере для всего населения. Рассмотрим несколько направлений социальной политики, которая могла бы улучшить здоровье и сократить вымирание россиян.

Преодоление абсолютной бедности и сглаживание экономического неравенства

Результаты исследований со всей очевидностью свидетельствуют о тесной связи между степенью бедности и здоровьем: чем больше материальных лишений испытывает человек, тем хуже его здоровье (Рис.1). Наибольшее негативное воздействие на здоровье оказывают невозможность нормально питаться и покупать необходимую одежду и обувь, в 2-3 раза увеличивая риск сердечно-сосудистых заболеваний. Возможны два механизма, позволяющие объяснить такую связь. Согласно материальной интерпретации, хорошее материальное положение обеспечивает средства для получения таких фундаментальных условий для хорошего здоровья, как жилье, питание, доступ к услугам здравоохранения и т.п. Психосоциальная интерпретация приписывает существование различий в здоровье населения прямому или косвенному эффекту стресса, вызванного тем, что индивид занимает относительно более низкую позицию в социально-экономической иерархии или живет в условиях относительного социально-экономического недостатка.

Таким образом, приоритет должен быть отдан не только преодолению абсолютной бедности, но и сглаживанию социально-экономического неравенства. Протяженность социально-экономических различий - разрыв в уровне жизни между верхними и нижними слоями общества - самый важный детерминант нездоровья, независимый от среднего уровня жизни общества. Неравенство действует на здоровье трояким образом: а) приводит к ограничениям в доступе различных слоев населения к товарам и услугам, прямо или косвенно определяющим состояние здоровья; б) наносит индивидам психосоциальный ущерб (стресс, низкая самооценка), являющийся результатом обидных сравнений в обществе; в) приводит к разрушению сплоченности и доверия в обществе, вызывая агрессию, отчаяние, ощущение безысходности, проявляющихся в форме социального нездоровья.

На первом месте должны быть: мероприятия по формированию эффективного рынка труда: со-

[1] Результаты получены на основе данных обследований, проведенных ИСЭПН РАН в г. Таганроге в 1998 г. и г. Москве в 2004 г. Респондентам было предложено оценить свое здоровье по пятибалльной шкале (оценка 1 соответствовала ответу "Очень плохое здоровье", оценка 5 - "Очень хорошее здоровье"). При этом участники обследования должны были ответить на некоторые вопросы, затрагивающие специфические проблемы их здоровья, такие как наличие симптомов сердечно-сосудистых заболеваний и психических расстройств (депрессия, бессонница, неравные расстройства).

кращение численности низкооплачиваемых работников (рост минимальной заработной платы до величины прожиточного минимума; проведение политики, направленной на сокращение незаконных гибких форм оплаты труда, способствующих обеднению работающего населения); содействие занятости для тех, кто хочет и может работать, стимулирование создания новых рабочих мест (развитие малого и среднего бизнеса). Необходимо введение прогрессивной шкалы подоходных налогов; мероприятия по снижению неравенства доходов за счет социальных трансфертов и повышение минимальных гарантий в сфере социального обеспечения; стимулирование масштабов и качества общего и профессионального образования.

Обеспечение безопасных и благоприятных условий в период детства и подросткового возраста

Среда, в которой проживает ребенок в раннем детстве, оказывает существенное влияние на дальнейшее его поведение, обучение и состояние здоровья на последующих этапах его жизни. Согласно результатам исследования те респонденты, которые испытывали материальные трудности в детстве, имели 2-кратный риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний во взрослом возрасте (Рис.2). Более того, неблагоприятное положение в детстве, плюс неблагоприятное материальное положение в настоящем, многократно повышают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (Табл.1). Этот результат является подтверждением того, что риск заболеваний сердца связан с материальными трудностями, накапливающимися в течение всего жизненного цикла.

Инвестирование в политику, которая уменьшает раннее неблагоприятное влияние, может принести преимущества не только в настоящем, но также для будущих поколений. Примерами такого рода вмешательства являются: повышение общего образовательного уровня и обеспечение равной доступности образования, что позволит улучшить здоровье матери и ребенка в долгосрочной перспективе; обеспечение полноценного питания, санитарного просвещения, адекватной высококачественной лекарственно-профилактической помощи и адекватных социальных и экономических ресурсов во время беременности, а также в первый год жизни ребенка, с тем чтобы улучшить его рост и развитие как во внутриутробный период, так и в грудном возрасте, а также чтобы уменьшить риск болезней и недостаточности питания в грудном возрасте.

Улучшение жилищных условий

Жилище - это не только укрытие от неблагоприятных влияний природы, но и мощный фактор, воздействующий на человека, в значительной степени определяющий состояние его здоровья. Как показывают результаты исследований, на здоровье существенное воздействие оказывают не только качество жилищных условий, но и тип жилья: риск иметь плохое здоровье в 3 раза увеличивается для женщин, проживающих в коммунальной квартире, общежитии или арендующих комнату, по сравнению с обладателями отдельных квартир (Табл.2). Мужчины, проживающие в арендованной квартире, в 5 раз чаще по сравнению с теми, кто живет в собственной отдельной квартире (приватизированной или муниципальной), имеют симптомы психических расстройств. Такая связь может быть обусловлена, как неблагоприятными условиями проживания в арендованных помещениях, общежитиях, коммуналках, так и тем фактом, что отдельное собственное жилье служит своего рода психологическим "убежищем", позволяющим чувствовать свою защищенность. Поэтому первоочередной задачей является обеспечение адекватного и доступного по стоимости жилья.

Однако в настоящее время наиболее острой проблемой является социальная среда, возникающая в результате неадекватного городского планирования и рыночных механизмов, проявляющихся в виде комфортабельных районов для "богатых" и неблагополучных в социальном отношении районов для "бедных". Часто это районы с высокими уровнями распространения преступности, наркомании, безработицы и других проблем. Анализ сочетанных рисков района проживания (высокий уровень преступности, отсутствие чистого воздуха, ухоженной территории, развитой транспортной сети, магазинов и предприятий бытового обслуживания), так называемый "эффект коктейля", свидетельствует о том, что чем больше проблем в районе, тем выше негативный эффект для здоровья (Рис.3). Наиболее отрицательно сказываются на здоровье высокий уровень преступности в районе, грязная и неухоженная территория, отсутствие развитой транспортной сети.

Необходимо, чтобы органы здравоохранения осознали высокую значимость среды обитания для здоровья, а органы, отвечающие за охрану окружающей среды и жилищное строительство, признали, что антропогенная среда является жизненно важным фактором для здоровья человека. Необходимо осознание того, что разделение городов на районы для бедных и для богатых

приводит к разрушению единого городского пространства, нарушению социальных связей и слабой социальной интеграции, распространенности пагубных привычек, что в результате негативно отражается на здоровье.

Улучшение условий работы

Безработица подвергает здоровье людей повышенному риску (не только самих безработных, но и членов их семей), что связано как с ее психологическими последствиями, так и с порождаемыми ею финансовыми проблемами. Более того, негативное воздействие безработицы на здоровье начинается еще до того, как человек потерял работу, но опасается, что это может скоро произойти.

Наличие работы, в целом, более благоприятно для здоровья, чем ее отсутствие. Однако важный вклад в формирование здоровья вносит качество трудовой среды. На рабочем месте люди сталкиваются с рисками, почти такими же многочисленными, как и различные типы работы, включая различные вредные воздействия (химические факторы, электромагнитные излучения, переохлаждения, высокие температуры, высокую влажность, загрязнение, шум, вибрации), психосоциальные факторы. Согласно результатам исследования те работники, которые подвержены на рабочем месте влиянию трех и более вредных факторов, имеют 2-кратный риск плохого здоровья по сравнению с теми, кто работает на безвредных производствах. Аналогично, работники, условия труда которых характеризуются одновременно и умственным напряжением, и психо-эмоциональной нагрузкой, и стрессами, и монотонным трудом, подвергаются 4-кратному риску возникновения психических расстройств по сравнению с работающими в спокойной психо-эмоциональной обстановке (Рис.4).

Повышение стандартов профессионального здоровья и техники безопасности, хотя и разработанные для того, чтобы приносить пользу населению в целом, окажут наиболее эффективное влияние на людей, работающих в наихудших условиях.

Необходимым элементом является адекватное вознаграждение всего персонала, которое включает не только материальную оплату труда, но и действия, направленные на повышение, как статуса всех работников, так и чувства самоуважения.

Содействие социальной сплоченности в обществе

Хорошие взаимоотношения, социальная поддержка и доверие способствуют сохранению и укреплению здоровья. Недостаток социальных связей и доверия в обществе может привести к тому, что люди чувствуют себя изолированными и уязвимыми, что, в свою очередь, влечет за собой рост числа стрессовых состояний, депрессий. Более того, чтобы снять напряжение, люди, подверженные стрессу, злоупотребляют алкоголем, наркотиками, табакокурением. Это повышает риск смерти в результате внешних причин (аварий, актов насилия).

Как показывает обследование москвичей, хорошие отношения с родственниками, в особенности с самыми близкими, возможность навещать родных способствуют сохранению хорошего здоровья, в том числе и психического, особенно у женщин. Наблюдается 3-кратный риск плохого здоровья и проявления симптомов психических расстройств для тех участниц обследования, которые охарактеризовали отношения в семье как напряженные, которые никогда не навещают родственников, и которым не на кого опереться в трудной ситуации (Рис.5). Для мужчин оказалась важной возможность общаться с посторонними людьми. Риск иметь плохое здоровье в 2-3 раза увеличивается для тех, кто никогда не общается с незнакомыми, людьми из другого социального круга, принадлежащими к иной возрастной группе (Рис.5).

На доверии зиждутся все социальные связи, все деловые, семейные и дружеские отношения. Обследование показало, что недоверие основным государственным и общественным институтам, широко распространенное в России, в 2,6 раз (мужчины) и в 1,9 раз (женщины) увеличивает риск возникновения депрессии, нервных расстройств и бессонницы (Рис.6). Недоверие людям в целом негативно сказывается на здоровье мужчин, в 2,7 раз увеличивая риск возникновения симптомов психических расстройств.

Благодаря улучшению психологического климата в школах, на предприятиях, в учреждениях и в обществе в целом люди начинают чувствовать, что их ценят и поддерживают в различных областях их жизни, что благотворно сказывается на их здоровье, особенно психическом. Необходимо создание инфраструктуры и материальных условий, способствующих встречам и социальному общению людей в рамках местных сообществ, что может способствовать улучшению их психического здоровья. Уменьшение экономического неравенства и социального расслоения способны не только сплотить общество, но и улучшить здоровье населения.

Выбор образа жизни

Хотя нездоровый образ жизни со всеми вытекающими из этого негативными последствиями для здоровья имеет место на уровне индивидов, все больше исследований подтверждают, что выбор образа жизни

происходит под влиянием факторов, независящих непосредственно от человека (так называемая, социально-детерминистская позиция). Например, плохое питание может являться результатом, как недостаточных материальных ресурсов, так и неадекватной работы торговой сети (недостаточное снабжение магазинов свежими продуктами). Недостаток физической активности может быть вызван, например, нехваткой времени, отсутствием или высокой стоимостью учреждений спортивного досуга. Другой пример - курение или злоупотребление алкоголем. Является ли решение человека курить и потреблять алкоголь в больших дозах результатом индивидуального предпочтения или следствием среды проживания (например, распространенная модель поведения в обществе, доступность, низкая цена, реклама и т.п.)?

Исследование позволило определить главные факторы, оказывающие влияние на решение москвичей употреблять алкоголь в больших количествах[2]. Главные из них:

1. Бедность. Те респонденты, которые сообщили о двух и более экономических проблемах, имеют более чем 2-кратный риск злоупотребления алкоголем. "Удовольствие", которое люди получают вследствие потребления алкоголя, часто служит в качестве отвлечения и передышки от трудных жизненных ситуаций.

2. Социальная неуверенность. Эпоха преобразований в России привела к тому, что людям пришлось приспосабливаться к новым условиям жизни. Некоторые сделали это лучше, некоторые - хуже. Люди осознали, в состоянии они или нет справиться с непредвиденными и ранее неведомыми проблемами, а, осознав это, обрели или утратили уверенность в своей способности управлять своей жизнью. Те респонденты, которые не в полной мере ощущают контроль над своей жизнью, в 2 раза чаще злоупотребляют алкоголем по сравнению с теми, кто уверен, что может контролировать то, как он живет. Если люди полагают, что они не могут осуществить контроль над различными аспектами своей жизни, то они, вряд ли, будут пытаться заботиться о своем здоровье, здоровье их семьи или сообщества, в котором они живут, ограничивая потребление алкоголя, отказываясь от курения и занимаясь физическими упражнениями.

3. Одиночество, плохие взаимоотношения в семье. Полученные результаты позволяют убедиться в значимости семейных отношений, оказывающих влияние на здоровье и выбор образа жизни. Плохие взаимоотношения в семье "подталкивают" к злоупотреблению алкогольными напитками (6-кратный риск). Хорошие отношения в семье позволяют людям чувствовать, что о них заботятся, любят и ценят. Это уменьшает стресс, увеличивает контроль над своей жизнью и уменьшает социальную изоляцию - факторы, которые оказывают мощные защитные эффекты на здоровье. 4-кратный риск высокого потребления алкоголя наблюдается для одиноких. Однако в данном случае трудно различить причины и следствие. Злоупотребление алкоголем может быть вызвано плохим психологическим климатом в семье, одиночеством, но верно и обратное: повышенное потребление алкогольных напитков осложняет взаимоотношения в семьях, способствует их разрушению.

Государственная политика в этой области должна быть направлена на то, чтобы дать равные возможности людям выбирать здоровый образ жизни. Например: учреждения досуга и спортивные сооружения должны быть доступны и по месту расположения, и по цене; сети продовольственных магазинов должны гарантировать поставки дешевой и питательной пищи; реклама и продвижение продуктов, пагубно влияющих на здоровье, должны быть ограничены; и т.д.

При рассмотрении поведенческих факторов, способствующих укреплению здоровья или же, наоборот, приносящих ущерб здоровью, необходимо официальное признание того, что некоторые группы населения могут находиться под большим давлением, чтобы принимать негативно сказывающееся на здоровье поведение. Более бедные в социально-экономическом отношении группы и контингенты населения, как правило, хуже питаются, менее физически активны, чаще и больше курят, злоупотребляют алкоголем, наркотиками. Очень важно понять, почему это происходит именно так, а не иначе. Исследования качественных параметров условий и обстоятельств жизни людей, находящихся в более неблагоприятном положении, свидетельствуют о больших ограничениях возможностей выбора ими более здорового образа жизни, что обусловлено практическими ограничениями и денег, и времени, а также воздействием психосоциальных механизмов.

Проведение политики борьбы с табакопотреблением и злоупотреблениями алкоголем невозможно отдельно от политики и мероприятий, направленных на улучшение финансового и социального положения лиц с низкими уровнями доходов.

[2] 313 г или больше чистого алкоголя в неделю, что эквивалентно 1 литру крепких спиртных напитков, 3 литрам вина или 8 литрам пива

Приложение

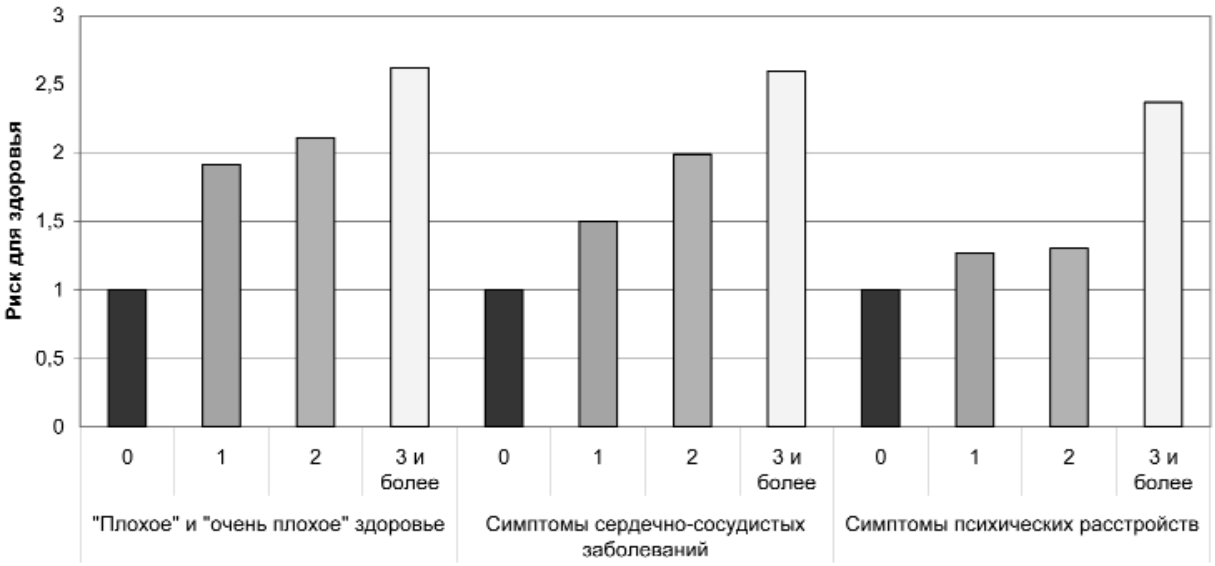


Рис.1.
Риск для здоровья в зависимости от количества материальных лишений, Москва, 2004 г.
(для лиц, у которых количество материальных лишений = 0, этот риск приравнен к 1).
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения[3]

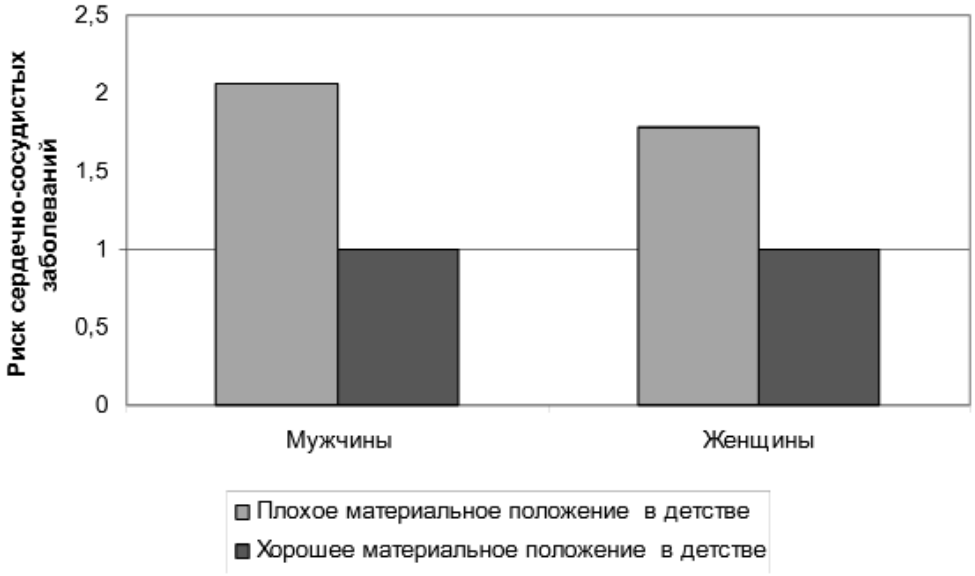


Рис. 2.
Риск возникновения симптомов сердечно-сосудистых заболеваний в результате плохого материального положения в детстве, Таганрог, 1998 г.
(для лиц с хорошим материальным положением в детстве этот риск приравнен к 1).
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения

[3] Здесь и далее: рассчитано методом логистической регрессии.

Материальное положение в детстве / Кол-во материальных проблем в настоящем	Мужчины		Женщины	
	Хорошее	**Плохое**	**Хорошее**	**Плохое**
0–1 материальных проблем	1	2,72 (1,36–5,42)	1	2,90 (1,47–5,73)
2–4 материальных проблем	1,29 (0,75–2,24)	2,36 (1,35–4,13)	1,94 (1,19–3,16)	2,60 (1,56–4,33)
≥5 материальных проблем	2,61 (1,30–5,26)	5,53 (2,73–11,23)	2,78 (1,52–5,07)	7,76 (3,81–15,82)
Значимость	P < 0,001		P < 0,001	

Таблица 1.
Риск возникновения симптомов сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от материального положения в детстве и количества материальных проблем в настоящем, Таганрог 1998 г.
(с 95% доверительными интервалами)
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения
Для лиц, с хорошим материальным положением в детстве и 0-1 материальной проблемой в настоящем этот риск приравнен к 1.

	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое» здоровье)		Симптомы психических расстройств	
	Мужчины	**Женщины**	**Мужчины**	**Женщины**
Тип жилья				
Собственная отдельная квартира	1	1	1	1
Арендованная квартира	0,86 (0,11-6,86)	0,60 (0,07-4,86)	4,90 (1,58-15,2)	0,68 (0,29-1,63)
Арендованная комната, коммунальная квартира, общежитие	2,03 (0,71-5,79)	2,80 (1,12-7,01)	1,14 (0,52-2,51)	1,14 (0,53-2,44)
Значимость	ns	ns	P<0,05	ns

Таблица 2.
Риск для здоровья в зависимости от типа жилья, Москва, 2004 г.
(с 95% доверительными интервалами)
ns - незначимо (not significant)
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения
Для лиц, проживающих в собственной отдельной квартире, этот риск приравнен к 1.

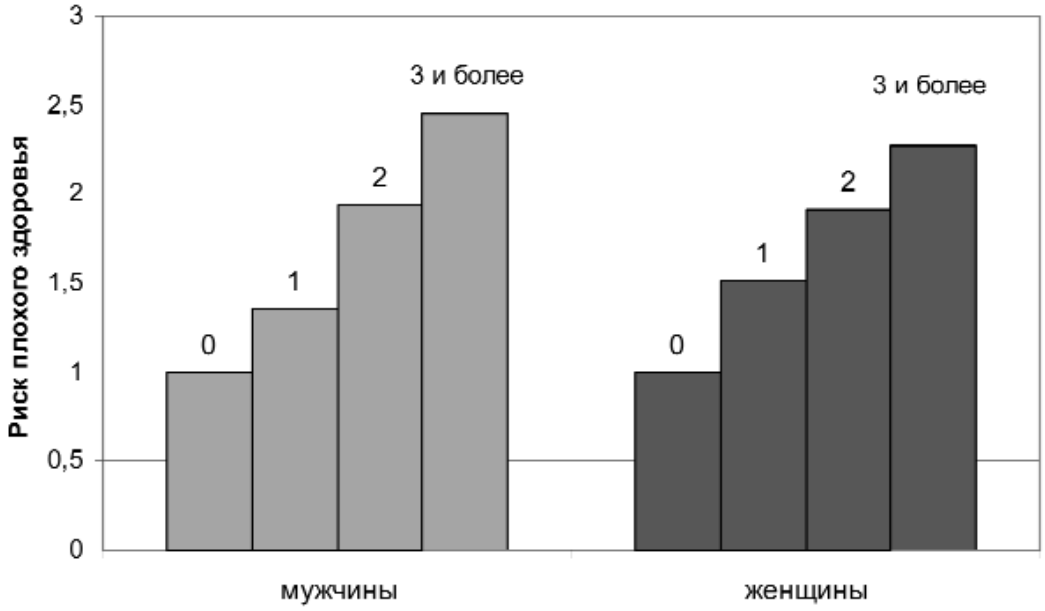


Рис. 3.
Риск плохого здоровья в зависимости от количества проблем в районе проживания, Москва, 2004 г.
(для лиц, у которых количество проблем в районе проживания = 0, этот риск приравнен к 1).
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения

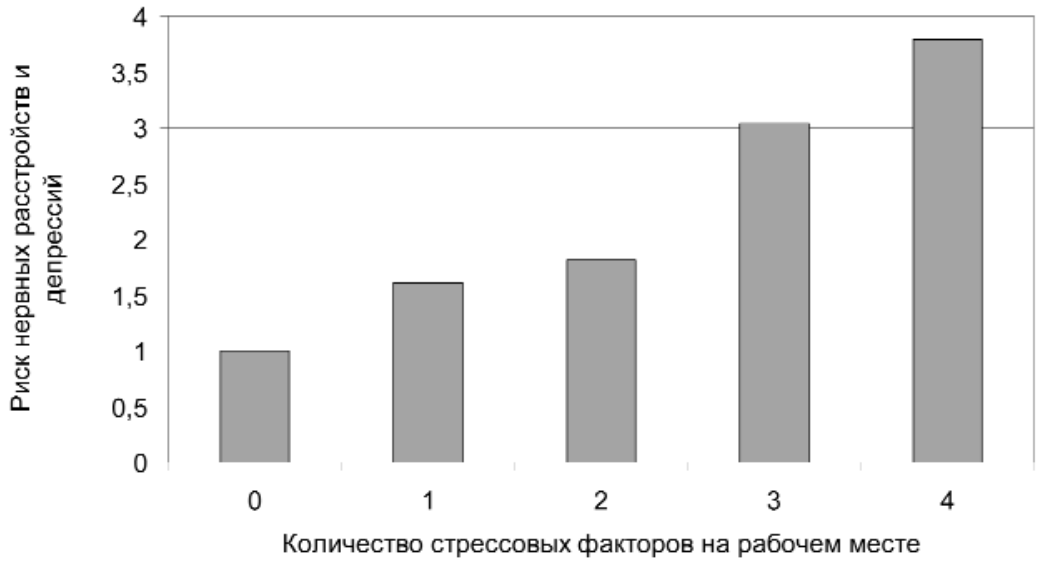


Рис. 4.
Риск возникновения нервных расстройств и депрессий в зависимости от количества стрессовых факторов на рабочем месте, Москва, 2004.
(для лиц, у которых количество стрессовых факторов на рабочем месте = 0, этот риск приравнен к 1).
Данные, скорректированные с учетом пола и возраста

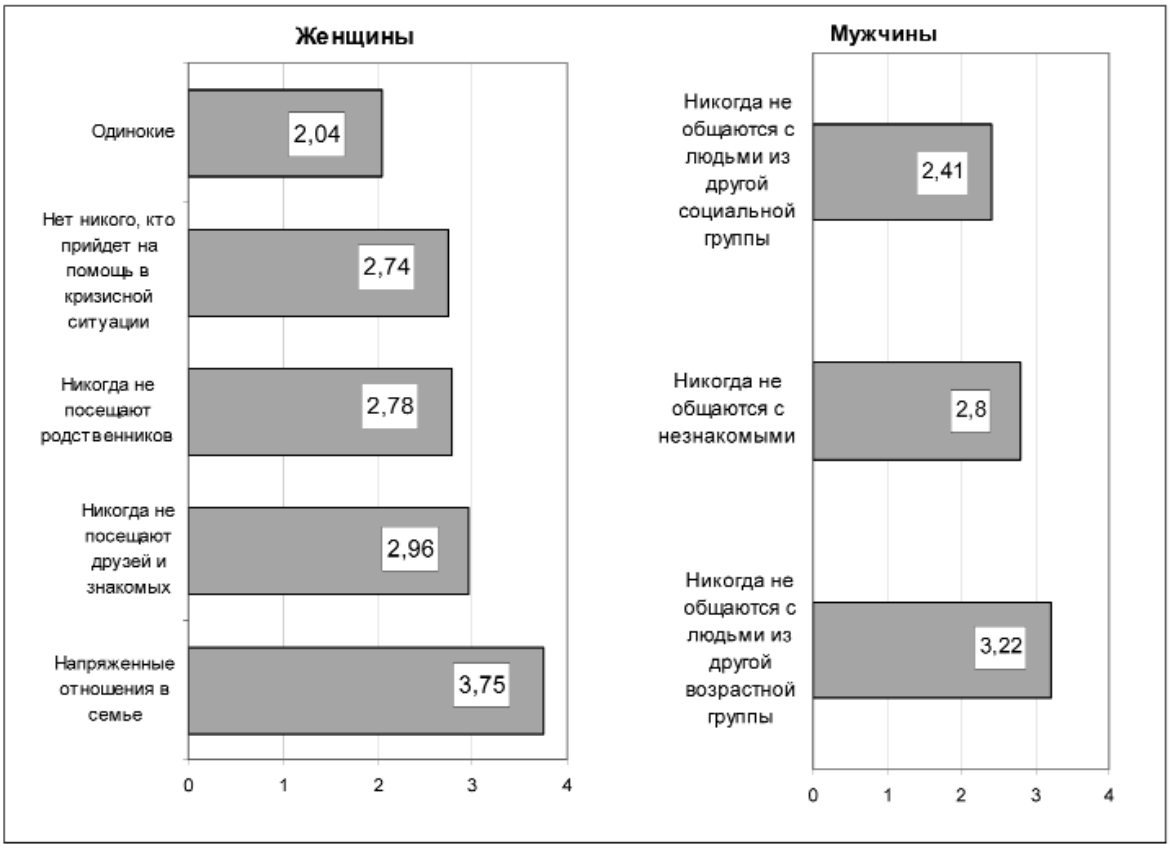


Рис.5.
Риск плохого здоровья и социальные сети, Москва, 2004
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения.

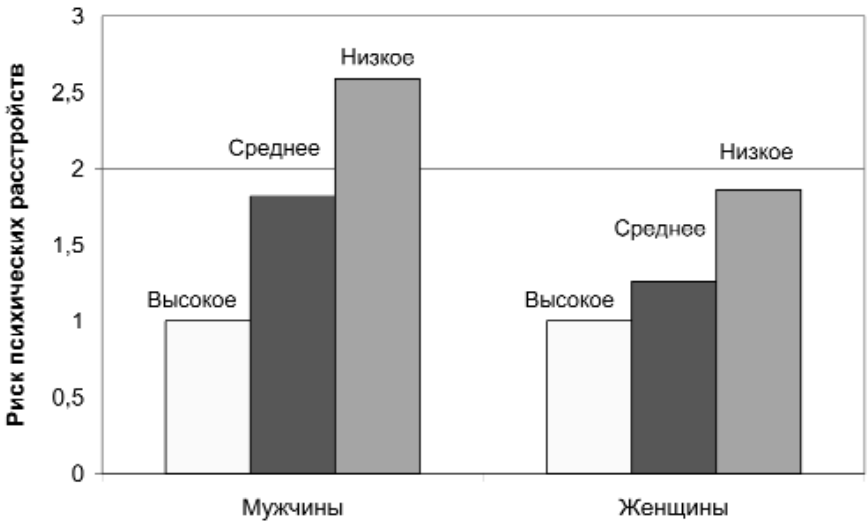


Рис. 6.
Риск возникновения симптомов психических расстройств в зависимости от уровня доверия органам власти, Москва, 2004
(для лиц с высоким уровнем доверия этот риск приравнен к 1)
Данные, скорректированные с учетом пола и возраста

Крайнов Г.И.,
психотерапевт, мануальный терапевт,
объединение мануальных терапевтов РФ

МЕТОД ЦЕЛОСТНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ БИОМЕХАНИКИ В КОМПЛЕКСЕ МЕТОДОВ

Почему не рожают те женщины, которые хотят иметь детей?

1) Снижение семейных ценностей, приоритеты крепкой большой семьи.

2) Трудности поиска надежного супруга, партнера.

3) Материальные проблемы.

4) Страх перед родами: а) у не рожавших - страх неизвестности, б) у рожавших, в случае осложненных родов, в) неудовлетворительное состояние родовспоможения в стране, боязнь некачественной помощи в роддоме.

5) Трудности воспитания детей - не только материальные, но и психологические, организационные. Боязнь потерять работу.

6) Состояние здоровья. Не только затруднение беременности и вынашиваемости, но и общее состояние здоровья, качество последнего влияет и на большинство вышеперечисленных причин.

Под демографическим кризисом мы понимаем не только существенное уменьшение численности населения, но и изменение его качественного состава - снижение процентного соотношения работоспособных граждан к гражданам, которые по состоянию здоровья или возраста не могут полноценно работать, и нуждаются в социально-материальной поддержке общества.

Как отмечено на IV Всероссийском конгрессе "Профессия и здоровье" (октябрь 2005 г.), если здоровье россиян будет продолжать ухудшаться, то скоро обеспечить производственные потребности работоспособными гражданами будет невозможно.

Если даже с помощью социально-административной поддержки, психологических, медицинских и других мер удастся выровнять соотношение рождаемость - смертность (остановить демографический кризис), это не скоро приведет к росту производственного потенциала (в лучшем случае через 20-25 лет после достижения такого паритета).

Поэтому наиболее перспективными будут те медико-социальные программы, которые одновременно могут способствовать росту рождаемости, улучшению здоровью новорожденных, детей и повышению уровня здоровья и работоспособности взрослого населения и продления среднего возраста работоспособности.

Именно такой метод и предлагается к внедрению не только в работе акушерско-гинекологической службы, но и в здравоохранение Российской Федерации. Метод создан на основе передовых лечебных методов в области восстановительной медицины, включая лечебную физкультуру, мануальную терапию, акупунктуру, психотерапию и альтернативных методик: остеопатии, прикладной кинезиологии, хиропрактики и собственного опыта автора - врача с разнообразными специализациями (психиатрия, психотерапия, акупунктура, мануальная терапия, прикладная кинезиология, ЛФК), с опытом работы с космонавтами, спортсменами, участниками производства, детьми и просто населением, включая беременных женщин с проблемами вынашивания и семейные пары с проблемами зачатия.

Метод назван нами "Целостная лечебная биомеханика" (ЦЛБ), так как он учитывает не только биомеханику тела, но и биомеханику внутренних органов.

Основные составляющие метода:

1. Психорегуляция, включая антистрессовую терапию, профилактику и выработку повышения устойчивости к повседневным стрессогенным факторам и периодическим стрессам.

Используются методы: А) выработки нейтральной оптимальной реакции на стрессы за счет специального дыхания и регуляции тонуса мышц (дыхательно-мышечная волна), Б) Специальные движения, способствующие выработки автоматической нейтрализации стрессогенных воздействий.

2. Специальная коррекция для органов и костно-мышечной системы.

В ЦЛБ воздействие на мышцы, органы и суставы производится за счет ритмичных движений тела и регулируемого дыхания, а руки врача (пациента) служат лишь опорой для этого воздействия, что обеспечивает его физиологичность и безопасность. Реализуется одновременное воздействие на психоэмоциональную сферу, внутренние органы и опорно-двигательный аппарат, за счет чего резко возрастает интенсивность нормализующего воздействия. Воздействие на опорно-двигательный аппарат затем усиливается и закрепляется специальными упражнениями, которые по своей простоте и безопасности соответствует ЛФК, а по эффективности соответствует мануальным и остеопатическим процедурам. При этом для внутренних органов реализуется не только массаж, но и восстановление оптимального положения (устраняется опущение до 6-7 см.) и движения органов. Правильность движений органов не менее актуальна, чем их химическая функция.

В свою очередь, функции органов весьма зависят от их взаиморасположения в организме, состояния их связочного аппарата и правильности движений органов. Рассмотрим это на примере движения печени, обусловленного дыхательными движениями диафрагмы и грудной клетки.

Состояние связочного аппарата органов нарушается при травмах, воспалениях, интоксикациях, затяжных стрессах. И уже при укорочении одной связки печени её движение существенно искажается! Поэтому полностью правильное движение печени встречается крайне редко.

Искажённые движения печени приводят к следующим нарушениям: ухудшается отток желчи, крово-и лимфообращение в области печени; может возникать направленное вниз давление на правую почку и правые петли кишечника (со временем это может привести к их опусканию), могут способствовать угрозе выкидыша, преждевременных родов и развитию токсикозов и нефропатии беременных.

Нарушается метаболизм печени, снижается ответная иммунная реакция, и может развиваться нервная депрессия. Защищаясь от опускания почки, организм может тормозить диафрагмальное дыхание; изменять обмен веществ - способствовать накоплению излишних жировых отложений. Снижается тонус подключичной порции большой грудной мышцы, что может привести к проблемам позвоночника и дальнейшим нарушениям дыхания. Подобную цепочку нарушений можно проследить при искажении связочного аппарата и положения желудка, почек и т.п.

В дальнейшем все эти нарушения приводят к застоям в малом тазу, что болезненно сказывается на репродуктивных функциях мужчин и женщин, на вынашивание ребенка, а так же затрудняет роды, и приводит к родовым травмам и болезням новорожденных.

А получив такой негативный опыт материнства, женщина вряд ли решится на рождение следующих детей.

Одной из наиболее распространенных причин осложненных родов является ограничение движения суставов таза, блоки крестцово-подвздошного сочленения. Они имеются у 95% женщин, и даже физиологическое улучшение подвижности таза у беременных не полностью восстанавливает движение в этих суставах. По нашему методу подвижность крестцово-подвздошного сочленения восстанавливается в 98 % случаях, а достигнутый эффект сохраняется в течение 5-6 лет.

При этом при беременности 100% подвижность таза наблюдалась у всех женщин, прошедших наши курсы.

Эффект предлагаемого метода мы можем продемонстрировать на круглом столе в течение 3-5 минут!

Полное восстановление биомеханики по нашему методу составит:

Индивидуально: 3,5-5 часов для взрослых и 1,5-2 часа для детей до 14 лет в группе 8-10 человек - 15 часов на группу + 0,5-1 часа для каждого участника.

Эту работу можно упростить и облегчить, используя разработанные нами специальные приспособления: кресло-тренажер и пояса-корсеты.

Кресло-тренажер облегчает движения тела и удержание рук в заданном месте.

Пояса корсеты не только способствуют удержанию рук, но и сами корректируют дыхание, движения органов, а также способствуют поднятию опущенных органов и укреплению, костно-мышечной системы.

Основные преимущества метода ЦЛБ и поясов-корсетов - это безопасность, высокая эффективность, доступность, быстрота обучения специалистов (в зависимости от исходного уровня

подготовки от 15 до 72 ч. - по методу ЦЛБ, и всего 15- 20 ч. - по поясам-корсетам), активное участие пациентов, возможность групповой терапии, взаимное усиление эффективности при сочетании ЦЛБ с классическими и "мягкими" техниками мануальной терапии, с рефлексотерапией, психотерапией, ЛФК, фармакотерапией, а также со стандартными методами остеопатии и прикладной кинезиологии.

Скорость лечебного эффекта поясов- корсетов (обычно от 30 минут на процедуру), многократно возрастает при использовании специальной физиоапаратуры (время одной процедуры снижается до 7 минут).

Опыт лечебного использования метода ЦЛБ (около 2000 взрослых пациентов и 150 детей) показывает, что наиболее быстрый и устойчивый эффект достигается при терапии следующих заболеваний:

хронические заболевания органов пищеварения, дыхания,

отклонение функций почек и энурез,

неврозы, тревога, быстрая утомляемость, синдром хронической усталости,

заболевания позвоночника и суставов, коррекция осанки и фигуры,

головные боли, головокружение, вегето-сосудистая дистония,

нехирургическая коррекция патологических смещений, опущений внутренних органов (желудка, почек, мочевого пузыря, матки и др.),

гинекологические заболевания: аднекситы, дисменореи, загибы матки, перекруты и спайки маточных труб и связанное с перечисленными нарушениями бесплодие,

в акушерстве: сопровождение беременности, предупреждение угрозы выкидыша, профилактика и терапия токсикозов и нефропатии у беременных и других осложнений беременности, подготовка к физиологическим родам; предупреждение послеродовых осложнений, в том числе и опускание органов и избыточного веса, методика способствует коррекции избыточного веса.

Предложения в резолюцию “круглого стола” форума.

1. Организовать пропаганду семейных ценностей, например, встречу со счастливыми и большими семьями и другими наглядными методами агитации.

2. Организовать постоянно действующую службу знакомств на основе общих интересов (спорт, искусство и т. п.). Окончательная цель этих служб - помощь в создании семьи.

3. Провести на базе лечебных учреждений ЮВАО (женских консультаций, диагностических центров и т. п.) апробацию предлагаемых методик повышения здоровья семейных пар, детей, молодежи.

4. Методы показавшие наиболее быстрые и устойчивые результаты рекомендовать для профилактики и терапии проблем бесплодия и невынашиваемости беременности.

5. По данным методам проводить занятия и лечебно-оздоровительные курсы в школах, женских консультациях, поликлиниках, в производственных учреждениях и т.д.

6. Организовать службы помощи молодой семье и особенно одиноким женщинам в воспитании детей младшего возраста по типу межсемейных яслей, детских садов, кружков (как это было организовано в передовых МЖК - например в 90-е г. в г. Королеве и т.п.) Ввести в структуру этих служб специалистов по оздоровлению детей и взрослых.

7. Организовать на территории ЮВАО г. Москвы экспериментальную площадку (район, микрорайон) по внедрению вышеперечисленных мер по повышению привлекательности рождения ребенка и устранения страха перед родами. Сравнить показатели рождаемости в данном районе с прежними в нем же и с аналогичными демографическими изменениями в других районах.

ПОЧЕМУ ЛЮДИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО СТАРЕЮТ

Есть целый ряд причин, преждевременного старения, прогрессирования хронических заболеваний, ранней смертности.

Экологические проблемы, неправильное питание, стрессы, материальные проблемы жизнеобеспечения, отсутствие эффективной профилактики и терапии хронических заболеваний - всё это (в разных случаях приоритеты могут меняться) ведёт к преждевременному старению, снижению работоспособности и сокращению срока жизни.

Есть, однако, мощный резерв укрепления здоровья и продления не просто продолжительности жизни, а "активного долголетия". Это новые комплексные технологии оздоровления, терапия хронических заболеваний и даже - реального омоложения!

Как и человеку в целом, любому органу, любой мышце, суставу, клетке для качественной работы необходимо соответствующее питание (трофическое обеспечение). Последнее зависит не только от того, насколько полноценно питается этот человек, "хозяин тела", а в ещё больший степени - как всё это в организме перерабатывается и насколько эффективно доставляется к органу, мышце, клетке. В современной медицинской науке почти не учитывается важнейший резерв этого процесса и здоровья в целом - состояния связочного аппарата органов, их взаиморасположение. К сожалению врачей даже не знакомят со многими важнейшими для здоровья движениями органов.

Эти движения идут непрерывно, пока человек жив. Во многом они определяются характером дыхания человека. В свою очередь движение органов влияет на дыхание, тонус большинства мышц, трофическое обеспечение органов, их функцию и здоровье человека в целом.

Дыхание и всё, что с ним связано (в том числе и всё вышеизложенное) нарушается при стрессах, травмах, воспалениях, отравлениях, пребывании в экологически неблагоприятных условиях и т.п. Оно становится поверхностным, а связки органов при этом отекают и почти не тренируются. Все движения органов искажаются и даже после устранения патогенного фактора - не восстанавливаются в полной мере. (При обследовании более 2000 чел., включая 125 детей, нами установлено, что только 0,2%, т.е. 1 чел. из 500 имеет близкое к оптимальному состояние связочного аппарата и движение основных органов - лёгких, печени, желудка, почек. А более чем у половины неправильное движение преобладает над правильным.). Восстановление оптимального состояния связок и движения органов - это огромный резерв здоровья и активного долголетия!

Методы восстановления движения органов имеются. К ним относятся:

- остеопатические техники: ручное отслеживание движения органов и их тонкая, ручная же коррекция;

- методы прикладной кинезиологии: мышечное тестирование - определение через состояние мышц - состояния связок и функции органов; а затем - их коррекция под контролем повторных тестов (утверждено МЗ и СР РФ).

Эти методы пока известны и доступны в весьма узких элитарных кругах. Они достаточно трудоёмки и потому дорогостоящи.

Нами разработан более простой, эффективный метод устранения этих нарушений, названный нами методом психотелесного резонанса (ПТР) или целостной лечебной биомеханики (ЦЛБ) - патент №2269996, "способ коррекции функционального состояния организма". Главное отличие - коррекция связочного аппарата, движение органов осуществляется не руками через тело, а телом через руки.

Кисти рук устанавливаются в проекции корректируемых органов, связок; локти опираются на подлокотники (возможно использование специальных тренажеров - патент №34365), а коррекция осуществляется ритмичными движениями тела и регулируется дыханием. Вместо рук могут быть использованы специальные коррекционно-тренировочные пояса-корсеты (КТПК) - патент №45921.

При этом блокируется движение органа в неправильном направлении, а за счет движения тела и дыхания совершается естественное постепенное восстановление (проторение) правильного движения органов, суставов. Коррекция проводится через работающие мышцы пациента, что обеспечивает ее физиологичность и безопасность.

Активные, широкоамплитудные движения пациента создают мощный поток нейтральных афферентных (восходящих) импульсов в ЦНС пациента. Этот поток минимизирует побочные спастические реакции пациента на коррекцию - растяжение связок, мышц при восстановлении движений органов и суставов.

А для полного устранения спастических реакций мы ставим магнитные клипсы на ушные раковины в зоны проекции корректируемых органов.

Ритмические движения тела и специально подобранная музыка, оказывают нормализующее действие на психоэмоциональную сферу. Пациенты при этом обучаются саморегуляции по методам "Ключ" Х.М.Алиева и "дыхательно-мышечная волна" Г. И. Крайнова.

Одновременное воздействие на психоэмоциональную сферу, внутренние органы и опорно-двигательный аппарат, повышает интенсивность нормализующего воздействия.

Дальнейшая коррекция опорно-двигательного аппарата осуществляется комплексом индивидуальных и парных упражнений (преимущественно содержащих приемы постизометрической и постреципроктной релаксации), сопровождаемых "дыхательно-мышечными волнами" - напряжением и расслаблением мышц, проводимых синхронно с вдохом - выдохом, с последующим проторением движений с целью полного восстановления. Эти упражнения, будучи по своей форме безопасной гимнастикой по оздоровительному эффекту соответствует современным щадящим техникам мануальной терапии.

Мануальный терапевт и остеопат могут затем добавить минимальные "нивелирующие" манипуляции, а специалисты ЛФК - продолжить закрепляющие коррекционный эффект упражнения.

За счет вышеизложенного значительно улучшается состояние здоровье пациентов в короткие сроки. По данному способу прошли терапию и реабилитацию более 2000 пациентов.

При этом наиболее быстрый и устойчивый эффект наблюдался у пациентов со следующими заболеваниями:

- заболевания позвоночника и суставов, коррекция функциональных нарушений осанки, фигуры;
- головные боли, головокружения, шейная мигрень;
- нехирургическая коррекция умеренных патологических смещений, опущений внутренних органов (желудка, кишечника, почек, матки и мочевого пузыря и др.).

Наблюдалось также естественное устранение избыточного веса.

Метод ЦЛБ эффективен у детей и доступен в индивидуальной коррекции с 1-3 летнего возраста, в групповой с 6-7 лет.

Использование специального тренажера облегчает работу по ЦЛБ, как индивидуальную, так и групповую, и усиливает лечебный эффект.

Особо быстрый результат получен нами при использовании специальных коррекционных поясов- корсетов (КТПК).

При этом реализуется одновременная коррекция больших групп мышц (грудная клетка, брюшной пресс) и восстанавливается движение и функции большинства основных органов (желудка, печени, кишечника, почек, мочевого пузыря, матки и др.).

Осуществляется многогранная саморегуляция.

КТПК достаточно быстро (за 30-40 мин в обычных условиях и за 7-10 мин при сочетании с аппаратом "Гравитон") меняют неправильные, "распирающие" движения наружу печени и желудка на оптимальное, "собирающее" движение внутрь. Это сразу же убирает отрицательное влияние со стороны печени и желудка на тонус большой грудной мышцы (устраняется ее атония) и на тонус малой грудной, диафрагмальной и межреберных мышц. Устраняется их спазм. В результате восстанавливается тонус мышц живота и улучшается объем диафрагмального дыхания. Объективно это проявляется уменьшением объема живота - окружности в талии и в других областях живота (от 1 до 17см, средний показатель у 50 пациентов 3,15см) и увеличением разницы окружности живота при максимальном вдохе (от 10 до 220%; наиболее часто 50-110%, в среднем на 80%). Для закрепления этого результата в большинстве случаев достаточно 3-х кратной экспозиции поясов.

При этом степень корригирующих усилий регулируется самим организмом, а именно глубиной дыхания в поясах, что обеспечивает высокую степень безопасности воздействий.

Количество коррекционных воздействий соответствует количеству вдохов, то есть примерно

16 в минуту. За 30 мин 480 коррекционных воздействий!

Так как одновременно нормализующие воздействие осуществляется на целый ряд органов (желудок, печень, почки, 12 - перстная кишка, желчный пузырь, поджелудочная железа, кишечник, мочевой пузырь, матка) и мышц: большая, малая грудная и межреберные мышцы, повздошнопоясничная и мышцы живота.

Все изложенное и обеспечивает высокую эффективность воздействия КПК (последнее приближается к эффективности работы целой группы специалистов остеопатов и массажистов).

Первичное обучение специалистов работе по данному методу ЦЛБ от 15 до 30 часов (в зависимости от первоначальной подготовки). При частичном применении метода или при отдельном использовании КПК обучение занимает от 3-х до 5 часов.

Области применения ЦЛБ и поясов-корсетов

1) В комплексе методов терапии и профилактике хронических заболеваний при этом метод ЦЛБ и КТПК сочетаются с самыми различными лечебно-восстановительными технологиями: мануальной терапией, ЛФК, физио- и бальнеотерапией, курортной терапией, остеопатией и хиропрактикой, прикладной кинезиологией. Уменьшаются побочные эффекты фармакотерапии.

Особенно эффективно сочетание КТПК с физиоаппаратом "Гравитон". В этом случае не только укрепляется лечебный эффект, но и расширяются терапевтические возможности комплекса (успешно устраняются даже трофические нарушения сосудистого происхождения, наиболее часто встречающиеся у пожилых лиц).

2) В профилактической и оздоровительной работе с большими группами населения: различного возраста - с 3х лет до глубокой старости;

- различного социального положения - от социально малообеспеченных до олигархов;
- в различных профессиях - от рабочего и фермера до министра и космонавта.

3) Для психофизиологического обеспечения деятельности в экстремальных профессиях, включая авиацию и космонавтику. Особенно актуально в профессиях с большим территориальным разбросом рабочих мест в геолого-разведке, в нефте- и газодобывающей промышленности, а так же в угольной индустрии, металлургии, в дальних поездках, перевозках и т.п.

4) В спорте высших достижений, оздоровительном спорте (хорошо сочетаются с различными оздоровительными программами: аэробикой, фитнесом, веллнесом, спа-технологиями, оздоровительным туризмом).

Использование КПК является рекордным по соотношению: затраты - результат.

Так, 1 комплект поясов стоимостью 3 -5 тыс. руб. можно использовать для терапии большого количества пациентов - до 15 человек в день.

Таким образом внедрение метода ЦЛБ с использованием КТПК воздействует сразу же на несколько демографических факторов способствует восстановлению репродуктивных возможностей у мужчин и женщин, восстановлению их здоровья и повышения уровня их работоспособности, профилактики преждевременного старения и "активному долголетию".

Использование ЦЛБ или КПК приведет не просто к увеличению продолжительности жизни, а к "активному долголетию" - продлению срока качественной работоспособности ценных специалистов. Это будет способствовать преувеличению богатства и улучшения демографической ситуации в любом регионе, в любой стране, внедрившей эти методы в региональном или в государственном масштабе. (Организационные варианты внедрения этих методик является темой для отдельного круглого стола).

Автор готов к сотрудничеству с любыми административными образованиями заинтересованными в улучшении здоровья своего населения и улучшении демографической ситуации.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И АДМИНИСТРАТИВНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОКРАЩЕНИЕ СМЕРТНОСТИ И УКРЕПЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Сохранение здоровья населения на современном этапе политического и экономического развития России является определяющим в отношении эффективности использования резервов взаимодействия власти, бизнеса (работодателей) и общества. При дальнейшем снижение уровня здоровья населения России, "омоложении" инвалидизации, уменьшения средней продолжительности жизни, возникает угроза для безопасности страны в целом.

Для достижения поставленных задач в равной степени важны: оптимальная организация работ, финансирование, включение "административного ресурса" и использование доступных и эффективных технологий оздоровления.

Есть целый ряд причин, преждевременного старения, прогрессирования хронических заболеваний, ранней смертности.

Экологические проблемы, неправильное питание, стрессы, материальные проблемы жизнеобеспечения, отсутствие эффективной профилактики и терапии хронических заболеваний - всё это (в разных случаях приоритеты могут меняться) ведёт к преждевременному старению, снижению работоспособности и сокращению срока жизни и уменьшению рождаемости.

Наша стана и большинство наших граждан в данный исторический момент не могут потратить на здоровье столько средств, сколько расходуют более успешные в экономическом отношении государства и граждане. Поэтому, как указывал В.В.Путин в отношении оборонных задач нашей страны, так и для быстрого и кардинального улучшения демографической ситуации, наш ответ должен быть ассиметричным - т.е. позволяющим достичь поставленных целей при гораздо меньших, доступных для государства и населения финансовых затратах.

И такая возможность есть! Для этого надо широко использовать передовой опыт организации оздоровительной работы и новые, доступные и эффективные комплексные технологии оздоровления, терапия хронических заболеваний и даже - реального омоложения!

При прочих равных условиях, для восстановления резервов здоровья и улучшения демографической ситуации, наибольший эффект можно получить при комплексном подходе, учитывающем 3 главных составляющих здоровья и долголетия: психоэмоциональную, химическую и структурную.

В психоэмоциональной сфере человека главным является правильное отношение к жизни и умение адаптироваться к внешним стрессогенным факторам. К понятию "химии" относится все то, что мы употребляем внутрь с пищей и вдыхаемым воздухом (качество питания и экология) и как все это перерабатывается и доставляется к каждой клетке организма (т.е. дыхание не только внешнее, но и внутреннее, пищеварение, кровообращение и т.д.)

И наконец к разделу "структура" относится не только состояние опорно-двигательного аппарата (кости, связки, суставы, мышцы), но и состояние внутренних органов, их связочного аппарата, а также их взаиморасположение и движения.

Все эти качества организма тесно взаимосвязаны друг с другом, поэтому наибольшим эффектом будет обладать та методика, которая позволяет получить единовременное максимальное нормализующее воздействие на большинство из вышеперечисленных факторов здоровья человека (над созданием именно такой технологии автор работает в течение более 40 лет и теперь она есть и доступна!).

Как и человеку в целом, любому органу, любой мышце, суставу, клетке для качественной работы необходимо соответствующее питание (трофическое обеспечение). Последнее зависит не только от того, насколько полноценно питается этот человек, "хозяин тела", а в ещё больший степени - как всё это в организме перерабатывается и насколько эффективно доставляется к органу, мышце, клетке. В современной медицинской науке почти не учитывается важнейший резерв этого процесса и здоровья в целом - состояния связочного аппарата органов, их взаиморасположение. К сожалению врачей даже не знакомят со многими важнейшими для здоровья движениями органов.

Эти движения идут непрерывно, пока человек жив. Во многом они определяются характером дыхания человека. В свою очередь движение органов влияет на дыхание, тонус большинства мышц, трофическое обеспечение органов, их функцию и здоровье человека в целом.

Дыхание и всё, что с ним связано (в том числе и всё вышеизложенное) нарушается при стрессах,

травмах, воспалениях, отравлениях, пребывании в экологически неблагоприятных условиях и т.п. Оно становится поверхностным, а связки органов при этом отекают и почти не тренируются. Все движения органов искажаются и даже после устранения патогенного фактора - не восстанавливаются в полной мере. (При обследовании более 2000 чел., включая 125 детей, нами установлено, что только 0,2%, т.е. 1 чел. из 500 имеет близкое к оптимальному состояние связочного аппарата и движение основных органов - лёгких, печени, желудка, почек. А более чем у половины неправильное движение преобладает над правильным.). Восстановление оптимального состояния связок и движения органов - это огромный резерв здоровья и активного долголетия!

Методы восстановления движения органов имеются. К ним относятся:

- остеопатические техники: ручное отслеживание движения органов и их тонкая, ручная же коррекция;

- методы прикладной кинезиологии: мышечное тестирование - определение через состояние мышц - состояния связок и функции органов; а затем - их коррекция под контролем повторных тестов (утверждено МЗ и СР РФ).

Эти методы пока известны и доступны в весьма узких элитарных кругах. Они достаточно трудоёмки и потому дорогостоящи.

Нами разработан более простой, эффективный метод устранения этих нарушений, названный нами методом психотелесного резонанса (ПТР) или целостной лечебной биомеханики (ЦЛБ) - патент №2269996, "способ коррекции функционального состояния организма". Главное отличие - коррекция связочного аппарата, движение органов осуществляется не руками через тело, а телом через руки.

Кисти рук устанавливаются в проекции корректируемых органов, связок; локти опираются на подлокотники (возможно использование специальных тренажеров - патент №34365), а коррекция осуществляется ритмичными движениями тела и регулируется дыханием. Вместо рук могут быть использованы специальные тренирующие пояса-корсеты (ТПК) - патент №45921.

При этом блокируется движение органа в неправильном направлении, а за счет движения тела и дыхания совершается естественное постепенное восстановление (проторение) правильного движения органов, суставов. Коррекция проводится через работающие мышцы пациента, что обеспечивает ее физиологичность и безопасность.

Активные, широкоамплитудные движения пациента создают мощный поток нейтральных афферентных (восходящих) импульсов в ЦНС пациента. Этот поток минимизирует побочные спастические реакции пациента на коррекцию - растяжение связок, мышц при восстановлении движений органов и суставов.

А для полного устранения спастических реакций мы ставим магнитные клипсы на ушные раковины в зоны проекции корректируемых органов.

Ритмические движения тела и специально подобранная музыка, оказывают нормализующее действие на психоэмоциональную сферу. Пациенты при этом обучаются саморегуляции по методам "Ключ" Х.М.Алиева и "дыхательно-мышечная волна" Г. И. Крайнова.

Таким образом в нашем курсе реализуется одновременное воздействие на психоэмоциональную сферу, внутренние органы и опорно-двигательный аппарат, повышает интенсивность нормализующего воздействия.

Дальнейшая коррекция опорно-двигательного аппарата осуществляется комплексом индивидуальных и парных упражнений (преимущественно содержащих приемы постизометрической и постреципроктной релаксации), сопровождаемых "дыхательно-мышечными волнами" - напряжением и расслаблением мышц, проводимых синхронно с вдохом - выдохом, с последующим проторением движений с целью полного восстановления. Эти упражнения, будучи по своей форме безопасной гимнастикой по оздоровительному эффекту соответствует современным щадящим техникам мануальной терапии.

Мануальный терапевт и остеопат могут затем добавить минимальные "нивелирующие" манипуляции, а специалисты ЛФК - продолжить закрепляющие коррекционный эффект упражнения.

За счет вышеизложенного значительно улучшается состояние здоровье пациентов в короткие сроки. По данному способу прошли терапию и реабилитацию более 2000 пациентов.

При этом быстрый и устойчивый эффект наблюдался у пациентов со следующими заболеваниями:

- заболевания позвоночника и суставов, коррекция функциональных нарушений осанки, фигуры;

- головные боли, головокружения, шейная мигрень;

- хронические заболевания сердечно сосудистой, дыхательной систем, органов пищеварения, мочеполовой системы, гинекологические заболевания;

- нехирургическая коррекция умеренных патологических смещений, опущений внутренних органов (желудка, кишечника, почек, матки и мочевого пузыря и др.).

Наблюдалось также естественное устранение избыточного веса.

Метод ЦЛБ эффективен у детей и доступен в индивидуальной коррекции с 1-3 летнего возраста, в групповой с 6-7 лет.

Использование специального тренажера облегчает работу по ЦЛБ, как индивидуальную, так и групповую, и усиливает лечебный эффект.

Особо быстрый результат получен нами при использовании специальных тренирующих поясов- корсетов (ТПК). При этом реализуется одновременная коррекция больших групп мышц (грудная клетка, брюшной пресс) и восстанавливается движение и функции большинства основных органов (желудка, печени, кишечника, почек, мочевого пузыря, матки и др.).

Осуществляется многогранная саморегуляция.

ТПК достаточно быстро (за 30-40 мин в обычных условиях и за 7-10 мин при сочетании с аппаратом "Гравитон") меняют неправильные, "распирающие" движения наружу печени и желудка на оптимальное, "собирающее" движение внутрь. Это сразу же убирает отрицательное влияние со стороны печени и желудка на тонус большой грудной мышцы (устраняется ее атония) и на тонус малой грудной, диафрагмальной и межреберных мышц. Устраняется их спазм. В результате восстанавливается тонус мышц живота и улучшается объем диафрагмального дыхания. Объективно это проявляется уменьшением объема живота - окружности в талии и в других областях живота и увеличением разницы окружности живота при максимальном вдохе. Для закрепления этого результата в большинстве случаев достаточно 3-х кратной экспозиции поясов.

При этом степень корригирующих усилий регулируется самим организмом, а именно глубиной дыхания в поясах, что обеспечивает высокую степень безопасности воздействий.

Количество коррекционных воздействий соответствует количеству вдохов, то есть примерно 16 в минуту. За 30 мин 480 коррекционных воздействий!

Так как одновременно нормализующие воздействие осуществляется на целый ряд органов (желудок, печень, почки, 12 - перстная кишка, желчный пузырь, поджелудочная железа, кишечник, мочевой пузырь, матка) и мышц: большая, малая грудная и межреберные мышцы, подвздошно-поясничная и мышцы живота.

Все изложенное и обеспечивает высокую эффективность воздействия ТПК (последнее приближается к эффективности работы целой группы специалистов остеопатов и массажистов).

В результате стандартного курса ЦЛБ (12-15 часов в группах 8-15 человек) с однократной постановкой ТПК в исследованной группе 32 человека в возрасте от 18 до 70 лет получено достоверное улучшение функций основных внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы.

Так для печени показатели отклонения от нормы при мышечном тестировании утверждено МЗСО РФ составили: фон (до курса) - 3,91 (3,70-4,12) - по пятибалльной шкале, средневзвешенное по Стьюденту и ее коридор при коэффициенте 0,95; после курса - 1,06 (0,86-1,27); разница показателей 2,85 (2,65-3,05). Для желудка: фон - 3,66 (3,37-3,95); после курса - 0,88 (0,68-1,07); разница 2,78 (2,47-3,09). Для правой почки: фон - 3,125, после курса - 1,05.

Подобные результаты получены и для других органов. У всех женщин, имеющих функциональные отклонения в функциях матки, яичников (обычно они сочетались с загибами матки, перекрутами и спайками маточных труб и яичников). В результате курсов получено полное восстановление функций.

Сравнительные исследования состояния опорно-двигательного у тех же испытуемых аппарата показало: достоверное (к=0,95) уменьшение гипермобильности шейного отдела позвоночника (данное измерение по пятибалльной шкале): фон - 2,14 (1,67-2,61); после курса - 0,5 (0,31-0,69); разница - 1,64 (1,27-2,01).

Практически устранились весьма распространенные блоки крестцово-повздошного сочленения: фон - 4,62 (4,34-4,91); после курса - 0,09 (0,05-0,20).

Улучшился тонус мышц брюшного пресса, увеличился объем диафрагмального дыхания с участием мышц брюшного пресса. Так средняя разница размера окружности живота в области талии на диафрагмальном вдохе и выдохе составила: фон - 5,83 см (4,83-6-82); после курса 9,97 (8,85-11,09); разница - 4,14 (3,49-4,78), то есть примерно 70,95%.

Одновременно улучшилось состояние психоэмоциональной сферы. Результаты стресс-тестирования: фон - 3,38, после курса - 1,23.

Отличные результаты получены нами при сочетании постановки поясов-корсетов с восстановительной терапией в реабилитационном отделении центральной поликлинике №72 МЧС РФ. Тренирующие пояса-корсеты (ТПК) были однократно поставлены 28-ми пациентам: оздоровительного комплекса "Спасатель", медицинского отделения ГУ 72 центральной поликлиники МЧС России в возрасте от 25-ти до 70-ти лет. Из них 10 человек прошли обследование по расширенной программе, а 18 человек по короткой программе.

Получены следующие результаты. Все расчеты проведены по критерию Стьюдента с коэффициентом достоверности 0,9.

1. Усилились мышцы брюшного пресса и спины. Объективно это определялось по уменьшению объема окружности живота:

а) в талии среднее уменьшение составило 5,32 см. (диапазон отклонений 4,04. - 6,60);

б) в проблемном, "отвисшем" участке живота ("крылья") 5,72 см. (диапазон отклонений 4,35. - 7,19).

2. Улучшился объем диафрагмального (брюшного) дыхания. Разница окружности талии на вдохе и выдохе до постановки поясов 4,39 см (диапазон отклонений 3,43. - 5,35); после постановки 7,89 (диапазон отклонений 6,34. - 9,34).

Увеличение объема дыхательных движений составило 3,88 см. (диапазон отклонений 2,94. - 4,82), что соответствует 88,36%.

3. Улучшение тонуса большой грудной мышцы, определялось не только по мышечному тестированию, но и (у 10 пациентов) по изменению расстояния от ключицы до соска (КЛС). Среднее расстояние до постановки составило: левое КЛС 24,77 см. правое КЛС 23,98 см. средняя разница между ними 0,82. После постановки поясов получены следующие результаты: левые КЛС 22,72 см правые КЛС 22,75. Средняя разница до и после постановки левые КЛС 2,05 (1,31 -2,79), правые КЛС 1,2 см (0,72 -1,68); разница левых и правых КЛС до постановки +0,82, после постановки -0,03.

4. За счет улучшения связочного аппарата улучшились функции печени и желудка. Так, диагностика методом мышечного тестирования дала следующие средние показатели отклонений от нормы для 10-ти пациентов (по пятибалльной шкале).

Функции печени, фон (до постановки поясов) - 4,05; эксперимент (после постановки поясов) 1,03. Разница показателей - 3,02 (2,52 - 3,51).

Для желудка фон - 3,63; эксперимент - 0,9. Разница 2,73 (2,15-3,30).

5. Также улучшилось состояние мышц шеи, что отражается в улучшении выполнения координаторных проб - устойчивости в положении стоя при соединенных стопах и вытянутых руках и предельных наклонах головы в разные стороны (10 человек). Данные по пятибалльной системе.

Фон 1,95 эксперимент 0,55 разница 1,4 (1,25 1,53).

6. Выровнялся тонус мышц крестцово-поясничной области что определялось также по практическому устранению блока крестцово-повздошного сочленения. Результаты по пятибалльной системе фон 3,85; эксперимент 0,25. Разница 3,6 (3,13 - 4,07).

Субъективно все испытуемые отметили улучшение самочувствия, настроения. У них улучшилось дыхание, они ощутили упругости мышц и "подтянутость" живота. Часть испытуемых указали на чувство распрямление спины. У 7-ми человек устранилось ощущение тяжести в правом боку у 5-ти - тяжести в эпигастрии.

Первичное обучение специалистов работе по методу ЦЛБ в полном объеме - от 15 до 30 часов (в зависимости от первоначальной подготовки). При частичном применении метода или при отдельном использовании ТПК обучение занимает от 3-х до 5 часов.

При этом инструктора по использованию ТПК и тренирующая гимнастика для профилактических целей могут быть подготовлены из числа активистов, не имеющих медицинского образования.

Нами так же разработана доступная методика улучшения работы мозга - кранио-сакральная гимнастика.

Области применения ЦЛБ и тренирующих поясов-корсетов

1) В комплексе методов терапии и профилактике хронических заболеваний при этом метод ЦЛБ и ТПК сочетаются с самыми различными лечебно-восстановительными технологиями: мануальной терапией, ЛФК, физио- и бальнеотерапией, курортной терапией, остеопатией и хиропрактикой, прикладной кинезиологией. Уменьшаются побочные эффекты фармакотерапии.

Особенно эффективно сочетание ТПК с физиоаппаратом "Гравитон". В этом случае не только укрепляется лечебный эффект, но и расширяются терапевтические возможности комплекса (успешно ус-

траняются даже трофические нарушения сосудистого происхождения, наиболее часто встречающиеся у пожилых лиц).

2) В профилактической и оздоровительной работе с большими группами населения:

- различного возраста - с 3х лет до глубокой старости;
- различного социального положения - от социально малообеспеченных до олигархов;
- в различных профессиях - от рабочего и фермера до министра и космонавта.

3) Для психофизиологического обеспечения деятельности в экстремальных профессиях, включая авиацию и космонавтику. Особенно актуально в профессиях с большим территориальным разбросом рабочих мест в геолого-разведке, в нефте- и газодобывающей промышленности, а так же в угольной индустрии, металлургии, в дальних поездках, перевозках и т.п.

4) В спорте высших достижений, оздоровительном спорте (хорошо сочетаются с различными оздоровительными программами: аэробикой, фитнесом, веллнесом, спа-технологиями, оздоровительным туризмом).

Использование ТПК является рекордным по соотношению: затраты - результат.

Так, 1 комплект поясов стоимостью 5 тыс. руб. можно использовать для терапии большого количества пациентов-до 15 человек в день.

Таким образом внедрение метода ЦЛБ с использованием ТПК воздействует сразу же на несколько демографических факторов способствует восстановлению репродуктивных возможностей у мужчин и женщин, восстановлению их здоровья и повышения уровня их работоспособности, профилактики преждевременного старения и "активному долголетию".

Использование ЦЛБ или ТПК приведет не просто к увеличению продолжительности жизни, а к "активному долголетию" - продлению срока качественной работоспособности ценных специалистов. Это будет способствовать преувеличению богатства и улучшения демографической ситуации в любом регионе, в любой стране, внедрившей эти методы в региональном или в государственном масштабе.

Для тех же целей может быть использована уникальная российская разработка: аппарат - кресло теплового стимулирующего воздействия А-КТг "Гравитон". Внедрение этого аппарата в оздоровительную, лечебно-профилактическую практику, окажет положительное воздействие на экономические показатели предприятий и учреждений, вследствие увеличения производительности труда, снижения травматизма и аварийности, обусловленных человеческим фактором: после сеансов на аппарат-кресле А-КТг "Гравитон", улучшается эмоциональное состояние; снимаются стрессы; усталость; улучшается зрение; повышается концентрация внимания; легче переносятся физические и умственные нагрузки; увеличивается работоспособность.

В комплексе с А-КТг "Гравитон", успешно поддаются лечению многие трудноизлечимые заболевания (имеется разрешение МЗ РФ на использование данного аппарата).

При совместном использовании А-КТг "Гравитон" и ТПК их эффект взаимопотенциируется и ускоряется. Эффект поясов в сочетании с А-КТг "Гравитон" проявляется в 3 - 5 раз быстрее (7 - 15 минут вместо 30 - 45 минут без аппарата).

Однако любые, самые эффективные, безопасные и доступные методы без участия государственных и административных органов, без оптимальной организации оздоровительной работы останутся достоянием отдельных энтузиастов и небольшой группы пациентов.

Предлагаем для решения данной проблемы привлечь к оздоровительной работе не только медицинские и физкультурно-оздоровительные учреждения, но и педагогические, общественные организации - т.к. изложенные выше оздоровительные технологии представляют такую возможность.

Структурно-методически предлагаем следующую последовательность действий:

1. Организовать движение "за здоровый образ жизни, красоту и долголетие", клубы здоровья.

2. При этом медицинские центры, наряду со своей обычной работой, подключаются к медицинскому контролю за результатами участников движения.

3. Авторы новых эффективных технологий и ведущие специалисты ведут специальную подготовку не только медицинских и физкультурных работников, но и там, где методики это допускают, инструкторов здоровья из числа наиболее грамотных активистов движения.

4. Локализация клубов здоровья: медицинские, физкультурные, оздоровительные муниципальные, государственные и частные учреждения; санатории, пансионаты и санатории-профилактории; предприятия - с их медицинской, спортивной и культурно-досуговой базой; школы, средние и высшие учебные заведения; дома культуры, клубы, кинотеатры. В санаториях пансионатах и санаториях-профилакториях благо-

даря внедрению вышеизложенных технологий возможны укороченные лечебно-оздоровительные курсы - достаточно даже 2 - 4-х дней.

5. Формы проведения клубных занятий.

А) Лекции ведущих специалистов в области здорового образа жизни (правильное питание, эффективные физические упражнения и т.д.), социальная адаптация, активные профилактики заболеваний, семейных отношений, подготовки к беременности и подготовке беременных к родам.

Б) Тренинги, оздоровительные курсы. Первично - преимущественно силами специалистов - профессионалов; поддерживающие - не только профессионалами, но и специально подготовленными инструкторами.

В) Соревнования: самый здоровый клуб, школа, класс, завод, институт, поликлиника; район, дом и т.д. При этом желательно использовать опыт: социалистических соревнований, ветеранских и параолимпийских соревнований, спортивно-прикладных соревнований и т.д.

6. Информационная поддержка.

Телевидение, пресса (государственные, муниципальные, окружные, районные) - предоставление телевизионного времени, опубликование материалов о наиболее успешном опыте оздоровительной работы; материалы по заочной части очно-заочных школ здоровья. Подготовка и издание специальных информационных бюллетеней.

7. Средства поощрения.

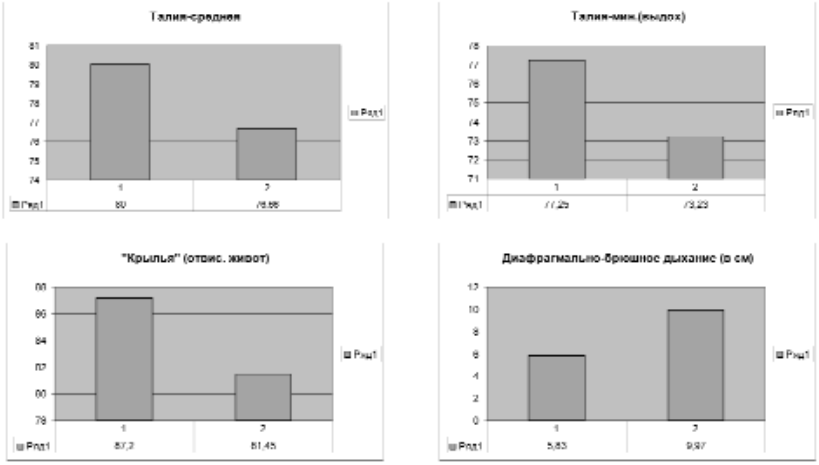
Важно заинтересовать всех участников оздоровительного движения - как преподавателей, так и занимающихся. Ведущие специалисты - медицины, физической культуры, здорового образа жизни и инструктора должны получать оплату по результатам работы. Постоянно и эффективно работающим оплату проводить из двух источников: частично - за счет государственных и муниципальных средств, частично - за счет средств самих занимающихся (с возможными налоговыми льготами). На предприятиях - рекомендовать поощрение участников движения за здоровый образ жизни - при уменьшении заболеваемости выплачивать часть сэкономленных средств: частично преподавателям, частично - занимающимся.

Кстати, подобный опыт работы имеется на некоторых передовых предприятиях. Например на Магнитогорском металлургическом комбинате внедрение подобной системы позволило значительно снизить заболеваемость, увеличить продолжительность жизни и даже повысить рождаемость среди работниц и членов семей комбината.

Отбор методов оздоровления, разумно провести не только путем анализа приведенных в докладе материалов, но и провести пилотные исследования (например , автору предлагаемых технологий для подтверждения эффекта ТПК достаточно несколько прямых демонстраций по 45 - 60 минут).

Для окончательного выбора наиболее эффективных методов и средств оздоровления из числа предварительно отобранных методов первоначально предлагается внедрить их в работу одного из районов округа (или в одной из школ, поликлиник и т.д.) и по результатам работы в течение 3-х меся цев выбрать наиболее эффективные методы и средства реализации. Этот опыт затем распространить на весь округ, а также рекомендовать его распространение на весь город, страну.

Брюшной пресс и диафрагм. дых.



МЕТОД ЛЕЧЕБНОЙ БИОМЕХАНИКИ И ПОЯСА-КОРСЕТЫ - ДОСТУПНЫЕ СРЕДСТВА АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

МЕТОД И ПОЯСА-КОРСЕТЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ для восстановления положения и функции внутренних органов и позвоночника, коррекции фигуры, усиления мышц, терапии неврозов, оздоровления, омоложение, увеличения срока жизни и репродуктивного долголетия.

При этом, работа со структурами тела, мышцами, связками , суставами и органами осуществляется ритмическими движениями тела и регулированием дыхания, или ограничении движения органов в неправильном направлении. Это ограничение осуществляется упором кистей рук в проекции органов или упором специальных вставок в поясах-корсетах.

Восстанавливаются положение и движение органов и функции: пищеварения, дыхания, сердца и сосудов, почек и позвоночника, укрепляется мышечный корсет, восстанавливается оптимальный объем движений суставов тела. Подтягиваются дряблые мышцы и расслабляются спазмированные, улучшается осанка и фигура.

Уменьшается асимметрии плеч, грудных желез, таза, живота и т.п. Происходит процесс омоложения, активная профилактика заболеваний и повышение уровня здоровья.

КРАСОТА, СИЛА, ЗДОРОВЬЕ, АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

Улучшение состояния кожи, укрепление мышц, гибкость и сила позвоночника, уменьшение объёма талии (не менее 5 см, рекорд 17 см. за 1 процедуру), увеличение объёма дыхания (увеличение разницы вдох - выдох, не менее 5 см, т.е. на 60-90%, рекорд - 15 см, 300%). По данные современных исследований в области физиологии увеличение естественного диафрагмального дыхания замедляет процесс старения сосудов и тканей легкого, тем самым продлевается жизнь.

Метод позволяет достичь безопасного, естественного снижения избыточного веса-без строгих диет и изнурительных голоданий.

Облегчение дыхания, улучшение показателей артериального давления и пульса.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА

Улучшение работоспособности, продление срока эффективной профессиональной деятельности.

СПОРТ

Повышение эффективности тренировок, рост спортивных достижений и возможность спортивного долголетия.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА, включая протрузию (смещение) дисков размером до 10 мм, (кроме выраженной органической патологии, разрывы капсулы суставов и опухолей). Устранение проблем связанных с головокружением при резком повороте головы и изменении положения тела.

Лечение головных болей (кроме истинной мигрени и опухолей).

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника (включая изжогу и умеренно выраженную недостаточность кардиального клапана.) Сахарный диабет второго типа.

Терапия опущении желудка и кишечника - до 6 см.

Заболевание почек и мочевого пузыря: хронические нефриты, циститы, недержание мочи. Терапия опущений почек до 8 см.

ГИНЕКОЛОГИЯ

Нарушение менструального цикла (дисменорея) функциональное бесплодие, менструальные боли. Климакс.

Противопоказаниями являются обильные непрерывные кровотечения.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Умеренно выраженная гипертония, нейроциркуляторная дистония, гипотония, умеренное расширение вен, стенокардия 1-й и 2-й А степени.

Противопоказания:

Артериальное давление выше 180/110, гипертонический криз, состояние после инфаркта, инсульта меньше пяти месяцев.

Тромбофлебит или выраженный, запущенный варикоз вен.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Бронхиальная астма без гормональной зависимости, хронический бронхит.

НЕВРОЗЫ

Синдром хронической усталости, нарушение сна, сексуальные неврозы. Астения.

Противопоказания: Эндогенные психозы - шизофрения, эпилепсия, эндогенная депрессия.

ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

Острые инфекции, состояние выраженного обострения и острые заболевания Мочекаменная и желчекаменная болезнь с размером камня не более 6 мм.

Уже 2-3 процедуры обычно достаточны для устойчивого эффекта. Даже в тяжелых случаях (протрузии межпозвонковых дисков, выраженное опускание внутренних органов), обычно достаточно двухнедельного курса.

Хотя пояса обладают собственным мощным оздоровительным и тренирующим эффектом, они взаимопотенцируют любую физкультуру, физиотерапию, лекарственную терапию.

Одновременно с повышением эффективности, пояса снижают отрицательные побочные эффекты лекарственной терапии, физиотерапии и препятствуют осложнениям.

Специалисты - медработники, тренеры могут обучиться работе с поясами, ускорить и многократно усилить тренирующие и оздоровительные результаты.

Внедрение данного проекта в систему работы социальных и медицинских госучреждений будет способствовать продлению жизни, активной творческой работоспособности и материальному благосостоянию лиц почтенного возраста.

Крутько В.Н.,
профессор, кандидат биологических наук,
доктор технических наук,
заведующий лабораторией информатики Института
системного анализа

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ РОССИЙСКОЙ СВЕРХСМЕРТНОСТИ

Жизнеспособность населения, так же как и обратная характеристика - смертность, формируется под влиянием множества факторов: природных и социальных, управляемых и не поддающихся целенаправленному управлению. Именно поэтому показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении, который является производным от уровней смертности в различных возрастах, применяется в качестве наиболее информативного интегрального показателя благополучия населения. Множественность причинно-следственных взаимосвязей смертности с разнообразными показателями резко усложняет задачу регулирования смертности. Поэтому разработка стратегии снижения смертности требует системного подхода, т.е. четкого определения (по возможности - на уровне количественных описаний) объекта управления, его внутренней структуры (степень детализации которой зависит от задачи управления), внешних факторов, определяющих динамику объекта управления, возможных управляющих воздействий, ограничений на состояние объекта управления и на управления, а самое главное - задачи управления.

В области исследования приоритетных факторов, формирующих российскую смертность, за последние годы выполнено немало высококачественных работ. В настоящей работе мы рассмотрели наиболее значимые и надежно обоснованные результаты и проверили их соответствие с собственными результатами анализа. В качестве исходных данных мы использовали официальные данные Госкомстата России.

Большинство исследователей феномена российской сверхсмертности последних 15 лет сходится во мнении о том, что главная ее причина связана с радикальным реформированием общества и государства. Реформы породили несколько новых факторов, способствующих росту смертности.

Экономический спад. Согласно результатам ведущего эксперта в области социально-экономических детерминант смертности M.H.Brenner, главным фактором, обеспечившим снижение смертности в 20-м веке, является экономический рост [Brenner, 2005]. Такой вывод был сделан в результате сопоставления очень длинных рядов данных по динамике смертности и ВВП на душу населения для США (1901-2000 гг.) и подтверждается результатами анализа смертности в других индустриально развитых странах [Brenner, 1987]. Этот эффект сыграл свою роль и в России (рис. 1). Несмотря на недостаток данных (для России регулярное определение показателей смертности проводится лишь с 1959 г., а из данных за более ранний период достаточно надежными являются лишь результаты, полученные в ходе переписей населения 1987 и 1936 г.), очевидно, что именно в период между 1927 и 1959 гг., т.е. в период максимально интенсивной индустриализации, несмотря на тяжелейшие военные потери, имел место наиболее выраженный прирост ОПЖ. Вступив на путь индустриального развития позже большинства стран, ныне относящихся к высокоразвитым, в результате этого процесса Россия достигла практически равных результатов в области снижения смертности. Если к началу 20-го века по показателю ОПЖ для обоих полов Россия более чем на 20 лет отставала от Швеции - развитой страны, сопоставимой по природно-климатическим условиям, то к 1965 г. отрыв составлял 7 лет для мужчин и менее 3 лет для женщин. Поэтому закономерным следствием падения в ходе реформ уровня производства - как промышленного, так и сельскохозяйственного - в масштабах, которые в принципе не могут быть скомпенсированы ростом рынка услуг, явился рост смертности. Оценивая перспективы снижения смертности в условиях роста ВВП в последние годы, надо иметь в виду, что значительная часть бюджета России используется для погашения внешнего

долга, а также накапливается в Стабилизационном фонде, т.е. не расходуется на индивидуальное или государственное потребление и не инвестируется в экономику России, т.е. не относится к тем компонентам ВВП, которые непосредственно могут оказать положительное влияние на жизнеспособность населения.

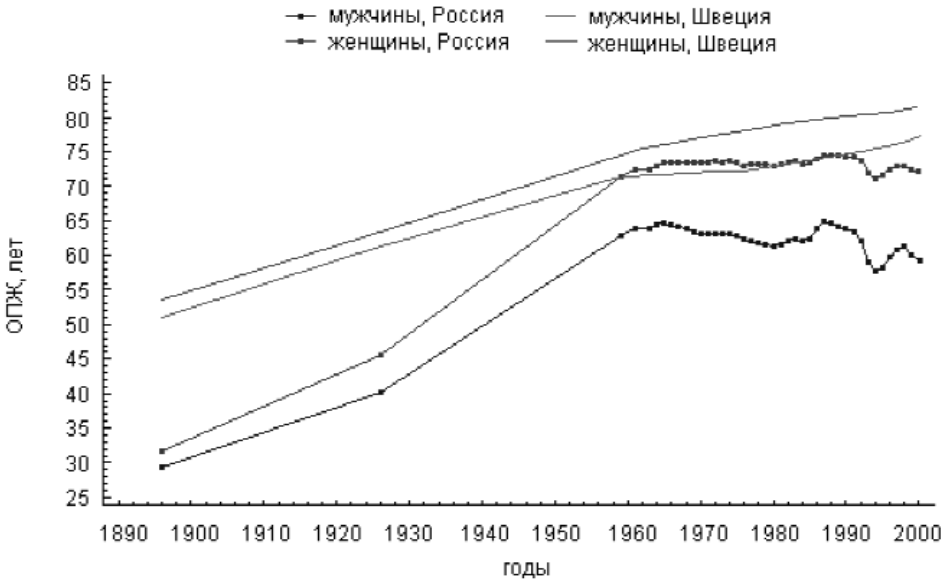


Рис. 1. Динамика ОПЖ в 20-м веке в России и Швеции.

Безработица. Этот фактор, оказавшийся для России совершенно новым и уже в силу этого стрессогенным, является значимой детерминантой смертности и в традиционно рыночных странах. Влияние безработицы на население не сводится к чисто экономическому эффекту, т.е. к снижению уровня доходов для части населения. Brenner рассматривает уровень безработицы как дополнительный фактор риска смерти, не имеющий прямой связи с уровнем экономического развития. В исследовании, выполненном по инициативе Комиссии Евросоюза, показано, в индустриальных странах изменение уровня безработицы неизбежно вызывает противоположно направленные изменения продолжительности жизни, а также физического и психического здоровья населения [Brenner, 2000]. При этом негативный эффект структурной безработицы, обусловленной не истинным превышением численности работоспособного населения над числом рабочих мест, а отсутствием спроса на имеющуюся рабочую силу с определенным уровнем образования и характером профессиональной подготовки, тяжелее, чем эффект циклической безработицы, связанной с цикличностью экономического развития, поскольку, в отличие от последнего, не исчезает с улучшением экономической ситуации. Негативные последствия роста безработицы для здоровья населения могут проявляться не сразу, а с задержкой, которая для разных показателей здоровья может составлять до 17 лет. На основании этих результатов автор делает вывод о целесообразности организации адресной медицинской помощи для пострадавших от безработицы - как полностью лишившихся работы, так и тех, кто способен трудоустроиться лишь на условиях понижения социального статуса. Затраты на такую помощь оцениваются как более низкие по сравнению с потерями общества вследствие роста заболеваемости и смертности по причинам, обусловленным хроническим стрессом из-за отсутствия работы или непрерывного снижения статуса.

Для периода либеральных реформ в России характерны оба направления роста безработицы - как общий, так и структурный. Динамика российской смертности с учетом возрастной структуры населения, в особенности для мужского, наиболее страдающего от сверхсмертности, имеет четкую связь со статусом возрастных групп на рынке труда в условиях резких изменений структуры занятости (рис. 2). Для младших групп, не вовлеченных в трудовую деятельность, уровень смертности за период с 1990 г. имел участки небольшого роста, а затем стабилизировался на исходном уровне или даже снижался. Смертность трудоспособного населения возросла существенно, причем на разных этапах максимальный прирост приходился на разные возрастные группы. Наиболее быстрый рост, начиная с 1992 г. и пик 1994 г. обеспечивала средняя

и старшая часть населения (от 35 до 54 лет), т.е. опытные работники, оказавшиеся в ситуации структурной безработицы. Наиболее выраженный прирост смертности уже в 1998 г., т.е. сразу после дефолта, ухудшившего экономическую ситуацию в целом, имел место в более молодых группах (20-29 лет; в меньшей степени, хотя и так же быстро, отреагировала группа 15-19 лет, которая, очевидно, далеко не полностью вовлечена в трудовую деятельность). У более старших групп трудоспособного населения рост смертности начался с большей задержкой, зато и продолжается дольше, - снижения смертности либо вообще не наблюдается, либо оно далеко не обеспечивает возвращения к уровню 1997 г. Рост смертности в группах старше 65 лет был существенно менее резким, чем для трудоспособного населения. Динамика смертности женского населения в основном имеет сходный характер, однако прирост смертности во всех возрастных группах выражен меньше, чем у мужчин. Между показателем ОПЖ и характеристикой соотношения спроса/предложения на рынке труда для мужчин имеет место выраженная корреляционная связь, тогда как для женщин такая связь значительно слабее [Крутько и Смирнова, 2002]. Такой результат позволяет предположить, что перспектива успешной трудовой деятельности является важным условием снижения смертности, по крайней мере, для мужского населения.

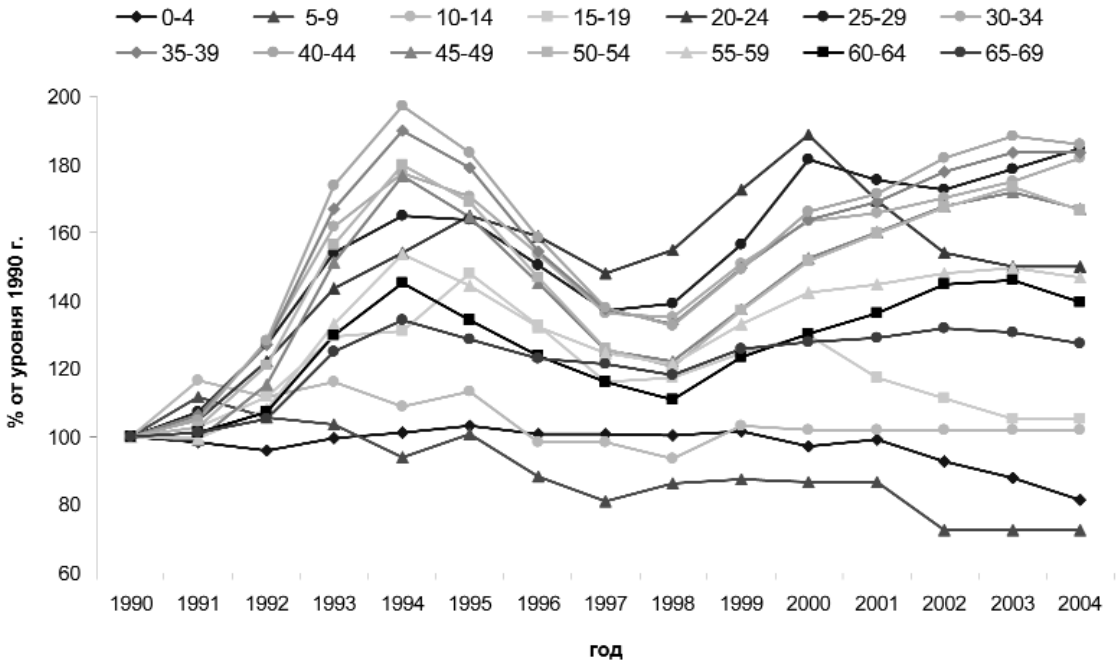


Рис. 2. Динамика возрастных коэффициентов смертности для российских мужчин.

Расслоение населения по уровню доходов и субъективное восприятие социально-экономического неравенства. В настоящее время примерно половина населения страны не имеет достаточных денежных средств, чтобы поддерживать и сохранять здоровье на надлежащем уровне [Тапилина, 2004]. Низкое социально-экономическое положение воздействует на здоровье как непосредственно через материальные лишения, так и через субъективное восприятие людьми своего "неравного" положения в обществе. В России середины 90-х годов население, занимавшее место в нижней половине шкалы по экономическому статусу, имело наименее благоприятные показатели здоровья. Заметное улучшение показателей здоровья наблюдается, начиная с величины дохода на одного члена домохозяйства равного двум прожиточным минимумам. При этом абсолютные показатели дохода в меньшей степени влияют на число отклонений здоровья и смертность, чем субъективная оценка экономического статуса. В частности, для уровня младенческой смертности статистически значимой детерминантой является относительный, но не абсолютный уровень дохода. Поэтому первоочередной целью социальной политики в области повышения здоровья и жизнеспособности населения должна стать борьба, по крайней мере, за ограничение влияния бедности и неравенства в распределении доходов на здоровье населения.

Психоэмоциональное неблагополучие. При всей значимости социально-экономических факторов, они не являются единственными детерминантами смертности. Среди российских регионов в настоящее время наибольшей продолжительностью жизни отличаются Ингушетия и Дагестан - далеко не самые сильные в

экономическом плане, в том числе и среди сопоставимых по биоклиматическому потенциалу регионов Южного федерального округа. Международные сравнения показывают, что рейтинги стран по уровню доходов и по продолжительности жизни далеко не совпадают. Так, в 2003 году Россия занимала 65-е место (из 177 стран) по доходу на душу населения и 114-е - по ОПЖ, США, соответственно - 3-е и 29-е [Human Development Report 2005]. Негативные психологические эффекты либеральных реформ в России не сводятся к последствиям понижения экономического статуса, поражающим лишь обедневшую часть населения. Моральная установка на приоритет рыночных ценностей, т.е. конкуренции, агрессивности, приводит к сокращению социальных связей и вытесняет из жизни ее полноценный смысл, заменяя его критериями целесообразного поведения экономического животного. Деформация морали в этом направлении ухудшает физическое и психическое здоровье и в конечном счете увеличивает смертность даже среди выигравших в экономическом плане. Духовное неблагополучие оказывает повреждающее влияние на организм не только непосредственно, но и опосредованно, стимулируя другие механизмы риска: вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания), избыточный или недостаточный вес и др. [Гундаров, 2001].

Наряду с комплексом новых для России социально-экономических и психологических факторов, важной, причем неуправляемой детерминантой смертности являются природные условия. Исследование динамики смертности от внешних причин смерти (самоубийств, убийств, случайных отравлений алкоголем) с учетом географической неоднородности российской территории показало, что неблагоприятные климатические условия вносят дополнительный вклад, усиливающий рост смертности, обусловленный социально-экономическими и психологическими факторами [Andreeva, 2006].

Перечисленные результаты определяют перечень факторов-мишеней для управляющих воздействий, направленных на снижение смертности, а также показывают, что для адекватного выбора и оптимизации таких воздействий необходимо достаточно детальное описание смертности (как минимум, с учетом ее половозрастного и географического распределения). Эта задача достаточно сложна, но в ее решении уже достигнуты определенные успехи. Значительно более сложная и пока совершенно не разработанная проблема - формирование критерия качества управления демографическими процессами. Предложенное И.А.Гундаровым управление по интегральному критерию качества жизни представляется разумным, но недостаточным. Повышение качества жизни не представляет большой ценности, если не обеспечена его устойчивость. Устойчивость же качества жизни обеспечивается уровнем экономического развития и экологической безопасности. Качество жизни населения, экономический уровень и экологическое благополучие представляют комплекс показателей, за улучшение любого из которых необходимо расплачиваться двумя другими. В частности, любые действия, направленные на улучшение демографической ситуации, потребуют экономических затрат и увеличат экологическую нагрузку. Поэтому выработка интегрального критерия качества управления как свертки критериев качества жизни, качества среды обитания и экономической эффективности представляет собой сложную методологическую задачу, решать которую необходимо, т.к. без обоснованного интегрального критерия невозможно строить оптимальную для конкретных российских условий стратегию исправления демографической ситуации.

Литература

1. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. М.: Эдиториал УРСС, 2001, 208 с.

2. Крутько В.Н., Смирнова Т.М. Анализ тенденций смертности и продолжительности жизни населения России в конце XX века. М.: Едиториал УРСС, 2002. - 48 с.

3. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения. // Социологические исследования. 2004, №3, с. 126-137.

4. Andreeva, Elena. Mortality due to External Causes of Death in the Russian Federation: Spatial Aspects and Explanatory Model. http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2006/1213/

5. Brenner MH. Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century - experience of the United States 1901-2000. Int J Epidemiol. 2005 Dec;34(6):1214-21. Epub 2005 Jul 28.

6. Brenner MH. Economic change, alcohol consumption and heart disease mortality in nine industrialized countries. Soc Sci Med. 1987;25(2):119-32.

7. Brenner, M.H. Estimating the Social Cost of Unemployment and Employment Policies in the European Union and the United States", European Commission, Directorate General, Employment, Industrial Relations and Social Affairs, EU Commission, 2000.

8. Human Development Report 2005. http://hdr.undp.org/reports/global/2005/

"Системная технология профилактики старения открывает реальный путь к радикальному увеличению продолжительности жизни человека с высоким уровнем его активности, здоровья и красоты"

(Из доклада Президента Национального геронтологического центра, профессора В.Н. Крутько на заседании Президиума Российской академии наук 21 марта 2006 г.)

ТЕХНОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТАРЕНИЯ КАК РЕАЛЬНОЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО РАДИКАЛЬНОГО СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ

В настоящее время активно формируется новое направление фундаментальной и прикладной науки - "Профилактика старения", интенсивное развитие которого обещает существенно помочь в решении серьезнейших глобальных проблем современности, а именно:

- проблемы резкого постарения человеческой популяции, ведущего к быстрому увеличению в популяции доли лиц с существенно сниженными возможностями осуществления своих биологических и социальных функций и как результат - к снижению "КПД социума";
- проблемы радикального увеличения продолжительности активной жизни человека;
- проблемы преодоления демографического кризиса в России и многих других.

Недавно данное направление было представлено на заседании Президиума Российской Академии Наук, где получило высокую оценку. Суть этого нового направления науки заключается в рассмотрении нормального естественного старения как "сверхпатологии", как базовой причины главных хронических болезней и смерти человека. Поэтому для решения задачи радикального снижения смертности и увеличения продолжительности периода активной, созидательной жизни, необходимо использовать принципиально новый класс медицинских технологий - технологий профилактики естественного старения (технологий геропрофилактики).

Смертность в России обусловливается двумя главными группами факторов: 1 - факторы, специфические для современной России; 2- факторы, общие для вида Homo Sapiens как такового. Современный подход к проблеме управления здоровьем требует не только определения значимых для здоровья факторов, но, что еще более важно, оценки возможностей реальной практической коррекции данных факторов на уровне популяции. Заметим здесь "снижение смертности" и "увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ)" в рамках данной работы рассматриваются как синонимы.

Как показали исследования авторов данной работы, сверхсмертность, как элемент демографического кризиса в России, обусловлена резким ухудшением психического состоянием населения, связаным с ломкой социально-экономического уклада, повлекшей за собой невостребованность значительной части населения, возникновение беспрецедентного социального неравенства и несправедливости. Очевидно, что коррекция данных факторов крайне важна и необходима, но столь же очевидно, что она не может быть реализована в рамках целевых медицинских программ. Для этого необходимы усилия всего общества по превращению России в экономически развитую современную страну с главенством закона и социальной справедливости. Это очень нелегкая и не скорая задача.

На самом деле главной целью нашей деятельности является определение наиболее быстрых и эффективных мер снижения сверхсмертности. Поэтому мы предлагаем использовать альтернативный подход, позволяющий реально практически решить проблему сверхсмертности за гораздо меньшие сроки с гораздо меньшими затратами и с гораздо большим эффектом. Этот подход базируется на применении принципиально нового класса медицинских технологий - технологий профилактики старения.

Значимость этих технологий, общих для вида Homo Sapiens, особенно велика для развитых стран, уже использовавших и в значительной мере исчерпавших возможности снижения смертности и увеличения продолжительности жизни за счет факторов высокого социально-экономического развития.

В конце прошлого века теоретики здравоохранения стали говорить о системном кризисе здравоохранения в развитых странах. Суть кризиса заключается в неуклонном снижении темпов роста продолжительности жизни человека, несмотря на возрастающие интеллектуальные и финансовые инвестиции в эту сферу (Рис. 1).

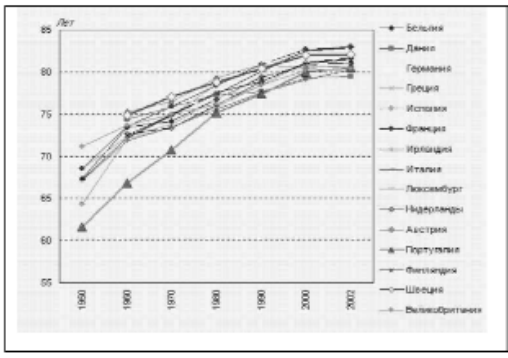


Рис. 1 Динамика ожидаемой продолжительности жизни в странах Евросоюза (женщины).

Проведенный нами анализ фундаментальных причин данного кризиса показывает, что к концу второго тысячелетия, благодаря социально-экономическому развитию, в целом, и прогрессу здравоохранения, в частности, человек приблизился к своему биологическому пределу средней продолжительности жизни, равному 85 годам для женщин и 79 - для мужчин. В настоящее время наблюдается асимптотическое приближение к данному пределу, вблизи которого традиционные для здравоохранения технологии воздействий на патогенные факторы окружающей среды, а также средства профилактики и лечения конкретных видов болезней вносят относительно малый вклад в решения задачи существенного прироста средней продолжительности жизни человека.

Для преодоления данного предела необходимо использовать новый класс медицинских технологий - технологий профилактики естественного старения. При

этом "естественное старение" необходимо рассматривать не как данную богом неизменную норму, а как сверхболезнь, как генеральный фактор риска основных хронических заболеваний и смерти человека. Как показали исследования авторов доклада, фактор старения действительно намного превосходит действие всех других патогенных факторов (Рис2.). Рисунок наглядно показывает, что с возрастом жизнеспособность человека снижается, а вероятность смерти растет, причем в возрастном диапазоне 15 - 95 лет эти показатели меняются катастрофическим образом - более чем в 500 раз.

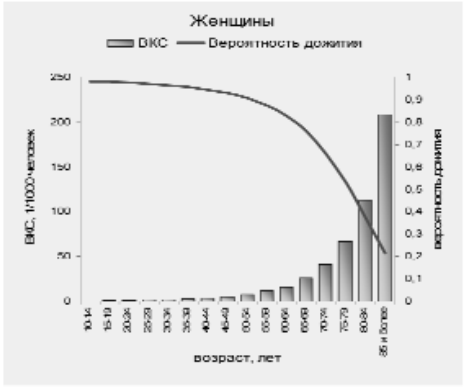


Рис.2. Возрастная динамика риска смерти женщин России. ВКС – возрастной коэффициент смертности

Потенциальная высокая эффективность применения технологий профилактики старения была наглядно продемонстрирована недавно в докладе группы экспертов Президенту США. В докладе была проведена оценка сравнительной эффективности инвестирования в различные области медицины, где в качестве, на наш взгляд, абсолютно правильного критерия эффективности был выбран прирост Ожидаемой Продолжительности Жизни (ОПЖ) (Рис.3).

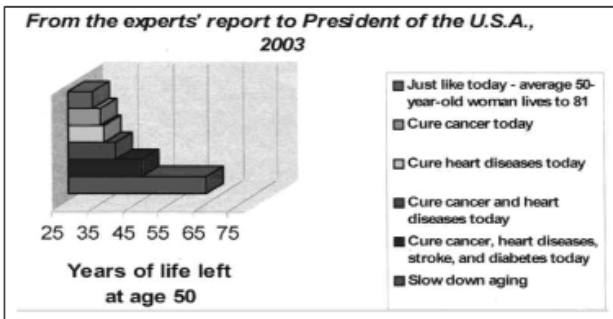


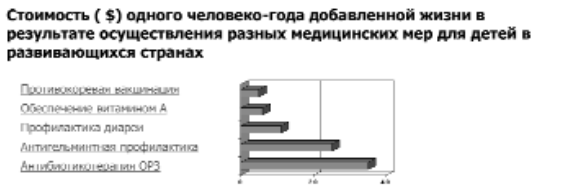
Рис. 3. Прирост ОПЖ 50-летней женщины при различных гипотетических медицинских воздействиях.

- прирост ОПЖ в случае изобретения "чудо-таблетки" от рака, полностью устраняющей смертность от этой страшной болезни = **2.5 года**;

- то же для сердечно-сосудистых заболеваний = **3.5 года**;

- то же, в случае применения технологий профилактики старения к человеку при величине эффекта, равного экспериментально полученному на животных = **32 года**.

Как следует из Рис. 2, технологии профилактики старения имеют огромный и несравнимый с привычными медицинскими средствами потенциал снижения смертности и увеличения продолжительности жизни. Естественно возникает вопрос, насколько реально применение данных технологий на практике и сколько это стоит. В более точной постановке задачи необходимо ответить на вопрос - "Сколько стоит один человеко-год жизни, полученный в результате применения той или иной технологии?". Четкий ответ на данный вопрос и в целом использование этого критерия выбора медицинских мер для увеличения ОПЖ является чрезвычайно важным, т.к. ставит заслон "спекуляциям на гуманности" и позволяет использовать имеющиеся всегда ограниченные финансовые ресурсы наиболее эффективно. Именно так и подходит, например, Всемирный Банк, к решению аналогичных задач (Рис.4).



Стоимость одного человеко-года добавленной жизни в результате осуществления скрининга рака груди и шейки матки в странах со средним доходом - $400.

Стоимость одного человеко-года добавленной жизни в результате осуществления лечения СПИДа зитовудином или шунтирования коронарной артерии в высокоразвитых странах - $10000.

Рис. 4. Оценки стоимости одного человеко-года дополнительной жизни при различных медицинских воздействиях на популяцию, полученные Всемирным Банком.

Рис. 4 наглядно показывает, что стоимость человеко-года жизни, добавляемого в популяцию медицинским вмешательством может варьировать от $10 до $10 000, т.е. эффективность этих вмешательств может различаться в 1000 раз и поэтому на первый план выходит задача обоснованного доказательного сравнения и выбора из многих альтернатив средств и мер воздействия на популяцию.

К числу таких наиболее эффективных средств относятся технологии профилактики старения. В России лидером в разработке и практическом внедрении этих технологий является Нацио-

нальный Геронтологический центр (НГЦ, www.ngc.org.ru), образованный в 1996 году по инициативе Министерства науки и технологий России для развития данного направления науки и практики. В его работе принимают участие специалисты ведущих организаций Российской академии наук, Российской академии медицинских наук и Минзравсоцразвития РФ. Результаты исследований специалистов НГЦ в области профилактики старения отражены более чем в 17 монографиях и 400-х статьях в ведущих научных журналах и докладах на российских и международных конгрессах, в частности в таких книгах, как "Фундаментальные механизмы геропрофилактики", "Старение: механизмы и пути преодоления", "Математические основания геронтологии", "Информатика здоровья и долголетия" и др. Результатом данных исследований явилась "Системная теория старения", обобщающих достижения в данной области ученых с мировым именем в области геронтологии, валеологии и общей патологии: Д. Хармана (Теория свободных радикалов); Л. Оргела (Катастрофа ошибок); В. Фролькиса (Генно-регуляторная теория старения, Старение как стресс); В. Дильмана (Элевационная теория старения); А. Сперанского, А. Адо и др. (Общая теория патологии); В. Крутько (Общая теория здоровья) и многих других. На основе этой теории разработана практическая "Системная технология профилактики старения".

На основе данной фундаментальной научной базы были систематизированы разработанные мировым сообществом ученых и самими авторами средства и методы сдерживания старения, проведена экспертная оценка их эффективности по критерию стоимости одного человеко-года жизни, создано семейство специальных компьютерных систем и математических моделей для обеспечения практической реализации технологий диагностики и профилактики старения. Оказалось, что палитра таких средств достаточно широка. Выявлена высокая перспективность применения в качестве средств сдерживания старения (геропротекторов) следующих классов средств:

- ноотропных и нейрометаболических соединений;
- антиоксидантов;
- энтеросорбентов и средств эндоэкологии;
- низкокалорийных полноценных диет;
- специальных физических упражнений;
- средств коррекции психического статуса;
- гормонозаместительной терапии;
- тканевых и клеточных препаратов и ряда других средств.

Различные геропротекторы существенно разнятся по критерию затраты/эффект. Выявлены очень дешевые и эффективные геропротекторы, например витамин С (Рис.5).

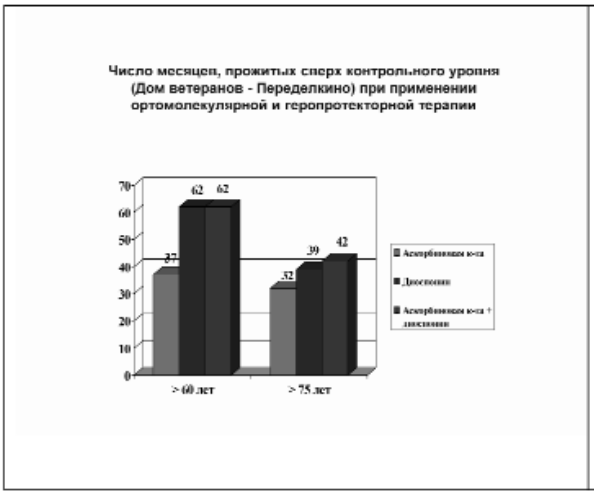


Рис. 5. Иллюстрация эффектов на ОПЖ различных геропротекторов.

Разброс стоимости одного дополнительного человеко-года, добавляемого в популяции при применении различных технологий геропротектирования колеблется от единиц до тысяч долларов. Отдавая себе ясный отчет в том, что от научного до практического результата, полученного на популяционном уровне, дистанция огромного размера, в НГЦ были потрачены серьезные усилия на разработку организационно-экономических механизмов и схем практической реализации программ геропрофилактики на разных уровнях: на уровне ограниченных организован-

ных производственных коллективов; на ВИП-уровне - в рамках деятельности элитных оздоровительных центров; на популяционном уровне - программа "Здоровье-регион". В последнем случае имеется возможность, используя наиболее дешевые технологии, получить быстрый (за 2-3 года), прирост ОПЖ населения региона в целом на 3-5 лет при стоимости одного человеко-года жизни $15-50. Разработана организационно-экономическая схема программы "Здоровье-регион", обеспечивающая высокую рентабельность привлекаемых инвестиций, что открывает возможность привлечения представителей крупного бизнеса для реализации данной программы.

Эффекты данной программы далеко не ограничиваются простым приростом продолжительности жизни, хотя и это до сих пор не достигнуто ни одной из государственных программ. Имеются и другие очень важные нижеупомянутые эффекты.

Первый эффект - это биоактивация, при котором человек имеет более высокий функциональный статус, более трудоспособен, живет более активной интересной жизнью, как бы получает в единицу времени больший объем жизни.

Второй эффект - сдерживание глубинных процессов старения или собственно геропротектирование. Такой эффект дает резкое увеличение трудового потенциала России и существенное снижение коэффициента демографической нагрузки на общество, который по имеющимся демографическим прогнозам в России возрастет к середине столетия до величины 0.9, т.е. на одного работающего будет приходится один иждивенец, что перегрузит и без того кризисную экономику и расценивается как демографическая катастрофа.

Третий серьезный личностный эффект - увеличение объема жизни как такового и, если так можно сказать, увеличение "коэффициента полезного действия жизни", т.е. существенный рост отношения того периода, когда человек живет полноценно, к периодам неполноценности. Собственно говоря, в увеличении этих показателей и должна состоять основная цель деятельности государства.

Четвертый интересный эффект - это "гармонизация старения", обеспечивающий более достойную комфортную старость. Этот эффект достигается заблаговременным определением темпов старения различных органов и систем организма и поддержкой слабых звеньев.

Пятый эффект заключается в существенно более высокой социально-экономической эффективности геропротекторных технологий по сравнению с традиционными подходами, где эффективность определяется отношением количества прибавленных лет здоровой полноценной жизни на единицу финансовых затрат. Так, например, прибавка в 10-15 лет средней продолжительности жизни в России традиционными способами возможна лишь при превращении ее в развитое капиталистическое государство, уровня, скажем, Швеции по всем основным социально-экономическим показателям. Понятно, каких усилий и средств это стоит, и как нескоро это возможно. Осуществление и широкое массовое внедрение результатов программы "Здоровье-регион", может дать такой же эффект, но стоит не более, чем другие российские федеральные программы.

И наконец шестой важный эффект заключается в том, что опережающее создание геропротекторных технологий в России позволит ей занять достойное место на мировом рынке индустрии здоровья, который по своему масштабу превосходит рынок вооружений. Это будет торговля высокими технологиями, а не природными ресурсами.

Крутько В.Н.,
д.т.н., к.х.н., профессор,
заведующий лабораторией медицинской информатики Института системного анализа РАН, генеральный директор Национального геронтологического центра.

Гундаров И.А.,
д.м.н, к.ф.н, профессор,
академик РАЕН и РМА, заведующий лабораторией НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, профессор кафедры здорового образа жизни Российской медицинской академии последипломного образования, руководитель отделения медицины и здравоохранения Российской муниципальной академии

ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ СВЕРХСМЕРТНОСТИ И НОРМАЛИЗАЦИИ РОЖДАЕМОСТИ

Задача №1: ОСОЗНАНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ПРИЧИН ДЕПОПУЛЯЦИИ И КОРРЕКЦИЯ ИХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИСТОЧНИКОВ

Преодоление депопуляции в России является сейчас самой острой государственной проблемой, не решение которой угрожает национальной безопасности. Тем удивительнее, что до сих пор не выработано адекватной федеральной программы выхода из демографического кризиса. Существующие документы в большинстве не пригодны к практическому употреблению, поскольку носят бездоказательный, декларативный характер. Такое положение вызвано отсутствием ясного понимания причин и механизмов сверхсмертности и спада рождаемости. Традиционные факторы риска (неблагоприятная экологическая ситуация, повышенный холестерин крови, ожирение, плохое лечение гипертонии, потребление алкоголя, курение, бедность) оказались не имеющими отношения к сверхсмертности от ОНЗ. Более того, с классических медицинских позиций население стало вести более здоровый образ жизни, поскольку поступление холестерина с пищей снизилось благодаря уменьшению потребления мясных и молочных продуктов, распространенность курения среди взрослых мужчин не выросла, двигательная активность увеличилась, экологическая ситуация радикально улучшилась благодаря двукратному падению промышленного производства и свертыванию химизации сельского хозяйства. Относительно потребления алкоголя - оно высокое, но не выше начала 80-х годов и меньше, чем в Португалии, Франции и ряде других развитых стран.

В отношении кризиса деторождения также нет объяснения причин и механизмов двукратного спада рождаемости. Ведь снижения потребности в детях не произошло. Как и тридцать лет назад, российская семья желает иметь в среднем 2,5 ребенка, поэтому многие молодые семьи живут половой жизнью, не предохраняясь. Частота абортов уменьшилась за эти годы в 2,5 раза, что должно сопровождаться симметричным увеличением рождаемости, которого почему-то не наблюдалось. Рост потребления противозачаточных средств не объясняет и пятой части снижения количества новорожденных.

В результате, не знания причин и механизмов депопуляции, правительство осуществляет финансирование национального проекта "Здоровье" наобум, без научно обоснованного расчета. Так же и мировая профилактическая медицина оказалась накануне XXI века в глубоком кризисе, будучи неспособной предупредить катастрофический рост смертности и обвал рождаемости при проведении либеральных реформ. Кресты депопуляции стоят не только над Россией, но и Польшей, Венгрией, Болгарией, бывшей ГДР, Румынией, Литвой, Латвией, Эстонией, Белоруссией, Украиной и др. Тем не менее, за все эти годы не было проведено ни одной сессии РАН и РАМН, ни одной конференции ВОЗ, посвященных поиску причин и выработке путей преодоления гуманитарной катастрофы на постсоветском пространстве. Международное научное сообщество спокойно наблюдает за вымиранием целых наций. Да и оте-

чественная наука, похоже, согласилась с тем, что фатальные процессы на российской территории будут продолжаться десятилетиями.

Первое серьезное обсуждение этого вопроса состоялось на "круглых столах" в ЮВАО г. Москвы. Показано, что главной причиной кризиса производства детей является не нежелание их иметь, а выраженное падение репродуктивной способности населения. Отмечается снижение либидо и потенции из-за резкого роста агрессивности, тревожности, страха, безысходности. Происходит деэротизация отношений между полами вследствие антисексуального эффекта сексуальной революции. Отмечается резкое ухудшение деятельности эндокринной системы под влиянием психических факторов. У женщин это приводит к дисфункции яичников и развитию психогенного бесплодия. У мужчин наблюдаются выраженные нарушения сперматогенеза, также ведущие к бесплодию. Количество сперматозоидов в семенной жидкости взрослых мужчин снизилось на многих территориях до 10-20 миллионов на миллилитр против биологической нормы в 80-120 млн. Первично бесплодные браки стали встречаться в ряде регионов у каждой пятой молодой семьи. Миллионы женщин в России стоят в очереди на искусственное оплодотворение. Увеличилось количество самопроизвольных выкидышей, частота которых к общему числу беременностей достигает 15-20%. Выраженный рост смертности среди молодежи приводит к уменьшению доли лиц активного репродуктивного возраста. Произошло существенное ухудшение брачного поведения, когда количество разводов на 100 браков выросло в 1,5 раза.

В докладах второго "круглого стола" в ЮВАО было доказано, что главной причиной сверхсмертности также явилась эпидемия агрессивного-депрессивного синдрома, которая через психосоматические связи приводит к постарению населения, угнетению адаптивных механизмов, снижению устойчивости к различным заболеваниям. Уменьшение интенсивности обмена веществ, сокращение кровообращения в тканях организма, рост жесткости артерий, увеличение сосудистого сопротивления сопровождаются уменьшением резервов здоровья и повышением риска смерти.

Что касается источников нравственно-эмоционального неблагополучия, то в обоих случаях ими явилась неадекватная модель социально-экономических реформ, приведшая к росту стресса, безработицы, насильственной смены профессии, потери смысла жизни, депрессии, агрессивности, уменьшению социальной поддержки.

Таким образом, в процессах депопуляции различаются причины вымирания и их источник, механизмы развития и симптомы проявления. Соответственно для устранения каждого блока выделяются виды профилактики: этиологическая, патогенетическая и симптоматическая. Первая нейтрализует источник и причину, вторая блокирует механизмы повреждения, третья смягчает его болезненные проявления. Поскольку источником негативных влияний на общественное здоровье явился неадекватный курс реформ, вызвавший агрессивно-депрессивный синдром и другие психосоматические нарушения, постольку этиологическая профилактика призвана внести существенные изменения в политику государства. Социально-экономическое устройство страны должно быть приведено в соответствие с конституционным строем, где седьмая статья Конституции требует создание условий для достойной жизни населения. Для этого потребуется проведение всероссийское обсуждение по выработке нового курса реформ: эффективного, гуманного, справедливого. В нем - главная задача высшего государственного руководства по снижению смертности и повышению рождаемости.

Задача №2. РАЗВЕНЧАНИЕ ИЛЛЮЗИЙ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Блокирование механизмов возникновения и течения опасных заболеваний есть патогенетическая профилактика. Она зависит от резервов здоровья каждого человека, компенсаторных возможностей семьи и способности местных властей организовать жизнь таким образом, чтобы противостоять негативному внешнему воздействию. Поэтому в одинаково плохих условиях одни люди заболевают, а другие нет; одни теряют способность воспроизводить потомство, а другие продолжают детородную функцию. Страдают в первую очередь люди и семьи со сниженными защитными и компенсаторными возможностями. Так же как в одних районах страны демографическая ситуация благоприятная, а в других катастрофическая.

К важным механизмам патогенетической профилактики относится адекватная деятельность системы здравоохранения. Здесь требуется практическая работа, для которой требуется четкое понимание: какие конкретные меры надо предпринимать, какие специалисты ответственны за эту работу, какие инфраструктуры будут заниматься организацией и выполнением программы действий? Согласно национальному проекту "Здоровье", на эту роль выбрано лечебное здравоохранение. Поэтому основные деньги для борьбы со сверхсмертностью выделены на повышение заработной платы медицинскому персоналу и строительство супердорогих диагностических центров. Нет сомнения в необходимости улучшать благосостояние врачей и развивать медицину высоких технологий, но приведет ли это к снижению смертности? Разве 1,5-кратный рост смертности вызван отсутствием дорогих диагностических центров? Нет! Разве вымирание сохраняется из-за недостаточности лечебных возможностей? Тоже нет, поскольку больные потребляют эффективных лекарств больше прежнего, контроль качества работы врачей достаточный. В стране успешно действует федеральная программа лечения гипертонической болезни.

Для повышения рождаемости, согласно концепции национального проекта, выбраны меры материального стимулирования молодых семей и повышение экономической заинтересованности родильных домов в качественной работе. Нет сомнения в необходимости материальной помощи матерям для воспитания детей и совершенствовании финансирования службы родовспоможения. Но станут ли от этого молодые семьи чаще рожать? Мировой опыт показывает, что даже большее материальное стимулирование нигде не приводило к бэби-буму.

Да и способна ли страховая лечебная медицина заниматься профилактической деятельностью? Экономический анализ показывает: ей это экономически не выгодно. Врач и лечебное учреждение, получая деньги за пролеченных пациентов, заинтересованы: а) чтобы больных было больше, б) чтобы болезни были сочетанными и тяжелыми, в) чтобы острые заболевания не вылечивались, а переходили в хронические. Гинеколог заинтересован, чтобы было больше дисфункций и миом. Акушеру выгодно, чтобы кесарево сечение делали каждой роженице. Поэтому нигде в мире страховое здравоохранение "не рубит сук, на котором сидит". Максимум, на что оно способно - это громкие декларации и имитация профилактической деятельности.

В экономическом отношении страховое здравоохранение есть чрезвычайно дорогое удовольствие. В США ежегодные медицинские расходы на каждого жителя составляют около 4000$, в Западной Европе - около 2000 $, в России - менее 100 $. При таком соотношении инвестиционных потенциалов совершенно ясно, что идти по американскому пути в решении проблем общественного здоровья нам невозможно. Страховая модель медицины не соответствует потребностям российского здравоохранения еще и в силу следующих особенностей.

Главным аргументом внедрения страховой медицины была убежденность в ее способности привлечь значительные дополнительные инвестиции к недостаточному бюджетному финансированию. На самом деле этого не произошло. Страховой резерв формируется не за счет активности Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), а благодаря обязательным отчислениям на предприятиях фиксированной суммы от заработной платы. В этом заслуги ФОМСа нет. Отчисления есть фактически бюджетные деньги, которые направляются, правда, не в бюджет, а к посредникам. Если предположить, что ФОМС исчезнет, разве финансовые средства перестанут отчисляться? Не перестанут. В таком случае, с экономической и медицинской точек зрения разумнее направлять их непосредственно в здравоохранение, минуя посредников.

Предполагалось, что организация здравоохранения по страховому принципу повысит эффективность вложений и уменьшит бюрократизацию управленческого аппарата. В действительности, к существующему аппарату профессионального управления добавились аппарат ФОМС и страховых компаний. В результате, как показал западный опыт, до 30% поступающих в страховую систему средств, направляется на обслуживание внутренних потребностей страхового фонда. Из оставшейся суммы еще треть идет на обслуживание деятельности самих страховых компаний. В результате до здравоохранения доходит значительно меньшая сумма от исходной.

Считалось, что страховая модель повысит качество врачебной работы благодаря введению контрольных функций со стороны страховщиков. Этого не случилось, поскольку контролю

подлежит не сама работа врача, не реальные результаты его лечебной деятельности, а качество ведения медицинских записей в историях болезней и амбулаторных картах. Так же как и сертификация лечебных учреждений осуществляется не по фактическому состоянию дел, а по представленным документам, которые легко фальсифицируются. С психологической точки зрения, отказ в доверии врачам-лечебникам вызовет сомнению в порядочности или профессионализме и самих контролеров. Потребуется введение контроля над экспертами, что приведет к бесконечному абсурду.

Контролирующая деятельность страховщиков требует максимальной стандартизации лечебной деятельности. Но ведь лечение сложных случаев является в определенной мере искусством, не подлежащим стандартизации. Устранение творчества превращает работу врача в механическое ремесленничество. Более того, становится наказуемым поиск и индивидуальный подход, что противоречит традициям отечественной школы, где господствовал принцип "Лечить не болезнь, а больного". Вместо него предлагается лечить не больного, а выполнять заданные инструкции. В противном случае врач рискует быть наказанным со стороны страховых компаний. Тысячи инструкций регламентируют творческий процесс, превращая его в рутинную процедуру.

Для отечественного врачевания всегда было характерным установление неформальных отношений с больным. Священник и врач - вот два специалиста, перед которыми можно излить проблемы страдающей души. Вместо этого навязываются отношения продавца и покупателя - "поставщика медицинских услуг" и "потребителя медицинских услуг", как в мясной лавке. Врачи задыхаются от бюрократизации своей деятельности, когда не остается времени на размышление и человеческие отношения с больным.

Утверждается, что для оценки эффективности работы лечебного учреждения лучше подойдут экономические показатели. Поэтому руководить поликлиниками, больницами, родильными домами должны не главные врачи, а финансисты-менеджеры. Но это то же самое, как если поставить во главе военных подразделение не боевых офицеров, а интендантов, и оценивать эффективность военных операций по количеству сэкономленной солярки или боеприпасов. Несомненно, деньги - важное условие эффективной работы ЛПУ. Но - лишь условие, а не цель.

Переход на рыночные механизмы управления здравоохранением сделал невозможным в принципе широкую профилактическую деятельность. Оплата лечебных услуг - это "короткие" деньги, а оплата профилактических услуг - "длинные деньги, результат вложения которых приходится долго ждать. Поэтому менеджеру невыгодно с экономических позиций заниматься профилактикой.

Свободный выбор пациентом врача - это по сути демагогическая фраза, за которой не стоит механизм ее реализации. Чтобы грамотно выбрать врача или лечебное учреждение, больной должен знать их достоинства и недостатки. Такой возможностью он не располагает. В результате совершается ошибка, когда хорошим врачом считается заботливый дилетант, а плохим врачом - грубый профессионал. В полной мере такой вывод распространяется и на выбор родильных домов, где дороже - не значит лучше. Даже учет осложнений при обслуживании больных в ЛПУ не может служить окончательным критерием эффективности лечения. Известно, если учреждение принимает больше тяжелых больных, там чаще случаются осложнении и летальные исходы. Для их устранения в погоне за хорошими показателями больницы просто перестанут брать тяжелых больных.

Вывод: страховая модель здравоохранения не адекватна тем задачам, которые требуется решать для преодоления депопуляции в России. Об этом свидетельствует и опыт развития страховой модели здравоохранения в США, находящейся, по мнению американских врачей, в состоянии глубокого кризиса.

А что взамен? Существует ли альтернатива? Российскому обществу внушили, что не существует, и развитые страны мира пользуются, мол, только такой системой. Это неправда. Практически во всех европейских государствах 90-е годы характеризовались процессами реформирования здравоохранения. Однако характер реформ существенно различался в зависимости от имевшегося в стране типа финансирования. По данному признаку развитые страны разделились на две группы.

Типы основного финансирования здравоохранения в развитых странах

Бюджетное финансирование	Страховое финансирование
Великобритания	США
Дания	Австрия
Исландия	Бельгия
Норвегия	Франция
Финляндия	Германия
Швеция	Израиль
Греция	Голландия
Италия	Швейцария
Португалия	Турция
Испания	

У каждой из обеих моделей имеются положительные и отрицательные стороны. Организация здравоохранения по страховому принципу характеризуется более высокой ответственностью врача перед пациентом, готовностью удовлетворять его потребности и желания, более совершенным качеством обслуживания и передовой технической оснащенностью. В то же время здесь ниже доступность медицинской помощи, больше несправедливости в обеспечении необходимых медицинских потребностей, ниже уровень бескорыстной профессиональной солидарности. Медицина такого типа заинтересована в увеличении числа платежеспособных пациентов, а значит, в росте распространенности хронических заболеваний. Характерно смещение акцента с профилактики и укрепления здоровья на лечебную деятельность, поскольку, чем больше больных, тем выше прибыль.

К преимуществам бюджетного здравоохранения относится доступность необходимой лечебной помощи для всего населения, справедливость в распределении ресурсов, равные возможности укрепления здоровья, наличие широких административных полномочий для массовой профилактической работы, более выраженная профессиональная солидарность на бескорыстной основе. Отрицательными чертами выступают меньшая ответственность перед пациентом, недостаточный уровень финансирования и технической оснащенности, менее качественное обслуживание, большая инертность к восприятию инноваций.

Негативные стороны каждой модели в равной мере неприемлемы для современного общества. Соответственно бессмысленно проводить реформы, которые меняют недостатки одной системы на недостатки другой. В соответствие с рекомендациями ВОЗ, более разумным представляется путь объединения положительных черт обеих систем при минимизации их отрицательных свойств для достижения единой цели: "получение максимума оздоровительного эффекта на единицу вложенных средств при справедливом распределении". Поэтому, например, в США при президентстве Клинтона планировалась реформа здравоохранения, когда в каждом штате предполагалось создание центра по финансированию медицинских потребностей, который будет формироваться на основе федерального бюджета, но оставаться подконтрольным местным властям.

Задача №3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В СИСТЕМЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проведенный анализ показывает, что для преодоления депопуляции в России требуется создание нового направления в здравоохранении - профилактического. Оно призвано, в отли-

чие от лечения, делать так, чтобы люди не заболевали, а желающие иметь детей их имели. Здесь зарплата врача будет тем больше, чем меньше заболеваемость и смертность, чем лучше самочувствие и больше рождаемость. Предметом деятельности станут не болезни больных, а резервы здоровья и биологический возраст. И, поскольку здоровье человека зависит от окружающих его каждый день условий, постольку оздоровительная медицина призвана работать с населением не по обращаемости, а в текущем социальном и индивидуальном контакте. Для этого она обязана быть простой, дешевой, с большой пропускной способностью, доступной к применению в любых условиях. Значит, инфраструктура социально-медицинской профилактики должна базироваться не на крупных учреждениях, посещение которых вырывает человека из обычного жизненного ритма, а на децентрализованной сети кабинетов оценки здоровья и центров профилактической коррекции и реабилитации, приближенных к повседневной жизни.

Перечисленными свойствами призвано обладать муниципальное здравоохранение? Многие ученые и практики считают, что такого здравоохранения не должно быть. Этот вывод справедлив, если под здравоохранением понимать лишь лечение больных и оказание помощи роженицам на базе больниц, поликлиник, диспансеров, диагностических центров, родильных домов. Муниципалитеты не в состоянии финансировать крупные затраты. Это по силам только государственному здравоохранению, размещающему свои учреждения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Если же говорить об управлении резервами здоровья и образом жизни людей, то инфраструктурой такой деятельности здравоохранения будут не крупные учреждения, а массовая сеть кабинетов оценки здоровья и центров профилактической коррекции, приближенных к населению. Оздоровительную работу удобнее осуществлять на региональном уровне в рамках муниципального здравоохранения. Это будет здравоохранение "малых форм", доступное финансированию из местного бюджета. Закон о муниципальном самоуправлении дает такую возможность. Тем самым, система национального здравоохранения окажется состоящей из двух крыльев: государственной лечебной медицины и муниципальной профилактической медицины.

В профилактической муниципальной деятельности объектами воздействия могут быть все общество в целом, отдельные группы населения, каждый человек по отдельности. Соответственно различаются три профилактические стратегии: популяционного риска, группового риска и индивидуального риска. Популяционная стратегия реализуется политическими, административными и гигиеническими средствами. Групповая стратегия ориентирована на оздоровление разных групп населения, имеющих патогенные признаки: привычку курения, избыточную массу тела, артериальную гипертензию и др., где профилактические мероприятия реализуются административными и медицинскими средствами. Индивидуальная стратегия направлена на выявление отдельных лиц со сниженным резервом здоровья и высоким риском опасных заболеваний. Эта деятельность осуществляется органами здравоохранения и самостоятельно каждым человеком.

Эффективное управление здоровьем населения на популяционном уровне невозможно без правильного выбора цели деятельности и создания технологии контроля над ее достижением. Для этого требуется, чтобы цель имела конкретные, количественно измеряемые показатели и существовал четкий механизм слежения за приближением к целевому уровню. Необходимы также критерии пороговой неэффективности проводимых мероприятий, чтобы принимать решение о переходе к поиску альтернативных вариантов.

В общественном здоровье одним из главных параметров цели служит увеличение ожидаемой продолжительность жизни (ОПЖ). Он легко и однозначно рассчитывается по таблицам поло-возрастной смертности. Выбор ОПЖ в качестве ориентира предлагаемой Программы снижения смертности и увеличения продолжительности активной жизни определяется рядом его свойств как основного индикатора качества жизни (КЖ):

1. кумуляция в себе основной информации о КЖ;
2. возможность количественного измерения с помощью доступных технологий;
3. однозначное понимание всеми;
4. применимость для задач любых масштабов: популяционных, групповых, индивидуальных;
5. высокая чувствительность к влиянию негативных и позитивных факторов среды;

6. возможность коррекции с помощью практических действий;

7. совмещение свойств цели и критерия эффективности управления;

8. доступность экономической оценки по количеству приобретенных человеко-лет жизни в расчете на 1 рубль затрат.

Для выбора оптимальных решений из набора альтернативных методов оздоровления

требуется создание специального научно-методического центра, основными задачами которого должны являться:

- экспертный анализ предлагаемых средств и методов оздоровления и продления жизни,
- подготовку аналитических обзоров мирового опыта, с привлечением авторов наиболее значимых работ;
- осуществление независимой экспериментальной апробации предлагаемых средств;
- текущий мониторинг эффективности Программы.

При управлении реализацией социально-экономических программ используются два основных метода: "Метод программно-целевого планирования" и "Метод управления целями". Первый применяется в случае реализации дерева целей с помощью налаженной иерархической системы управления и контроля финансов на каждом уровне. Второй применяется в ситуации, когда невозможно руководить всеми элементами, например, руководить оздоровлением каждого жителя региона. В этом случае управление осуществляется органом, типа научно-методического аналитико-информационного центра, с помощью следующих технологий:

- формирование в населении информационной среды, способствующей решению поставленных задач;
- активная мотивация всех членов общества к достижению заявленной цели;
- обеспечение условий удовлетворения возникающей мотивации и активная государственная поддержка возможностей ее реализации;
- законодательное регулирование общественного поведения в нужном направлении.

В развитых странах, где здоровье ценится наиболее высоко, финансирование здравоохранения включает в оборот сотни миллиардов долларов. Тем не менее, и здесь стал проявляться системный кризис, сутью которого стало снижение темпов роста продолжительности жизни, несмотря на возрастающие интеллектуальные и финансовые инвестиции. Становится все более очевидным, что человек в своем развитии вплотную подошел к пределу продолжительности жизни как биологического вида. Отвоевывать у природы годы дополнительной жизни становится все труднее. Поэтому альтернативным направлением в этой сфере становится сдерживание старения и снижение биологического возраста человека. Традиционными медицинскими средствами данную проблему решить невозможно. В докладе американских экспертов президенту США в 2003 г. было показано, что даже открытие фантастических "чудо-таблеток" от рака или сердечно-сосудистых заболеваний способно увеличить ОПЖ населения всего на несколько лет, тогда как новые технологии сдерживания старения дают прирост ОПЖ, исчисляемый десятками лет.

При популяционном профилактическом подходе каждый из 1200000 жителей ЮВАО г. Москвы должен ощутить на себе оздоровительное действие факторов Программы, иначе общего эффекта оздоровления не удастся получить. Предварительные оценки показывают, что стоимость одного человеко-года дополнительной жизни, добавляемого Программой, будет варьировать в диапазоне 10-50 долл., что соответствует медицинским программам Всемирного банка для развивающихся стран.

При поиске источников финансирования Программы префектура ЮВАО г. Москвы, как инициатор и координатор Программы, должна взять на себя стартовые материальные расходы и административную поддержку на всех стадиях реализации. Желательно привлечь Правительство Москвы, средства национальных проектов под патронажем Правительства и Думы; средства партии "Единой России". При хорошей рекламе Программы и создании моды на здоровье жители сами с согласием будут платить за многие недорогие средства с гарантированным качеством и эффектом.

При Администрации Программы необходимо создать благотворительный фонд "Активное долголетие", в Попечительский Совет которого избирать известных людей округа, а возможно Москвы и России.

Формирование оздоровительного менталитета населения и моды на здоровье позволит про-

изводителям оздоровительных услуг занять лидирующие позиции в регионах по многих вопросам, связанным со здоровьем, сформировать свои брэнды. Это обеспечит выброс на рынок широкого спектра услуг и предметов оздоровления на коммерческой основе, востребованного обеспеченной частью населения. При этом уникальность программы и ее эффектов сделает ее привлекательной для тиражирования и продажи технологий, как в России, так и за рубежом, где спрос на здоровье гораздо выше. С определенного момента развития Программа может выйти на самоокупаемость и даже на определенную доходность, что приведет в целом к существенному снижению ее стоимости. Тем самым, организаторы программы получат весомые политические дивиденды, плюс личную возможность продления собственной здоровой жизни.

В России имеется целый ряд достаточно богатых городов и регионов с энергичными, современно мыслящими лидерами, озабоченными проблемами здоровья населения, проблемами собственного здоровья и собственным политическим имиджем. Поиск и привлечения таких лидеров позволит одновременно реализовывать Программу сразу в нескольких регионах, что снизит накладные расходы для каждого участника и уменьшит стоимость дополнительного человеко-года здоровой активной жизни. Для реализации программы целесообразно создание Холдинга, с организацией коммерческого Центра омоложения, предоставляющего популярные на Западе и в элитной России услуги по антистарению (Anti-Aging Medicine). Его главной задачей будет апробация и реализация технологий увеличения продолжительности жизни, не на годы, а на десятки лет. В основу будут положены современные технологии антистарения, стоимость которых в настоящее время достаточно велика и может использоваться только на ВИП-уровне. Это позволит привлечь богатых инвесторов, заинтересованных в собственном здоровье и политическом престиже, получить полигон для испытания новых высоких технологий здоровья, в том числе нанотехнологий. Авторы проекта имеют в своем распоряжении ряд детально проработанных профессиональных бизнес-планов реализации ряда упоминаемых в Программе решений.

Для создания в обществе моды на здоровье и активизации личных действий каждого к его достижению потребуется:

- напористое информационное давление на население по всем возможным каналам в направлении как самооздоровления, так и использования предлагаемых в Программе средств и методов с помощью радио, ТВ, рассылок в почтовые ящики, работы в организованных коллективах и другие возможности;
- создание у населения оздоровительных мотиваций и установок с помощью средств современной психотерапии;
- создание моды на здоровье через привлечение к участию популярных спортсменов, актеров, политиков;
- проведение обучающих передач на ТВ;
- ведение Интернет-портала с дистанционной диагностикой здоровья, советами и рекомендациями врачей, формированием индивидуально адаптированных диет и программ физической нагрузки;
- издание специальной популярной литературы, брошюр, плакатов, адаптированных к референтным группам населения: дети, пожилые, работающее население и т.д.

К законодательным мерам, способствующим оздоровлению населения, относятся:

- разрешение продавать только иодированную и/или фторированную соль;
- усиление контроля за качеством воды, воздуха и пищи;
- выявление типичных ситуаций дорожно-транспортного травматизма и принятие решений по их устранению.

Для оптимизации двигательной активности населения необходимо:

- организовать дворовые детские и подростковые команды "кожаный мяч", "шайба" и др., городские футбольные, волейбольные и т.д. школы, руководимые известными спортсменами;
- проводить городские и районные олимпиады;
- создать спортивные площадки для взрослых в зеленых зонах района;
- открыть маршруты велосипедного транспорта;
- создать сеть общественных инструкторов, обучив их технологиям реализации Программы;
- дотационное распространение доступных средств, улучшающих здоровье: фильтры для воды, гипоксикаторы, специальная литература и т.д.;

- дотационное введение пищевых добавок в продукты массового спроса: витамин С, фолиевая кислота, йод, фтор и др.; дотационное распространение эффективных фитопрепаратов и БАДов.

Задача 4. ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ "СВЕРХСМЕРТНОСТИ" В МУНИЦИПАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

При популяционном подходе считается, что в профилактику опасных для жизни заболеваний должно вовлекаться все взрослое население, поскольку у каждого есть те или иные факторы риска. Однако факты говорят об ином. Если смертность в России составляет 16 случаев на 1000 жителей, а нормальным считается 10 промилле, то реальную опасность преждевременной смерти имеют только 6 человек из 1000 населения. Пусть их будет 60, или даже 100, все равно остальные 900 обладают достаточным резервом здоровья, чтобы остаться живым. Значит, в профилактическом здравоохранении должна быть создана служба для выявления тех, кто действительно нуждается в оздоровительных мероприятиях. Это максимум 10% лиц с повышенным риском инфаркта, инсульта, рака и др. Остальные 90% населения не нуждаются в обязательных профилактических воздействиях, так как обладают достаточным резервом здоровья.

Возможность такого индивидуального профилактического подхода открывается с развитием учения о резерве здоровья. Известно, что жизнеспособность человека зависит не только от условий окружающей среды и особенностей поведения, но также от адаптивных возможностей организма (резерва здоровья). Для его измерения предложены доступные технологии: с помощью программы "Эскиз-1" (И.А. Гундаров и соавт.), по биологическому возрасту с помощью программы "Диагностика старения. Биовозраст" (В.Н.Крутько и соавт.), с помощью оценки адаптации (Г.Л.Апанасенко и др.), по программе "Хелми-тест" (В.П.Куликов и соавт.) и др. В этом случае предметом прогнозирования и коррекции становятся не отдельные факторы риска, как принято в настоящее время, а состояние человека в целом. В результате небольшие муниципальные ресурсы не будут "размазываться по всей тарелке", а станут "точечно" направляться по жизненным показаниям. Благодаря увеличению резерва здоровья и омоложению человек становится устойчивым к болезням и преждевременной смерти даже в плохих условиях.

Использование "точечных" технологий в сочетании с массовым применением предлагается положить в основу муниципальной системы массовой индивидуальной профилактики преждевременной смертности.

Цель и задачи

Цель - создание службы массовой индивидуальной оценки и коррекции риска опасных для жизни заболеваний, способной за три-пять лет снизить смертность на 25-30% среди населения, участвующего в программе.

Задачи:

- обследование один раз в два года каждого жителя трудоспособного возраста для выявления лиц с повышенным риском опасных заболеваний;
- у лиц с высоким риском выявление особенностей образа жизни, ведущих к неблагоприятному прогнозу;
- подбор индивидуальных рекомендаций для коррекции факторов нездорового образа жизни и увеличения резерва здоровья.

Принципы:

а) привязка проводимых мероприятий к конкретным особенностям человека, коллектива, региона;

б) реализация профилактической деятельности через существующие государственные и общественные структуры;

в) переход от оценки отдельных факторов риска к оценке здоровья человека в целом;

г) этапность профилактической работы;

д) личный контроль со стороны пациента за динамикой количества здоровья;

е) сочетание бюджетного и дополнительного финансирования;

ж) использование традиционных и инновационных оздоровительных технологий;

з) мониторинг эффективности профилактики по материалам компьютерных баз данных.

Этапы

1 этап - прогностический скрининг для выявления лиц с высоким риском опасных заболеваний, которые направляются на второй этап. (Отбор проводится в кабинетах оценки здоровья или доврачебного контроля);

2 этап - определение резерва здоровья, факторов нездорового образа жизни и их коррекция с помощью малозатратных технологий. (Проводится в Муниципальных центрах медицинской профилактики);

3 этап - специализированная профилактическая помощь с использованием трудоемких и дорогостоящих технологий. (Проводится в окружном Центре здоровья).

4 этап - оценка эффективности профилактических мероприятий и принятие управленческих решений. (Проводится участковым терапевтом или врачом общей практики).

Прогностический скрининг

Определение риска опасных заболеваний проводится в кабинетах оценки здоровья, расположенных в ЛПУ. Используются прогностические методики, к числу которых относится компьютерный комплекс ЭСКИЗ-1, осуществляющий прогноз риска ОНЗ на ближайшие 10 лет. Используется комплексный алгоритм, включающий 25 параметров, отобранных в результате многолетних наблюдений:

- биологические параметры (систолическое и диастолическое АД, пульсовое давление, пол, возраст, рост, вес, индекс массы тела, частота сердечных сокращений);
- показатели внешнего риска (образование, привычка курения, географическая широта проживания, год, месяц и день рождения);
- параметры резерва здоровья (ударный индекс сердца, периферическое сосудистое сопротивление, тонус сосудов головы, приток крови в артерии головы);
- признаки заболеваний (стенокардия напряжения, недостаточность кровоснабжения мозга, хронический бронхит, перенесенный инфаркт сердца и инсульт мозга);
- психологические факторы (самооценка здоровья, наличие депрессии).

При отсутствии диагностической аппаратуры определение гемодинамических параметров проводится с помощью статистических моделей. Методика ЭСКИЗ-1 позволяет классифицировать население на группы, различающиеся по риску смерти за ближайшие 10 лет в 30-50 раз (по инсульту в 120 раз, по инфаркту в 50 раз, по злокачественным новообразованиям в 15 раз, по прочим опасным заболеваниям в 20 раз).

Лицам с большим резервом здоровья предлагается свободный, без медицинских ограничений образ жизни и каждые два года контроль за динамикой индекса здоровья. Лица со средним резервом здоровья решают по собственному усмотрению, заниматься ли им оздоровительными мероприятиями. Лица с малым резервом здоровья или недостаточным качеством здоровья направляются на второй этап в Муниципальный центр медицинской профилактики (МЦМП).

Пропускная способность методики ЭСКИЗ-1 составляет 3-4 человека в час на одного медработника, или 4-5 тысяч человек в год. Обследование выполняется средним медперсоналом в кабинетах оценки здоровья, которые организуется в составе территориальных поликлиник, больниц, медико-санитарных частей и т.д.

В составе ЛПУ кабинет оценки здоровья осуществляет следующую деятельность:

а) на уровне пациентов:

- проведение скрининговых обследований для выявления лиц с высоким риском опасных заболеваний;
- направление лиц с высоким риском на дообследование и консультацию в МЦМП;
- слежение за эффективностью профилактики у лиц, выполняющих оздоровительные мероприятия;
- создание базы данных по результатам проводимых обследований и передача ее ежегодно в МЦМП;
- осуществление гигиенического обучения пациентов: выдача памяток, брошюр, проведение лекций, бесед и др.

б) на уровне учреждения:

- обучение медицинских работников методам оценки и коррекции риска ОНЗ, индивидуального и группового консультирования;
- оценка качества и объема профилактической работы в учреждении среди персонала;
- внедрение новых форм и методов профилактической работы;
- оздоровление медицинских работников учреждения;
- составление ежегодных отчетов по профилактической работе в учреждении.

в) на уровне территории:

- обеспечение взаимодействия с МЦМП, другими медицинскими учреждениями по разработке и реализации программ профилактики заболеваний и укрепления здоровья обслуживаемого населения;
- взаимодействие с немедицинскими учреждениями для внедрения новых методов и форм профилактической работы;
- распространение методических и наглядных материалов по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний;
- оказание помощи МЦМП в проведении оздоровительных мероприятий среди прикрепленного населения.

Штатное расписание КОЗ определяется из расчета одна ставка медицинской сестры на 10000 населения трудоспособного возраста. По усмотрению главного врача ЛПУ в штате может быть врач (0,5 ставки) и психолог или психотерапевт (1 ставка).

Минимальное оснащение: отдельное помещение площадью от 6 кв.м., мебель, тонометр, фонендоскоп, ростомер, весы, анкеты, препараты экстренной помощи, наглядные и раздаточные материалы, материалы для проведения группового профилактического консультирования, план работы, расписание приема, формы учета и отчетности. По возможности имеются наборы для экспресс-диагностики уровня холестерина и глюкозы крови. Компьютер с принтером могут находиться здесь же или в другом помещении.

Муниципальный центр медицинской профилактики

Муниципальный центр медицинской профилактики предназначен для оказания малозатратных специализированных профилактических услуг. Он возглавляется главным врачом, который является заместителем руководителя территориального органа управления здравоохранением по профилактической работе (на внештатной основе). В деятельности МЦМП выделяются три основных аспекта: консультативно-диагностический, организационно-методический и гигиенического обучения, которые реализуются соответствующими отделами.

Консультативно-диагностический отдел выполняет следующие виды работ:

- выявление факторов нездорового образа жизни;
- определение резерва здоровья с помощью реографии;
- измерение биологического возраста;
- оценка типа личности;
- выявление депрессии, агрессивности, определение смысла жизни;
- оценка риска инсульта и инфаркта у больных артериальной гипертензией;
- определение характера избыточного и недостаточного веса.

Для изучения образа жизни и поиска факторов нездорового образа жизни используется социально-психологическое обследование с помощью методики "ЭСКИЗ-2". Высокая пропускная способность обеспечивается при групповом анкетировании, когда один интервьюер работает с группой из 10-20 человек. Ввод данных в компьютер и выдача заключений осуществляется сразу или в любое другое время, здесь же или в ином месте.

По результатам обследования выделяются факторы нездорового образа жизни, количество которых варьирует из следующего набора:

СЕМЕЙНЫЕ УСЛОВИЯ (частые конфликты в семье, неудовлетворенность семейной жизнью, отсутствие детей, проживание без семьи); НЕДОСТАТОЧНЫЙ ОТДЫХ (недосыпание, неполноценное использование отпуска и выходных дней, недостаточность ежедневного отдыха); ПИТАНИЕ (однообразное питание, недоедание, нерегулярное питание); ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ (избыточные физические нагрузки на работе, низкие повседневные физические нагрузки, недостаточность занятий физкультурой и спортом); ДУХОВНЫЕ ФАКТОРЫ (отсутствие смысла жизни, установка на недостаточную продолжительность жизни); ОБ-

ЩЕСТВЕННАЯ ПОДДЕРЖКА (дефицит дружеских связей, недостаточная поддержка со стороны семьи); СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (проблемы в интимной жизни);

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ (курение, злоупотребление алкоголем); ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ (чрезмерная длительность рабочего дня, плохие отношения с руководством, плохие отношения с коллегами, неудовлетворенность работой, высокая напряженность на работе); ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ощущение себя несчастливым, пренебрежение личным здоровьем, депрессивное состояние, повышенная агрессивность); МАТЕРИАЛЬНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ (низкий подушевой доход, неудовлетворенность благосостоянием семьи, неудовлетворенность личным заработком); ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ (недостаточная жилая площадь, отсутствие отдельной квартиры, недовольство жилищными условиями); УСЛОВИЯ В РАЙОНЕ ПРОЖИВАНИЯ (неудовлетворительные климат и экология, недостаточная благоустроенность района); ПОЛОЖЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕ (недостаточное образование, неквалифицированный труд, неудовлетворенность социальным положением, безработица);

ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (проживание в крупном городе, проживание на более северных широтах); СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ (плохая социальная защищенность, неудовлетворенность политикой властей); НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ (по инфаркту, по инсульту, по раку, по психическим заболеваниям).

Для оценки качества жизни по перечисленным аспектам и в целом рассчитывается интегральный показатель "Розы Качества Жизни".

Лечебные методы профилактики

Для профилактики ОНЗ традиционно используются медикаментозные и поведенческие способы коррекции, снижающие распространенность традиционных факторов риска ОНЗ:

1) лечение повышенного артериального давления;
2) устранение гиперхолестеринемии;
3) снижение избыточной массы тела;
4) преодоление привычки курения.

Реабилитация здоровья

Реабилитационный подход исходит из того, что традиционная коррекция факторов риска не снижает смертность и не повышает качество жизни. К тому же, причины сверхсмертности в России не сводятся к традиционным факторам риска. В такой ситуации необходимы новые оздоровительные подходы. Критерием их выбора служит доказанная эффективность во влиянии на психологическое состояние и соматический субстрат здоровья (тонус сосудов, периферическое сопротивление, ударный объем сердца, приток крови в жизненно важные органы, тканевой метаболизм). Наиболее эффективными представляются следующие малозатратные технологии:

1) психологическая коррекция: устранение депрессии, агрессивности, моделирование смысла жизни и др.;
2) плацебо-терапия, в т.ч. через гомеопатию, физиотерапевтическое лечение;
3) социальная поддержка, трудотерапия;
4) оптимизация двигательной активности;
5) коррекция недостаточной и избыточной массы тела;
6) гармонизация семейных и сексуальных отношений;
7) фармакосанация (адаптогены, витамины и др.);
8) гипоксические тренировки с помощью индивидуальных гипоксикаторов или волевой задержки дыхания.

Формирование сберегающего здоровье поведения

Для формирования сберегающего здоровье поведения проводится выявление неблагоприятных факторов образа жизни: бытового, семейного, производственного, социального и т.д. характера, имеющихся у данного человека. Такое "меню" факторов нездорового образа жизни служит предметом адресного подхода к их индивидуальной коррекции. Выбор осуществляет пациент самостоятельно или с помощью специалистов по медицинской профилактике, исходя из личных пожеланий и возможностей лечебно-профилактического учреждения.

Организационно-методический отдел обеспечивает:

- мониторинг демографической ситуации в регионе по данным официальной статистики и материалам службы госсанэпиднадзора;
- методическое руководство и координацию работы КОЗ поликлиник; оценку эффективности их работы по материалам компьютерных баз данных;
- взаимодействие с администрацией региона в разработке региональных программ и нормативно-распорядительных документов по охране и укреплению здоровья населения;
- взаимодействие с учреждениями госсанэпиднадзора и другими медицинскими организациями по определению приоритетных проблем укрепления здоровья населения;
- организацию межсекторального сотрудничества и вовлечение государственных и общественных организаций в решение проблем, связанных со здоровьем, включая учреждения образования, культуры, физкультуры и спорта и др.;
- организацию и проведение массовых оздоровительных мероприятий;
- участие в реализации федеральных и региональных целевых профилактических программ;
- внедрение новых эффективных технологий оздоровления и профилактической работы с населением;
- участие в тематических конференциях и совещаниях по обмену опытом, изучению и анализу новых форм и методов профилактической работы;
- подготовку кадров для КОЗ лечебно-профилактических учреждений.

Отдел гигиенического обучения с издательской группой осуществляет:

- информационную и коммуникативную виды деятельности по гигиеническому обучению различных возрастно-половых и профессиональных групп населения;
- проведение группового профилактического консультирования: школы больных артериальной гипертонией, бронхиальной астмой, сахарным диабетом и др.;
- взаимодействие со средствами массовой информации по формированию здорового образа жизни; по основным вопросам профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья;
- редакционно-издательскую деятельность по актуальным вопросам укрепления здоровья населения.

Штат МЦМП рассчитывается на 200-250 тысяч человек трудоспособного возраста. Врачи: психолог - 5 ставок, функционалист - 2 ставки, эндокринолог - 1 ставка, реабилитолог здоровья и физиотерапевт - 5 ставок. Средний медицинский персонал - 20 ставок, массажисты - 4 ставки.

Диагностическое оборудование: реоплетизмограф, компьютер, принтер, бумага для принтера, программа прогностической оценки, электрокардиограф, спирограф, ростомер, весы, тонометры, фонендоскопы, реактивы для определения холестерина и глюкозы крови, набор средств экстренной кардиологической помощи.

Окружной центр здоровья

Окружной центр здоровья предназначен для выполнения трудоемких или дорогостоящих специализированных услуг по коррекции высокого риска смерти, недоступных в Муниципальных центрах медицинской профилактики.

Перечень услуг:

1. Консультации специалистов высокого уровня: психолога, эндокринолога, терапевта, специалиста по двигательной активности.
2. Диагностические процедуры: велоэргометрия (тредмил), оценка микроциркуляции, УЗИ сонной артерии, реоэнцефалография, тетраполярная грудная реография, спирография.

Оздоровительные технологии:

- дробные гипоксические тренировки с помощью стационарных гипоксикаторов,
- барокамеры;
- капилляротерапия (скипидарные ванны);
- апиллотерапия (воздействие укусами пчел);
- разгрузочно-диетическая терапия (лечебное голодание);
- очищение и дезинтоксикация организма;

- повышение физической тренированности;
- снижение или увеличение массы тела;
- коррекция липидного профиля крови;
- нормализация мозгового кровообращения.

Преемственность профилактики, лечения и реабилитации

Технологии адресной медицинской профилактики ориентированы на достижение преемственности лечебного, профилактического и реабилитационного секторов здравоохранения. Участковые терапевты, семейные врачи, узкие специалисты, реабилитологи заинтересованы в работе данной службы, так как она берет на себя функции доврачебного осмотра, осуществляет немедикаментозную профилактику ОНЗ. Коррекция резерва здоровья и образа жизни является важным этапом любой медицинской реабилитации. В свою очередь, профилактическая служба нуждается в клиническом обследовании лиц с высоким риском опасных заболеваний, осуществлении необходимой медикаментозной терапии, использовании санаторно-курортной сети.

Координатором лечебно-профилактической работы на индивидуальном уровне является участковый врач-терапевт или семейный врач

Учетные формы

К основным учетным формам работы службы медицинской профилактики и реабилитации здоровья относятся:

1) Заключение по оценке риска опасных заболеваний
2) Заключение по оценке образа жизни
3) Заключение по углубленному профилактическому обследованию
4) Заключение по консультативному осмотру
5) Рекомендации по коррекции образа жизни
6) Рекомендации по реабилитации резерва здоровья.

Параметры отчетности

Отчетная деятельность муниципальной системы медицинской профилактики проводится по следующим позициям.

Текущие параметры:

- количество обследованных лиц для оценки риска ОНЗ;
- количество обследованных лиц для оценки образа жизни;
- количество углубленных профилактических обследований;
- количество консультативных углубленных осмотров;
- количество проведенных мероприятий по нормализации образа жизни;
- количество выполненных реабилитационных процедур.

Итоговые параметры:

- процент лиц с высоким риском ОНЗ среди обследованных,
- динамика риска ОНЗ у пациентов, выполняющих рекомендации.

Сведения о перечисленных показателях накапливаются автоматически компьютерными базами данных в Кабинетах оценки здоровья и передаются каждые полгода для анализа в Муниципальный центр медицинской профилактики. После предварительной обработки материалы поступают в вышестоящую инстанцию.

Критерии эффективности

Определение эффективности медицинской профилактики и реабилитации здоровья проводится на трех уровнях: индивидуальном, локальном и региональном.

Индивидуальный контроль осуществляется пациентом и медицинской сестрой при повторных посещениях Кабинета оценки здоровья. Критерием успешных действий служит снижение риска ОНЗ и улучшение образа жизни, включая устранение вредных привычек.

На локальном уровне критерием успеха является увеличение охвата населения осмотрами, улучшение образа жизни, включая коррекцию факторов риска и снижение риска смерти среди выполняющих профилактические рекомендации.

На региональном уровне эффективность программы оценивается каждые пять лет путем сравнения динамики риска смерти в группах профилактики и реальной смертности на прикрепленной территории.

Финансовое обеспечение

Финансирование системы медицинской профилактики и реабилитации здоровья должно осуществляться из средств бюджета, из средств Фонда обязательного медицинского страхования и хозрасчетной деятельности учреждения. Для использования второго источника требуется, чтобы профилактической деятельности, документированные учетными формами, были включены в перечень оплачиваемых Фондом профилактических услуг. Третий источник финансирования формируется за счет хозрасчетных обследований, проводимых выездными бригадами на предприятиях, передвижными кабинетами оценки здоровья и сотрудничества с Фондом добровольного медицинского страхования, а также редакционно-издательской деятельности и т.д.

Научно-методическое сопровождение

На многие вопросы, возникающие при организации системы адресной медицинской профилактики и реабилитации здоровья, нет готовых ответов. Ждать десятки лет для их научной проработки не представляется возможным. В то же время нельзя рекомендовать к широкому внедрению не апробированные до конца технологии. Сложность ситуации заставляет принять компромиссное решение - приступить к осуществлению индивидуальных профилактических мер, в то же время осуществляя непрерывный контроль за их эффективностью по материалам компьютерных баз данных. Тем самым будет гарантироваться своевременная коррекции возможных ошибочных решений.

Должны быть также выделены 5-6 экспериментальных территорий, на которых осуществляется предварительная обкатка новых схем работы. С интервалом в полгода, после анализа наработанного опыта и корректировки рекомендуемых технологий, осуществляется их расширенное внедрение на остальных регионах.

Для комплексной научно-методической проработки актуальных вопросов деятельности службы предлагается создание временного научного холдинга в составе представителей ведущих НИИ профилактического профиля.

Управление службой

С учетом общенациональной значимости рассматриваемого проекта его руководство в федеральном масштабе должно осуществляться с уровня Министерства здравоохранения и социального развития. Для этого назначается ответственный координатор и разрабатывается план мероприятий.

Для управления службой на местном уровне достаточным является компетенция региональных политических руководителей. С этой целью разрабатываются региональные Программы профилактических действий.

Задача 5. ПОПУЛЯЦИОННАЯ И ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ В СИСТЕМЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Известно, что попытки увеличить рождаемость с помощью мер экономического стимулирования приводят лишь к кратковременным и незначительным ее подъемам, и через несколько лет ситуация возвращается к исходному состоянию. Желание и решение обзаводиться потомством зависит от сложного комплекса обстоятельств, отражающих, как индивидуальный статус потенциальных родителей, так и общую социально-экономическую, политическую и психологическую обстановку в стране. Поэтому стратегия деторождения может существенно меняться только с изменением определяющих условий жизни.

На муниципальном уровне перспективной мерой является адресная помощь тем, кто хочет родить ребенка, но не может этого сделать. Для этого не требуется материального стимулирования желаний. Важными элементами такой работы станут:

- оценка числа семей, желающих иметь детей, но не способных это сделать;
- выявление причин невозможности детопроизводства;
- оценка стоимости и ожидаемой эффективности мер по устранению бесплодия;
- выбор наиболее эффективных оздоровительных мер;
- оценка интегрального демографического эффекта;
- принятие управленческих решений.

Профилактическая работа проводится по пяти основным направлениям, определяющим нарушение репродуктивного здоровья: а) неблагоприятные условия жизни для поддержания вы-

сокой мотивации к беременности, б) низкие уровни либидо и потенции, в) неспособность зачатия из-за дисфункции репродуктивной системы мужчин и женщин, г) невынашивание беременности, д) недостаток половых партнеров.

В соответствие с ними разрабатываются направления оздоровительного действия:

1) коррекция либидо и потенции
2) коррекция функционального бесплодия
3) снижение смертности среди лиц молодого возраста
4) усложнение процедуры развода
5) бесплатные аборты только по медицинским показаниям
6) выявление и коррекция факторов риска выкидышей
7) повышение мотивации иметь детей
8) создание атмосферы высокого уважения к многодетным матерям. Восстановление ордена "Мать-героиня".

Этапы индивидуальной массовой работы по профилактике бесплодия

1 этап - выявление молодых семей с подозрением на бесплодие, которые направляются на второй этап. (Отбор проводится в женских консультациях.)

2 этап - с помощью малозатратных технологий определение резерва репродуктивного здоровья, факторов нездорового образа жизни и осуществление их коррекции. (Проводится в Муниципальных центрах медицинской профилактики).

3 этап - специализированная профилактическая помощь с использованием трудоемких и дорогостоящих технологий: а) углубленное обследование по показаниям, б) сложные методы коррекции репродуктивного здоровья и образа жизни. (Проводится в окружном Центре здоровья).

4 этап - оценка эффективности оздоровительных мероприятий и принятие управленческих решений. (Проводится участковым гинекологом в женских консультациях).

Женская консультация

В женской консультации проводится выявление лиц с высоким риском бесплодия и невынашивания беременности. В эту группу попадают все молодожены, у которых не возникла беременность в течение года половой жизни без предохранения. Собираемая информация включает анкетный опрос и данные объективных обследований по следующим параметрам:

Срок последней менструации,
Предыдущие беременности: - роды,
- аборты
-выкидыши
Замужем/незамужем
Рост (см)
Вес (кг)
САД (мм рт. ст.)
ДАД (мм рт. ст.)
Пульс (в минуту)
Курение
Размеры таза (см) Sp. Cr. Tr. C. ext.
Длительность месячных (дней)
Киста, миома
Дисфункция яичников
Пиелонефрит
Резус-фактор
Эритроциты
Лейкоциты
Гемоглобин
ИППП : Soor Трихом GN БВ
Гестационные осложнения при предыдущих беременностях:
ранний токсикоз

гестоз
угроза выкидыша
выкидыш

Осложнения при предыдущих родах:

преждевременное излитие вод
кровотечение
слабость родовой деятельности
дефекты последа
оперативные роды
гестоз
гипоксия плода

Муниципальный центр медицинской профилактики

Цель - с помощью малозатратных оздоровительных технологий обеспечить коррекцию высокого риска бесплодия и выкидышей как у женщин, так и у мужчин.

Контингент - молодые семьи с подозрением на бесплодие и женщины с высоким риском выкидышей, направляемые из женских консультаций.

Виды обследований для лиц с высоким риском бесплодия и выкидышей:

- определение резерва репродуктивного здоровья;
- оценка образа жизни;
- выявление типа личности;
- выявление депрессии, агрессивности;
- оценка наличия смысла жизни;
- определение характера избыточного и недостаточного веса.

Проводятся диагностические консультации гинеколога, андролога, психолога, эндокринолога.

Оздоровительные технологии для лиц с высоким риском бесплодия и выкидышей:

- психологическая коррекция (устранение депрессии, смягчение агрессивности),
- гармонизация отношений в семье и др.;
- плацебо-терапия;
- фармакосанация;
- нормализация образа жизни;
- оптимизация двигательной активности;
- снижение или увеличение массы тела;
- нормализация сна;
- преодоление привычки курения;
- физиотерапия, фитотерапия.

Окружной центр здоровья

Цель - выполнение трудоемких специализированных услуг по диагностике и коррекции риска бесплодия и выкидышей, недоступных в Муниципальных центрах медицинской профилактики.

Консультации специалистов высокого уровня: психолога, эндокринолога, гинеколога, андролога.

3. Диагностические процедуры: спермограмма, тест на совместимость, реография матки, УЗИ матки и др.,

4. Оздоровительные технологии:

- психологическая коррекция;
- коррекция гормонального профиля крови;
- дробные гипоксические тренировки с помощью гипоксикаторов;
- капилляротерапия (скипидарные ванны);
- апиллотерапия (воздействие укусами пчел);
- очищение и дезинтоксикация организма;
- снижение или увеличение массы тела;
- другое.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный авторами анализ позволил охарактеризовать беспрецедентные масштабы демографического кризиса в России, выявить его уникальные особенности и глубокие причины и предложить на этой основе систему эффективных мер по преодолению данного кризиса, которые могут быть реализованы, в виде пилотного проекта в ЮВАО г. Москвы в рамках целевой комплексной "Программы по снижению сверхсмертности и повышению рождаемости в ЮВАО г. Москвы". Ниже представлены основные этапы данной программы.

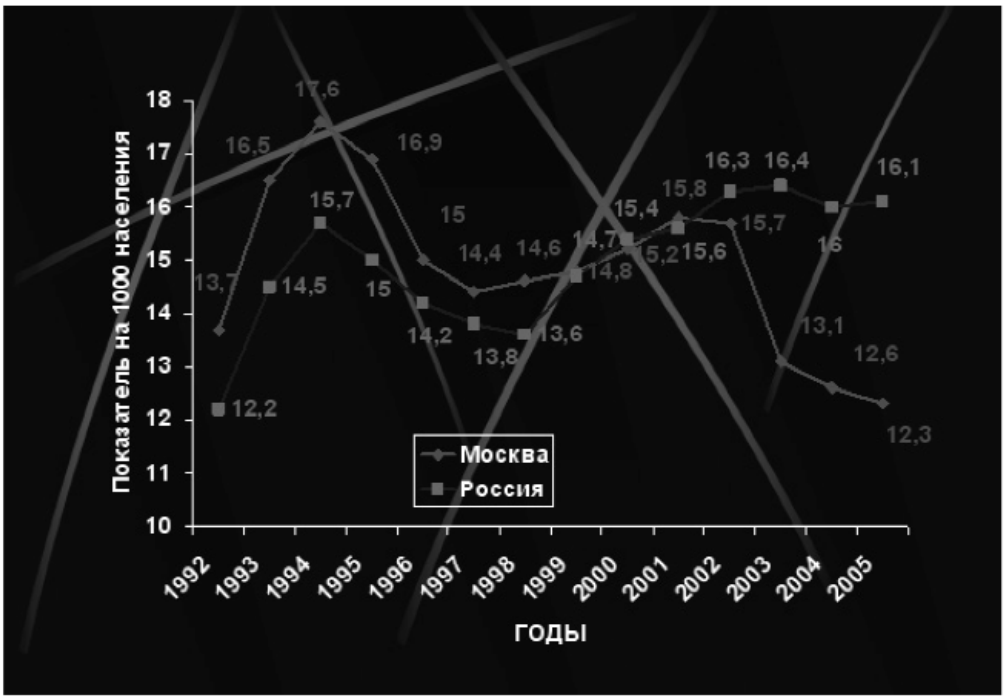
Этапы реализации Программы по снижению сверсмертности и повышению рождаемости в ЮВАО г. Москвы.

№ этапа	Содержание этапа	Продолжительность (лет)
1.	• Создание центра научно-методического сопровождения и мониторинга программы • Углубленная информационная проработка и экспертный отбор наиболее эффективных факторов формирования здоровья. • Создание организационно-управленческих структур программы. • Проведение тендеров на интеллектуальное, информационное и материальное обеспечение программы. • Обучение кадров • Оснащение КОЗ, МЦМП и ОЦЗ • Разработка форм и средств формирования здоровья, применительно к задачам программы • Проработка механизмов, обеспечивающих высокую рентабельность программы.	0.5
2.	• Практическое внедрение программы и отладка ее механизмов • Создание структур, обеспечивающих экономическую рентабельность программы.	0.5
3.	• Реализация программы в полном объеме и мониторинг ее эффективности	1
4.	• Оценка результатов программы. • Коррекция программы. • Разработка организационных схем и содержательного наполнения следующих этапов • Разработка проектов тиражирования программы в другие регионы страны	0.5

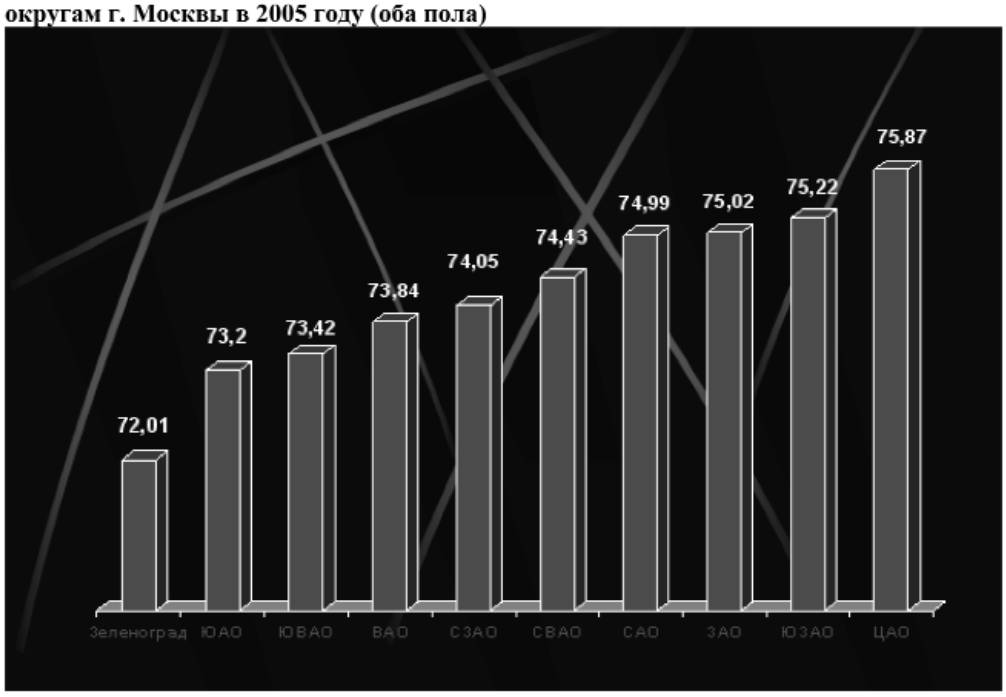
Лазебник Л.Б.,
главный терапевт Департамента здравоохранения Москвы,
директор Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии,
доктор медицинских наук, профессор

РЕАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОСЬМИЛЕТНЕГО ОПЫТА МОСКОВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЦЕЛЕВОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

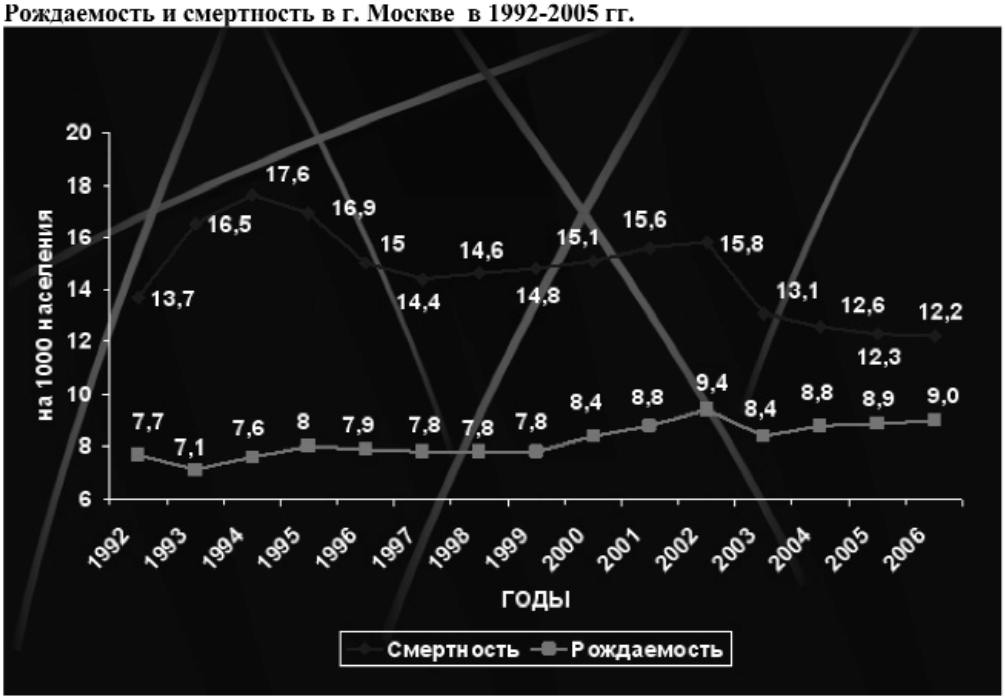
Динамика показателей смертности населения Москвы и России (1992-2005гг.)



Среднеожидаемая продолжительность предстоящей жизни по административным округам г. Москвы в 2005 году (оба пола)



Рождаемость и смертность в г. Москве в 1992-2005 гг.



Целевая диспансеризация населения (Городская программы "Целевая диспансеризация населения г. Москвы" (Приказ Комитета здравоохранения г.Москвы №154 от 25.03.98.)

Разработка стандартов лечения гипертонической болезни (Распоряжение правительства г. Москвы №113-РМ от 25.03.98.)

Организация школ для больных гипертонической болезнью (Приказ КЗ г. Москвы №404 от 12.09.01.)

Согласно ППМ №941 от 30.12.97г. "О мерах по охране здоровья населения г. Москвы на 1998-99гг."

Комплексная программа "Целевая диспансеризация населения г. Москвы" с подпрограммами (приказы КЗ):

"О целевой диспансеризации детского населения" (№138 от 20.03.98.);

"Целевая диспансеризация подростков" (№156 от 25.03.98.);

"Целевая диспансеризация населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний" (№154 от 25.03.98.);

"Целевая диспансеризация населения по раннему выявлению туберкулеза" (№161 от 26.03.98.);

"Целевая диспансеризация женского населения по выявлению заболеваний молочных желез" (№155 от 25.03.98.);

Согласно ППМ №8 от 28.01.2000 "Об итогах выполнения Программы обеспечения населения г. Москвы медицинской помощью в 1998-1999 гг. и мерах по охране здоровья москвичей в 2000-2001 гг." продолжена работа по подпрограммам:

-"О целевой диспансеризации детского населения" (№224 от 05.06.2000);

-"Целевая диспансеризация подростков" (№305 от 14.07.2000);

-"Целевая диспансеризация населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний" (№308 от 14.07.2000);

-"Целевая диспансеризация населения по раннему выявлению туберкулеза" (№314 от 18.07.2000);

-"Целевая диспансеризация женского населения по выявлению заболеваний молочных желез" (№298 от 12.07.2000).

Согласно ППМ №682 от 24.07.01 "Об итогах проведения целевой диспансеризации населения г. Москвы в 1998-2001 гг. и программе Комитета здравоохранения г. Москвы "Целевая диспансеризация населения г.Москвы на 2002-2004 гг."

Сохранены пять ранее принятых подпрограмм и включены:

"Целевая диспансеризация мужского населения по выявлению заболеваний предстательной железы" (№50 от 06.02.02.)

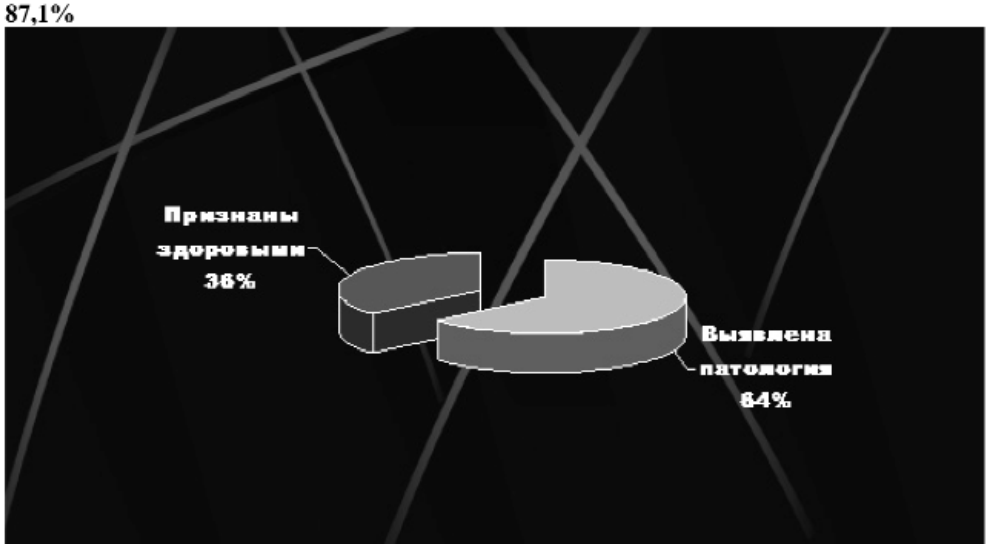
"Целевая диспансеризация женского населения по выявлению заболеваний шейки матки" (№103 от 05.03.02.)

Согласно ППМ №231 от 19.04.05 "Об итогах проведения целевой диспансеризации населения г. Москвы в 2002-2004 гг. и программе Департамента здравоохранения г. Москвы "Целевая диспансеризация населения г. Москвы на 2005-2007 гг."

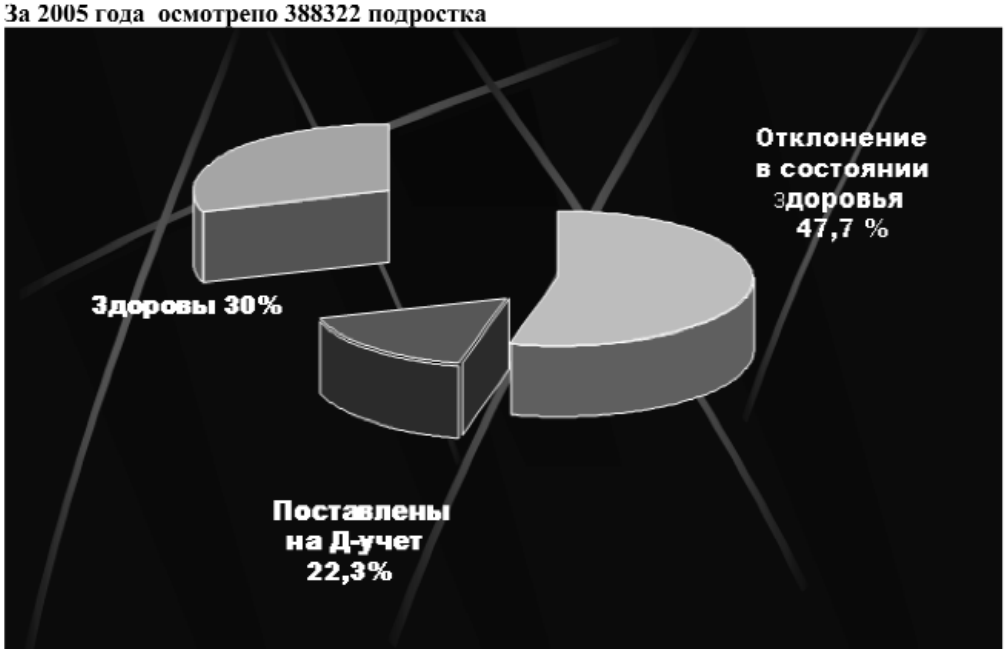
Продолжена работа по реализации всех семи ранее принятых подпрограмм

Федеральная целевая программа "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ" утверждена постановлением правительства РФ №540 от 17 июля 2001 года

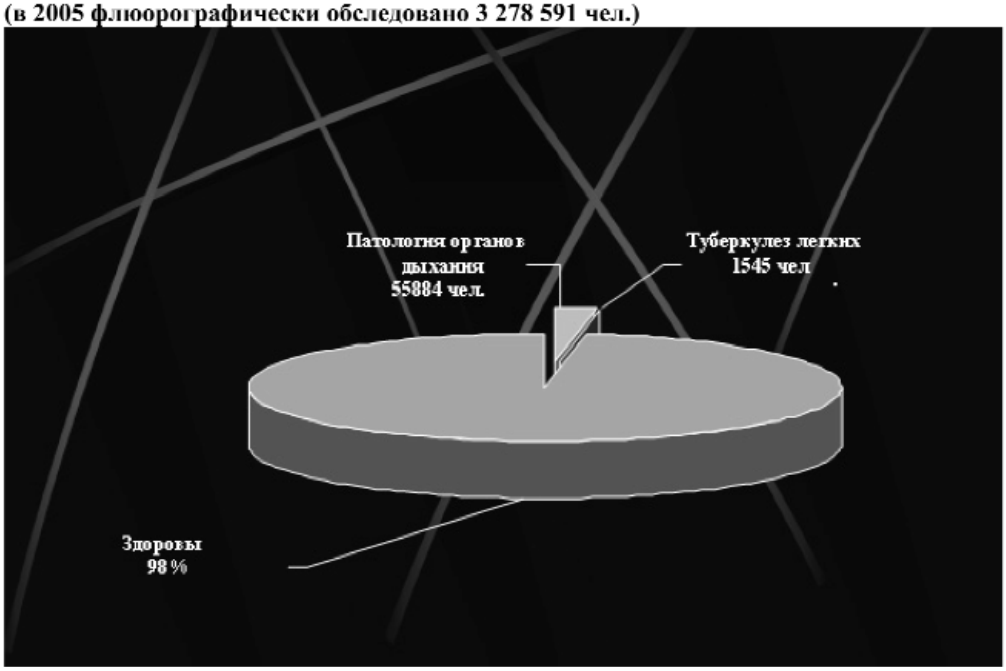
Подпрограмма «Целевая диспансеризация детского населения»
Ежегодно осматривается более 1,3 млн. детей
За 2005 года осмотрено 1 354 682 ребенка
В 2005 году по результатам оздоровительных мероприятий улучшение отмечено у 87,1%



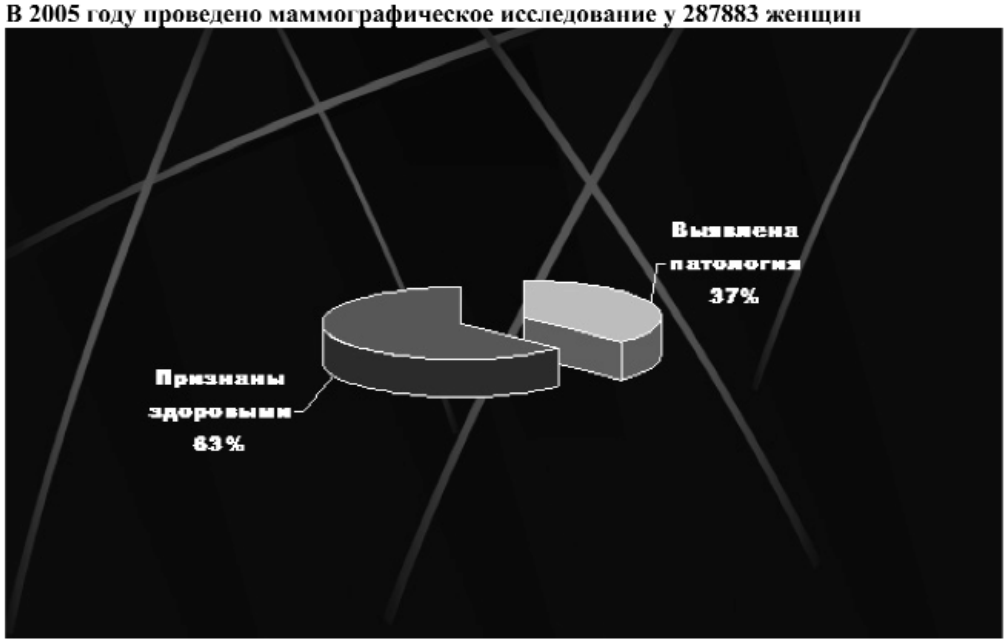
Подпрограмма «Целевая диспансеризация подростков»
Ежегодно осматривается свыше 350 тыс. подростков
За 2005 года осмотрено 388322 подростка



Подпрограмма «Целевая диспансеризация населения по раннему выявлению туберкулеза»
Ежегодно осматривается более 3 млн.чел.
(в 2005 флюорографически обследовано 3 278 591 чел.)



Подпрограмма «Целевая диспансеризация женского населения по выявлению заболеваний молочных желез»
Ежегодно осматривается около 500 тыс. женщин
В 2005 году проведено маммографическое исследование у 287883 женщин

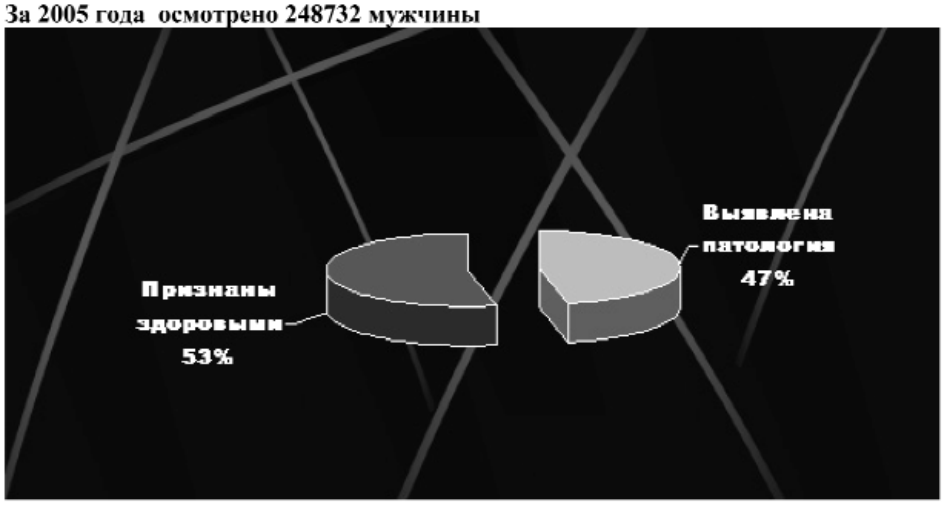


В 2005г. рак молочной железы выявлен у 767 женщин (0,03%), из них ранние стадии рака (0, I и II ст.) –диагностированы в 88,2%, запущенные стадии (III и IV ст.) - в 11,8%

Подпрограмма «Целевая диспансеризация женского населения по выявлению заболеваний шейки матки»
За 2005 года осмотрено 499824 женщин

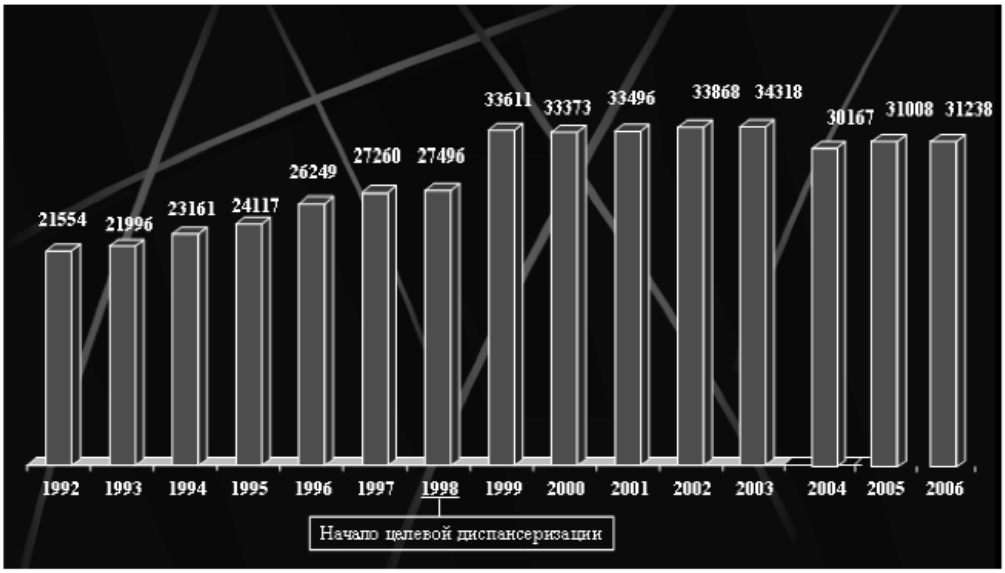
В 2005 г. взяты на Д-учет с диагнозом рак шейки матки (I-II стадия) - 144 больных, запущенные формы рака (III-IV стадии) - не выявлены

Подпрограмма «Целевая диспансеризация мужского населения по выявлению заболеваний предстательной железы»
Ежегодно осматривается более 200 тыс. мужчин
За 2005 года осмотрено 248732 мужчины

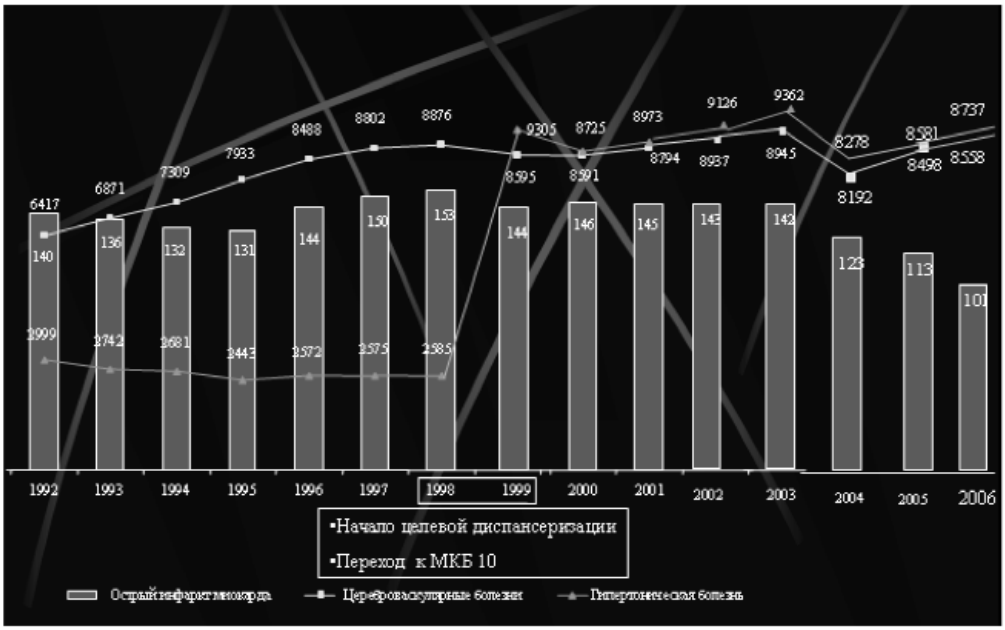


Хр.простатит – 16.9%
Доброкачественная гиперплазия простаты - 29,3%
Онкологические изменения -0,8%

Распространенность (на 100 тыс. населения) болезней системы кровообращения в Москве в 1992-2006 гг.



Распространенность (на 100 тыс. населения) артериальной гипертонии, цереброваскулярных болезней и острого инфаркта миокарда в Москве в 1992-2006 гг.

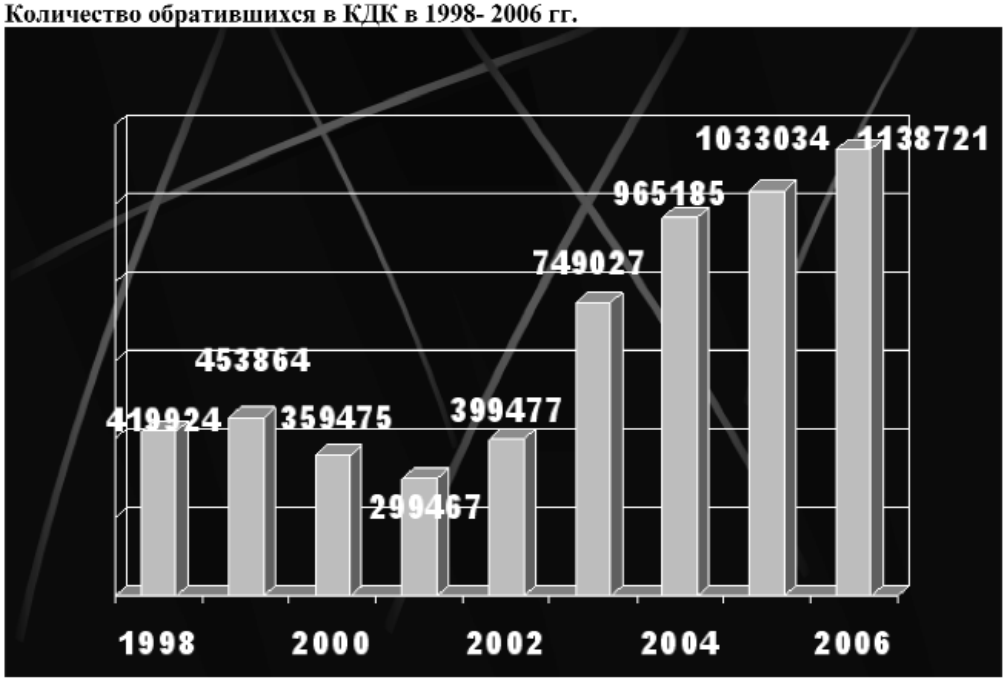


Количество кабинетов доврачебного контроля (КДК) в Москве в 1998- 2006 г.

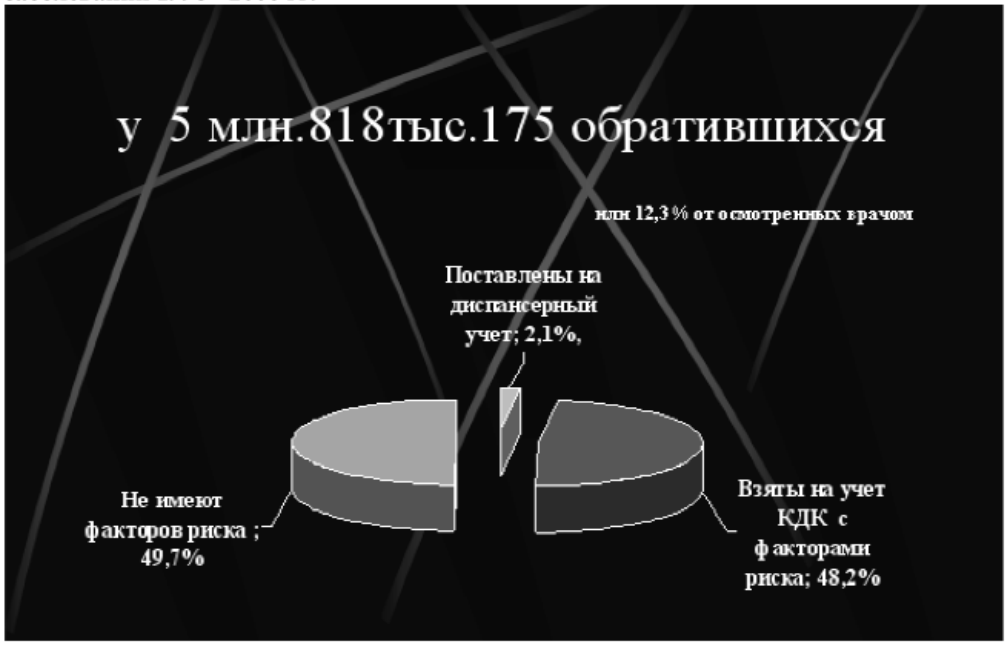
Оснащение КДК:

Компьютер с принтером
Экспресс-анализатор для определения холестерина
Экспресс-анализатор для определения глюкозы
Тест-полоски для определения глюкозы
Тест полоски для определения холестерина
Весы медицинские
Ростомер
Столик инструментальный
Одноразовые ланцеты для взятия крови
Одноразовые перчатки
Стол письменный
Стол для компьютера
Кушетка медицинская
Шкаф медицинский
Стул медицинский
Настольная лампа
Аптечка для неотложной медицинской помощи

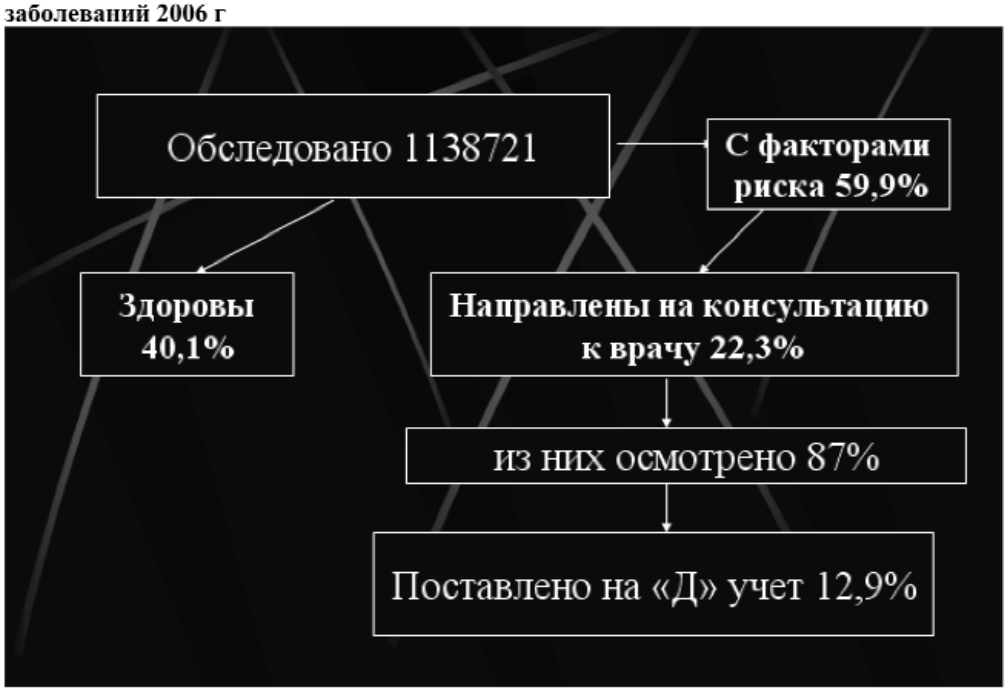
Количество обратившихся в КДК в 1998- 2006 гг.



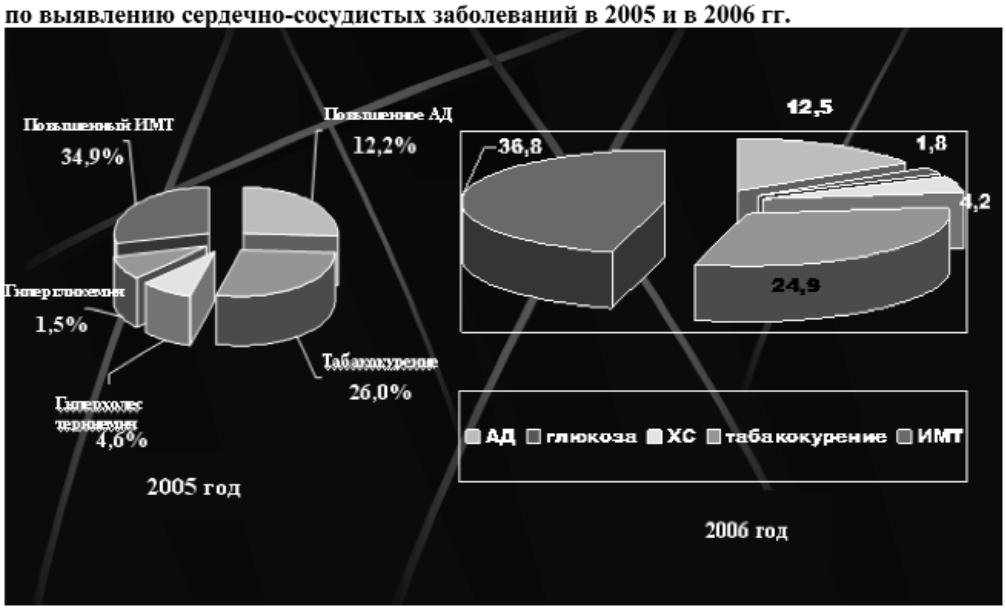
Результаты целевой диспансеризации населения по выявлению сердечно сосудистых заболеваний 1998 - 2006 гг.



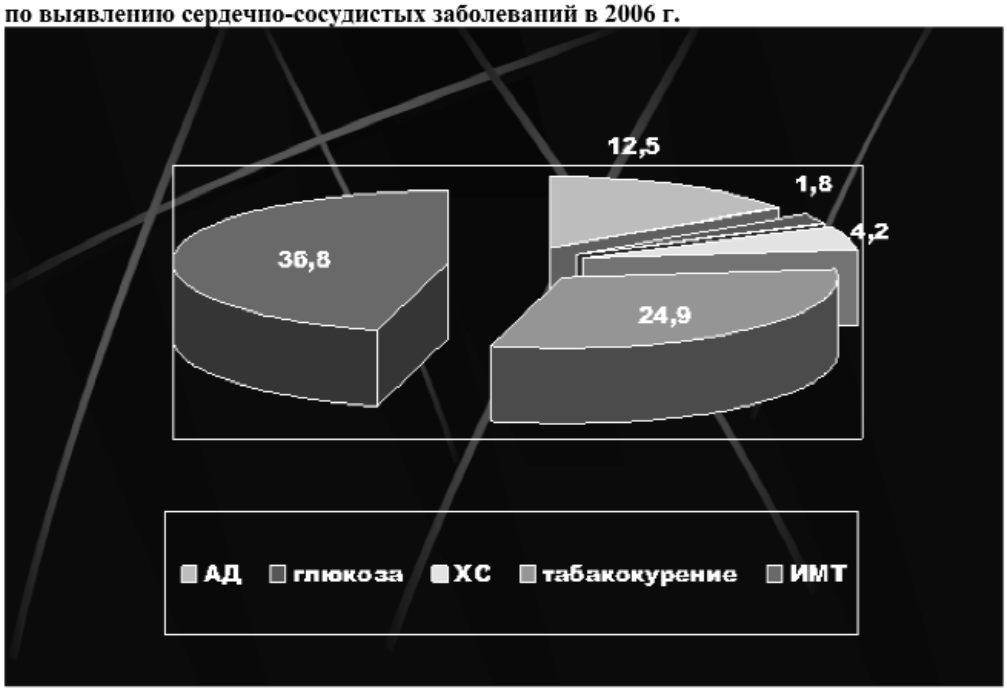
Результаты целевой диспансеризации населения по выявлению сердечно сосудистых заболеваний 2006 г



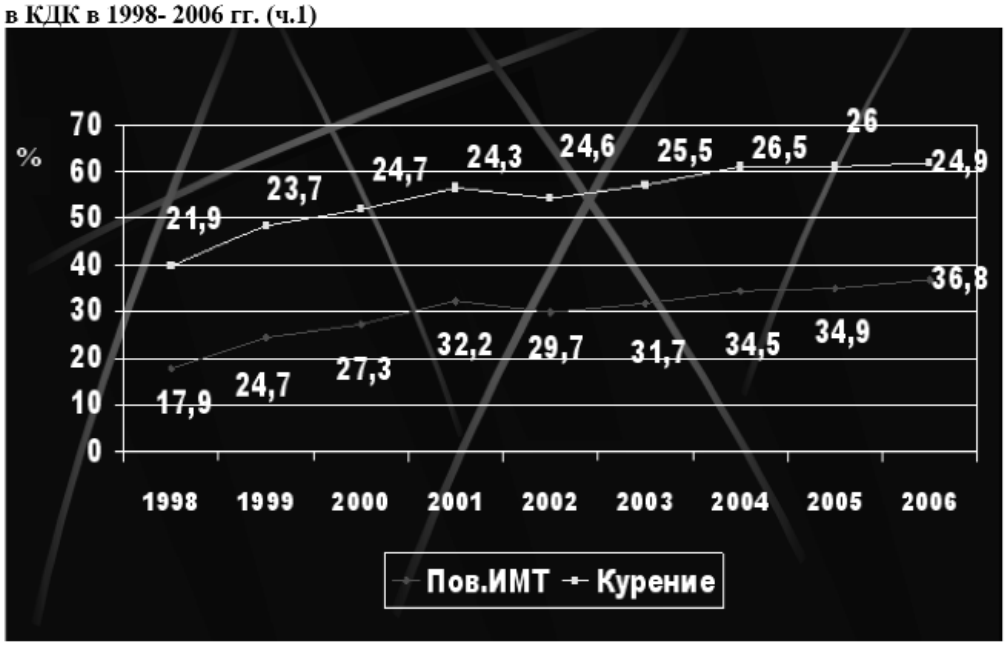
Факторы риска, обнаруженные при проведении целевой диспансеризации населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний в 2005 и в 2006 гг.



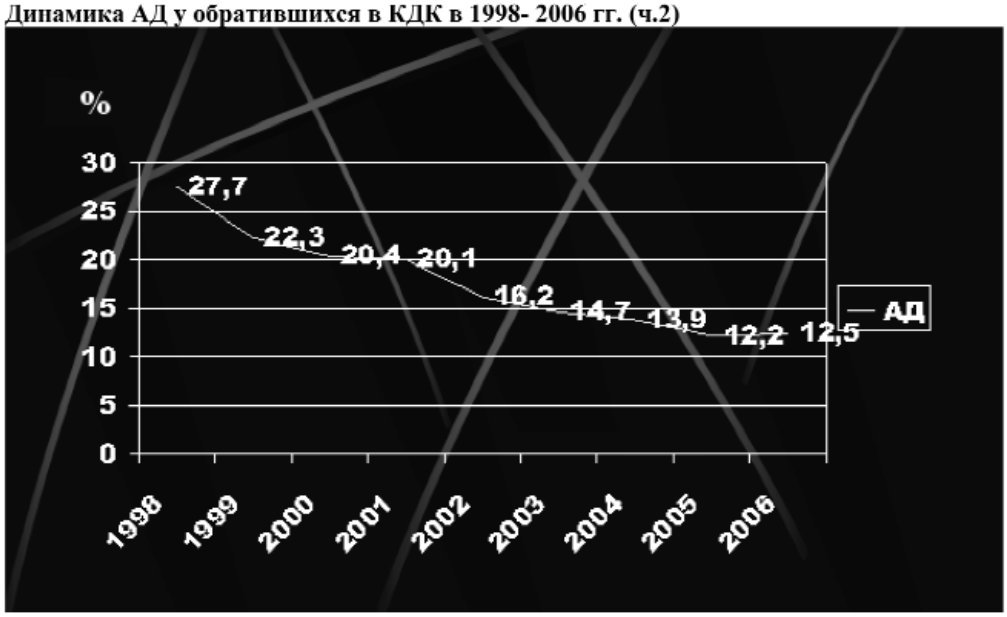
Факторы риска, обнаруженные при проведении целевой диспансеризации населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний в 2006 г.



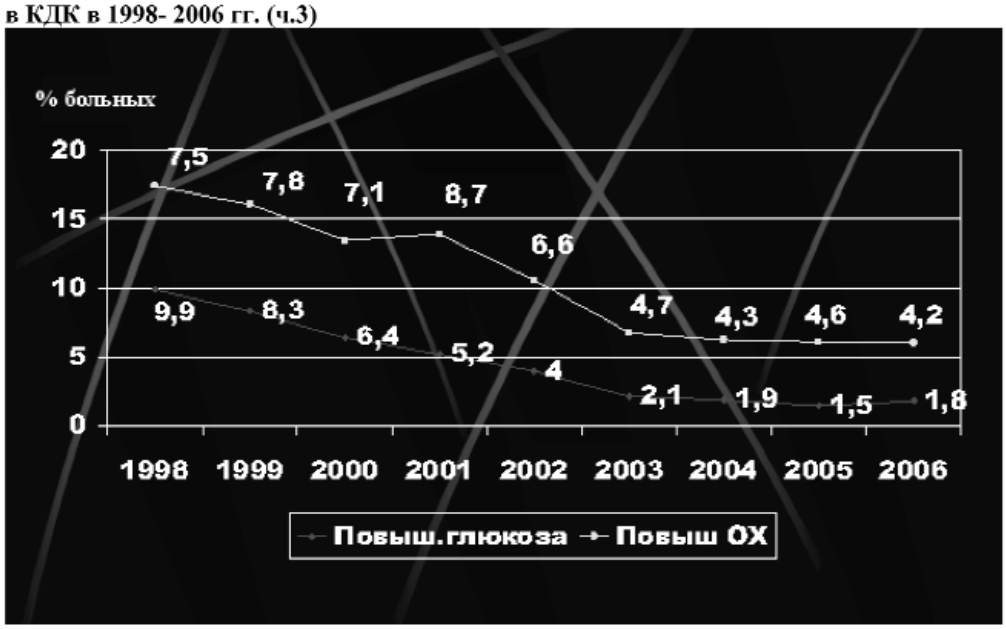
Динамика количественных показателей различных факторов риска у обратившихся в КДК в 1998- 2006 гг. (ч.1)



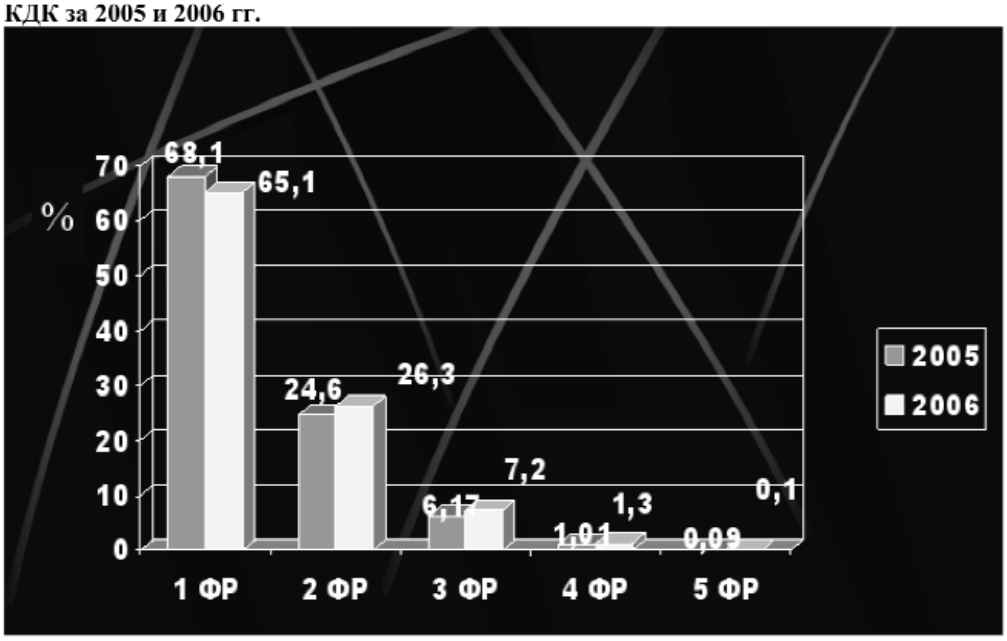
Динамика АД у обратившихся в КДК в 1998- 2006 гг. (ч.2)



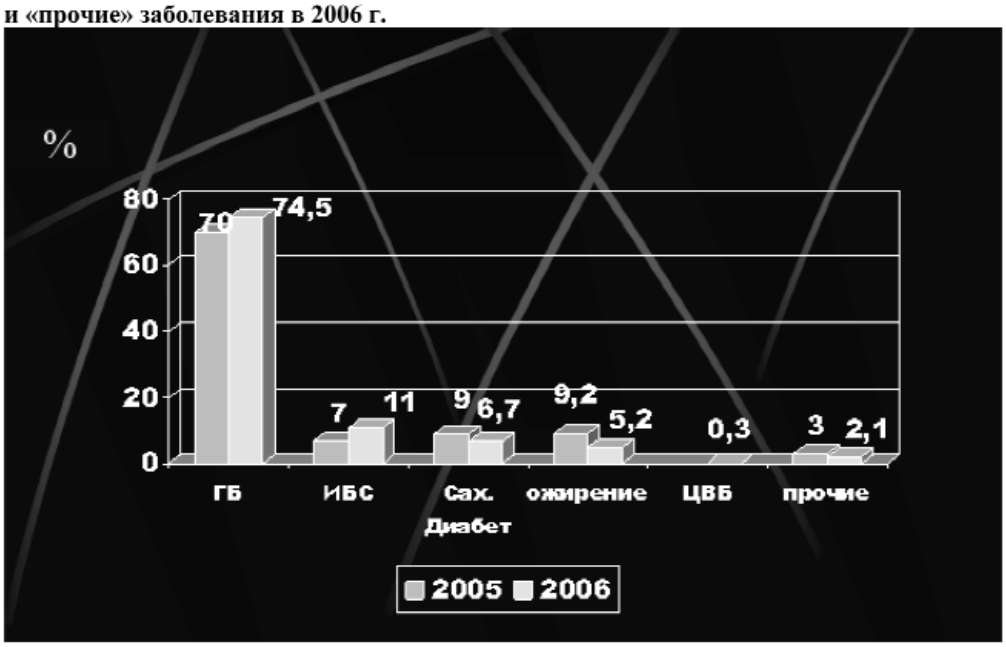
Динамика количественных показателей различных факторов риска у обратившихся в КДК в 1998- 2006 гг. (ч.3)



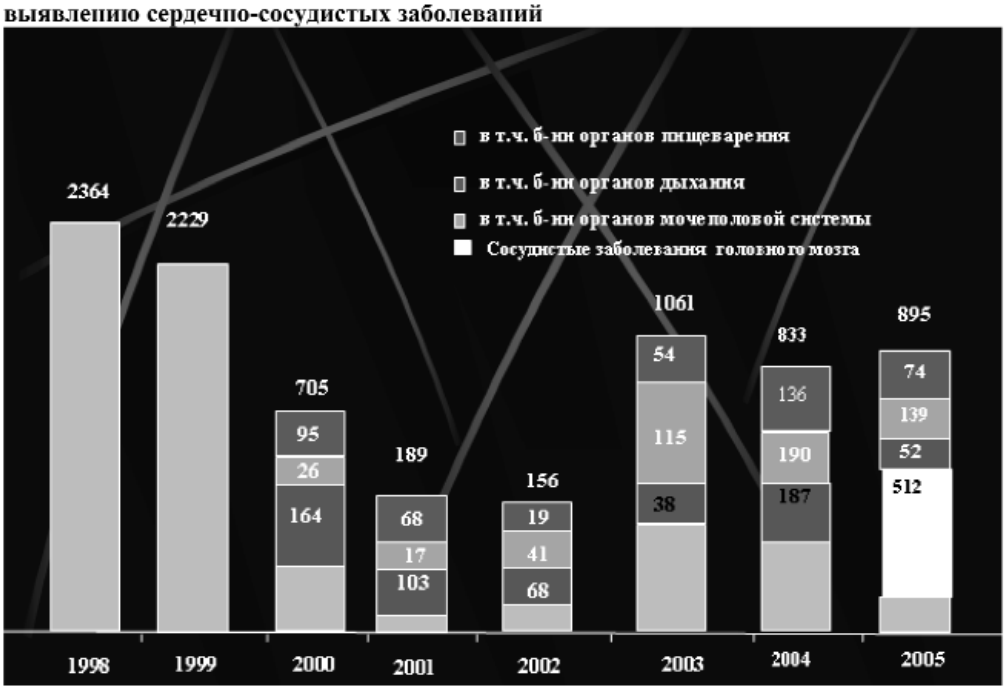
Доля больных с различным количеством факторов риска из числа обратившихся в КДК за 2005 и 2006 гг.



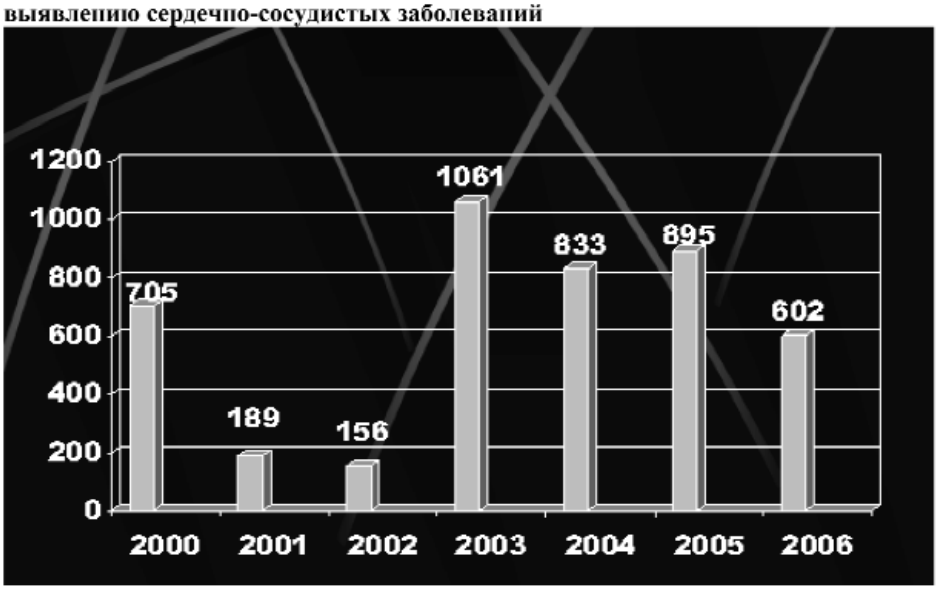
Диагностированные в ходе целевой диспансеризации населения сердечно-сосудистые и «прочие» заболевания в 2006 г.



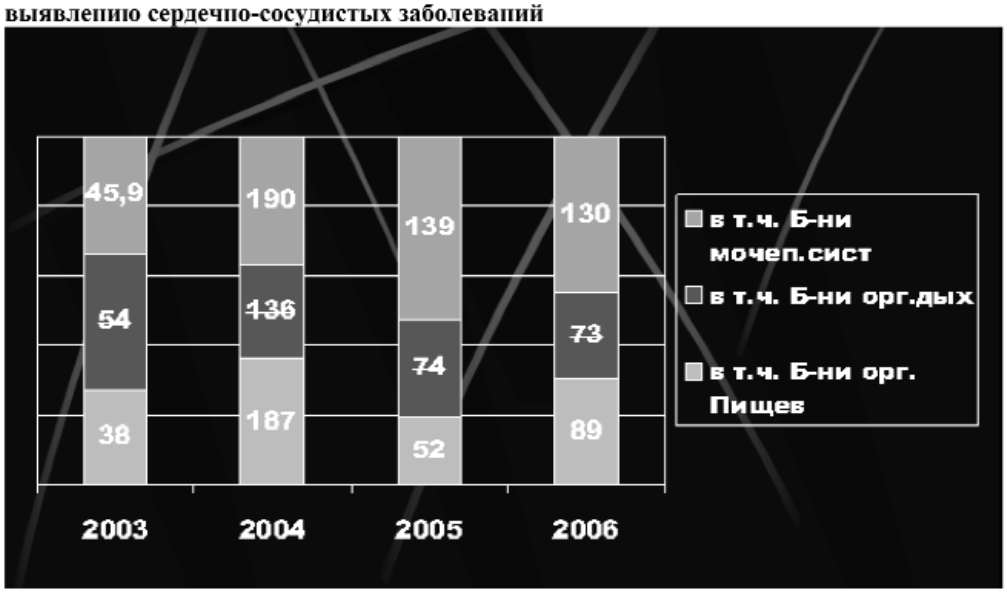
Количество поставленных на диспансерный учет больных с «прочими» заболеваниями, выявленными в ходе проведения целевой диспансеризации по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний



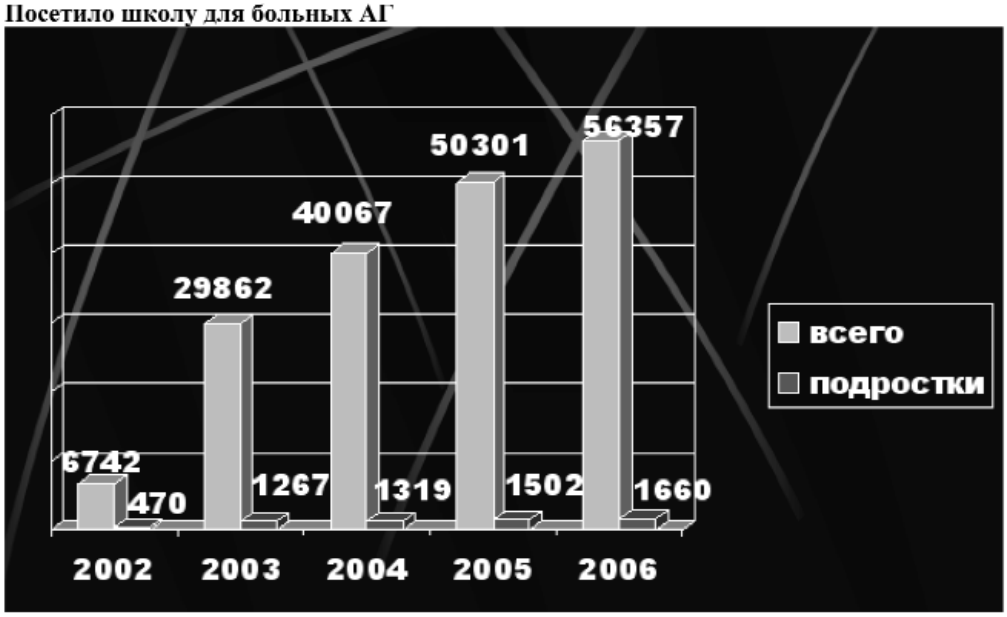
Количество поставленных на диспансерный учет больных с «прочими» заболеваниями, выявленными в ходе проведения целевой диспансеризации по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний



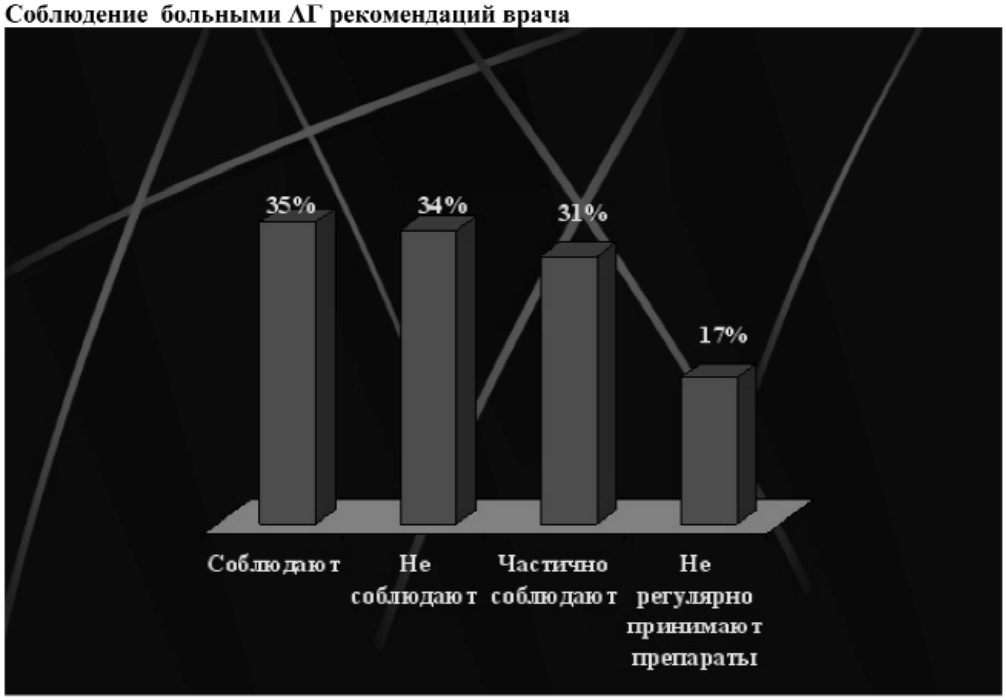
Количество поставленных на диспансерный учет больных с «прочими» заболеваниями, выявленными в ходе проведения целевой диспансеризации по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний



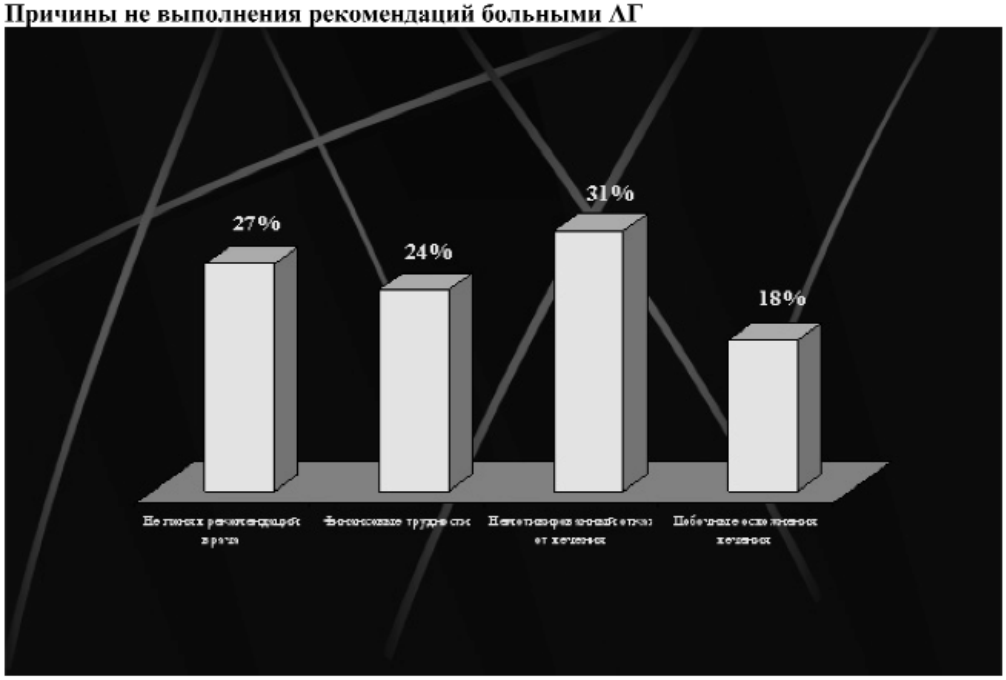
Посетило школу для больных АГ



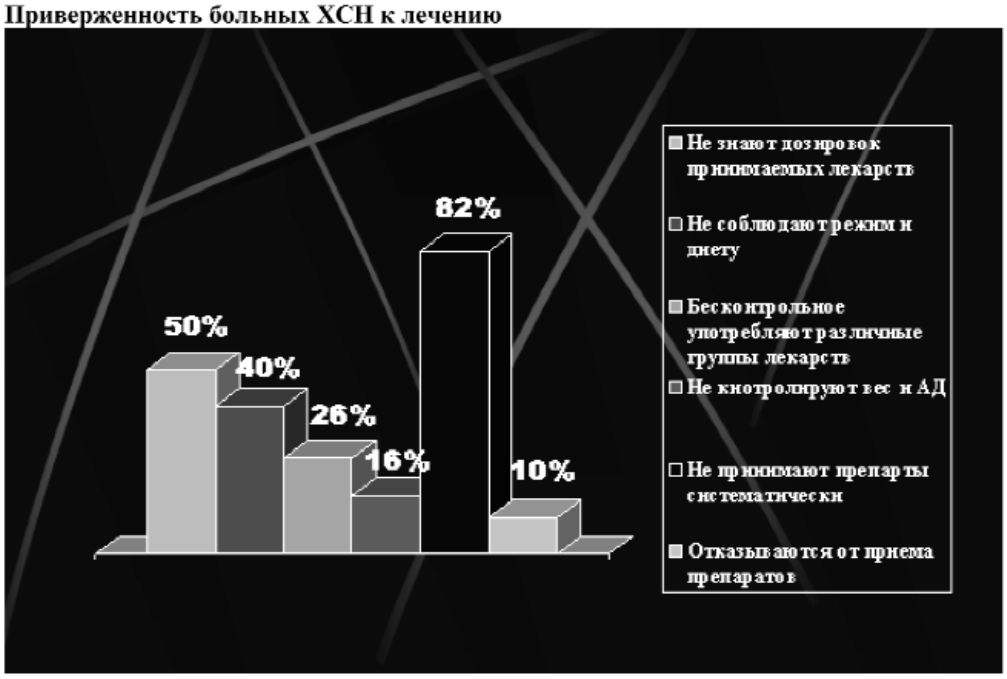
Соблюдение больными АГ рекомендаций врача



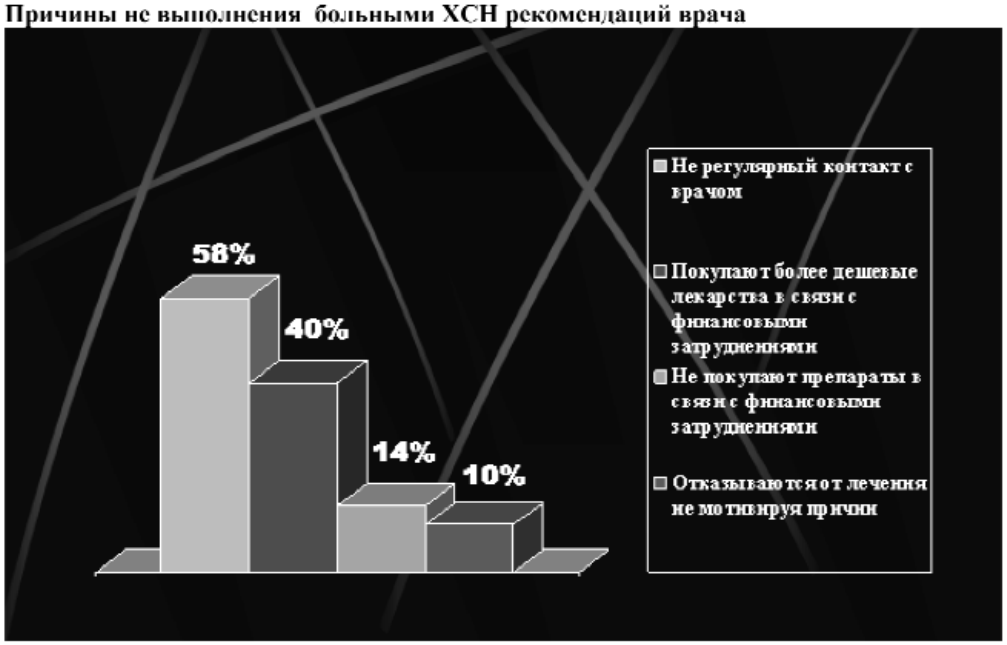
Причины не выполнения рекомендаций больными АГ

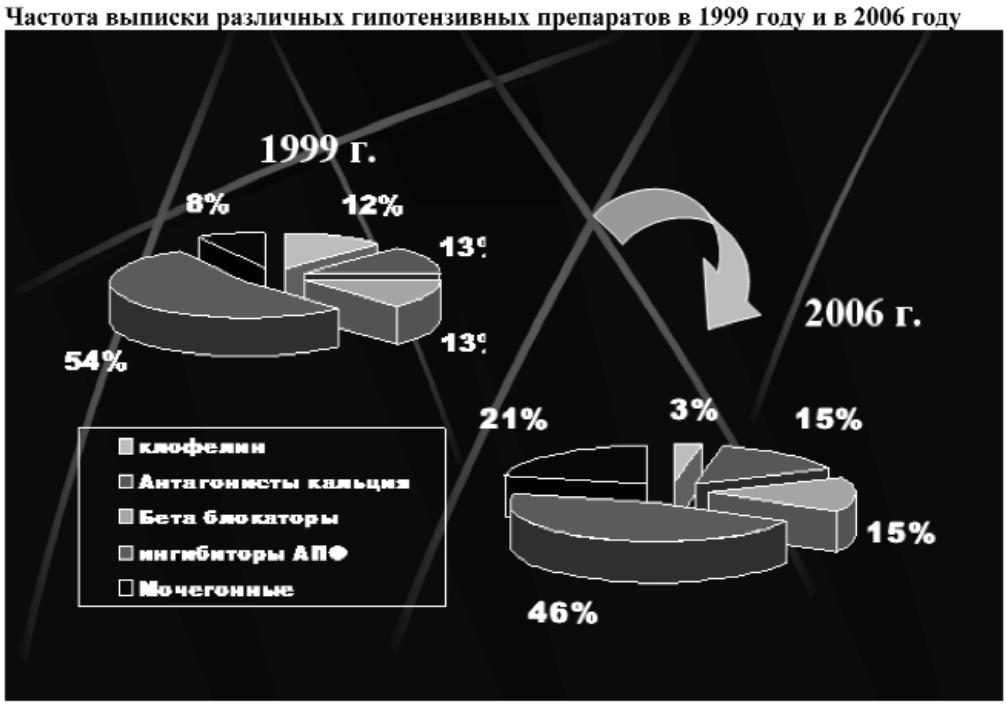


Приверженность больных ХСН к лечению



Причины не выполнения больными ХСН рекомендаций врача





Предварительные итоги реализации подпрограммы "Целевая диспансеризация населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний"

Снизилось заболеваемость болезней системы кровообращения (с 2025 случаев на 100000 населения в 2003 г. до 1727 в 2005 г.), в том числе несколько уменьшилась количество впервые выявленных цереброваскулярных заболеваний (с 414 на 100000 населения в 2003г. до 344 - в 2005 г.) и острого инфаркта миокарда (с 142 на 100000 населения до 113 соответственно). Несколько снизилась смертность от болезней системы кровообращения (56,9% в 2003 г. до 56,2% в 2005 г.), уменьшилась летальность при заболеваниях органов кровообращения (с 8,3% до 7,6%) и цереброваскулярных болезнях (с 16,7% до 15,5%). Уменьшилась средняя длительность временной нетрудоспособности по болезням органов кровообращения с 16,3 дней в 2003 году до 12,7 дней в 2005 году, по артериальной гипертонии - с 14,9 до 12,7 дней. Снижение средней длительности 1 случая временной нетрудоспособности по болезням, характеризующимися повышенным кровяным давлением, наблюдается ежегодно и по сравнению с 2004 годом в 2005 году она снизилась на 0,15 дня, а по ишемической болезни сердца на 1,55 дня. В структуре вызовов СМП , вызовы по поводу гипертонической болезни снизились в 2005 году по сравнению с 2004 (с 19,6% до 18,4%).

Количество вызовов СМП по поводу артериальной гипертонии и частота вызовов по поводу АГ в зависимости от всех вызовов по поводу ССЗ и возраста больных

	Всего ССЗ	До 40 лет	40-59	60-79	Более 80 лет
2004г 2274210	578186 **25,4%**	23278 **4,0%**	100498 **17,4%**	155748 **26,9%**	53393 **9,3%**
2005г. 2281863	608770 **26,7%**	20779 **3,4%**	105206 **17,3%**	155118 **25,5%**	57862 **9,5%**
2006г. 2334330	616277 **26,4%**	20416 **3,3%**	104903 **17,0%**	148154 **24,0%**	60593 **9,8%**

Частота вызовов СМП по поводу артериальной гипертонии в зависимости от количества вызовов по поводу ССЗ и возраста больных

Года		**До 40 лет**	**40-59**	**60-79**	**Более 80 лет**
2004	ССЗ	32094	161043	290694	94355
	АГ	23278 **72,5%**	100498 **62,4%**	155748 **53,6%**	53393 **56,6%**
2005	ССЗ	29390	173399	299181	106800
	АГ	20779 **70,7%**	105206 **60,7%**	155118 **51,8%**	57862 **54,2%**
2006	ССЗ	29545	175962	294911	115859
	АГ	20416 **69,1%**	104903 **59,6%**	148154 **50,2%**	60593 **52,3%**

Ларин А.В.,
вице-президент Общероссийской общественной организации
"Российской ассоциации сексологов", председатель
Московского общества сексологов

СОЗДАНИЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА "РЕПРОДУКТИВНОЕ И СЕМЕЙНОЕ ЗДОРОВЬЕ"

С начала 90-х годов в России наступил период депопуляции, угрожающий ее существованию. Одно из проявлений депопуляции, по-видимому, самое простое - сокращение численности населения за счет его естественной убыли. Эта "естественная убыль" может показаться естественной, так как с этим явлением в конце XIX и в XX веках столкнулись многие страны, но показатель естественного движения населения, характеризующий уровень демографической безопасности, детерминируется двумя компонентами воспроизводства популяции страны, а именно: рождаемость и смертность. С начала реформ и дестабилизации общества в начале 90-х годов XX века число родившихся оказалось меньше, чем в предшествовавшие 80-е и 70-е годы. По сравнению с 1991-2000г.г. меньше на 9,5 млн. человек, а по сравнению с 1971-1980 г.г. на 7,2 млн. человек. За последнее десятилетие резко сократился суммарный коэффициент рождаемости. Так в 70-е годы каждая женщина в течение всего продуктивного периода в среднем рожала 1,974 ребенка, а в 80-е годы на волне демографического подъема даже 2,036 ребенка, что почти вплотную приблизилось к простому воспроизводству. В 90-е годы суммарный коэффициент рождаемости снизился с 1,732 в 1990г. до 1,214 в 2000г., составив за десятилетие в среднем 1,355 ребенка на каждую женщину репродуктивного возраста. И хотя по величине этого коэффициента Россия мало отличается от большинства европейских стран (среднеевропейский уровень суммарного коэффициента рождаемости во второй половине 90-х годов был 1,4, в России - 1,3), тенденция к снижению рождаемости очевидна.

Интегральное влияние снижения рождаемости и роста смертности обусловило значительную по своим масштабам естественную убыль населения. В течение депопуляционного десятилетия (1992-2001г.г.) в стране родилось на 7,8 млн. человек меньше, чем умерло, тогда как в 80-е и 70-е годы было наоборот - число родившихся превышало число умерших на 7,6 и 7,8 млн. человек соответственно.

В конце XX столетия (1999-2000г.г.) население России сокращалось ежегодно на 6,5 человек в расчете на каждую 1000 жителей страны.

Последствия роста рождаемости в 80-е годы вследствие осуществления принятых в 1981 году мер помощи семьям с детьми и полученная прибавка рожденных в 80-е годы детей к концу 90-х годов оказалась полностью "съедена".

Проблемы рождаемости можно условно разделить на несколько групп:

1. Отсутствие мотивации на создание традиционной семьи.
2. Отсутствие мотивации на рождение и воспитание детей (мотивации на карьеру и т.п.).
3. Проблемы с деторождением у одного из супругов, связанные с органической патологией.
4. Проблемы с деторождением у пары или у одного из супругов, связанные с психосоматическими проблемами (соматоформные расстройства, половые дисфункции, недостаточность генитальной реакции, отсутствие или потеря полового влечения и т.д.).
5. Проблемы с деторождением у пары или у одного из супругов, связанные с психологическими причинами.

Для решения проблем, носящих медико-социально-психологическую направленность, Российская ассоциация сексологов и Комиссия по здоровью, экологии и спорту Совета предпринимателей при Мэре и Правительстве г. Москвы, предлагает создание научно-практического центра "Репродуктивное и семейное здоровье". Актуальность, новизна и преимущество создания научно-практического центра объясняется тем, что на сегодняшний

день не существует центра, оказывающего комплексную медико-психологическо-социальную помощь в области лечения, консультирования и реабилитации расстройств, затрудняющих создание и сохранение семьи, деторождению и воспитанию здоровых детей. Все существующие центры оказывают узконаправленную медико-социальную помощь (педиатрическую, гинекологическую, эндокринологическую, психолого-психотерапевтическую, сексологическую). Сложившаяся ситуация делает актуальность создания научно-практического центра "Репродуктивное и семейное здоровье" особенно острой и насущной. Подобный НПЦ "Репродуктивное и семейное здоровье" будет первым центром, оказывающим комплексную лечебную, консультативную и образовательную помощь населению г.Москвы. Центр будет также оказывать научно-методическую помощь и образовательную поддержку специалистов следующих специальностей: врачи, педагоги, психологи, социальные работники, работники правоохранительных органов, органов власти, сотрудники миграционной службы, с учетом онтогенетических биологических сензитивных этапов развития. Преимуществом и уникальностью данного центра будет комплексный научный, методический и практический подход к вопросам семейного и репродуктивного здоровья. Комплексный подход позволит наиболее полно и на научной основе подойти к вопросам демографии, адаптации мигрантов, деторождения и восстановления культуры традиционной семьи.

ЦЕЛЬ СОЗДАНИЯ НАУЧНО_ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

"РЕПРОДУКТИВНОЕ И СЕМЕЙНОЕ ЗДОРОВЬЕ"(НПЦ) - формирование единой комплексной системы по научной, практической, методологической, координационной работе в области сексологии, репродуктивного и семейного здоровья в рамках развития научного, духовного и традиционного потенциала России, а также обеспечение жителей Москвы эффективными методами и услугами медицинского назначения с целью восстановления традиционной устойчивой семьи и мотиваций на рождение желанных и здоровых детей.

НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ НПЦ:

1. Организация учебно-методической работы для подготовки специалистов, работающих с детьми и подростками, беременными женщинами и будущими отцами.
2. Организация профилактической работы с будущими матерями, внедрение дородовой педагогики.
3. Пропаганда здорового образа жизни и мотивации на создание устойчивой семьи, деторождение в рамках духовных традиций народов России.
4. Координирование и поддержка специалистов, работающих с детьми, подростками, семьями.
5. Образовательные программы для педагогов и родителей.
6. Медицинский и консультативный прием населения.
7. Семейное консультирование и оказание помощи инвалидам.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Создание НПЦ с целью:

-научной, координационной, управленческой, консультативной, лечебной деятельностью, направленной на формирование семьи, культуры здорового образа жизни;

-подготовка специалистов: врачей, психологов, педагогов, социальных работников, работников правоохранительных органов, органов власти, сотрудников миграционной службы;

-подготовка специалистов, работающих в домах ребенка, детских домах, интернатах, для коррекции детей с целью возможности в дальнейшем создания семьи и социальной адаптации;

-лечение и профилактика расстройств, затрудняющих создание семьи и деторождение, коррекция девиантного поведения;

-повышение качества жизни.

2. Координация и контроль за работой дошкольных учреждений с целью раннего выявления и коррекции детей по группам риска: трудности создания и сохранения семьи, проституции, гомосексуализма, жестокости.

3. Организация системы контроля и независимой экспертизы продукции, наносящей вред нравственному здоровью.

4. Конструктивное сотрудничество с органами власти, правоохранительными органами, общественными и коммерческими организациями.

5. Формирование в обществе позитивного отношения к созданию устойчивой традиционной семьи, деторождению, воспитанию детей.

6. Разработка, создание и внедрение в школах программы, направленной на создание подростками в дальнейшем устойчивой и традиционной семьи, профилактику антисоциального поведения, алкоголизма и наркомании.

Результатом деятельности научно-практического центра "РЕПРОДУКТИВНОЕ И СЕМЕЙНОЕ ЗДОРОВЬЕ" станут:

1.Улучшение демографической ситуации в стране посредством посильного участия в формировании государственной политики в отношении семьи (семья - это основа благополучного и стабильного общества, только в семье возможно эффективное воспитание детей, формирование у них положительной мотивации на создание собственной семьи).

2.Изменение отношения к детям: внедрение дородовой педагогики и психологии, профилактика органических поражений головного мозга ребенка и ранней психической депривации (лишение ребенка контакта с матерью, помещение в приют и безнадзорность), работа с детьми улиц.

3.Совершенствование системы подготовки и переподготовки специалистов для работы в области демографии, практической сексологии, семейного консультирования, полового просвещения и формирования сексуальной культуры.

4.Разработка критериев и проведение независимой профессиональной экспертной оценки по различным вопросам сексологии. Проведение комплексных экспертиз и подготовка заключений по вопросам врачебной и информационной деятельности, санитарно-просветительной работы и другим проблемам, связанным с сексологией и сексуальным поведением человека, по заявкам правоохранительных и судебных органов, других организаций и учреждений, а также частных лиц.

5.Объединение усилий некоммерческих и общественных организаций в решение вопросов демографии, семейных отношений, брака и т.д.

Ливицкая А., Умаханова А., Могульджинова А., Юнисов Р.,
студенты колледжа Московской финансово-юридической академии

МОЛОДЕЖЬ О ПРИЧИНАХ И МЕХАНИЗМАХ СВЕРХСМЕРТНОСТИ

Данная тема не могла не взволновать нас, студентов колледжа.

На уроке ЭКОЛОГИЯ было проведено анкетирование, где высказали мнение по следующим вопросам: факторы, влияющие на продолжительность жизни; какие из них негативно влияют на твою жизнь; что можно изменить без участия государства; какие шаги ты предложил бы на государственном уровне; когда человек начинает путь к сокращению своей жизни; в каком возрасте пора задуматься об этой проблеме; какие способы убедить человека отказаться от вредных привычек.

Большинство указало, что причиной укорачивания жизни служит: наличие вредных привычек, загрязнение окружающей среды, социальную незащищенность.

Борьба с вредными и приобретение добрых привычек - это огромный шаг к здоровой долгой и полноценной жизни, который каждый из нас может и должен сделать сам.

Жизненный опыт показывает, и каждый может найти множество тому подтверждений, что заботиться о своём здоровье люди обычно начинают только после того, как недуг даст о себе знать. А ведь можно предотвратить эти заболевания намного раньше, в корне, и для этого не потребуется каких-то сверхъестественных усилий. Нужно всего лишь вести здоровый образ жизни, что, конечно, подразумевает отсутствие вредных привычек.

Но в юности, кажется, что нас это не касается, ведь запас здоровья еще есть.

Вот здесь бы и вспомнить заповедь: "Не навреди". Это теоретически, а практически: идет широчайшая реклама слабоалкогольных напитков: коктейлей, пива; сигарет.

Тем временем о вреде пива, особенно для подрастающего поколения, медики говорят все чаще, а специалисты-наркологи вообще бьют в набат. По их мнению, школьники (в том числе и ученики младших классов), а также студенты спиваются на глазах, употребляя пиво чуть ли не на уроках или больших переменах, не обращая при этом внимания на учителей и преподавателей. Лозунг молодежи "Пиво - истинно наш напиток" только усиливает формирование пивной зависимости. Сегодня в подавляющем большинстве сортов пива содержание алкоголя выше 5%. А в крепких сортах все 8-9%. И назвать "правильным" пивом этот напиток язык уже не поворачивается.

В 2005 году в России было реализовано в розничной торговле - на 78,3% больше, чем в 2001 году. Вместе с продажами растет и заболеваемость. По данным Минздрава РФ, под диспансерным наблюдением в специализированных учреждениях сейчас состоят 2192,3 тыс. больных алкоголизмом и алкогольными психозами. Под профилактическим наблюдением находятся еще 403,2 тыс. россиян.

При этом самый большой рост распространенности зависимости от пагубной привычки наблюдается сейчас среди подростков. Показатель "пагубного употребления алкоголя" здесь в три раза выше общего уровня. За последние три года количество больных алкоголизмом среди тинэйджеров выросло на 15,3%, алкогольными психозами - на 76,9%. Специалисты Санэпиднадзора считают, что виновато в этом именно пиво. По их данным, пивная зависимость занимает до 75-80% в общем количестве подростков-алкоголиков.

Пивной алкоголизм - не выдумка. Пиво - это алкоголь. В пиве содержится этиловый спирт. И именно этиловый спирт вызывает зависимость. Пивной алкоголизм - это то же, что и водочный, коньячный. Его отличия - только в худшую сторону. Общее в том, что в любом случае - водка, пиво или коньяк - человек пьёт этиловый спирт. Отличия делают пивной алкоголизм опаснее.

Первое отличие - психологическое. Пиво для человека стало частью быта. Его воспринимают как газировку. Если для вина, водки нужно создавать повод, соблюдать ритуал, то пиво "можно выпить просто так". Вполне нормальным считается выпить пиво по дороге домой, дома на диване, вместе с взрослым сыном или дочерью.

Потребность выпить пива не вызывает такую тревогу у человека, как потребность в водке. Пивной алкоголизм развивается более вкрадчиво, коварно, чем водочный.

Второе отличие - химическое. В состав пива входят очень вредные вещества. Это, прежде всего моноамины - продукты распада хмеля, которые и дают основной элемент пивного опьянения - состояние пришибленности, тупости. Кстати среди моноаминов - есть кадаверин, трупный яд.

Клиническая картина пивного алкоголизма

Но уж когда развивается, то это очень тяжелый алкоголизм. Фармакологическое действие пива таково, что оно способствует отдыху и успокоению. В 20-е годы нашего века его рекомендовали как седативное средство. Таким образом, с пивом человек приучает себя не только к обычному опьяняющему действию алкоголя, но и к седативному средству. Проходит какое-то время, и оно становится уже необходимым элементом отдыха. Нарастают дозы пива, появляются алкогольные эксцессы, возникают провалы в памяти. Первая за день выпивка переносится на все более ранний срок - на ранний вечер, на поздний день, на полдень, и, наконец, на утро. Формируется алкоголизм, пиво входит в привычку и в биохимию.

Чтобы оградить школьников от пагубной зависимости от жидкого хлеба, законодатели предлагают в первую очередь ограничить рекламу напитка - снимать ролики таким образом, чтобы они не создавали впечатления, что "употребление пива имеет важное значение для достижения общественного, спортивного или личного успеха либо для улучшения физического или психического состояния". Кроме того, в рекламе пива запрещается дискредитировать воздержание от его употребления, утверждать, что оно утоляет жажду, использовать прямые утверждения о безвредности пива, а также любую информацию о его полезности для организма.

Нельзя не отметить еще одну модную привязанность молодежи - курение.

Табак и табачный дым содержат более 3000 химических соединений, более 60 из которых являются канцерогенными, то есть способными повредить генетический материал клетки и вызвать рост раковой опухоли.

Рак легкого. Примерно в 85% случаев рака легкого можно обнаружить связь с курением. Риск рака легкого тем выше, чем больше сигарет выкуривают за день, чем дольше курят, чем больше количество вдыхаемого дыма, а также чем выше содержание смол и никотина в сигаретах.

Раком легких называют группу злокачественных опухолей, которые возникают в дыхательных путях. На ранних стадиях и иногда даже позже рак легкого может никак не проявляться. Но когда обнаруживаются его признаки, болезнь часто оказывается сильно запущенной. Только менее 10% пациентов остаются в живых через 5 лет после установления им диагноза рака легких, большинство же погибают в течение первых пяти лет. К признакам рака легких относятся хронический кашель, хрипы, кровохарканье, потеря веса и аппетита, одышка, озноб без причины, повторяющиеся ОРЗ типа бронхита или пневмонии и боли в грудной клетке.

От рака легкого умирает в мире больше людей, чем от какого-либо другого вида рака, и во многих странах более 90% этих смертей обусловлено курением. Среди причин смерти, связанных с курением, рак легких находится на третьем месте после сердечно-сосудистых заболеваний и хронических заболеваний легких.

Около 30% смертей от раковых заболеваний напрямую связаны с курением. Курение является основной причиной многих видов раковых заболеваний:

- рак легких, трахеи и бронхов (85%);
- рак гортани (84%);
- рак ротовой полости, включая губы и язык (92%);
- рак пищевода (78%);
- рак поджелудочной железы (29%);
- рак мочевого пузыря (47%);
- рак почек (48%);
- у женщин - рак грудных желёз, матки и т.д.

Здоровое молодое поколение - это будущее нашей страны. И если мы хотим, чтобы оно было светлым, пора серьезно заняться этими наиважнейшими проблемами.

ПОКА ЕЩЕ НЕ ПОЗДНО!!!

ОЧЕНЬ ХОЧЕТСЯ, ЧТОБЫ В МОДУ ВОШЕЛ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ!!!

Мамедов Ю.Э.,
профессор Академии безопасности обороны и правопорядка

СОВРЕМЕННЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ - ОСНОВА ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ

Мы живем в мире с прогрессивно резко ухудшающейся экологической обстановкой и постоянным ростом заболеваемости и смертности. Даже в экономически развитых странах "практически" здоровых людей становится все меньше и меньше. Антибиотики, гормоны и другие лекарственные средства усугубляют и без того нарушенную эндоэкологию человека.

Кроме того, современная "классическая" медицина в силу своего природного консерватизма, несмотря на успехи технического прогресса и мнимое внешнее благополучие, переживает глубокий кризис - в настоящее время лишь усовершенствуются прежние достижения. Даже триумфальные заявления о расшифровке генетического кода Человека в начале века нынешнего не внесли ясности в понимание его природы и сущности!

И, самое удивительное, чем более выраженными и видимыми становятся проблемы современной медицины, тем с большим отчаяньем ее отдельные представители, прикрываясь громкими титулами и званиями, пытаются воспрепятствовать проявлению новых тенденций возврата к применению природно-факторных, экологически безопасных методов коррекции психосоматики человека, присущих народной, или традиционной медицине. К счастью, таких "защитников" и "поборников" научной медицины не много. Несмотря на остающиеся проблемы в подготовке специалистов, когда изначально выпускники медицинских вузов выходят "сырьевыми придатками" фармакологических фирм с четкой установкой в голове об обязательной выписке какой-нибудь таблетки по поводу и без, все большее число врачей приходят к пониманию необходимости всестороннего подхода к решению проблем, связанных с восстановлением здоровья человека, в первую очередь, опираясь на единство и неразрывную целостность здоровья психического и соматического, что надо бороться не со следствиями, т.е. с проявлениями болезни, а с причинами ее вызвавшими. И трижды прав был Гиппократ, говоря "... болезни начинаются не с тела, болезни начинаются с души!"

Современное естествознание рассматривает Мироздание, как комплекс двух миров, в котором Духовный мир по иерархии стоит выше Материального и управляет им.

Признание учеными в конце прошлого века духовно-материалистической парадигмы привело к бурному развитию информационных технологий в науке, технике и медицине. Благодаря чему, здравоохранение пополнилось эффективными энергоинформационными технологиями и направлениями. И такие термины, как "вибрационная медицина", "энергоинформационная медицина", "квантовая медицина" и др. воспринимаются теперь обыденно, никого больше не удивляя. Медицинские технологии нового поколения становятся незаменимыми для профилактики заболеваний и являются основными средствами в комплексной терапии хронических, иммунодефицитных, аллергических и медикаментозных заболеваний.

Вот почему в современной медицине 3 главных принципа - предупреждение развития заболеваний, восстановление и сохранение здоровья человека, адаптация организма человека к изменяющимся условиям внешней среды - должны опираться на единство энергоинформационных технологий и естественных факторов природы.

Однако, несмотря на достижения современной медицины, все более актуальным и значимым становится проблема демографического кризиса в России. Смертность населения почти в 2,5 раза превышает рождаемость, продолжительность жизни постоянно сокращается, а заболеваемость растет. Все большее число не только врачей, ученых, исследователей из различных областей науки, но и политиков, чиновников обращают свое внимание к этой проблеме. Предлагаются различные способы и меры по исправлению ситуации. Ни у кого не вызывает сомнения, что подход к решению этой проблемы должен носить всесторонний комплексный характер.

В качестве одной из составляющих такого комплексного подхода необходимо рассмотреть проблему отношения к состоянию здоровья детей.

Следует помнить, что формирование патологии в организме человека начинается еще во время внутриутробного развития. Из 100 рождающихся сегодня детей, лишь 10-15 соответствуют нормам здоровья. А к 16-17 годам, т.е. после окончания школы или иного общеобразовательного учреждения, детей, у которых не было бы отклонений в состоянии здоровья, просто нет!

И, если уровню образования, техническому оснащению школ сейчас уделяется большое внимание, то вопросы контроля за состоянием здоровья детей практически не рассматриваются. Существующая система патронажа (мониторинга) состояния здоровья детей школьного возраста не выдерживает никакой критики! К примеру, наличие в школах врача общей практики (не говоря уже об узких специалистах) не предусмотрено существующими стандартами вообще. Вместо этого "наблюдение" за здоровьем детей ведет медицинская сестра, которая в редких случаях имеет должную квалификацию, а медицинский кабинет (при его фактическом наличии) - необходимое оснащение для оказания экстренной помощи.

Речь идет не об осуществлении диспансерного динамического наблюдения за больными детьми (данная задача возложена на поликлиническое звено), а о контроле за здоровыми. И тут, как никогда, важен фактор времени.

Задача: выявить заболевание, которое еще не проявило себя, и восстановить нарушенные функции, не дав сформироваться изменениям на органном уровне - является более актуальной, чем качественное лечение.

Однако проблема заключается в том, что даже в участковых поликлиниках отсутствует необходимое оборудование, которое в кратчайшие сроки (минуты, часы) может дать полную развернутую картину о состоянии здоровья ребенка. Для получения таких результатов (при применении существующих медицинских стандартов диагностики) проходят дни, а порой и недели. А о восстановлении функциональных нарушений за минуты или часы и говорить не приходится. Отсюда - рост ставших уже нарицательными "школьных гастритов", "школьной близорукости" и многих других "школьных" болезней.

Для оценки психосоматической патологии в практике современной медицины широко применяется целый комплекс диагностических стандартов. В настоящее время активно внедряются и компьютерные методы диагностики, имеющие ряд неоспоримых преимуществ. Однако единицы из них могут полно и объективно, а, главное, безвредно для пациента выявить отклонения в состоянии его здоровья еще до клинических проявлений заболеваний. А без этого невозможен полноценный подход к решению проблемы профилактики и коррекции психосоматической патологии.

Одним из таких перспективных методов исследования человека является метод газоразрядной визуализации (ГРВ), или ГРВ биоэлектрографии, основанный на компьютерном анализе пространственно-полевой структуры человека [1,2].

Уникальные его возможности интегрального диагностического анализа психосоматического статуса человека, дающие возможность "увидеть" болезни на самых ранних стадиях зарождения и предупредить их развитие, особенно на этапе доклинической диагностики, высоко оценены многими специалистами.

ГРВ-диагностика - уникальный современный биоэлектрографический метод системной и органной функциональной экспресс-диагностики - позволяет визуализировать усиленное электромагнитным полем биологическое излучение с поверхности тела человека.

Диагностический анализ основывается на положениях традиционной рефлексотерапии, системе меридианов и биологически активных точек, а также многолетнем мировом опыте развития системной медицины. В отличие от распространенных способов медицинской визуализации, в методе ГРВ заключение дается на основании соответственных математических преобразований и оценки образов, параметры которых зависят от психофизиологического состояния организма. В то время как базовые физические процессы являются общими как для биологических объектов (БО), так и для неорганических субстанций, функциональные особенности БО проявляются в основном в изменяемости и динамике газоразрядных изображений.

Уникальность метода, заключенная в возможности быстрой, безвредной, высокочувствительной и наглядной оценки общего состояния здоровья человека, с указанием конкретных органов(!) и систем, вовлеченных в патологический процесс, в том числе на стадии предболезни, позволяет уверенно говорить о применении ГРВ-графии в качестве нового метода экспресс-диагностики и скрининг-контроля, особенно на доклиническом этапе [3,4].

Преимущества ГРВ-диагностики:

- возможность быстрого определения структурно-функционального состояния организма и его отдельных, систем (время, затрачиваемое на полную диагностику не превышает 1 ч., а об основных отклонениях в психосоматическом статусе человека можно судить уже через 10-15 мин. после регистрации полученных данных);
- позволяет оценить функцию всех органов и систем, а именно;
- установить локализацию патологического процесса в зависимости от характера нарушений;
- определить характер, степень тяжести и фазу заболевания;
- дифференцировать патологические изменения в органах от функциональных;
- определить психофизический потенциал (ПФП), или "напряженность" функциональных резервов организма, другими словами, какими "усилиями" дается организму поддержание гомеостазиса, его готовности к стрессовым ситуациям;
- объективность получаемой информации (достоверность результатов ГРВ-диагностики, оцененная независимыми исследователями в разных странах мира составляет 90-95%); безусловной ценностью метода является возможность определения как заболеваний, проявляющихся клинически, так и не выявленных ранее, вяло текущих процессов, усугубляющих течение основного заболевания и общее состояние организма;
- неинвазивность, безопасность и стерильность (исследование безвредно для пациента, его можно проводить регулярно, не опасаясь нежелательных воздействий);
- возможность слежения за развитием процесса во времени, сопоставления структурных, и функциональных изменений в организме и своевременно корректировать его;
- использование точных числовых параметров, характеризующих состояние пациента;
- возможность подбора медикаментов и оценки влияния на человека различных факторов и воздействий (быстро и точно определяется влияние на организм не только приема медицинских препаратов и любых других веществ, но также физического и психоэмоционального воздействия);
- наглядность и интерпретируемость получаемых результатов, их повторяемость;
- возможность локальной постановки диагноза в тех случаях, когда другие методы исследования не дали искомого результата (высокая разрешающая способность метода позволяет выявлять нарушения на доклиническом этапе развития заболевания;
- объективная оценка состояние здоровья в целом с выделением определенных органов и систем, вовлеченные в патологический процесс (тем самым резко сужается диагностический поиск, исключаются многие дополнительные исследования, экономятся время и средства);
- контроль эффективности проводимого лечения, заблаговременный прогноз влияния на пациента лекарственных препаратов и различных воздействий определение соотношения структурных и функциональных нарушений делают незаменимым данный метод диагностического обследования.

Появление аппаратов газоразрядной визуализации, без преувеличения, ознаменовало новый этап в познании природы человека.

Комплекс для проведения биоэлектрографического исследования, разработанный и производимый в нашей стране, привлек внимание и получил одобрение врачей и биологов более чем в 30 странах мира, где он широко применяется в работе с пациентами. Проводимые независимые исследования в области медицины (общая диагностика, контроль эффективности лечения, подбор лекарственных средств, определение влияния различных факторов на состояние здоровья человека и т. д.) подтверждают высокую диагностическую значимость данного метода.

Аппарат для проведения ГРВ-диагностики утвержден и рекомендован Министерством Здравоохранения РФ 20 декабря 1999 г., а с 28 апреля 2005 г. внесен в Государственный реестр изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Научные исследования по применению метода газоразрядной визуализации (ГРВ) в медицинской практике проводятся в рамках Федеральной отраслевой программы Министерства здравоохранения и социального развития РФ по традиционной медицине.

Созданный в 1978 году при участии нобелевских лауреатов и зарегистрированный в UNESCO, Международный Союз медицинской и прикладной биоэлектрографии (IUMAB) ведет активную научную работу по развитию метода газоразрядной визуализации. Под его патронажем осуществляется развитие метода ГРВ биоэлектрографии в России.

Однако, выявление функциональных и патологических изменений в организме - это только 50% успеха. Необходимо применение не менее качественных и эффективных методов восстановительной терапии.

К одному из таких методов следует отнести спектральную светотерапию, или цветотерапию.

По мнению отечественных и ряда зарубежных ученых именно светотерапия будет основной ресурсосберегающей технологией XXI века, т.к. свет - наиболее эффективный естественный фактор благотворного воздействия на природу и человека. Он может заменять лекарства и служить универсальным средством лечения людей [5,6].

Многочисленные исследования показали, что человек находится в доминантной зависимости от светового (видимого) диапазона частот электромагнитного излучения. Монохроматические излучения света являются естественными регуляторами гомеостаза на молекулярном, клеточном, тканевом уровне, другими словами, на уровне функциональных систем всего организма человека [7].

Спектральные излучения света регулируют практически все виды обмена веществ в организме человека, а также регенераторные и другие процессы. Кроме того, свет влияет на сложные адаптационные процессы, оказывает противоопухолевое и радиозащитное действие, повышает защитные силы организма, препятствует развитию реакций, связанных со стрессом, регулирует психоэмоциональное состояние человека.

Сегодняшний день светотерапии связан с разработкой принципиально новых методик.

Области применения светотерапии весьма разнообразны, это, в первую очередь:

1. медицина (лечение, профилактика и реабилитация в различных областях медицины: офтальмологии, неврологии, педиатрии, иммунологии, дерматологии и др.);

2. транспорт (повышение безопасности за счет поддержания высокой работоспособности и профилактики утомления у водителей, машинистов, а также лиц, связанных с лётной и диспетчерско-операторской деятельностью);

3. социальная сфера (психосоматическая реабилитация и коррекция лиц, перенесших природные и техногенные катастрофы, пенсионеров, ветеранов, инвалидов, малоимущих граждан);

4. производственная и административная сфера (психосоматическая коррекция и реабилитация руководителей и сотрудников, чья работа связана со стрессовыми ситуациями, профессиональной вредностью, воздействием оргтехники и других техногенных факторов);

5. силовые структуры (психологическая и психосоматическая реабилитация);

6. спорт (повышение результативности, сокращение восстановительного периода) и многие другие.

А, самое главное, цветотерапия нашла свое непосредственное применение в детских лечебных и учебно-воспитательных учреждениях (с целью профилактики и коррекции психофизиологических расстройств) [8,9].

Многолетний опыт применения спектрально-световой терапии показал, что она:

- безопасна и высокоэффективна (восстановление нарушенных функций наступает с первых сеансов, при этом время одного сеанса не превышает 4-8 минут, а курс лечения - 3-4 недель);

- совместима с другими методами лечения (значительно повышает эффективность проводимого стандартного лечения, сокращает сроки лечения в 1,5-2 раза, способствует снижению дозировок, а в дальнейшем, замене лекарственных препаратов на сеансы цветотерапии);

- повышает работоспособность, умственный и физический потенциал, способствует повышению иммунитета и защитных сил организма, позволяет лечить не только болезнь, но и весь организм в целом [10].

Все эти достоинства позволяют считать спектральную светотерапию основной ресурсосберегающей медицинской технологией XXI века. А огромное число и разнообразие приборов цветотерапии, выпускаемое в настоящее время во всем мире, является лишним доказательством востребованности и необходимости применения такого метода лечения ввиду его особой эффективности.

Представленные медицинские технологии за оригинальность и эффективность профилактики болезней, восстановления и укрепления здоровья отмечены медалями, дипломами и грамотами ряда международных и всероссийских конференций и форумов, а также руководителями государственных и общественных организаций (в т.ч. Дипломом Совета предпринимателей при Мэре и правительстве Москвы, Дипломом и Золотой медалью ВВЦ и др.), лежат в основе федеральных и региональных медицинских и оздоровительных программ (в т.ч. государственной Программы "Здоровье нации" Общественного Российского Движения "За здоровую Россию", городской Программы "Москва - здоровый город", региональной Программы ЮФО "Здоровое питание - здоровье нации" и др.), реализация которых осуществляется в настоящее время, а так же нашли активную поддержку и применение во Всероссийском олимпийском комитете, некоторых подразделениях силовых структур (МО, МВД, ФСБ).

С учетом выше изложенного, в качестве программного проекта предлагается:

1. создать на базе одной из поликлиник ЮВАО и обслуживаемой ею школы Объединенный Медицинский Центр (ОМЦ), оснастив его аппаратами ГРВ-диагностики и спектральной терапии;

2. подготовить специалистов из числа сотрудников поликлиники, обучив их необходимым навыкам применения разработанных технологий (на первоначальном этапе возможно привлечение имеющихся специалистов, уже владеющих данными методами);

3. основываясь на опыте практического применения изложенных методик, провести обследование школьников (к примеру, учащихся начальных классов) с последующим объединением их в группы по состоянию здоровья;

4. применить разработанную программу комплексной коррекции состояния здоровья в экспериментальной группе из числа отобранных "проблемных" детей;

5. провести сравнительный анализ заболеваемости и успеваемости между экспериментальной группой детей, где применялись оздоровительные технологии, и остальными школьниками, а также внутри самой экспериментальной группы;

6. осуществлять параллельно амбулаторный прием пациентов на коммерческой основе на базе созданного ОМЦ по внедряемым методикам в целях пропаганды новых технологий, а также погашения материальных затрат по проекту;

7. учтя недостатки, распространить полученный положительный опыт во всех школьных учреждениях;

8. внедрить модифицированную (с учетом локальной специфики) комплексную программу реабилитации, основанную на изложенных методиках, во всех лечебных учреждениях, в первую очередь поликлинического и санаторно-профилактического профиля.

Оптимальное время, необходимое для проведения эксперимента - 6 месяцев (включает: время на подготовку специалистов до уровня самостоятельной эффективной работы, время на обследование детей, восстановление нарушенных функций организма, получение отдаленных результатов).

Ориентировочная стоимость проекта - около 2 миллионов рублей (включает в себя: стоимость оборудования, затраты на обучение и оплату специалистов, обследование, лечение детей, динамическое наблюдение за ними). Затратная часть может варьироваться и зависит от количества привлекаемых специалистов, учащихся, отобранных в экспериментальную группу, и времени для проведения эксперимента.

Точные расчеты могут быть представлены в трехдневный срок после получения конкретного технического задания.

Литература.

1. Коротков К.Г. Основы ГРВ биоэлектрографии. СПб.: СПбГИТМО, 2001. С. 13-17.

2. Вестник Северо-Западного отделения Академии медико-технических наук РФ. Выпуск 4. Под ред. К.Г. Короткова - СПб.: "Агенство "РДК-принт", 2001. - 176 с.

3. Мамедов Ю.Э., Зверев В.А. ГРВ-графия - как метод эксперсс-диагностики и скрининг-контроля психосоматической патологии в практике современной медицины. // Материалы IX Международного Конгресса по биоэлектрографии. - СПб, 2005. - С.110-111.

4. Мамедов Ю.Э. Диагностические возможности ГРВ-графии. // Материалы X Международного Конгресса по биоэлектрографии. - СПб, 2006.

5. Либерман Д. Свет-лекарство будущего, Санта-Фе, 1991

6. Шереметьева Г. Семь цветов здоровья, М.: ФАИР-ПРЕСС, 2002

7. Гербер Р. Вибрационная медицина, М., 1997

8. Гойденко В.С., Лугова А.М., Зверев В.А. и др. Визуальная цветостимуляция в рефлексологии, неврологии, терапии и офтальмологии, М.: РМАПО, 2000 г.

9. Гойденко В.С., Лугова А.М., Зверев В.А. Цветоимпульсная терапия заболеваний внутренних органов, неврозов и глазных болезней, М., Учебное пособие, 1996 г.

10. Зверев В.А., Мамедов Ю.Э., Алимова С.Ф. Биорезонансная офтальмоцветотерапия : Сборник методических рекомендаций. - М.: Карпов Е.В., 2006. - 48 с. : ил.

Мельников Г.В.,
председатель Комиссии по качеству методов товаров и услуг медицинского, экологического и оздоровительного назначения Совета предпринимателей при Мэре и правительстве Москвы.

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ: РАЗВИТИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ МОСКВИЧЕЙ

Участники проекта:

Коммерческие, государственные и общественные организации медицинского, экологического и оздоровительного назначения - лауреаты первого Московского открытого конкурса инновационных проектов " Лучшие проекты для здоровья Москвы и москвичей".

Проект является составной частью социальной инновационной программы "Формирование инфраструктуры Народных Домов Здоровья в городе Москве".

Реализация проекта предполагает государственно-частную форму финансирования и социального партнерства.

Основные девизы:

"*Нация- это общая память о славном прошлом, это общая потребность в свободной жизни в настоящем, это общая воля в достижении великого будущего*"

"*Миссия настоящего врача в том, чтобы научить пациента искусству самооздоровления*" *(Гиппократ)*

"*Здоровье - каждого, путь к здоровью для всех*"

Структура демографической безопасности:

Управление процессами:
- рождаемости;
- продолжительности жизни;
- миграции.

Основные понятия:

Здоровье - "состояние единства и свободы духовной, психической и физической жизнедеятельности человека".

Репродуктивное здоровье - "состояние единства и свободы духовной, психической и физической репродуктивной жизнедеятельности человека".

Система мониторинга состояния репродуктивного здоровья - структурно - функциональное единство методов первичной оценки и динамического наблюдения за процессом развития репродуктивного здоровья.

Паспорт репродуктивного здоровья - система показателей измерения резервов репродуктивного здоровья человека.

Резервы репродуктивного здоровья - количество жизненных сил, которые определяют степень качества репродуктивной жизнедеятельности человека.

Коррекция состояния репродуктивного здоровья - система средств и мероприятий направленная на восстановление или увеличение резервов репродуктивного здоровья.

Основной принцип:

Единство физической, психической и духовной жизнедеятельности в репродуктивном здоровье и активном долголетии человека.

Достоверность.

Доступность.

Экономическая эффективность.

Актуальность и новизна:

Социальная:

- ориентация системы государственного заказа на социальные инновационные проекты развития репродуктивного здоровья и активного долголетия;
- создание новых рабочих мест;
- повышение культуры потребления товаров и услуг для репродуктивного здоровья и активного долголетия.

Технологическая:

- организация общественного контроля и независимой экспертизы качества методов, товаров и услуг для репродуктивного здоровья и активного долголетия;
- повышение качества разработки, производства и продвижения методов, товаров и услуг для репродуктивного здоровья и активного долголетия.

Организационная - создание механизмов:

- социального партнерства коммерческих, государственных и общественных организаций друг с другом и с органами власти;
- конкурсного отбора и системной поддержки инновационных проектов;
- развития инфраструктуры межведомственной службы репродуктивного здоровья и активного долголетия.

Цель проекта:

Развитие инфраструктуры межведомственной службы репродуктивного здоровья и активного долголетия в рамках административных территориальных образований г. Москвы.

Задачи проекта:

Формирование городской программы репродуктивного здоровья и активного долголетия москвичей.

Создание системы отбора и поддержки инновационных проектов по развитию репродуктивного здоровья и активного долголетия.

Структура проекта:

Общие программы развития репродуктивного здоровья и активного долголетия:

- нации;
- детей и молодежи;
- работающего населения;
- лиц с ограничениями жизнедеятельности;

Тематические программы развития репродуктивного здоровья и наивного долголетия:

- Духовного здоровья;
- Психического здоровья;
- Физического здоровья;
- Здорового питания;
- Здорового досуга и сна;
- Здорового жилья и быта;
- Здоровой работы (содержания и условий труда).

Направления работы городской межведомственной службы репродуктивного здоровья и активного долголетия москвичей:

- мониторинг проблем и средств развития репродуктивного здоровья и активного долголетия
- общественный контроль и независимая экспертиза качества проектов;
- введение системы менеджмента качества проектов;
- отбор и системная поддержка проектов;
- пропаганда культуры оздоровления;
- подготовка специалистов по оздоровлению;

- развитие инфраструктуры службы репродуктивного здоровья и активного долголетия;
- мониторинг и паспорт репродуктивного здоровья и активного долголетия.

Предложения для органов власти г. Москвы:

- Придать официальный статус городской программы проекту "Демографическая безопасность: развитие репродуктивного здоровья и активного долголетия москвичей".

Оказать содействие:

- формировании системы отбора и поддержки инновационных проектов для развития репродуктивного здоровья и активного долголетия москвичей
- развитии инфраструктуры межведомственной службы репродуктивного здоровья и активного долголетия в рамках административных территориальных образований (АТО) г. Москвы
- создание системы пропаганды и социальной рекламы эффективных проектов по развитию репродуктивного здоровья и активного долголетия москвичей
- организации системы социального заказа на инновационные проекты вышеуказанной тематики
- проведении городского ежегодного конкурса-форума: "Репродуктивное здоровье и активное долголетие москвичей"
- выпуске городского ежегодного справочника - реестра инновационных проектов "Лучшие проекты для репродуктивного здоровья и активного долголетия москвичей".

Результаты реализации проекта:

- устойчивое развитие резервов репродуктивного здоровья и активного долголетия жителей г. Москвы.
- создание системы городского социального заказа на проекты по развитию репродуктивного здоровья и активного долголетия москвичей.

Мешков Н.А.,
к.т.н., доцент кафедры "Менеджмент и маркетинг"
Московского государственного
института электроники и математики

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОРТАЛ "ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РОССИИ"

"Масштабы демографического кризиса таковы, что угрожают существованию России как суверенного государства"

Россия, которую мы выбираем: Программное заявление партии Единая Россия, 2006 г.

Цель проекта: ускорение процесса формирования на базе Интернет единого общероссийского информационно-коммуникационного медико-производственного пространства.

Задачи проекта: создание и обеспечение функционирования информационно-аналитического портала "Демографическая безопасность России".

"Сохранение и размножение российского народа" (М.В. Ломоносов, 1761 г.), обеспечение валео-демографической безопасности России требует срочных, хорошо продуманных, систематических действий, основанных на четких медико-демографических ориентирах и направленных на повышение эффективности использования ресурсов общественного и частного здравоохранения в целях охраны и укрепления здоровья россиян. "Сохранение и укрепление здоровья народа достойно возведения в ранг национальной идеи" (Г.Н. Голухов, Н.А. Мешков, Ю.В. Шиленко, 1998 г.) [1]. В XXI веке именно здоровье народа во всех его проявлениях будет как целью, так и основной движущей силой общественного прогресса, обретет статус главной социальной ценности, ключевого фактора национальной безопасности, обобщающего критерия эффективности управления государством.

Воспринятая общественным сознанием, идея здоровья должна стать в России реальной консолидирующей и мобилизующей силой. Только физически и нравственно здоровый народ в состоянии адекватно воспринимать и оценивать жизнеутверждающие принципы патриотизма, соборности и коллективизма, добра и справедливости, взаимоуважения и терпимости, мира и согласия, знания и веры, мечты и идеала. Только он может сделать их нормой повседневной жизни.

В условиях российской действительности особо важную роль играет сформулированный И.А.Гундаровым закон "духовно-демографической детерминации здоровья": при прочих равных условиях улучшение (ухудшение) нравственно-эмоционального состояния общества сопровождается улучшением (ухудшением) демографической ситуации. Главным показателем прогресса цивилизации и эффективности проводимых в стране реформ становится качество жизни россиян, измеряемое с помощью комплексного индикатора, состоящего из следующих четырех блоков [2]:

- здоровье человека, его трудоспособность и долголетие, определяемые по продолжительности творческой жизни;
- способность иметь детей и продолжать род, оцениваемая по уровню естественного воспроизводства населения;
- радость жизни, удовлетворенность индивидуальными условиями бытия и положением дел в государстве, определяемые с помощью социологических опросов;
- духовное состояние, при анализе динамики которого в качестве единиц измерения используются нравственные аномалии - убийства, грабежи, разводы, брошенные дети.

Активизация процессов рыночного реформирования и развития российского здравоохранения в условиях демократизации общественных потребностей в свободном доступе к информации, имеющей отношение к здоровью людей, медицине, фармацевтике во всех аспектах медико-производственной деятельности обусловливает необходимость широкого и всестороннего обсуждения проблем развития отечественного медико-производственного комплекса (МПК) в новых, коренным образом изменившихся социально-экономических условиях. Абстрагируясь от функционального и экономико-правового статуса участников здравоохранительной деятельности, под МПК мы понимаем множество взаимосвязанных и взаимодействующих между собой субъектов, реализующих в

процессе своего согласованного функционирования одну общую цель - обеспечение валео-демографической безопасности Российской Федерации на основе повышения эффективности и качества медико-социальной помощи населению страны, сохранения и укрепления физического и психического здоровья россиян, максимального продления активной творческой жизни и гармоничного развития личности [3]. Единый медико-производственный комплекс страны призван обеспечивать единство всех воспроизводственных процессов охраны и укрепления здоровья россиян, предоставление гражданам доступной квалифицированной медико-социальной помощи, решение текущих и перспективных задач реализации медико-демографической политики государства.

В МПК можно выделить [4]:

- подсистемы, деятельность которых непосредственно связана с удовлетворением потребности населения в медицинской помощи и созданием нормальных условий жизнедеятельности людей (здравоохранение, санитарно-эпидемиологическая служба, служба скорой и неотложной медицинской помощи, фармацевтическая служба, санаторно-курортный комплекс и др.);

- подсистемы, обеспечивающие процессы здравоохранения (система медицинского страхования - обязательного и добровольного, система подготовки кадров для МПК, медицинская наука и научное обслуживание, включая медицинские издания, и т.п.);

- подсистемы, деятельность которых связана с производством товаров медицинского назначения (медицинская и химико-фармацевтическая промышленность, производство предметов личной гигиены и санитарии, сбор и заготовка лекарственных растений, производство лечебного питания и т.д.);

- подсистемы, осуществляющие специальное медико-социальное обслуживание населения (лечение на дому, медсестринский уход, медико-бытовое обслуживание и др.).

Особый отпечаток на суть и характер задач, стоящих сегодня перед российским здравоохранением, накладывает изменение отношения общества к отдельным его членам, признание приоритетности прав личности. Если раньше отношения "врач - больной" строились на сугубо "патерналистской" основе (врач лечил, а больной беспрекословно выполнял все назначенные ему предписания), то теперь, в соответствии с принципом информированного согласия пациента на медицинское вмешательство, больной - это уже не просто пациент, запуганный непонятными ему действиями, указаниями и терминологией врача, а равноправный партнер врача, знающий все о своей болезни, об альтернативных способах ее лечения и их возможных результатах, о рисках, возникающих при применении каждого из них, о последствиях того или иного решения и имеющий право знакомиться со своей медицинской документацией, соглашаться или не соглашаться с предлагаемым ему лечением, менять по своему усмотрению лечащего врача, подавать иски по возмещению причиненного ему в процессе лечения физического, материального и морального вреда (нравственных страданий). Только признавая автономию воли пациента и культивируя уважение к его личности, можно в полном объеме реализовать творческий потенциал врача, привлечь больного к активному участию в профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных процессах.

Ведущей тенденцией мирового цивилизационного процесса является в наши дни формирование глобального информационного общества. В глобальном информационном обществе обмен информацией не имеет ни временных, ни пространственных, ни политических границ. Главным условием благополучия каждого человека, каждой организации и каждого государства в глобальном информационном обществе становится знание, полученное благодаря беспрепятственному доступу к информации и умению работать с ней. "Богатство, власть, общественное благополучие и культурное творчество в России в XXI веке во многом будут зависеть от ее способности развить модель информационного общества, приспособленную к ее специфическим ценностям и целям" (М. Кастельс, 2004 г.) [5].

Основой глобальной компьютерной коммуникации является Интернет. В отличие от средств массовой информации, воздействующих на человека, Интернет организует взаимодействие людей. Миссия Интернет заключается в создании благоприятных условий для открытого общения каждого с каждым и каждого со всеми.

К ноябрю 2006 г. количество сайтов в Интернет превысило 100 млн., число сайтов в Рунет - российском сегменте Интернет - 500 тыс. Общее количество пользователей Интернет в России, по разным оценкам (Фонд "Общественное мнение", исследовательский холдинг "ROMIR Monitoring" и др.), достигает 18-21 млн. чел. (52% из них мужчины, 48% - женщины), недельная аудитория Рунет оценивается в 15-16 млн. чел., суточная - в 5-6 млн. чел.

Основные представители Рунет-аудитории сегодня, как и прежде, - молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет (36%). На фоне практически неизменных долей 25-34-х и 35-44-летних начинает действовать тенденция роста доли лиц старше 45 лет - с 7% в I квартале 2006 г. до 9% во II квартале. Хорошие результаты в освоении Интернет показывают в последнее время, особенно в Москве, благодаря городской программе поддержки, пенсионеры: во II квартале 2006 г. их доля в Рунет-аудитории достигла 4% (против 1-2% в предшествующие периоды) [6]. Таким образом, наиболее активными пользователями Интернет в России сегодня являются молодежь и пенсионеры - две основные категории россиян, ответственные за развитие демографической ситуации в стране.

Практически все российские пользователи Интернет (95%) имеют опыт посещения Интернет-магазинов. Три четверти когда-либо делали в них покупки, 23% приобретают товары и услуги через Интернет ежемесячно, 16% совершают 2-3 покупки в месяц.

В I-ом полугодии 2006 г. 49% представителей Рунет-аудитории посещали Интернет-магазины с целью приобретения в них каких-либо товаров или услуг (в Москве - 64%), 38% собирали информацию об интересующих их товарах и услугах. Среди россиян, регулярно приобретающих товары и услуги через Интернет, преобладают москвичи (41%) и жители Санкт-Петербурга (10%). Как правило, уровень доходов лиц, пользующихся услугами Интернет-магазинов, превышает средний по стране (39% зарабатывают свыше 25000 руб./мес.).

Каждый второй пользователь Интернет из тех, кто посещал в последние полгода Интернет-магазины, но ничего в них не приобретал, указывает, как на главную причину отказа от покупки, на отсутствие полной информации о предлагаемом товаре (услуге), каждый третий - на отсутствие опыта в этом деле. Многих к тому же смущают проблемы, связанные с доставкой товаров на дом (29%), и то, что все, что необходимо купить, редко можно найти в одном Интернет-магазине (10%).

Реализация политики движения России к информационному обществу предполагает активное участие в этом процессе территориальных органов государственной власти и местного самоуправления, переход от "информатизации управления" к "информатизации жизни", ориентации на решение конкретных практических задач, касающихся самых широких слоев россиян. Информационная открытость государственных и муниципальных структур, облегчение гражданам доступа к документам и материалам, непосредственно затрагивающим их права и законные интересы, предоставление им полной и достоверной информации о планируемых и фактических результатах деятельности территориальных органов государственной власти и органов местного самоуправления способствуют развитию диалога государства и общества, усилению общественного контроля за властью, укреплению местного самоуправления как выражения власти народа [7].

Одна из основных возможностей, предоставляемых информационным обществом, - качественное улучшение системы охраны здоровья людей. Новые информационно-коммуникационные технологии повышают эффективность пропаганды здорового образа жизни, делают широко доступной профилактическую медицину, создают основу для получения любым пациентом, где бы он ни находился, регулярных врачебных консультаций, превращают в реальность телемедицину, опирающуюся на национальные и мировые медико-информационные ресурсы. Электронная коммерция помогает органам здравоохранения, всем субъектам МПК оптимизировать закупки медицинского оборудования, расходных материалов, медикаментов, а гражданам - улучшить условия приобретения лекарственных средств и других изделий медицинского назначения.

Необходимым условием высокой эффективности информационной поддержки медико-производственной деятельности и пациентов является формирование на базе Интернет единого общероссийского информационно-коммуникационного медико-производственного пространства (ИКМПП) [8]. В ИКМПП должны быть представлены все виды лечебно-профилактических организаций, врачи всех специальностей, производители и продавцы лекарственных средств и других изделий медицинского назначения, страховые медицинские организации (обязательное и добровольное медицинское страхование), адвокаты, специализирующиеся на защите прав пациентов и врачей, научно-исследовательские институты (разработчики лечебно-диагностических технологий, лекарственных средств, материалов, медицинского и другого оборудования) и учебные заведения (основное и дополнительное последипломное образование), профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации, редакции и издательства (научная и научно-популярная медицинская, экономическая и юридическая литература) и др. Главным результатом выхода производителей медицинских услуг и товаров медицинского назначения в Интернет будет улучшение

качества и увеличение объема медицинской помощи населению страны, повышение социально-экономической эффективности функционирования российского МПК.

С расширением присутствия субъектов МПК в Интернете ускоряется процесс социальной институционализации ИКМПП - организации и координации социального взаимодействия людей в ИКМПП, появления его стандартизированных и регулярно воспроизводимых элементов [9]. Социальная институционализация ИКМПП возникает и развивается на основе следующих четырех основных предпосылок:

- формирования в условиях глобализации и демократизации общественных потребностей в свободном доступе к информации, имеющей отношение к здоровью людей, медицине, фармацевтике, валео-демографической безопасности России во всех аспектах медико-производственной деятельности;

- формирования и развития необходимых организационных структур (каталогов медико-информационных ресурсов, поисковых систем, специализированных порталов и сайтов), а также связанных с ними ценностных стандартов и социальных норм, регуляторов поведения человека и социальных групп в ИКМПП;

- возникновения социальных условий и возможностей, соответствующих социализации человека, интернационализации новых ценностей и норм, способных формировать необходимую систему потребностей личности, ценностных ориентаций и ожиданий в области охраны здоровья и продолжения рода;

- интеграции ИКМПП в структуру российского МПК, нуждающегося в связи с ухудшением валео-демографической ситуации в стране в выполнении новых социально-значимых функций в качестве условия своего дальнейшего развития.

Активизируется процесс формирования валеологического Интернет-сообщества - объединения людей, имеющих общие интересы, общую цель - сохранение и укрепление здоровья россиян, обеспечение валео-демографической безопасности России.

Процесс институционализации ИКМПП должен завершиться принятием набора формальных и неформальных санкций (правовых и моральных), с помощью которых общество будет осуществлять социальный контроль за различными типами поведения (действий) граждан и организаций в этой области Интернет.

Темпы роста ИКМПП и сила его влияния на ситуацию в российском здравоохранении определяются уровнем развития его инфраструктуры и количеством и качеством представленных в нем медико-информационных ресурсов, прежде всего - медико-социологической информации, которая должна помочь нашему обществу сконструировать "паттерн здорового образа жизни" (А.В. Решетников, 2003 г.) [10]. Все территориальные органы государственной власти и органы местного самоуправления должны активно участвовать в формировании и развитии ИКМПП. Информационная открытость государственных и муниципальных структур, облегчение гражданам и организациям доступа к документам и материалам, непосредственно затрагивающим их права и законные интересы в области охраны здоровья, предоставление им полной и достоверной информации о планируемых и фактических результатах деятельности органов власти и управления в этом направлении способствуют развитию диалога государства и общества, усилению общественного контроля за властью. Ускорение развитию ИКМПП придает повышение образовательного уровня россиян - через пропаганду здорового образа жизни и формирование научно-обоснованных потребностей в медицинских услугах и товарах медицинского назначения и расширение возможностей реализации этих потребностей.

Основными целями участия территориальных органов государственной власти и органов местного самоуправления в формировании и развитии ИКМПП являются:

- улучшение валео-демографической ситуации в соответствующих административно-территориальных образованиях и в стране в целом;

- повышение доступности и качества медицинской помощи, лекарственных средств и других изделий медицинского назначения;

- повышение эффективности управления государственным и муниципальным здравоохранением.

Для достижения этих целей территориальным органам государственной власти и органам местного самоуправления необходимо решить следующие основные задачи:

- содействие формированию и развитию ИКМПП и интеграции его в структуру российского МПК;

- расширение возможностей получения гражданами качественной медицинской помощи с помощью Интернет-технологий;

- обеспечение прав граждан и организаций на свободный поиск, получение, передачу, производство и распространение информации, имеющей отношение к здоровью людей, медицине, фармацевтике, валео-демографической безопасности России во всех аспектах медико-производственной деятельности;

- формирование соответствующей стратегическим целям развития России системы потребностей личности, ценностных ориентаций и ожиданий в области охраны здоровья и продолжения рода, пропаганда здорового образа жизни и семейных ценностей;

- осуществление мониторинга качества жизни населения соответствующих административно-территориальных образований, измеряемого с помощью комплексного индикатора, предложенного И.А.Гундаровым;

- привлечение внимания политических элит, предпринимательских кругов и населения к проблеме обеспечения валео-демографической безопасности России, расширение возможностей для осуществления общественного контроля за ходом реализации приоритетных национальных проектов "Здоровье" и, в перспективе, "Демография";

- пропаганда результатов научных исследований и практического опыта применения Интернет-технологий в здравоохранении.

Не секрет, что на первом этапе реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" Министерство здравоохранения и социального развития России неожиданно для себя столкнулось с проблемой непонимания и, нередко, неприятия населением и медицинским сообществом проводимых им мероприятий. Основная причина - низкий уровень информационной поддержки проекта. Признание этого факта содержится в цитате из стенограммы выступления Министра здравоохранения М.Ю.Зурабова на VI Пироговском съезде 28 сентября 2006 года: "Мы осознаем, что информирование медицинского сообщества о сути тех мероприятий, которые проводятся в эти годы, и о плане, который намечен на более продолжительный период, у нас страдает".

При всем многообразии имеющихся сегодня в Рунете медицинских порталов по-прежнему актуальной остается задача создания единого общероссийского информационно-аналитического портала МПК "Демографическая безопасность России" - основанной на последних достижениях Интернет-технологий глобальной саморазвивающейся проблемно-ориентированной информационно-коммуникационной системы, высокоэффективного средства массовой информации, агитации и пропаганды, инструмента общественного контроля за деятельностью органов государственной власти и местного самоуправления, федеральных и муниципальных учреждений здравоохранения, других субъектов МПК по реализации приоритетных национальных проектов "Здоровье" и, в перспективе, "Демография". Важнейшей общественно-политической задачей портала МПК является содействие формированию у россиян нового валеологического мышления на принципах здорового образа жизни и семейных ценностей. Главная научно-практическая задача портала МПК заключается в содействии формированию и развитию ИКМПП, накоплении, хранении и актуализации информации по вопросам личного и общественного здоровья, создании уникальной по содержанию и объему базы данных по проблемам валео-демографической безопасности России.

Портал МПК "Демографическая безопасность России" представляет собой виртуальную организацию (М. Уорнер, М. Витцель, 2005 г.) [11], предоставляющую возможность рассредоточенной и децентрализованной работы. В качестве основной особенности технического решения портала МПК следует отметить его модульную иерархическую структуру, обеспечивающую высокую степень унификации за счет использования ограниченного числа типовых модулей и простейших программ-редакторов для их настройки и наполнения контентом. Наполнение модулей портала контентом осуществляется непосредственно на местах - в органах государственной власти и местного самоуправления, организациях здравоохранения, региональных и местных отделениях политических партий, общественных организациях и др. Основой жизненной силы портала МПК как виртуальной организации являются знания, касающиеся самых разных аспектов медико-производственной деятельности.

Портал МПК "Демографическая безопасность России" должен обеспечивать [12]:

- установление прямых информационных связей между производителями и потребителями продукции МПК;

- реализацию принципа информированного согласия пациента на медицинское вмешательство посредством использования ссылок на материалы по основной и смежным темам и предоставление доступа к специализированным базам данных;
- комплексную информационную поддержку всего спектра медицинских и сопутствующих им сервисных услуг и товаров медицинского назначения;
- индивидуализацию подхода к каждому пользователю;
- анонимность и конфиденциальность информации о пользователях;
- возможность проведения широкомасштабных медико-социологических и маркетинговых исследований;
- бессрочное хранение и обновление научной и коммерческой информации.

В структуре портала МПК "Демографическая безопасность России" необходимо выделить следующие основные отделы:
- первичная диагностика;
- медицинские услуги (по специальностям);
- лекарственные средства;
- изделия медицинского назначения;
- гомеопатическое лечение;
- санаторно-курортное лечение;
- профилактика и оздоровление;
- лечебно-диагностические и химико-фармацевтические технологии, медицинское и медико-производственное оборудование, инструменты и материалы;
- медицинское право;
- медицинское страхование;
- общественные объединения пациентов;
- профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации;
- профессиональное образование (основное и дополнительное) и трудоустройство работников МПК;
- социология медицины;
- медицинская наука и пропаганда медицинских знаний.

На работников портала МПК "Демографическая безопасность России" как средства массовой информации должны полностью проецироваться требования, предъявляемые российским законодательством к журналистам. Они обязаны уважать права, законные интересы, честь и достоинство граждан и организаций; проверять достоверность сообщаемой ими информации; сохранять конфиденциальность информации и ее источника; удовлетворять просьбы лиц, предоставивших информацию, об указании на ее источник, а также об авторизации цитируемого высказывания, если оно оглашается впервые; получать согласие (за исключением случаев, когда это необходимо для защиты общественных интересов) на распространение сведений о личной жизни граждан от самих граждан или их законных представителей; при получении информации от граждан и должностных лиц ставить их в известность о проведении аудио- и видеозаписи, фотосъемки и др. Сокрытие или фальсификация общественно значимых сведений, публикация сообщений о непроверенных или недоказанных методиках лечения без указания на их непроверенность или недоказанность, распространение слухов под видом достоверных сведений недопустимы. Обеспечение плюрализма мнений по спорным вопросам медицинской теории и практики должно достигаться за счет включения в каждое сообщение ссылок на другие материалы по обсуждаемой тематике. Рекламные сообщения следует выделять примечанием "Публикуется на правах рекламы".

К необходимым условиям высокой социально-экономической эффективности портала МПК "Демографическая безопасность России" относится комплексный профессиональный подход к организации предпринимательской деятельности в ИКМПП. Работники портала МПК должны хорошо знать свою предметную область - рынок медицинских услуг и товаров медицинского назначения, понимать особенности бизнеса в Интернет-пространстве, иметь тесные контакты с поставщиками и потребителями продукции медицинского назначения. Они должны иметь соответствующее профессиональное образование и обладать достаточно высокой квалификацией.

В результате развития интеграционных процессов в ИКМПП возникает мощный синергетический эффект. Основными факторами синергизма в ИКМПП являются:

- концентрация прежде рассредоточенных информационных ресурсов МПК в одном месте - информационно-аналитическом портале МПК "Демографическая безопасность России" (возникающий в результате этого кумулятивный эффект будет более весомым, чем в случае размещения тех же ресурсов на сайтах отдельных субъектов медико-производственной деятельности);

- функциональная специализация субъектов МПК (разделение обязанностей при выполнении разделенных функций в здравоохранении способствует росту производительности труда, повышению качества оказываемых медицинских и сервисных услуг, выполняемых работ, изготавливаемых изделий);

- расширение и углубление информационных связей между взаимодействующими группами участников рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения (за счет гармонизации отношений в ИКМПП улучшается координируемость индивидуальных и совместных действий субъектов медико-производственной деятельности);

- активизация деятельности одних групп субъектов МПК, обусловленная присутствием в ИКМПП других групп субъектов медико-производственной деятельности, выступающих в роли катализаторов (чем больше различных субъектов МПК участвует в работе портала МПК, тем выше энергетический потенциал поля их взаимодействия);

- взаимодополняемость субъектов МПК (с ростом взаимодополняемости субъектов медико-производственной деятельности расширяется пространство допустимых вариантов групповых решений и улучшаются возможности выбора из них наиболее приемлемых);

- взаимозаменяемость субъектов МПК (частичная взаимозаменяемость субъектов медико-производственной деятельности необходима для обеспечения устойчивости работы портала МПК в случае временного или постоянного (полного или частичного) прекращения функционирования некоторых из них);

- привлечение внимания Рунет-аудитории к порталу МПК "Демографическая безопасность России", обусловленное концентрацией в одном месте всего спектра информации по вопросам здоровья и демографии (при условии, что пользователям будет предложена простая и эффективная система навигации по ИКМПП).

При проведении грамотной редакционной и организационно-экономической политики суммарная отдача от вложения средств в создание и обеспечение функционирования портала МПК "Демографическая безопасность России" будет заведомо выше суммы отдачи по всей стратегической зоне хозяйствования субъектов МПК, участвующих в его работе, и в сфере деятельности органов государственной власти и местного самоуправления, политических партий, общественных организаций и граждан, направляющих свои усилия на поддержку государственной медико-демографической политики, без учета преимуществ использования общих ресурсов - их взаимозаменяемости и взаимодополняемости.

Инициатором создания портала МПК "Демографическая безопасность России" может стать Префектура Юго-Восточного Административного Округа г. Москвы, имеющая большой опыт работы в области "информатизации жизни". Именно в ЮВАО г. Москвы функционирует один из первых окружных порталов (www.uvao.ru), входящих в интегрированную справочно-информационную систему порталов "Москва-Онлайн" (www.molnet.ru). Широко известны и другие социально-значимые информационные проекты, реализуемые по инициативе и при поддержке Префектуры ЮВАО г. Москвы.

Научное и методическое руководство проектом создания портала МПК "Демографическая безопасность России" может осуществлять отделение медицины и здравоохранения Российской муниципальной академии.

Обобщая сказанное, сформулируем следующие основные выводы:

1. Ведущей тенденцией мирового цивилизационного процесса является в наши дни формирование глобального информационного общества.

2. Как будет развиваться Россия в XXI веке, во многом зависит от ее способности создать модель информационного общества, приспособленную к ее специфическим ценностям и целям.

3. Наиболее активными пользователями Интернет в России сегодня являются молодежь люди и пенсионеры - две основные категории россиян, ответственные за развитие демографической ситуации в стране.

4. Все территориальные органы государственной власти и органы местного самоуправления должны активно участвовать в формировании и развитии единого общероссийского информационно-коммуникационного медико-производственного пространства.

5. Эффективным средством информационной поддержки государственной медико-демографической политики, инструментом общественного контроля за ходом ее реализации может стать информационно-аналитический портал МПК "Демографическая безопасность России".

6. Важнейшей общественно-политической задачей портала МПК "Демографическая безопасность России" является содействие формированию у россиян нового валеологического мышления на принципах здорового образа жизни и семейных ценностей.

7. Главная научно-практическая задача портала МПК "Демографическая безопасность России" заключается в содействии формированию ИКМПП, накоплении, хранении и актуализации информации о здоровье и здравоохранении, создании уникальной по содержанию и объему базы данных по проблемам валео-демографической безопасности России.

8. Основной особенностью технического решения портала МПК "Демографическая безопасность России" является его модульная иерархическая структура.

9. Основой жизненной силы портала МПК "Демографическая безопасность России" являются знания, касающиеся самых разных аспектов медико-производственной деятельности.

10. В результате развития интеграционных процессов в ИКМПП возникает мощный синергетический эффект.

11. Инициатором создания портала МПК "Демографическая безопасность России" может стать Префектура Юго-Восточного Административного Округа г. Москвы.

12. Научное и методическое руководство проектом создания портала МПК "Демографическая безопасность России" может осуществлять отделение медицины и здравоохранения Российской муниципальной академии.

Литература

1. Голухов Г.Н., Мешков Н.А., Шиленко Ю.В. Медико-производственный комплекс: современное состояние и перспективы развития. - М.: Алтус, 1998.

2. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины и пути преодоления // Почему вымирают русские: Последний шанс. - М.: Эксмо, 2004.

3. Мешков Н.А. Исследование систем управления: Учебное пособие. - М.: МИЭМ, 2003.

4. Мешков Н.А. Системное моделирование медико-производственного комплекса // Автоматизация и современные технологии. - 2003. - № 11.

5. Кастельс М. Галактика Интернет. - Екатеринбург: У-Фактория, 2004.

6. Мешков Н.А., Цветкова Н.В. Особенности мотивации пенсионеров к изучению основ ИКТ // Тезисы докладов юбилейной научно-теоретической конференции студентов, аспирантов, преподавателей, посвященной 75-летию МГОУ. - М.: МГОУ, 2006.

7. Мешков Н.А., Цветкова Н.В. Информационно-аналитический портал административно-территориального образования как средство формирования информационно-коммуникационного пространства местного самоуправления // Информационные, сетевые и телекоммуникационные технологии: Сборник научных трудов. - М.: МИЭМ, 2001.

8. Meshkov N.A. Principles of informational environment for Medical industry complex forming // Information and Telecommunication Technologies in Intelligent Systems: Proceeding of International Conference. - Barcelona, Spain, 2003.

9. Мешков Н.А. Самоорганизация информационно-коммуникационного медико-производственного пространства // Системные проблемы надежности, качества, информационных и электронных технологий: Материалы Международной конференции и Российской научной школы. Часть 8. - М.: Радио и связь, 2004.

10. Решетников А.В. Здоровье нации: хотим получить, не желая добиться // Российское здоровье и общество. - 2003. - № 3.

11. Уорнер М., Витцель М. Виртуальные организации. - М.: Добрая книга, 2005.

12. Мешков Н.А. Информационно-аналитический портал МПК как элемент системы менеджмента качества медико-социальной помощи // Качество и ИПИ (CALS) - технологии. - 2004. - № 1.

Морозов С.Д.,
доктор исторических наук, профессор, заместитель заведующего кафедрой истории Пензенского государственного университета архитектуры и строительства

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, РОЖДАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В РОССИИ (1897 - 1917 гг.)

Врачебно-санитарное дело в Российской империи было сосредоточено в ведении Министерства внутренних дел. На этом министерстве лежала общая организация медицинского обслуживания населения и заботы о предупреждении эпидемических заболеваний. Оно также наблюдало за деятельностью городских и земских управлений, которые осуществляли врачебную помощь населению, санитарное благоустройство на местах и заведовали врачебно-санитарным делом в местностях, где не было введено в действие земское и городское положения, а также некоторыми лечебными и научными учреждениями.

Организация врачебно-санитарного надзора и проведение мероприятий по "охранению народного здравия" осуществлялись Министерством внутренних дел за счет средств из государственного казначейства, а также за счет земств и организаций "общественного призрения".

Перепись 1897 г. насчитала ок.17 тыс. врачей. К ним добавились кадры, выпущенные медицинскими вузами в 1900-1914 гг. По отчету главного врачебного инспектора, в 1912 г. гражданских врачей насчитывалось 22,8 тыс., фельдшеров - 28,5 тыс. "Российский медицинский список", официальное издание Министерства внутренних дел, удостоверявшее право практики включаемых в него врачей, на 1914 г. содержал более 42,7 тыс. фамилий, в том числе 28,2 тыс. лекарей и докторов медицины, 3,1 тыс. женщин-врачей, 5,3 тыс. провизоров и 112 магистров фармации, 5,8 тыс. зубных врачей.

В 1913 г. на 10 тыс. жителей приходилось менее двух врачей. Преобладающее большинство частнопрактикующих врачей обслуживало состоятельные слои населения. Земские врачи совмещали почти все медицинские специальности. К началу XX в. они составляли около 1/5 части гражданских врачей. Количество земских врачебных участков росло: в 1910 г. они составляли 70% всех участков, имевшихся в стране. Все больше земских врачей работало в деревне. Если в городских пунктах в 1897-1914 гг. число земских врачей выросло вдвое, то в деревне - в 10 раз; общее их количество увеличилось в 5 раз. Но все же и к 1917 г. их не хватало для обслуживания многомиллионной крестьянской России. Обеспеченность населения медицинской помощью к 1914 г. представлена в табл. 1.

Таблица 1

Организация медицинского обслуживания России в 1913 г.*

Районы	Больницы		Больные		В том числе дома умалишенных				Медицинский персонал			
	боль-ниц, число	коек, число	Пациен-тов, чел.	умерло, чел.	домов и отделений, число	коек, число	пациен-тов, чел.	умерло, чел.	врачи мужч.	врачи жен.., чел.	фельдше-ры муж., чел.	фельдше-ры жен., чел.
Европейская Россия	6537	184522	2811020	133603	125	37694	84503	7809	16408	1735	16779	4839
Кавказ	427	8662	155006	6777	11	499	907	81	1134	135	2359	150
Сибирь	608	11774	172563	9337	12	1340	3461	347	848	73	1391	396
Средняя Азия	190	2717	42369	2175	5	96	395	38	315	63	739	124
Итого	7762	207675	3180958	151892	153	39629	89269	8456	18705	2006	21268	5509
Польша	348	12303	130729	10554	17	1775	3720	300	1979	82	1695	28
Всего: Россия	8110	219978	3311687	162446	170	41404	92989	8756	20684	2088	22963	5537

Районы	Медицинский персонал				Относительные данные						
	акушер ки, чел.	зубные врачи, чел..	лаборанты, чел.	фарма невты, чел.	площадь на 1 больницу, квадрат	коек на 10000 чел.	пациентов на 10000 чел.	умерло в больни-цах, %	врачей на 10000 чел.	фельдше ров на 10000 чел.	акушерок на 10000 жен., чел.
Европейская Россия	11066	3174	2479	16744	648	14,3	218	4,8	1,5	1,8	1,7
Кавказ	682	295	129	1101	966	6,7	120	4,1	1,0	2,0	1,2
Сибирь	461	179	40	415	18086	11,8	173	5,4	0,9	1,8	1,0
Средняя Азия	224	65	24	200	16472	2,4	38	5,1	0,3	0,8	0,5
Итого	12433	3663	2672	11860	2418	12,7	195	4,8	1,3	1,6	0,8
Польша	1761	450	453	1497	321	10,1	107	8,1	1,6	1,3	2,7
Всего: Россия	14194	4113	3125	13357	2327	12,6	189	4,8	1,3	1,7	1,7

*Составлено и подсчитано по: Статистический ежегодник России. 1914 г. Пг., 1915. Отд.III. С.1-6; Россия, 1913 год. СПб., 1996. С.320-324.

Расширение медицинской помощи населению требовало также интенсивной подготовки среднего медицинского персонала. При недостатке дипломированных врачей фельдшеры вели в известной мере самостоятельную работу. В 1910 г. в стране имелось, наряду с врачебными участками, еще 4,6 тыс. фельдшерских пунктов, в том числе 2,7 тыс. принадлежали земству. В 1895 г. в России было 18,4 тыс. фельдшеров, в 1912 г. - 28,5 тыс., в том числе 5,8 тыс. женщин; акушерок насчитывалось до 14,2 тыс. Учебные заведения - фельдшерские и акушерские школы - выпускали в среднем в год более 1,3 тыс. фельдшеров и 2,3 тыс. акушерок разной квалификации (1). Фельдшеры и фельдшерицы работали, как и врачи, повсюду - в земстве, в школах, на железных дорогах, на фабриках и в армии, где фельдшеров готовили из солдат, обслуживавших военные лазареты. По врачебному уставу фельдшеры являлись лишь помощниками врачей; закон требовал от них оказания медицинской помощи, но запрещал самостоятельную медицинскую практику; на деле они постоянно принимали часть больных, участвовали в борьбе с эпидемиями и т.д.

Для бесплатного "пользования" сельского населения в губерниях и других субъектах империи были образованы врачебные участки, состоявшие в ведении земских врачей; в каждом участке находилось лечебное заведение - больница или приемный покой. Число врачебных участков за пятилетие (1906-1910гг.) увеличилось с 3268 до 3804, но лишь в немногих губерниях России эти участки удовлетворяли нормам, когда медицинская помощь населению была бы вполне удовлетворительной. Лучше медицинская помощь была организована земскими учреждениями: по 18-ти губерниям радиус участков составлял в среднем менее 15 верст, а по 10-ти - менее 20 верст; при этом по 19-ти губерниям численность населения на участках не превышала 30 тыс. чел. Слабее было поставлено дело в местностях, где не было введено земское самоуправление: в большинстве таких губерний размер участков определялся радиусом в 25 и более верст, в некоторых же достигал 100 верст и более (2).

Менее успешной, чем организация медицинского обслуживания, была деятельность по улучшению санитарного благоустройства поселений. Статистические данные показывают особую восприимчивость к заразным заболеваниям населения городов. Распространение заразных болезней, в особенно широкое развитие тифа и холеры, свидетельствовали о неудовлетворительных санитарных условиях городской жизни, зависевших, главным образом, от состояния водоснабжения и удаления нечистот, а также от уровня гигиены жилищ малообеспеченных слоев населения (табл.2).

Таблица 2

Заразные болезни в России в 1913 г.*

Болезни	Европейская Россия, чел.	Кавказ, чел.	Сибирь, чел.	Средняя Азия, чел.	Итого, чел.	Польша, чел.	Всего: Россия, чел.	‰
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Оспа	63801	3983	4783	1156	73723	7865	81588	4,0
Скарлатина	294288	15070	18758	5898	334014	16242	350256	17,2
Дифтерит	380993	16832	14770	8478	421073	10772	431845	70,2
Корь	348763	22867	25319	6550	404499	16308	419807	20,6
Коклюш	451283	19322	31599	10826	513030	17155	530185	26,0
Грипп	3073041	91252	183307	55612	3403212	37070	3440282	168,7
Тиф разный	485065	26837	27275	12137	551314	18026	569340	27,9
Дизентерия	345575	35696	34059	9481	424811	11309	436120	21,4
Холера	3131	403	247	20	3792	1317	5109	0,3
Эпидемический гастроэнтерит	252232	36030	36597	11748	336571	16837	353444	17,3
Заушница	209812	17217	13189	5818	246036	6100	252136	12,4
Рожа	166850	12145	6771	4782	190548	5512	196060	9,6
Ревматизм острый	589651	80807	44750	19724	734932	17780	752712	36,9
Цинга	45627	5560	17187	34773	103147	657	103804	5,1
Туберчатка легких	706219	35883	35504	10201	806726	28724	835450	41,0
Сифилис	1069100	47186	62887	41780	1220953	20869	1241822	60,9
Шанкр мягкий	113518	13423	11750	4112	142803	7705	150508	7,4
Перелой	365446	40140	36008	19412	461006	30397	491403	24,1
Малярия	2168606	1028263	107108	222513	3526490	10570	3537060	173,7

Малярия	2168606	1028263	107108	222513	3526490	10570	3537060	173,7
Чесотка	4269485	160801	173089	84998	4688373	47117	4735490	232,2
Трахома	824217	53598	45541	17667	941023	28190	969213	47,5
Пневмония крупозная	409028	26669	20309	6256	443243	47743	490986	24,1
Септицемия и пиемия	1078	1573	1200	210	20061	2913	22974	01,1
Итого	16652809	1791557	952007	594052	19990425	407178	20397603	
больных в населении, %	13,6	14,6	9,9	5,5	12,3	2,2	11,6	
Прививка оспы, чел.	4489311	401236	392268	351742	5634557	419266	6053823	

*Составлено и подсчитано по: Статистический ежегодник России. 1914 г. Отд.III. С.7-14; Россия, 1913 год. СПб., 1995. С.320-324.

Согласно собранным в 1913 г. данным, в городах и посадах с численностью населения св. 10 тыс. чел., водопроводы общественного пользования имелись лишь в 190 из 1078 населенных пунктов; только в 58 из них были устроены очистные сооружения. Между тем, в Германии в городах с населением св. 20 тыс. чел. были устроены водопроводы в 98 поселениях из 100, из городов с населением от 5 до 20 тыс. чел. имелись водопроводы в 74 пунктах из 100. Канализация в России существовала лишь в 13 городах. В большинстве остальных поселений удаление нечистот было организовано неудовлетворительно. При этом существовавшие устройства в некоторых городах находились в антисанитарном состоянии. В результате обследования Петербурга, Киева, Харькова и Ростова-на-Дону в 1907-1910 гг. оказалось, что одной из причин широкого распространения эпидемий тифа и холеры было загрязнение водопровода сточными водами (3).

Ослабевшая было в 1909 г. эпидемия холеры усилилась в 1910 г., охватив 78 губерний и областей. В то же время неожиданно вспыхнувшая эпидемия чумы первоначально в Одессе, а в конце года в восточных районах страны, получила развитие и достигла границы Китая, распространилась также в полосе отчуждения Восточно-Китайской железной дороги и в Забайкальской области. Затраты, понесенные государством на борьбу с эпидемиями холеры и чумы, составили в 1910 г. окло 1,5 млн. руб.

К концу 1910 г. чума в Одессе прекратилась, а в начале 1911 г. затихла эпидемия холеры и чумы на Дальнем Востоке; хотя, позже холера возобновилась, но широкого развития она не получила; заболевания чумой ограничились отдельными случаями в Одессе и некоторым развитием эпидемии в Киргизских степях Астраханской губернии.

Труды, вложенные в дело "охранения народного здравия", принесли определенные положительные результаты. По имеющимся статистическим данным, смертность от заразных болезней, не считая холеры и чумы, достигавшая в пятилетие 1901-1905 гг. в среднем 579 случаев в год на 100 тыс. чел., понизилась в 1906-1910 гг. до 529. Однако, несмотря на некоторое улучшение общего состояния "народного здравия", Россия в этом отношении все еще отставала от большинства государств Западной Европы. Так, например, в Англии, Германии, Франции, Швеции и Норвегии число смертельных случаев от заразных болезней в 1909-1910 гг. не превышало 100 на 100 тыс. чел. в год (4).

Организация и обеспеченность населения медицинской помощью оказывали непосредственное влияние на рождаемость, смертность и продолжительность жизни.

Рождаемость в России на рубеже XIX-XX столетий находилась на очень высоком уровне и выражалась к началу XX в. примерно в 50,0‰. На протяжении XIX в. рождаемость находилась приблизительно на одном уровне, но с начала XX в. она стала снижаться. Это видно из показателей 1891-1905 гг. по пятилетиям: 49,6‰, 49,7‰, 48,9‰.(5) На протяжении 15 лет коэффициент рождаемости упал незначительно, но это уже свидетельствовало о том, что Россия в начале XX в. вступала на путь, по которому ведущие западноевропейские страны пошли еще в 70-х гг. XIX в. Это путь регулирования числа детей в семье, который можно назвать "контролем рождаемости".

Определим, какова была динамика коэффициента смертности в России за 10 лет (1891 - 1900 гг.) За этот период по пятилетиям коэффициенты были следующими: 36,2‰, 32,1‰. Особо высокий показатель смертности наблюдался в 1892г.-41,0‰ (6).В период 1891-1895гг. коэффициент смертности был довольно высоким. Только начиная с 1896-1900 гг., наблюдалась некоторая тенденция к его снижению.

Небольшое снижение смертности, которое наблюдалось в тот период, объясняется, главным образом, уменьшением распространения острозаразных болезней в результате усилий земских врачей и некоторого улучшения медицинского обслуживания населения, особенно в городах. Несмотря на успехи медици-

ны в работе по оздоровлению населения уровень смертности продолжал оставаться очень высоким. Особенно он был велик в неурожайные годы, когда сотни тысяч людей погибали от голода и связанных с ним эпидемий.

В голодные годы коэффициент смертности в России превышал 40‰, а в отдельных губерниях, наиболее страдавших от голода, "коса смерти" производила настоящее опустошение. Так, например, в 1892 г. в Астраханской губернии коэффициент смертности достиг необычно высокого уровня - 78,4‰. Это означало, что только за один год погибал каждый 12-й житель Астраханской губернии. Но даже и в урожайные годы смертность в России была очень высока: люди, принадлежавшие к низшим слоям и группам городского и сельского населения умирали в огромном количестве в результате тяжелых условий жизни.

Надо подчеркнуть, что высшие и средние слои предпринимателей, дворянства, чиновничества, духовенства, интеллигенции жили в гораздо лучших условиях и уровень смертности у них был значительно ниже.

Одним из ярких показателей экономической отсталости и низкого уровня санитарного состояния России исследуемого периода являлась исключительно высокая детская смертность. К сожалению, большинство опубликованных работ по вопросам детской смертности ограничивалось анализом коротких периодов или незначительных территорий - отдельных губерний и уездов, поэтому использование литературных и документальных источников помогло систематизировать основные материалы по этим вопросам.

Уместно привести данные о смертности младенцев в России за 10 лет (1891 - 1901 гг.) по пятилетиям: 1891 г. - 26,9‰, 1892-1896 гг. - 27,5‰, 1897-1901 гг. - 26,0‰. Таким образом, в среднем за 10 лет смертность младенцев составила 26,8‰. Снижение младенческой смертности было в целом весьма незначительным. Чрезвычайно высокая смертность младенцев наблюдалась в 1892 г. Самый низкий показатель младенческой смертности в стране был равен 23-24‰, ниже этого предела он никогда не опускался (7).

Наблюдались также весьма большие различия в показателях смертности младенцев по отдельным губерниям России. Вместе с тем, отметим, что младенческая смертность учитывалась не полностью, особенно церковной статистикой, из-за смерти некрещеных младенцев, причем этот недоучет был по некоторым губерниям значительным.

Детская смертность была очень велика вследствие неумелого ухода за детьми, неправильного кормления, антигигиенических обрядов, непосильного труда в период беременности, плохого питания и недостатка медицинской помощи. Особенно много умирало младенцев, когда слабый организм сталкивался с неблагоприятными условиями жизни, не выдерживал и погибал. О динамике детской смертности в России за 10 лет (1891 - 1901 гг.) дают представление следующие коэффициенты по пятилетиям: 1891 г. - 26,9‰, 1892-1896 гг. - 27,5‰, 1897-1901 гг. - 26,0‰. Особенно высокого уровня достигла детская смертность в неблагоприятном 1892 г. Как показывают статистические материалы, детская смертность в Московской губернии составила 40,6‰, в Нижегородской - 39,7‰ (8). В этих губерниях снижение детской смертности стало заметным лишь с 1910 г. Некоторая тенденция к снижению детской смертности начала проявляться лишь в первые годы XX в.

Основными причинами этого были голод, а также чрезвычайно тяжелые условия быта широких слоев населения. На это указывали исследователи того времени, в частности, Д.А.Соколов, В.И.Гребенщиков и С.А.Глебовский (9). В основе нищеты крестьянства было малоземелье, а также недостаток скота и инвентаря. Чем лучше крестьянин был обеспечен всем этим, тем выше был материальный уровень его хозяйства и тем меньше была детская смертность. Иллюстрацией этого могут служить данные по Воронежской губернии за 1897 г. Во дворах, обеспеченных лучше, уровень детской смертности был на 1/3 ниже (10).

Сохранившиеся материалы ряда обследований санитарных врачей о смертности детей фабрично-заводских рабочих свидетельствуют о том, что при общих высоких показателях детской смертности в России смертность детей рабочих оказалась еще более высокой. Резко повышенная смертность детей этих групп населения являлась результатом низкой заработной платы, чрезмерно продолжительного рабочего дня, неблагоприятных гигиенических условий труда и быта, почти полного отсутствия охраны труда работниц, неудовлетворительных жилищно-бытовых условий низкооплачиваемых рабочих и влияния общей санитарной обстановки(11).

Средний возраст умерших в значительной степени зависел от возрастной структуры населения, которая, в свою очередь, определялась уровнем рождаемости и рядом других факторов. Ясно, что, если рос-

ла рождаемость и одновременно увеличивалось число умерших детей, уже только вследствие этого средний возраст умерших будет снижаться. Возраст средней продолжительности жизни населения России в 1896-1897 гг. составил 32,4 года, в том числе для мужчин - 31,3 года, для женщин - 33,4 года (12).

Средняя продолжительность жизни населения страны за десятилетие (1892 - 1901 гг.) была еще меньше - 29,3 года (27,9 лет у мужчин и 30,7 лет у женщин), что было ниже показателей обеих столиц, особенно Петербурга, а также итоговых показателей России. Вместе с тем, показатели отдельных районов значительно колебались.

Весьма интересны сравнительные данные о низкой средней продолжительности жизни населения России и особенно некоторых районов Европейской части страны. Они были подсчитаны по материалам переписи 1897 г. и данным об умерших в 1896-1897 гг. Средняя продолжительность жизни составляла: в губерниях Центральной России для мужчин - 31,3 года, для женщин - 33,4 года; в губерниях Украины - соответственно 35,3 и 36,2 лет; в губерниях Белоруссии - 37,0 и 37,9 лет; в среднем - 34,5 и 35,8 лет (13).

Тяжелыми социально-экономическими условиями жизни городских и сельских низов в России обусловлен процесс воспроизводства населения в конце XIX - начале XX в. Этого факта не могла скрыть и официальная статистика. В различных изданиях и отчетах содержится немало ссылок на тяжелые материальные и санитарно-бытовые условия жизни населения.

Сохранилось значительное количество опубликованных материалов и исследований о санитарном состоянии и естественном движении населения ряда городов России. Все они показывают высокую смертность населения крупных городов в результате неблагоприятных социально-экономических и санитарных условий жизни широких слоев населения (14).

На основе анализа динамики общих коэффициентов смертности и рождаемости, а также показателей детской смертности в России в конце XIX - начале XX в. можно сделать такие выводы: одной из непосредственно важных причин снижения смертности являлось уменьшение заболеваний и смертности от острозаразных болезней в результате усилий земской и городской медицины; смертность и рождаемость снизились, причем в начале этих синхронных процессов снижение смертности происходило быстрее снижения рождаемости и лишь в начале XX в. падение рождаемости начало опережать падение смертности; снижение смертности обнаружилось как в младенческом возрасте, так и в детском до 5 лет, причем снижение смертности младенцев происходило медленнее снижения смертности детей до 5 лет.

В России в 1900-х гг. наблюдался традиционный тип смертности, который отличался огромным преобладанием экзогенных причин смерти, а, следовательно, чрезвычайно быстрым вымиранием поколений и низкой средней продолжительностью жизни.

В годы общественных бедствий (эпидемий, неурожаев или войн) уровень смертности значительно повышался, сокращая естественный прирост и численность населения в отдельных губерниях, уездах и даже во всей России.

Говоря о повозрастных особенностях смертности населения России, следует отметить, что смертность в 1900-х гг. была исключительно высокой в детском возрасте до 10 лет, в подростковом и рабочем возрасте, умеренной в пожилом возрасте. Смертность в стране в целом была типичной для аграрно-индустриальных стран с низким уровнем развития санитарного дела и медицины, а также культуры быта широких слоев населения. К тому же, Россия занимала особое место среди аналогичных государств по показателям исключительно высокой смертности детей, младенцев и исключительно низкой смертности лиц пожилых возрастов.

Касаясь вопроса повышенной смертности населения Петербурга в 1900-х гг., С.А.Новосельский и В.В.Паевский писали, что неблагополучие города в отношении смертности обусловливалось существовавшими в нем антисанитарными и социально-экономическими условиями. Показательны в этом отношении сведения о динамике заболеваний петербургского населения брюшным тифом в 1897-1911 гг. Так, в 1897-1901 гг. среднее число заболеваний в столице составило 5,7 тыс., в 1902-1906 гг. - 4,8 тыс., в 1907-1911 гг. - 3,7 тыс.(15). По совокупности ряда признаков благосостояния жителей Петербурга 48 административных участков столицы были сгруппированы в 7. Так, в I группе участков доля хозяев и администрации среди самостоятельного промыслового населения составила 25,8%, число личной прислуги на 100 самостоятельных - 34,7 чел., среднее число жителей на одну комнату - 1,5 чел., средняя годовая плата за квартиру - 933 руб., стандартизированный коэффициент смертности в 1909-1912 гг. - 12,6‰; во II группе участков соответственно - 24,6%, 29,9 чел., 1,6 чел., 745 руб., 14,3‰; в III группе - 21,2%, 19,9 чел., 2,1 чел., 536 руб., 18,3‰; в IV группе - 16,7%, 13,2 чел., 2,3 чел., 430 руб., 19,9‰; в V группе -

12,8%, 8,9 чел., 2,6 чел., 353 руб., 21,9‰; в VI группе - 10,7%, 5,4 чел., 2,9 чел., 213 руб., 24,5‰; в VII группе - 8,2%, 4,0 чел., 3,3 чел., 190 руб., 27,2‰ (16).

На основе анализа этих данных можно отметить, что по мере перехода от группы участков с преобладанием более зажиточного населения к группам участков с преобладанием бедного населения смертность непрерывно возрастала и в наиболее бедной группе была в 2,5 раза выше, чем в наиболее зажиточной.

По материалам переписей 1900 и 1910 гг. были произведены подсчеты и получены данные о влиянии степени благосостояния на заболеваемость населения сыпным тифом в Петербурге, из которых видно, что заболеваемость сыпным тифом обратно пропорциональна степени благосостояния.

На соотношение смертности и рождаемости населения Москвы в 1900-1914 гг. повлияли следующие обстоятельства. Эпидемии детских болезней 1909 г. отразились на повышенной смертности населения "второй" столицы. Однако в последующие годы небольшое снижение смертности населения можно объяснить изменением его возрастного состава и некоторым улучшением санитарного состояния города. Правда, это снижение смертности населения Москвы было довольно медленным - за период в 17 лет оно измерялось величиной, указывающей сохранение жизни ок.6 чел. из тысячи в год. Если сопоставить показатели смертности и рождаемости населения в Москве, можно увидеть, что лишь с 1910 г. определился небольшой естественный прирост населения. Рождаемость составила: в 1900 г. - 25,6‰, в 1901-1910 гг. - 28,8‰, в 1911-1913 гг. - 29,9‰; смертность: в 1901 г. - 23,7‰, в 1902-1906 гг. - 22,4‰, в 1907-1910 гг. - 24,7‰, в 1911-1914 гг. - 23,3‰ (17).

В районах проживания менее обеспеченного населения Москвы показатели заболеваемости и смертности были весьма высокими. На основании данных санитарных врачей были произведены подсчеты инфекционной заболеваемости населения Москвы в 1902-1907 гг. по полицейским частям. Наименьшее количество больных приходилось на те части, где проживало главным образом зажиточное население. Так, например, при среднем показателе в 22,8‰ больных насчитывалось в Тверской части 13,2‰, в Городской - 16,2‰, в Арбатской - 16,5‰, в Пречистенской - 16,7‰. Первенство по заболеваемости принадлежало Мясницкой части, где был расположен Хитров рынок. За Мясницкой шли окраинные тогда части - Пресненская, Мещанская, Серпуховская, Сущевская.

Причины смертности в России начали регистрировать в некоторых городах еще в конце XIX в.; в первые годы XX в. число таких городов значительно увеличилось. В подавляющем большинстве уездов регистрация причин смерти в сельской местности началась в 1891 г. и включала умерших от инфекционных болезней. Структура причин смерти в России отличалась наличием в ней значительной доли смертей от факторов экзогенного происхождения. Уровень смертности от инфекционных заболеваний был чрезвычайно высок по сравнению со странами Западной Европы (18).

Тенденция к снижению смертности в конце XIX в. сопровождалась определенными изменениями в структуре причин смерти. В частности, сокращалось число умерших от коклюша, дифтерии, скарлатины, кори, тифа и оспы, то есть болезней, которыми болели преимущественно дети в возрасте от 1 до 8 лет.

Необратимость происходивших изменений в структуре причин смертности определялась вызывавшими их социально-экономическими преобразованиями. Среди них выделим следующие: расширение продовольственной базы, повышение урожайности зерновых, увеличение посевных площадей, вследствие чего возросло потребление зерна на душу населения; рост грамотности; развитие санитарно-гигиенических мероприятий и здравоохранения (противохолерные мероприятия, обязательное оспопрививание, сывороточное лечение дифтерии, увеличение численности врачей, развитие сети земской медицины и т.д.); расширение сети водопроводов и канализации в городах (19).

На государственном уровне это проявилось в усилении и координации ранее разрозненных действий в борьбе со смертностью и заболеваемостью, в первую очередь - инфекционной. Издавались указы правительства об обязательной вакцинации, о гигиенических нормах и т.д. На индивидуальном уровне изменилось отношение к здоровью и его сохранению, к роли врача в жизни человека. Русская интеллигенция усердно работала в деревне в качестве земских врачей, учителей народной школы, агрономов, статистиков.

Н.О.Лосский писал, что, повинуясь чувству долга, понимая опасность неряшливости при лечении болезней, русские врачи достигли такой чистоты и антисептики, что московские клиники в этом отношении были лучше берлинских (20). В городах России в начале XX в. были созданы "Общества борьбы с детской смертностью", а при них кухни "Капля молока".

Однако все названные мероприятия и приложенные усилия государства и общества оказывались яв-

но недостаточными для решительного снижения смертности в России, особенно младенческой и детской. Даже в официальном обзоре, составленном директором Центрального статистического комитета П.И.Георгиевским, можно встретить признание в том, что в России за указанное время никакого серьезного уменьшения младенческой смертности практически не произошло (21).

Проблему столь высокой детской смертности начали поднимать еще в XIX в. В целом, ее объясняли невежественным уходом за детьми, недостаточным питанием, низкой санитарной культурой, жилищными условиями и положением женщины в обществе.

Примечания

1. Подсчитано по: Статистический ежегодник России. 1914 г. Пг., 1915. Отд.III. С.1-6; Россия, 1913 год: Статистико-документальный справочник. СПб., 1996. С.320-324.

2. Там же.

3. Подсчитано по: Статистический ежегодник России. 1914 г. Отд.III. С.7-14; Россия, 1913 год… С.320-324.

4. Подсчитано по: Вопросы демографической и санитарной статистики … С.73-74; Движение населения в Европейской России за 1897-1902 год. СПб., 1900-1905. Вып.50-66; Статистический ежедневник России. 1914г. ...

5. Там же.

6. Подсчитано по: Новосельский С.А. К вопросу о понижении смертности и рождаемости в России … С.15-16.

7. Подсчитано по: Движение населения в России за 1908, 1909 и 1910 гг. СПб., 1910. С.19-91; Соколов Д.А., Гребенщиков В.И. Смертность в России и борьба с ней… С.30; Глебовский С.А., Гребенщиков В.И. Детская смертность в России … С.271-274.

8. Подсчитано по: Сводный сборник по 12 уездам Воронежской губернии ... С.252-254; Общий свод по империи … Т.1-2; Материалы высочайше учрежденной 16 января 1901 г. Комиссии … Ч.3. С.126-127.

9. Соколов Д.А., Гребенщиков В.И. Указ. соч. С.30. 13. Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России… С.169-170; ГРАЭ. Ф.1562. Оп.1. Д.15. Л.25; РГИА. Ф.1290. Оп.1. Д.12. Л.15-17.

10. Сводный сборник по 12 уездам Воронежской губернии … 1987. С.252-254; Куркин П.И. Детская смертность в Московской губернии ... С.83; Он же. Статистика движения населения в Московской губернии в 1883-1897 гг. М., 1902. С.183.

11. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1905 г. СПб., 1907. С.V.

12. Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России… С.169-170; РГАЭ. Ф.1562. Оп.1. Д.15. Л.25; РГИА. Ф.1290. Оп.1. Д.12. Л.15-17.

13. См., например: Новосельский С.А. К вопросу о понижении смертности и рождаемости в России … С.15-16 и др.

14. См. например: Новосельский С.А. Обзор главнейших данных по демографии и санитарной статистике России … С.36-37.

15. Подсчитано по: Уиппль Д.Г., Новосельский С.А. Основы демографической и санитарной статистики … С.517-518; Россия, 1913 год… С.376-380; ОРФ ИРИ РАН. Ф.26. Оп.1. Д.20, 236.

16. Там же.

17. Подсчитано по: Современное хозяйство города Москвы … С.14; Пригороды и поселки Московской губернии … Вып.IV. С.59; Статистический ежегодник г. Москвы и Московской губернии … Вып.II. С.9; Михайловский В.Г. Указ. соч. Вып.II. С.55-57; ОРФ ИРИ РАН. Ф.26. Оп.1. Д.27, 32, 42, 46, 154.

18. Статистический материал по вопросу о высокой смертности в России. Пг., 1914. С.16.

19. Вишневский А.Г. Воспроизводство населения и общество: Исто -рия, современность, взгляд в будущее. М., 1982. С.287; Дробижев В.З. Из истории изучения воспроизводства населения в СССР// Прошлое и настоящее демографии. М., 1980. С.58-68; Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. М., 1915. С.15.

20. Лосский Н.О. Характер русского народа// Лосский Н.О. Условия абсолютного добра. М., 1991. С.273.

21. Георгиевский П.И. Смертность младенцев в возрасте от рождения до одного года в 1909, 1910 и 1911 годах в Европейской России. СПб., 1914. С.IV.

Мышкин А.Е.,
кандидат химических наук, доцент,
ведущий научный сотрудник Института биохимической физики РАН

ЖИТЬ БЕЗ РИСКА

Мне нет еще 72 лет, однако не менее двух третей моих одногодков, с которыми меня свела жизнь в школе, учебном институте и впоследствии на работе, уже покинули этот мир. У меня нет сколько-нибудь детальной статистики кто от чего умер, но по крайней мере многие, о которых я знаю, умерли от сердечно-сосудистых заболеваний. Если посмотреть пошире с помощью СМИ, то картина подтверждается. При этом удручающим является то, что риск умереть от сердца, особенно среди мужчин, реализуется часто не после семидесяти, а уже после пятидесяти и даже после сорока. При этом часто говорят примерно следующее: огромная работа, большие нагрузки - вот сердце и не выдержало. Это чепуха. Конечно, большие нагрузки загоняют сердце на усиленный режим работы, но умирают-то при этом все-таки, к счастью, не все, а только те, у которых с сердцем были проблемы и вовсе не обязательно в явном виде. Одним из постоянно давящих на сердце факторов, является склонность к полноте, иначе говоря, значительный избыточный вес. Механизм прост: сердце не тренированное, сердечная мышца слабая, а обеспечивать кровью нужно не только полезные для человека килограммы, но и совершенно бесполезные. С такой ситуацией я столкнулся уже в 36 лет, когда в результате продолжительной хронической болезни надеялся выздороветь на боку и дождался того, что при росте 176 см далеко вышел за пределы 90 кг. Появились специфические сердечно-сосудистые проблемы и не знаю, что было бы со мной к сорока годам, если бы один знакомый не посоветовал мне бегать трусцой. Трусца быстро сменилась бегом на стадионе с секундомером, а вес где-то через год вышел на уровень 76-78 кг. Занимаясь регулярным бегом, я долгие годы, лет до 55, наслаждался суперздоровьем. Однако потом по разным причинам жизнь в спортивном смысле стала постепенно менее активной, компьютер, на работе и дома, стал отнимать большую часть суток, вес перевалил за 90 и я почувствовал, что пора менять ритм жизни. Самая доступная и эффективная физическая нагрузка, идеально тренирующая сердце и при достаточно большом объеме сгоняющая вес - это бег на коврике. Я с энтузиазмом втянулся в это дело, быстро вышел на большие нагрузки, но забыл, что мне уже не 55, а 64. Результат оказался плачевным. Стал чувствовать сердце, появились перебои пульса, а ЭКГ беспристрастно показала аритмию. Прекратил упражнения и стал ждать улучшений. Прождал без результата четыре года и вышел на 97-98 кг. И вот тогда я в полной мере ощутил себя мужчиной из группы риска. Вынужден был отказаться от кофе. Даже 20-30-метровые ускорения в сторону отходящего автобуса приводили к беспорядочной пляске пульса. Короче, приближался финал.

И все-таки, несмотря на печальный предыдущий опыт, я нашел в себе решимость в 68 лет начать все заново, но теперь уже действовал осмотрительно. Протрусил на коврике минуту - ничего. На следующий день две минуты - плохо. Принимал даже эффективное для меня лекарство (Верапомил). Затем попробовал полторы минуты - нормально. Решил прибавлять по десять секунд каждый день. Получилось, хотя время от времени еще требовалось лекарство. Когда время трусцы дошло до десяти минут, рискнул одну из этих минут заменить легким бегом, потом две, три... Сердце теперь держалось спокойно. По истечении нескольких месяцев я бежал уже 42 мин, из них только 2 мин трусцой (для разогрева) и лишь 6 мин - легким бегом. Остальное - напряженный бег: 28 мин средний бег и до 8 мин бег в полную силу (спринт). За год потерял почти 10 кг. Полное изменение самоощущения. Выучил даже примерно за два года почти заново немецкий язык, прочитав на нем массу толстых романов. Мне кажется, к моему краткому рассказу трудно что-либо добавить, а выводы может сделать каждый, кто не хочет уходить из жизни раньше отведенного Богом срока.

Однако моя эйфория длилась не долго. В мою жизнь ворвалась новая проблема - наследственный рак. За два года четыре операции с последующими пассивными реабилитационными месячными периодами. И тем не менее я на полную мощь использовал все здоровые промежутки времени, каждый раз возвращаясь к достигнутым ранее спортивным результатам. Теперь пред-

почитаю бегать на улице (до 5 км), но главным образом практикую велотренажер. Последняя операция (почти, правда, амбулаторная) состоялась в феврале этого года и я получил в подарок всю весну и все лето. Здоровье абсолютное. О сердце не вспоминаю никогда. После каждого упражнения обязательно контрастный душ, включая максимально холодную воду (2 раза по 15 сек). За последние три года ни разу не страдал простудой. А из лекарств применяю лишь мазь с пчелиным ядом (Софья), которая реально защищает коленные суставы, которые подвергаются неимоверной нагрузке. К тому же занимаюсь еще штангой - только для удовольствия. Вес же мой, к сожалению, (учитывая компьютерную работу и в основном дома) относительно высок, но все же ниже 90 кг. Надеюсь и на онкологическое благополучие.

Я опустил выше множество технических деталей, сопровождающих выполнение моих упражнений. Возможно, многие из них субъективны и кто-нибудь мог бы предложить что-либо иное. И тем не менее, некоторыми деталями я поделюсь. Во-первых, самоконтроль. Естественно, если что-то осложнило выполнение упражнения, надо сразу же кончать. Но в основном негативные эффекты могут возникнуть позднее. После каждой пробежки (42 мин) или прокатки (40 мин), которые я по возможности заканчиваю 1-2 минутами облегченного режима, непременные 3-4 мин заминочной ходьбы с постепенным замедлением. Затем непременное измерение пульса. Если пульс без перебоев, то даже некоторое его превышение (102-104) не свидетельствует о сердечном отказе. Но лучше, чтобы пульс был в пределах 100. Как правило, увеличение нагрузки приводит к некоторому повышению "остаточного" пульса, но при повторении той же нагрузки на следующий день пульс, как правило, четко снижается, свидетельствуя о громадной адаптационной способности нашего сердца. Когда в начальный период моей спортивной практики, сердце возбуждалось чрезмерно, я применял его "успокоение" трусцой - до 40 мин. Сейчас, как я уже сказал выше, такого рода проблемы для меня уже не актуальны. Пульс покоя утром 48-52 при несколько (что естественно) повышенном давлении.

Теперь мне бы хотелось дать несколько рекомендаций тем, которым за... и которые в силу обычной человеческой лености не способны "сделать себя сами". Судя по всему, умирают от сердечной недостаточности люди в основном не в состоянии длительного покоя (хотя бывают, естественно, и такие случаи). Как правило, сердечной атаке предшествует какая-либо повышенная и не привычная для человека физическая и/или эмоциональная нагрузка. Например, кратковременный марш-бросок за уходящим транспортом. Но и здесь, вопреки обычным представлениям (в том числе и среди медиков), можно и нужно защитить свое сердце, не допустив резкого прекращения нагрузки. Если есть такая возможность, то после вынужденного рывка, спокойно пройдитесь (скажем, вдоль вагона), постепенно выравнивая дыхание. Если же пройтись негде, постарайтесь хотя бы некоторое время сохранить ритм дыхания при нагрузке, постепенно его снижая. И уж ни в коем случае не садитесь: при этом резко меняется контур кровообращения, что для сердца может оказаться губительным. Из моего достаточно большого опыта я сделал вывод, что не столько страшна сама перегрузка, сколько резкая ее остановка. Ваша дряблая сердечная мышца (миокард) не способна к быстрым перестройкам в своей работе. Именно поэтому, если вы хотите оздоровить себя физкультурой, а вам за сорок (уже не говорю за семьдесят) и вы давно не утруждали себя физическими нагрузками (вскапывание грядок не в счет), ни в коем случае не соблазняйтесь спортивными играми (волейболом, баскетболом, футболом, теннисом). Для спортивных игр нужно вначале подготовить свое сердце дозированной ритмичной нагрузкой с обязательным контролем самочувствия.

Наверное, уже из всего того, что было сказано выше, можно сделать совершенно определенный вывод, что миллионы наших граждан, внезапно умирающих от сердечно-сосудистых заболеваний, могли бы жить еще не одно десятилетие. К сожалению, предложить мой личный опыт всем кому за... не только сложно, но и в каких-то случаях опасно. Вспомним мою первую попытку в неумеренном режиме, которая кончилась аритмией сердца. Безусловно, идеально было бы иметь врачебный контроль. Но много ли у нас в стране спортивных медиков? Ответ ясен. А не прошедший соответствующей практики обычный терапевт, кардиолог вряд ли способен составить адекватную физкультурную программу для человека из группы риска. Тогда как? Я думаю, единственный путь - массовая подготовка или даже переподготовка врачей в целях активных методов оздоровления нации. О детском и юношеском спорте я не говорю, так как, к счастью, большинство этого контингента вне зоны риска, хотя и здесь, безусловно, врачебный контроль далеко не излишен.

Еще более проблемным является человеческий фактор, а именно привлечение пожилого населения к занятиям какой бы то ни было физкультуре. Сразу же отбросим пьющих: тут нужны совершенно иные подходы. Будем говорить лишь о тех, кого принято считать относительно здоровыми. Думаю, тем не менее, что редко кого из крайне нуждающихся в оздоровлении могут убедить самые разумные рекомендации и самые разумные примеры. Совершенно необходимо то, что сейчас принято называть action. К сожалению, будучи экспериментатором и подопытным объектом, я вряд ли готов сам наметить программу массового кардиологического оздоровления населения. Для этого нужна целая рабочая группа специалистов, включающая спортсменов, медиков, журналистов, государственных деятелей и вероятно тех, кого называют затейниками. Последних я упомянул потому, что именно эта категория специалистов способна подвигнуть людей на что-то чисто эмоционально.

Однако все же кое-что видится и мне. Ну как же обойтись без множества маломерных спортивных залов? Если когда-либо наш народ будет наконец освобожден от игровых залов, то переквалификация последних в спортивные залы полностью решит эту часть проблемы. Это все, естественно непросто, но все же, как я полагаю, намного реальнее, чем привлечь в спортивные залы людей, среди которых широко распространено твердое убеждение, что "моя полнота (а, следовательно, и все ее последствия) не от котлет, а от лет". Нужны будут яркие стимулы, приманки, аттрактанты. Легко сказать, променять кружку-другую пива на какое-то дрыганожество. Все это очень непросто.

Большой, тем не менее плюс моих предложений, исходя из моего личного опыта, состоит в том, что начинать активизацию населения можно при минимуме дорогостоящей спортивной техники. В каких-то случаях достаточно простого коврика. Однако для привлечения людей нелишними, естественно, были бы хотя бы самые дешевые велотренажеры и т.п.

Надеюсь на внимание тех кому за ... и которые желали бы не только сами жить без риска, но и хотели бы видеть таковыми миллионы своих соотечественников.

СДВИНУТЬ МЕДИЦИНУ В СТОРОНУ СПОРТА

Я не хочу в настоящем докладе делать оценку отечественной медицины в целом. Несмотря на все ее общеизвестные и многократно критикуемые недостатки, наша медицина имеет и безусловные достоинства, а в некоторых своих областях вне всякого сомнения является конкурентноспособной и на мировом уровне. Меня же сейчас интересует только один аспект, который, кстати, свойственен не только нашей, но в целом и всей мировой медицине: отрыв медицины от спорта (физкультуры). Я не ручаюсь, что владею информацией по всем развитым странам, но по поводу нашей страны могу смело утверждать, что этот отрыв является колоссальным и, похоже, мало кого из медиков это обстоятельство заботит. Усугубляется эта проблема вероятно и экономическими интересами не только фирм-производителей лекарств, но, судя по всему, и интересами самого Министерства здравоохранения (и социального развитие), которое, по-видимому, имеет свой экономический интерес, связанный с продажей лекарств. Я обращался в это министерство со своими предложениями, но оно хранит глухое молчание.

Основной результат контакта врача с больным на уровне районных поликлиник состоит чаще всего в оформлении освобождения от работы (если больной еще работает) и в выписывании лекарств. Рекомендации общего характера, как правило, сводятся к советам типа: чаще бывайте на воздухе, меньше употребляйте того-то и того-то, меньше утомляйтесь и т.п.

Я недавно посетил кардиолога, поскольку уже года четыре активно занимаюсь физкультурой и хотелось получить квалифицированную характеристику резервов моего сердца, которое бьется уже 72 года. Однако, врач весьма удивился моему визиту, узнав, что я бегаю почти по часу в довольно жестком режиме: "у нас здесь бывает совершенно иной контингент, не столько живые, сколько...". Короче говоря, врач-кардиолог занимается лишь с теми, у кого явные проблемы с сердцем. А ведь умирают от инфаркта часто и те, у кого перед этим никаких болей в сердце не было и показаться врачу, соответственно, не было никакой нужды. Но болей в сердце не было, в частности, и по той простой причине, что лет-то покойнику было всего 62 года, а то и все 52, и в жизни своей, по крайней мере после 20 лет, он сердце свое никогда всерьез не нагружал, а тут вдруг пришлось пронести тяжелый чемодан на расстояние 50 шагов или протрусить ту же дистанцию к отходящей электричке.

Все врачи вероятно слышали произнесенную когда-то их знаменитым французским коллегой формулу: Движение может заменить почти все лекарства, но никакие лекарства не заменят движение. Однако мало кто из врачей принимает эту формулу всерьез и тем более руководствуется ею. Один мой знакомый врач, никогда не помышлявший о здоровом образе жизни, умер в 47 лет от инсульта после того как всего лишь поднял рюкзак, с которым он собирался на следующий день ехать в турпоход. Другой знакомый врач, которого я еще помнил в полном расцвете молодого здоровья, растратил это здоровье на выпивке и курении уже лет после сорока и в пятьдесят с небольшим умер от инфаркта, сидя в своем домашнем кресле. Я думаю, что таких примеров найдутся многие тысячи. А вот обратных примеров, к сожалению, единицы.

Короче говоря, наша повседневная медицина предлагает человеку лекарство, но почти никогда не заботится о его общем здоровье, которое в основном зависит исключительно от правильно спланированной физической активности человека. Не хочу здесь упоминать о шумно рекламируемых лекарствах "от всех болезней", хотя среди них есть возможно и вполне безвредные.

На предыдущем форуме я подробно рассказал об этапах моего собственного выхода из группы кардиоваскулярного риска в тот момент, когда в свои 68 лет я мог в один прекрасный момент не добежать до автобуса. Начинал с минутной трусцы на коврике, прибавляя затем по 10 секунд в день, а кончил тем, что уже не мог крутить педали велотренажера больше 45 мин, поскольку перегревался маховик и падал коэффициент сцепления маховика с тормозным ремнем, в то время как ноги могли еще работать и работать. А сердце? Чтобы подвести его к опасной черте, требовались уже гораздо большие нагрузки.

Ниже привожу обобщающий график моей физкультурной практики за истекшие четыре года.

На графике приведены только результаты бега на коврике в домашних условиях, причем брались наилучшие результаты, показанные в течение одного месяца. Количественная оценка результатов производилась следующим образом. Бег трусцой оценивался единицей за одну минуту, легкий бег (бег с увеличенной амплитудой шага) оценивался двойкой/мин, средний бег (бег с подпредельной интенсивностью), соответственно, тройкой и быстрый бег (на пределе возможности) четверкой. Сумма соответствующих произведений давала заносимый на график оценочный результат (условную нагрузку).

Как следует из графика, условная нагрузка в течение неполного 2003 года возросла от начального значения 1,5 (полторы минуты трусцы) до значения 60 и в последующие годы составляла в лучшие месяцы от 120 до 130. Типичный график бега уже в 2007 году: 6 мин легкий бег - 34 мин средний бег - 6 мин легкий бег. На графике, кроме того, отмечены 4 момента, когда автору делали хирургическую операцию по поводу наследственного рака. После каждой операции в течение одного месяца тренировки прекращались и затем приходилось наверстывать упущенное.

Особо следует отметить, что после каждой пробежки плюс 3 мин ходьбы автор проверял пульс, который в норме (стоя) не должен был превышать 95-98 ударов в минуту. Превышение этого значения было сигналом для того, чтобы в следующий раз сбросить нагрузку или, по крайней мере, не повышать ее. Однако, чаще всего повторение нагрузки приводило к нормальному пульсу, что характеризует огромные и, к сожалению, мало кому кроме спортсменов известные адаптационные возможности человеческого организма.

Особо следует отметить, что, уже начиная с первого года тренировок, никакая нагрузка не приводила к усталости, даже после 8 мин подряд быстрого бега (спринта). Это характеризует идеальную васкуляризацию группы участвующих в упражнении мышц, бесперебойно снабжаемых кислородом (иначе говоря, идеальную тренированность).

Кроме бега на коврике, автор практиковал в определенные периоды велотренажер. Однако, как уже упоминалось выше, велотренажер не позволял давать желаемые нагрузки из-за перегрева маховика. Поэтому временами приходилось комбинировать его с бегом на коврике (например, 20 мин средний бег + 30 мин велотренажер).

При благоприятной погоде автор позволял себе иногда и уличные пробежки, однако из-за недостаточной тренированности соответствующей группы мышц относительно быстро возникающая усталость не позволяла превышать скорость трусцы и к тому же на расстояниях не более 5 км.

Особый разговор о собственном весе. Мой старт начинался с 98 кг. За первый год тренировок удалось сбросить порядка 10 кг. Однако четыре вынужденных перерыва на хирургию не позволили закрепить достигнутое и сегодня мой вес составляет 91-92 кг, что в принципе терпимо, но желательно было бы довести его до значительно более низкого значения.

И в заключение еще раз о сердце. Но в принципе говорить как будто бы особо здесь и не о чем. В последние годы я его просто не замечаю. В полученной недавно электрокардиограмме ровные синусоиды и благоприятные заключения как машины, так и врача. А лет пять тому назад была довольно жестокая аритмия, перебои пульса и самоощущение человека, готовящегося к уходу.

Немцов А.В.,
д.м.н., Московский НИИ психиатрии МЗСР РФ

СВЯЗАННАЯ С АЛКОГОЛЕМ СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ - КОЛИЧЕСТВО, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ, ГЕНДЕРНЫЕ И ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Сейчас кажется все понимают, что алкогольная ситуация в России крайне неблагополучна и требует решительных мер по ее выправлению. Об этом, наконец, начал говорить наш Президент: "В России только от отравления алкоголем и, прежде всего, его суррогатами ежегодно умирает около 40 тысяч человек" (Путин, 2005). Из этого видно, что среди алкогольных проблем приоритет снова отдается качеству алкогольной продукции. Хотя такая проблема существует, но в нынешней России она должна отойти на второй план по сравнению с проблемой непомерного количества потребляемого алкоголя. Сейчас наша страна, вероятно, лидирует по потреблению алкоголя в Европе (около 15-16 литров чистого алкоголя на человека в год (Nemtsov, 2002, Zaigraev, 2005), а Европа - самый пьющий континент в мире (западноевропейские лидеры Люксембург, Ирландия, Франция и Германия от 14,2 до 10,9 литров).

Однако, беда в том, что никто не знает, как это сделать, как управлять алкогольной ситуацией в целях оздоровления нации. Об этом можно сказать уверенно потому, что российская алкогольная политика не восприняла главную аксиому теории управления. В соответствие с этой аксиомой эффективным управление может быть только тогда, когда известны как исходные параметры управляемой системы, в данном случае - алкогольной ситуацией, так и ее конечные или целевые параметры. Ни первого, ни тем более второго у нас не знает никто. А в результате два закона, изданные Президентом в июле 2005 г., обернулись фарсом в начале 2006 г. с опустошением винно-водочных прилавков и еще более массивным выходом на алкогольный рынок подпольных производителей.

Мы не знаем, каково реальное потребление алкоголя, какова доля в потреблении нелегального алкоголя, крепких напитков и спиртосодержащих жидкостей.

Мы не знаем, кто составляет основные группы риска по алкоголю, каковы мотивы и причины их пьянства. В последнем пункте особенно много домыслов и деклараций вместо доказательств.

Мы не знаем, каков размах коррупции в сфере производства и продажи спиртных напитков.

Наконец, мы не знаем размеры реального экономического и человеческого урона в связи с пьянством.

В России существуют большие трудности в оценке реальных масштабов смертности, связанной с алкоголем. Это обусловлено тем, что в качестве смертности "по причинам, связанным с употреблением алкоголя" государственная статистика учитывает смерти при отравлении алкоголем, алкогольных циррозах печени, алкоголизме и алкогольных психозах. Они составляют около 3% от всех смертей в разные годы, при том, что потребление алкоголя в России вероятно самое высокое в Европе (до 15 литров чистого алкоголя на человека в год; западноевропейские лидеры Люксембург, Ирландия, Франция и Германия от 10,9 до 14,2 литров).

Для сравнения в странах северной Европы, где также доминируют крепкие напитки, но потребление алкоголя ниже, а качество жизни выше, алкогольная смертность оказывается на том же уровне, что у нас по официальным данным. Например, в Европе самая высокая алкогольная смертность в Финляндии (3,7%; Ramstedt, 2002) при потреблении 8,5 литра, а с учетом нелегального алкоголя - 10,2 литров (Leifman, 2001).

Первая ошибка государственной статистики в оценке алкогольной смертности - неполный учет прямых алкогольных потерь, главным образом, в силу низкой квалификации посмертной экспертизы. Так, смерти при алкогольных циррозах печени до 1998 г. не превышали 8%, а позже выросли до 20% от всех смертей с диагнозом цирроза печени, тогда как во всем мире они составляют 30-80 % в зависимости от уровня потребления и других факторов (Audigier et al., 1984). Вторая ошибка - вольная или невольная фальсификация диагнозов алкогольных смертей, в частности таких важных для характеристики алкогольной ситуации, как отравления ал-

коголем. Значительная их доля попадают в рубрику сердечно-сосудистых смертей (Тишук, 1997). Третья ошибка - полное пренебрежение учетом непрямых алкогольных потерь, т.е. смертей, для которых алкоголь является не единственной, но существенной причиной смерти, дополнительно сокращающей продолжительность жизни.

Рис. 1. Соотношение смертности мужчин и женщин с потреблением алкоголя (усредненная оценка из трех источников; таблица 1)

Как оценить количество сохраненных жизней во время антиалкогольной кампании? Количество смертей довольно равномерно увеличивалось, начиная с 1965 г. и по 1984 г. (рис. 2). За то же время по экспертным оценкам реальное потребление увеличилось с 9,8 до 14,0 литров (Treml, 1997). Однако на этом этапе трудно оценить вклад алкоголя в этот рост, хотя он несомненен: с 1965 по 1984 гг. выросло не только общее число смертей при отравлении алкоголем, но также их доля в общей смертности (с 1,1 % в 1965 г. до 2,2 % 1979 г.).

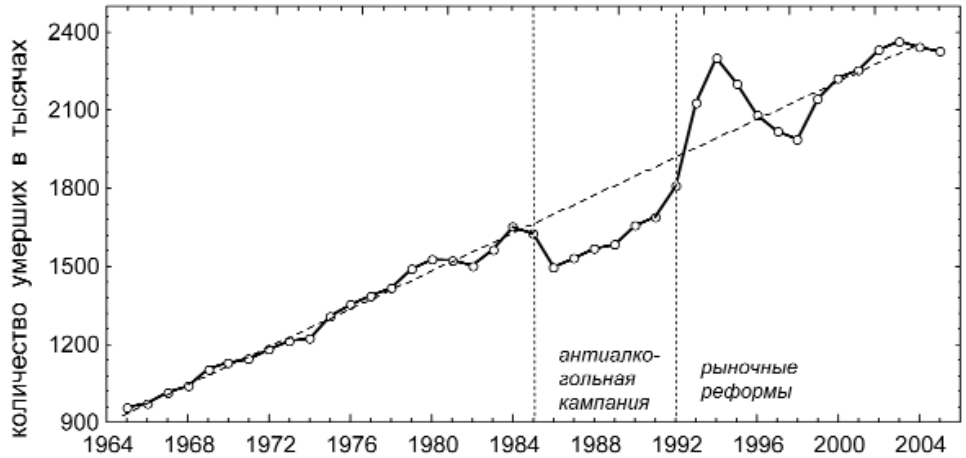


Рис. 2. Динамика количества умерших в России в 1965-2004 гг.

Линия регрессии для 1965-1984 гг. (пунктир на рис. 2) усреднено описывает прирост смертей в этот период. Эту линию можно считать прогнозом количества смертей после 1984 г., если бы в 1985 г. не началась антиалкогольная кампания, которая дала уникальную возможность определить количество сохраненных жизней за счет снижения потребления алкоголя. Существенное снижение смертности мужчин произошло уже в первый месяц кампании (Андреев, 2002), которая началась 1 июня 1985 г.

Количество людей, которые могли умереть, но не умерли во время антиалкогольной кампании, можно оценить по отклонениям от прогностической линии регрессии 1965-1984 гг. для мужчин и женщин во время антиалкогольной кампании (рис. 3а и 3б). Сумма отклонений, или, по сути, количество сохраненных

жизней составляет 919,9 тысяч у мужчин (1985-1992 гг.) и 463,6 тысяч у женщин (1986-1992 гг.) - всего 1383,4 тысячи человек или 181±16,5 тысяч в год. В целом это составляет 11,4 % по отношению ко всем умершим в этот период.

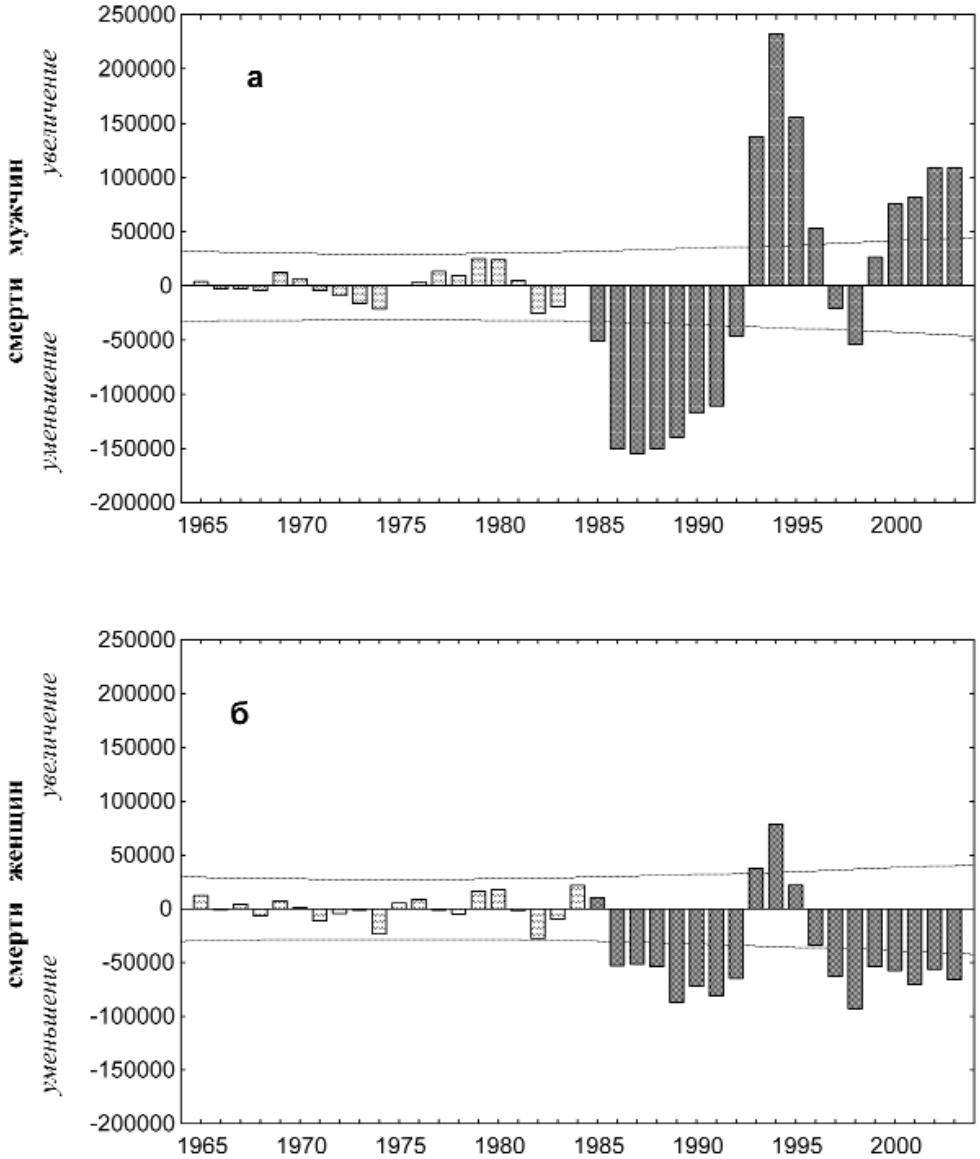


Рис. 3. Изменение смертности мужчин (а) и женщин (б) во время и после антиалкогольной кампании (столбики - отклонения от линии регрессии 1965-1984 гг.; пунктир - интервал прогноза 0,95 для остатков регрессии 1965-1984 гг.).

Таким образом, во время антиалкогольной кампании сохранили жизнь более 1 миллиона человек. Это главный позитивный итог антиалкогольной кампании и показатель того, что снижение потребления алкоголя - существенный фактор снижения смертности в России.

Важно отметить, что 181 тысяча в год - это люди, которые сохранили жизнь за счет снижения потребления спиртных напитков. Они бы умерли, не случись антиалкогольная кампания. Но это был бы не весь алкогольный урон, а только его часть за счет снижения потребления на 2,1 литра (в среднем с 14,0 в 1980-1984 гг. до 11,9 в 1985-1992 гг.; таблица 1). Полный алкогольный урон был существенно выше, т.к. потребление во время кампании оставалось очень высоким (10,5-13 литров).

Более полная оценка алкогольной смертности стала возможной в России благодаря быстрым и значительным перепадам уровня потребления алкоголя в результате антиалкогольной кампании 1985 г., последующих рыночных реформ и других событий алкогольной истории.

Оценка потребления алкоголя. Сейчас существует много оценок потребления. Однако те из них, которые сделаны на основе опросов населения, как правило, не годятся в связи с тем, что российские респонденты существенно, в разы занижают свое потребление (Simpura, Levin, 1997, Nemtsov, 2003а, 2003б). Если взять три независимые оценки, построенные на основе эпидемиологических данных (Trml, 1997, Госкомстат РФ и А.Немцов, 2002), то получим на некотором этапе близкие результаты, что является способом их количественной верификации. При сопоставлении смертей при отравлении алкоголем и заболеваний алкогольными психозами с оценками потребления последние могут быть верифицированы качественно. Усреднение этих оценок в одну удовлетворительно, хотя и с некоторым лагом, совпадает с колебаниями смертности в России (рис. 1): снижение в начале антиалкогольной кампании, возвратный рост до 1994 г., новое снижение до 1998 г. и новый рост после дефолта. Если судить по снижению смертности при отравлении алкоголем, то можно думать, что в 2002-2003 гг. началось некоторое снижение потребления алкоголя, продолжавшееся в 2005 г.

Важно и то, что до ее начала оценки потребления алкоголя были относительно стабильным (1980-1984 гг. 13,8-14,2 литра на человека в год; таблица 1).

Таблица 1. Регистрируемый алкоголь и оценка реального потребления алкоголя в России в 1960-2002 гг. в литрах чистого спирта на человека в год (в 1-ом столбце в скобках с указан "объем продаж", рассчитанный по новой методике)

годы	Госкомстат РФ		оценки потребления алкоголя				
	регистрируемый алкоголь	самогон + (1)	Treml (1997)	Nemtsov (2000)	Немцов (2002)	Немцов, новый метод	средняя для 2,3, и 4
	1	2	3	4	5	6	7
1960	4,60		9,8				
…							
1970	8,30		12,0				
1971	8,44						
1972	8,63						
1973	8,82						
1974	9,52						
1975	9,88		13,10				
1976	10,17						
1977	10,36						
1978	10,57						
1979	10,60						
1980	10,51	13,5	14,00				13,8
1981	10,20	13,3		14,88			14,1
1982	10,13	13,1		14,75			13,9
1983	10,26	13,3		14,83			14,1
1984	10,45	13,8	14,25	14,63			14,2
1985	8,80	12,3	13,30	13,31			13,0
1986	5,17	10,2	10,57	10,77			10,5
1987	3,90	10,0	10,70	10,96			10,6
1988	4,40	8,3	11,20	11,57			11,4
1989	5,29	8,7	11,66	12,04			11,9
1990	5,56		11,76	12,29			12,0
1991	5,57		12,27	12,67			12,5

1992	5,01	13,81	13,23			13,5
1993	5,00	14,43	13,90			14,2
1994	6,80 (6,8)		14,60	14,6	14,6	
1995	6,50 (9,3)			14,1	13,9	
1996	(7,2)			13,2	12,9	
1997	(7,5)			12,3	12,1	
1998	(7,3)			12,2	11,7	
1999	(7,6)			13,3	12,9	
2000	(8,1)			14,1	13,9	
2001	(8,3)			15,0	15,0	
2002	(8,7)					
2003	(9,1)					
2004						
2005						

Оценить размеры алкогольный урон можно качественно и количественно. При первом подходе можно сопоставить общую смертность с явлениями, более жестко зависимыми от потребления, с таким, например, как смерти при отравлении алкоголем (рис. 4) или заболеваемость алкогольными психозами. Видно, что прирост общей смертности мужчин происходил почти синхронно с приростом смертности мужчин при отравлении алкоголем. Некоторое различие относилось только к молодым людям (15-29 лет), вероятно, в связи с тем, что в этих возрастах смерть, связанная с алкоголем, например, автодорожная, настигала молодых людей, еще не успевших стать алкоголиками, из которых главным образом рекрутируются умершие при отравлении алкоголем (Угрюмов, 1997).

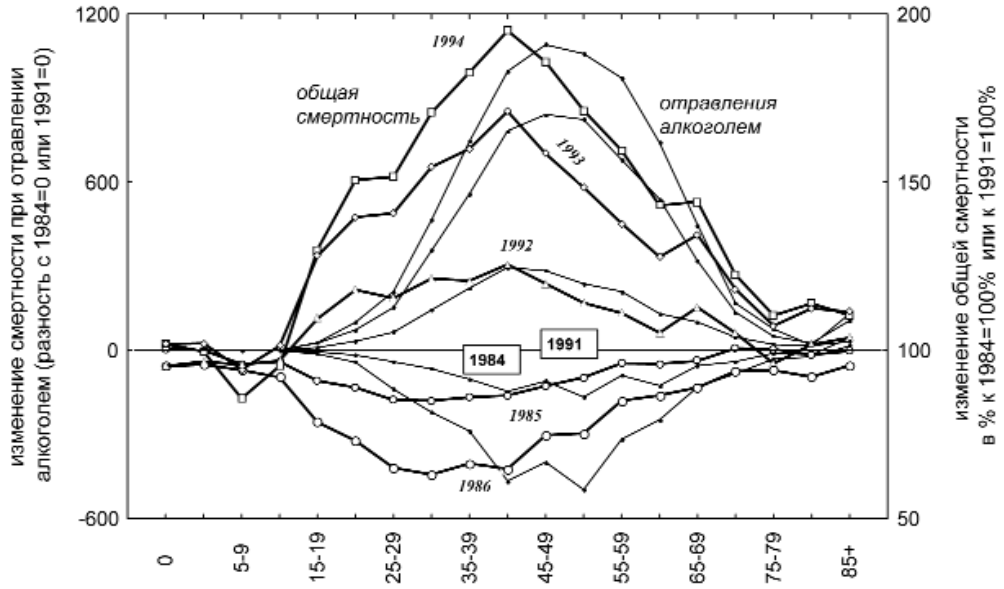


Рис. 4. Возрастное распределение общей смертности и при отравлении алкоголем в 1985-1986 гг. по отношению к 1984 г. и в 1992-1994 гг. - к 1991 г.

Другое, тоже качественное решение задачи о связи российской сверхсмертности с потреблением алкоголя - динамика отдельных больших классов смертей до, во время и после антиалкогольной кампании.

Ранее уже было показано (Милле и соавторы, 1996), что у мужчин (рис. 5) в 1985-1986 гг. существенно снизился уровень почти всех классов смертей, которые составляют подавляющее большинство всех смертей (77,8 % в 1986-1991 гг.; "прочие заболева-

ния" у мужчин, которые также существенно снизились в это время, на рис. 5 не обозначены.). Существенное снижение смертности женщин в этот же период произошло только в группе сердечно-сосудистых и внешних, в частности, насильственных, причин (73,0 % всех смертей в 1986-1991 гг.; рис. 5б). Как у мужчин, так и у женщин исключение составили новообразования, инфекционные и паразитарные заболевания. Таким образом, подавляющее большинство классов смертности мужчин и значительная часть у женщин синхронно "откликнулось" снижением показателей на снижение потребления алкоголя в начале антиалкогольной кампании. Из этого следует, что с потреблением алкоголя связаны смерти с неалкогольными диагнозами, что ранее постулировал Leon et al. (1997). По существу и в большинстве своем - это непрямые алкогольные потери. Вместе с тем их можно рассматривать как скрытый от государственной статистики алкогольный урон страны.

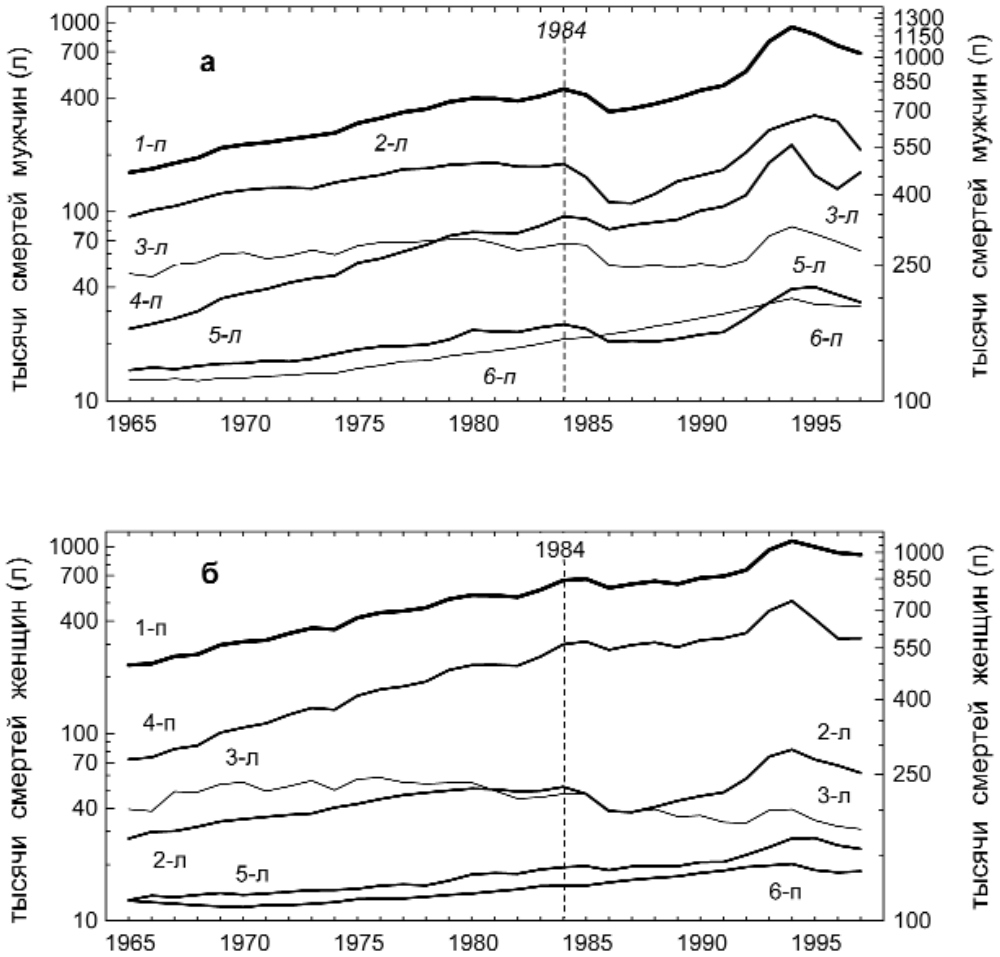


Рис. 5. Динамика основных классов смертей мужчин (а) и женщин (б): общее количество смертей, 2 - от внешних причин, при заболеваниях органов дыхания (3), кровообращения (4), пищеварения (5), 6 - при новообразованиях, инфекциях и паразитарных. (л) или (п) - шкала слева или справа.

Оценка реальных алкогольных потерь и их диагностический состав (количественное решение). Снижение смертности, например, общей или сердечно-сосудистой, при снижении уровня потребления алкоголя еще не означает, что спиртное имело отношение ко всем этим смертям, скорее всего, к какой-то их части, которую предстоит определить, т.е. необходимо количественно оценить вклад алкоголя в общую и основные виды смертности. Это можно сделать, сопоставляя показатели разных видов смертности с оценками потребления алкоголя на основе регрессионногоанализа(рис.6)

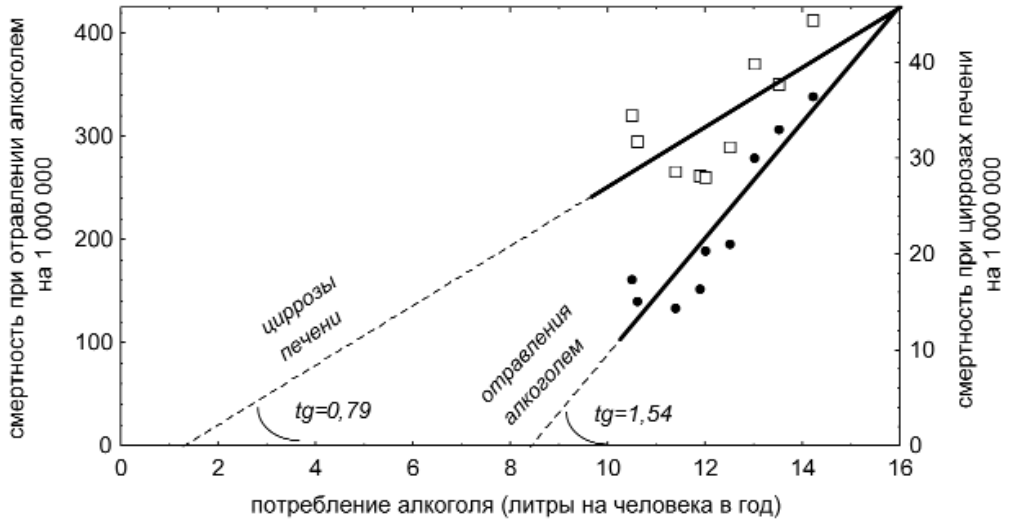


Рис. 6. Линии регрессии двух видов зависимой от алкоголя смертности.

Среди видов смертности, прежде всего, были исследованы социально значимые: отравления алкоголем, убийства и самоубийства, а также все прочие смерти от внешних причин, взятые вместе (автодорожные, утопления, при пожарах, падениях с высоты и другие). Среди соматических причин смерти были отдельно исследованы жестко связанные с потреблением алкоголя панкреатиты и циррозы печени. Последние - без разделения на "алкогольные" и "другие" в связи с тем, что в стране алкогольные циррозы очень плохо диагностируются, а значит, в большинстве своем регистрируются как "другие циррозы". Все сердечно-сосудистые смерти были исследованы суммарно, как и "прочие смерти", т.е. не вошедшие в указанные выше рубрики. Отдельно была исследована общая смертность, а всего девять рубрик, порознь у мужчин и у женщин, в двух временных периодах, в 1984-1992 и 1994-2001 гг. В качестве показателей смертности взят новый стандарт ВОЗ на 1 000 000 населения (Милле и соавторы, 1996; Mesle et al., 2006; после 1994 г. - расчеты Е.М.Андреева).

Поскольку разные виды смертности различаются количественно, для сопоставимости результатов необходимо унифицировать показатель "алкогольного вклада". В качестве такого унификатора был использован тангенс (tg) угла наклона линии регрессии при равенстве противоположного катета (рис. 7). В данном случае tg выступает как безразмерный эквивалент коэффициента регрессии. В случае отсутствия зависимости смертности от потребления выражается как tg=0. По мере нарастания зависимости смертности от потребления наклон линии регрессии и величина tg будут увеличиваться.

Среди всех видов смертей наибольший tg был у показателя отравлений алкоголем. Это является отражением наибольшего вклада алкоголя в этот вид смертности; tg его линии регрессии можно принять за 100 %. При этом важно отметить, что наклон линий регрессии, а значит и величины tg'ов для отравлений мужчин и женщин в двух анализируемых периодах, практически одинаков, несмотря на значительное преобладание отравлений у мужчин по сравнению с женщинами, а также в 1994-2001 гг. по сравнению с 1984-1992 гг. Тангенсы остальных видов смертности меньше составляют долю от tg, характерного для отравлений алкоголем, т.е. долю от 100 %. Эта доля в процентах может служить показателем части смертей или смертности, связанной с алкоголем. Алкогольная составляющая содержит в себе как прямые, так и непрямые, как явные, так и скрытые алкогольные потери.

Как и в других частях этого исследования, контролем, в данном случае - контролем правильности расчетов, служила заболеваемость алкогольными психозами, для которой связь с алкоголем должна быть такой же, как при отравлении алкоголем, т.е. практически равной 100 %, как в одном, так и в другом периоде (таблица 2). Это соответствует сути двух явлений и позволяет думать, что результаты расчетов алкогольной составляющей других видов смертности имеют содержательный смысл.

В таблицу не вошли постоянные члены уравнений регрессии, которые почти во всех случаях имели отрицательный знак, кроме общей, сердечно-сосудистой и "прочей" смертности. Это

значит, что как эти, так другие виды смертности, а также заболеваемость алкогольными психозами, скорее всего, могли считаться линейными только в пределах колебаний потребления алкоголя, которые существовали в последние два десятилетия, т.е. в пределах 10-15 литров на человека в год. При этом линейность была высоко значимой.

При сравнении двух периодов (1984-1992 и 1994-2001 гг.) смертность всех классов выросла во втором периоде, но рост этот был неодинаковым: более всего увеличилась смертность при убийствах и отравлениях алкоголем, как у мужчин, так и у женщин, менее - при сердечно-сосудистой смертности.

Процентный показатель алкогольной смертности легко преобразовать в показатель на 1 000 000 населения (таблица 2), который более иллюстративен и может помочь в интерпретации алкогольной смертности разных классов на протяжении двух периодов.

Таблица 2. Алкогольная составляющая отдельных видов смертности мужчин и женщин (новый стандарт ВОЗ на 1 000 000)

виды смертности	*мужчины*				*женщины*			
	1984-1992		*1994-2001*		*1984-1992*		*1994-2001*	
	%	*на 1000000*	*%*	*на 1000000*	*%*	*на 1000000*	*%*	*на 1000000*
Отравления алкоголем	100,0	211,0	100,0	420,8	100,0	48,5	100,0	105,7
Убийства	63,8*	126,3	58,1	262,6	60,3	38,1	52,5	68,3
Самоубийства	71,0	369,0	29,1	216,7	35,4	9,9	12,4	15,3
Прочие внешние причины	68,1	946,5	50,2	1076,8	47,0	168,2	35,4	190,9
Циррозы печени	48,4	81,7	56,4	149,8	37,6	28,0	64,4	80,8
Панкреатиты	51,0	21,8	58,9	43,8	8,7	2,5	31,2	9,5
Сердечно-сосудистая	21,8	2350,6	31,4	4095,9	13,6	1011,8	16,2	1384,1
Прочая смертность	16,4	994,0	19,4	1244,3	9,8	263,8	8,9	244,2
Общая смертность	29,1	5637,7	32,8	7720,4	15,7	1698,1	17,6	2172,1
заболеваемость (без разделения на мужчин и женщин)- КОНТРОЛЬ								
Алкогольные психозы	103,3	33,7	96,6	93,5	103,3	33,7	96,6	93,5

* для 1983-1987 гг.

В 1994-2001 гг. по сравнению с предыдущим периодом смертность при отравлении алкоголем выросла в два раза, как у мужчин, так и у женщин (таблица 2). При этом потребление выросло всего на 9,8% (в среднем с 12,2 до 13,4 литров на человека в год; таблица 1).

Такое расхождение, скорее всего, связано с тем, что часть тяжелых потребителей алкоголя, которые сохранили жизнь во время кампании, а вместе с этим сохранили свой повышенный риск умереть алкогольной смертью, умерли после 1991 г. на фоне возросшей доступности спиртного. Произошел "перенос риска" из одного исторического периода (антиалкогольная кампания) в другой (рыночные реформы; "отложенные" смерти по Андрееву, 2002, а также

Shkolnikov et al., 2001). Другая когорта умерших - "новые" потребители, которые "откликнулись" смертью на рост потребления. Об этом же свидетельствует рис. 4: распределение умерших 1992-1994 гг. не вполне симметрично распределению сохранивших жизнь в 1985-1986 гг.: умерших значительно больше, чем сохранивших жизнь во время антиалкогольной кампании.

Есть еще одно свидетельство "переноса риска" алкогольной смертности: удвоение доли смертей при отравлении алкоголем в начале рыночных реформ по сравнению с предшествующим периодом (рис. 2-26). Это выразилось увеличением этой смертности с 2,3 % до 5,0 % на 1 литр алкоголя. В последующий период соотношение вернулось к исходному уровню (2,4%).

В случае убийств коэффициенты регрессии по алкоголю для 1984-1992 гг. оказались незначимыми в связи с аномальным ростом убийств, начиная с 1988 г., когда они стали больше зависеть от социально-экономических факторов и меньше - от алкогольного. Только на более коротком отрезке времени(1983-1987 гг.), до начала передела собственности, коэффициент был значимым. Важно отметить, что рост убийств в 1987 г. начался без лага. Скорее всего, рост этого показателя продолжался бы с тем же трендом, не возникни новые условия в 1988 г. Поэтому можно думать, что регрессия 1983-1987 гг. отражает реальные отношения убийств с потреблением алкоголя. В этом случае доля связанных с алкоголем убийств во втором периоде выросла более чем в два раза у мужчин и почти в два раза у женщин (таблица 2). Приблизительно также выросло общее их количество. Из этого следует, что пропорция пьяных и трезвых убитых не изменилась существенно, несмотря на рост потребления. А в целом, и это самое главное, доля связанных с алкоголем убийств в России очень высока - около 60% у мужчин и почти столько же у женщин. Этот показатель хорошо совпадает с данными судмедэкспертизы: 64,1% в 1984 г., 59,4% в 1986 г. и 65,5% в 65,5% в 1990 г. (суммарные данные для мужчин и женщин).

Самоубийства существенно отличаются от убийств по отношению к потреблению алкоголя. Во-первых, тем, что самоубийства женщин значительно меньше зависят от алкоголя, чем самоубийства мужчин, приблизительно в 15-30 раз в разные годы. По сути дела, проблема "алкоголь и самоубийства" - это мужская проблема. Второе отличие от убийств состоит в том, что в 1994-2001 гг. значительно сократились как доля, так и абсолютное количество мужских самоубийств, связанных с алкоголем (таблица 2). Скорее всего, это обусловлено увеличением неалкогольных, социально-экономических факторов на фоне рыночных реформ. При этом общее количество самоубийств мужчин в 1994-2001 гг. увеличилось приблизительно в 1,5 раза.

Алкогольная составляющая смертности при циррозах печени и панкреатитах у мужчин составляет половину умерших с этим диагнозом, у женщин - меньше. Как у мужчин, так и у женщин произошло увеличение связанной с алкоголем смертей в 1994-2001 гг., вероятно, в связи с тем же "переносом риска" после сокращения смертности во время антиалкогольной кампании.

Особого внимания заслуживает алкогольная смертность с сердечно-сосудистыми диагнозами. Это связано с тем, что вклад алкоголя в этот вид смертности сравнительно невелик (таблица 2), однако алкогольная составляющая в абсолютном выражении - самая большая среди других видов смертности из-за того, что это главная патология, приводящая к смерти. По сути дела сердечно-сосудистая смертность, связанная со спиртным - основная часть алкогольного урона страны. Зная о феномене "переноса риска", не стоит удивляться, что алкогольная составляющая этого вида смертности увеличилась в 1994-2001 гг., и у мужчин значительно больше, чем у женщин.

Гендерное сопоставление показывает, что общая алкогольная смертность женщин существенно ниже мужской и составляет приблизительно треть от нее, как в 1984-1992 гг. , так и 1994-2001 гг. (таблица 2). Отравления алкоголем приблизительно в четыре раза преобладает у мужчин по сравнению с женщинами. Но так было не всегда: с 1965 г. до 1984 г. произошло увеличение доли женской смертности при отравлении алкоголем почти в два раза. Иначе говоря, до 1970 г. одна смерть женщины приходилась на шесть мужских, а в 1984 г. - на четыре. Во время антиалкогольной кампании мужчины, вероятно, в силу большей активности при добыче спиртного, увеличили смертность относительно женщин. Однако с началом рыночных реформ при свободном доступе к спиртному женщины вернули это отношение к исходному (1:4 в 1994 г.) и сохраняют его до последнего времени (рис. 7).

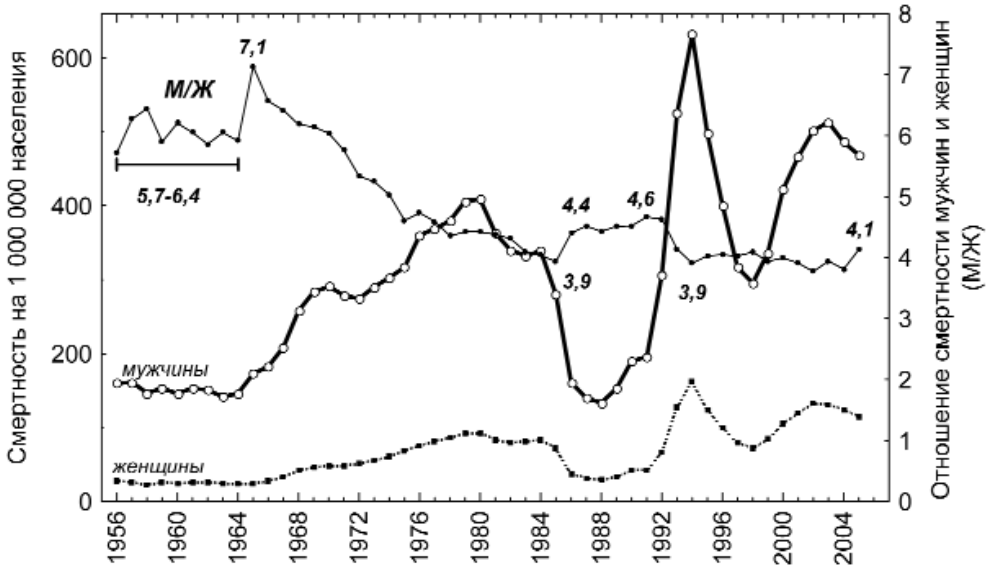


Рис. 7. Смертность при отравлении алкоголем мужчин и женщин в 1956-2005 г.

На основе оценки алкогольной составляющей смертности (таблица 2) легко рассчитать алкогольный урон страны в абсолютных величинах.

Полные (прямые и непрямые) алкогольные потери в 1984-1992 гг. составили в среднем 359,6 тысяч в год (227,3 тысячи мужчин и 132,3 тысячи женщин), а в 1994-2001 гг. - 550,1 тысяч (369,7 тысяч мужчин и 180,4 тысячи женщин).

Для сравнения: табакокурением обусловлено 16-17 % всех смертей в России (Ткаченко, 1996, Камардина, 2004), что также немало.

Официальные данные смертности по "причинам, связанным с употреблением алкоголя" в 2001 г. равнялись 3,8 % смертей, т.е. были в 7 раз меньше оценки реальных потерь.

Результаты расчетов, связанных с алкоголем смертей в России, настолько велики, что возникает сомнение - можно ли им верить? Если почти треть смертей связаны с алкоголем, то где место для таких больших классов смертей, как, например, сердечно-сосудистые, которые составляют более половины всех смертей? Но тут надо различать смерти, единственной причиной которых были сердечно-сосудистые заболевания, и посмертные сердечно-сосудистые диагнозы, которые скрывают алкогольный фактор, как единственную или дополнительную, но существенную причину смерти (глава 2-3). Было показано, что подавляющее большинство кардиологических смертей лиц трудоспособного возраста имеет выраженную алкогольную предысторию (Семенова и соавторы, 2005). Более того, хроническая алкогольная интоксикация сокращает продолжительность жизни мужчин, имеющих заболевание сердечно-сосудистой системы, в среднем на 17 лет (Вирганская, 1991). Точно также значительная часть других соматических диагнозов связана со злоупотреблением алкоголем. Таким образом, алкогольная смертность "расходится" по разным диагностическим группам (таблица 2), а в сумме составит значительную часть общей смертности, разную в разные периоды, в зависимости от изменений уровня потребления алкоголя.

Для оценки масштабов алкогольной смертности в России можно провести сравнение российских данных по доле алкогольной смертности с аналогичными показателями в США (Stinson et al., 1993, McGinnis and Foege, 1999) и Европейских странах (Ramstedt, 2002). Полный (прямой и непрямой) алкогольный урон в США в начале 1980-х годов составлял от 105 (Stinson et al., 1993) до 200 тысяч человек (Mocher, 1988) по разным оценкам или от 5 до 9 % всех смертей при потреблении 8,2-8,3 литров алкоголя. В середине 1990-х годах алкогольные потери США стали еще ниже (4,4%; McGinnis, Foege, 1999).

Ramstedt (2002) исследовал алкогольную смертность в Европейских странах, где ди-

агностика такой смертности поставлена значительно лучше, чем у нас. Он показал, что наивысший показатель в Европе составляет 3,7% (Финляндия). Чтобы представить, что оценка алкогольной смертности в России все-таки содержательна, можно сопоставить данные об ожидаемой продолжительности жизни мужчин в России (58-59 лет), в Европейских странах (74-77 лет) и США (74 года). Однако различия алкогольной смертности в России, США и Европейских странах обусловлены не только различием среднедушевого потребления, но также различием условий и качества жизни, включающих качество питания, медицинской помощи и многое другое, что защищает от токсического действия алкоголя. Для этого различия имеет значение характер потребления в России в виде очень большой доли крепких напитков, дополнительной токсичности нелегальных спиртных напитков. Наконец, население России существенно отличается невниманием к своему здоровью.

Для географического анализа стоит взять только те смерти, которые более жестко связаны с алкоголем. Это отравления алкоголем, убийства, самоубийства, другие внешние причины, циррозы печени и панкреатиты. Их связанные с алкоголем части можно суммировать для каждого региона и проанализировать распределение этих суммарных региональных показателей (73 региона с включением в некоторые из них автономных образований).

В европейской части России можно исследовать направление "юг-север", разделив эту часть России на 12 поясов. Результаты анализа свидетельствуют (рис. 8), что рост связанных с алкоголем смертей происходит с юга на север: от 7% в Дагестане до 15% в Республике Коми. Этот рост слагается из роста связанных с алкоголем отравлений, самоубийств, убийств и других внешних причин. В отличие от этого циррозы печени снижаются в направлении юг-север. Ramstedt (2002) показал, что сходное направление имеет рост связанных с алкоголем смертей в Европе, правда, на значительно более низком уровне: от долей процента на юге до 3,7% в Финляндии.

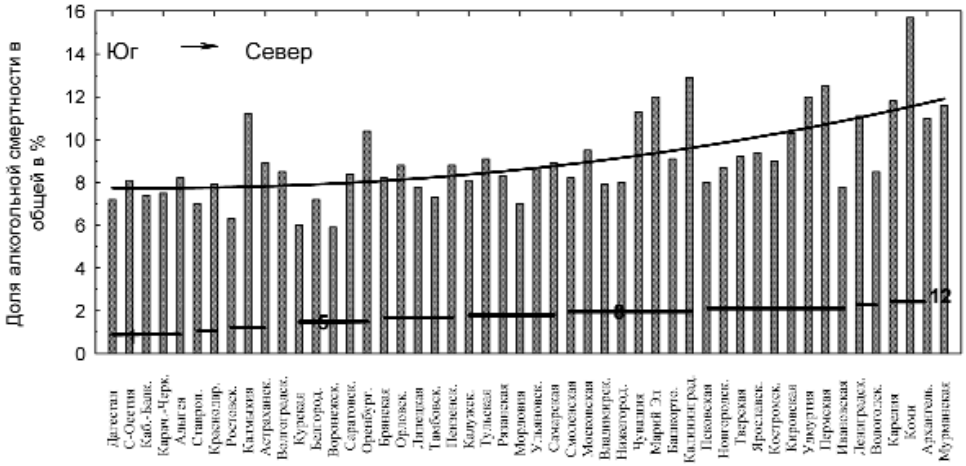


Рис. 8. Связанная с алкоголнм смертность (алкогольные отравления + убийства + самоубийства + прочие внеш. причины + циррозы печени + панкреатиты) в регионах европейской части России, расположенных с юга на север (цифры - номера широтных поясов). Кривая - линия наименьших квадратов.

Для того, чтобы представить распространение алкогольных проблем с запада на восток, территория России была разделена на 9 поясов (рис. 9). При этом анализе самые южные районы не принимались во внимание. На графике видно, что в европейской части России какая-либо тенденция запад-восток отсутствует. Однако, начиная с предгорий Урала (Башкирия, Кировская область и Республика Коми) начинается существенный рост алкогольной смертности. Абсолютным лидером по связанной с алкоголем смертности является Чукотский АО. Здесь алкогольный урон составляет 26%. Далее следуют Магаданская область и Республика Тыва (более 20%).

Вклад отдельных видов смертности в рост алкогольной смертности с запада на восток в азиатской части России не столь линеен, как в Европейской с юга на север.

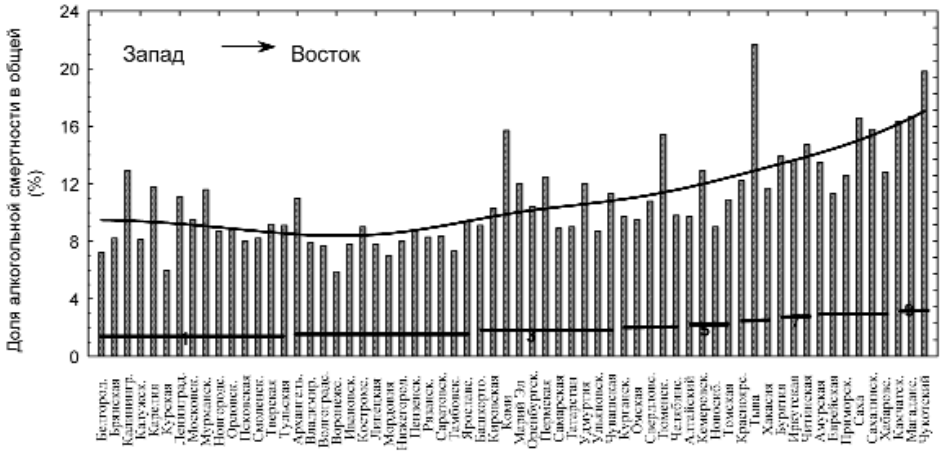


Рис. 9. Связанная с алкоголем смертность (алкогольные отравления + убийства + самоубийства + прочие внешние причины + циррозы печени + панкреатиты) в регионах России, расположенных с запада на восток (цифры - номера широтных поясов). Кривая - линия наименьших квадратов.

Максимум связанных с алкоголем убийств наблюдается в центральной Сибири (Тыва, Иркутская и Кемеровская области). Самоубийства лишь в целом в Сибири выше, чем в Европейской части. А вот большая группа алкогольных смертей от всех других внешних причин определяет четкий рост с запада на восток. Так же четко нарастают связанные с алкоголем панкреатиты.

Если рассчитать алкогольную смертность в связи с ее Федеральными Округами, то получим следующую убывающая последовательность: Дальний Восток (22,7%), Сибирь (18,4%), Урал (17,3%), Северо-запад (15,7%), Приволжский (13,9%), Центральный и Южный ФО (12,0% и 11,8%).

Но главный вывод состоит в том, что в России очень высокий уровень связанных с алкоголем потерь: от 7% до 26% от всех смертей. И это только часть потерь. Вместе с непрямыми потерями это доля еще выше: около 30% у мужчин и более 15% у женщин. Это значит, что в России из-за алкоголя почти треть мужчин и седьмая часть женщин сходят в могилу на несколько лет раньше отведенного им срока.

Что же делать в условиях сверхсмертности населения страны, зная, что в значительной степени это связано с очень высоким потреблением алкоголя?

Прежде всего, следует отдать себе отчет в том, что никакая алкогольная политика невозможна без точного знания существующей алкогольной ситуации. А это значит, нам необходимо знать:

1. реальное потребление алкоголя;
2. истинную долю в потреблении нелегального алкоголя, крепких напитков и спиртосодержащих жидкостей;
3. размах коррупции в сфере производства и продажи спиртных напитков;
4. основные группы риска по алкоголю, мотивы и причины их пьянства;
5. реальный экономический и человеческий урон в связи с пьянством.

Иначе говоря, нам необходимо объективной статистическое описание алкогольной ситуации.

Но это только половина задачи. Нам нужно определить, что мы хотим и можем сделать, что бы алкогольные проблемы в стране уменьшились, т.е. определить цели, которые хотим достигнуть через год, два, пять. Например, снизить потребление алкоголя за пять лет на 2-3 литра. Такое снижение во время антиалкогольной кампании сохраняло жизнь 180 тысячам человек ежегодно. Это не призыв к повторению скоропалительной антиалкогольной кампании - нам нужна планомерная алкогольная политика. Ее задачей также могло бы быть, например, снижение наполовину нелегального алкоголя за пять лет. Более точное определение целей алкогольной политики возможно только тогда, когда мы будем иметь объективное статистическое описание алкогольной ситуации.

Это задачи глобального характера, но еще до их решения необходимо:

1. наладить обучение поликлинических врачей и медицинских сестер выявлению соматической алкогольной патологии и направлению таких больных на специальное противоалкогольное лечение,
2. наладить специальное противоалкогольное образование и воспитание в школах и других учебных заведениях,
3. мобилизовать органы правопорядка на борьбу с нелегальным производством и подпольной торговлей спиртными напитками,

4. начать противоалкогольное просвещение населения через СМИ и ТВ,
5. научить русских ценить здоровье, довести до их сведения, что здоровье - это выгодно.

Список литературы

Андреев Е.М. (2002) Возможные причины колебаний продолжительности жизни в России в 90-ые годы. Вопросы статистики. № 11. 3-15.

Вирганская И.М. (1991) Внезапная смерть и алкоголь. Здравоохранение Российской Федерации. № 6. 18-20.

Гордон Л. (1997) Невыплаченные заработки. Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. № 24.

Камардина Т.В. (2004) Смертность, обусловленная курением, в России. Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2. 29-35.

Милле Ф., Школьников В.М., Эртриш В., Валлен Ж. (1996) Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965-1994. "Эпидемиологический кризис в странах бывшего СССР". № 2. 140 стр.

Семенова В.Г., Дубровина Е.В., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. (2005) Потенциал травматический смертности населения России трудоспособных возрастов (на примере Кировской области). Общественное здоровье и профилактика заболеваний. № 2. 11-14.

Ткаченко Г.Б. (1996) Курение табака и здоровье населения России. В сб.: Курение или здоровье в России? Ред. А.К.Демин. Фонд "Здоровье и окружающая среда". Москва. 28-155.

Угрюмов А.И. (1997) Органная патология и причины смерти больных, злоупотреблявших алкоголем. Вопросы наркологии. № 3. 47-50.

Audigier, J-C, Coppuru, H, & Barthulumy, C 1984, 'Alcohol consumption and cirrhosis: epidemiology aspects', Gastroenterology et Clinical Biology, vol. 8. pp. 925-933.

Leifman, H 2001 'Estimation of unrecorded alcohol consumption levels and trends in 14 European countries', Nordisk Alcohol & Narkotikatidskrift (English supplement), vol 18, pp. 54-69.

Leon, D, Chenet, L, Shkolnikov, V, Zakharov, S, Shapiro, J, Rakhmanova, G, Vassin, S & McKee, M 1997, 'Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artifact, alcohol, or what?', Lancet, vol. 350, pp. 383-388.

McGinnis, J, Foege, W, 1999 'Mortality and morbidity attributable to use of addictive substances in the United States', Proceedings of the Association of American Physicians, vol. 111, pp. 109-118.

Mesle, F, Vallin, J, Hertrich, V, Andreev, E & Shkolnikov, V 2003 'Causes of deths in Russia: assessing trends since the 50s', Ed.: I.Kotowska and J.Jozwiak, Statistical Publishing Establishment, Warsaw, pp. 398-414.

Mocher, J 1988 'Public action and awareness to reduce alcohol related problems: a plan of action', Journal of public health policy, vol. 9, pp. 17-41.

Nemtsov A. (2003a) Alcohol Consumption Level in Russia: A Viewpoint on Monitoring Health Conditions in the Russian Federation (RLMS). LETTER TO THE EDITOR. Addiction. 98. 369-370.

Nemtsov A. (2003б) Alcohol Consumption in Russia: IS Monitoring Health Conditions in the Russian Federation (RLMS) trustworthy? LETTER TO THE EDITOR. Addiction, 98, 386-388.

Norstrom, T 1996 'Per capita alcohol consumption and total mortality: an analysis of historical data', Addiction, vol. 91, pp. 339-344.

Norstrom, T 2001 'Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in 14 European countries', Addiction, vol. 96 (Suppl. 1). S113-S128.

Norstrom, T & Skog, O-J 2001 'Alcohol and mortality: methodological and analytical issue in aggregate analysis', Addiction, vol.96 (Suppl.), S5-S17.

Ramstedt, M 2002 'Alcohol-related mortality in 15 European countries in postwar period' Eurohean Journal of Population, vol. 18, pp. 307-323.

Shkolnikov, V, McKee, M & Leon, D 2001 'Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s', The Lancet, vol. 357, pp. 917-921.

Stinson, F, Dufor, M, Steffens, R & DeBakey, S 1993 'Alcohol-related mortality in the United States, 1979-1989', Alcohol Health & Research World, vol. 18, pp. 251-260.

Treml,V 1997 'Soviet and Russian statistics on alcohol consumption and abuse', Eds: L.Bobadilla, C.A.Costello & F.Mitchell. Premature Death in the New Independent States, Washington, National Academy Press, pp. 220-238.

Олссон М.,
представитель нетрадиционной медицины (Швеция)

ВЗГЛЯД ИЗ ДАЛЕКА ИЛИ КАК НАМ ИЗМЕНИТЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ

Я, Марина Олссон из Швеции, целительством занимаюсь уже более десяти лет, и все это время ко мне обращались десятки женщин с проблемой бесплодия и невозможностью иметь детей.

Термин "Бесплодие" относительно применимо к практически каждой российской женщине - в настоящее время не существует 100-процентного здорового человека, большинство болезней протекают в скрытой форме, тяжело диагностируются, а вынашивание беременности является тяжелым испытанием для ослабленного стрессами женского организма.

Десятки лет и гигантские суммы затрачиваются порой супружеской парой на хождение по специалистам и медицинским центрам репродукции, и желаемый результат все же не достигается.

Я уверена, что женщины детородного возраста не только хотят, но и могут иметь здоровых детей.

Так кто же виноват в том, что сегодня происходит с демографической ситуацией, как сделать так, чтобы каждая женщина хотела и могла иметь детей

Чтобы вопрос демографического спада рождаемости не стоял сегодня так остро, мне хотелось бы разобраться в аспектах самого понятия "Бесплодие".

Когда у девушки появляется желание стать матерью и после полугода попыток она не может забеременеть, у специалистов-гинекологов начинаются проблемы в установлении точного диагноза и причин бесплодия. Многочисленные хождения пациентки по кабинетам центров репродукции и лабораториям не приносят желаемого результата.

Пациентка начинает нести не только крупные материальные убытки и время, но и теряет веру, что сможет стать матерью - подрывается ее психоэмоциональное здоровье, которое сложно восстановить в течение долгого времени.

Пациенты, потерявшие веру в официальную медицину, обращаются к целителям, в надежде обрести радости материнства.

Диагностика, которую проводят целители, решает практически все проблемы, связанные со здоровьем. Лечение бесплодия проводится без лапароскопии и сдачи дорогостоящих гормональных и генетических исследований. В арсенале лечения я использую не дорогостоящие лекарства, а собственную энергетику и целебные травы, созданные самой природой.

За более чем десятилетний опыт работы на стезе целительства, с помощью своей энергетики и лечения травами (каждому пациенту я подбираю индивидуальную схему лечения), я смогла помочь свыше сотни женщин, которым ставился диагноз бесплодие и кто имел проблемы по гинекологии. Каждая из пациенток мне до сих пор очень близка и, практически всех обратившихся ко мне женщин, я вылечила от бесплодия.

Процесс диагностики и лечения занимают не более трех недель, и, как правило, уже в течение следующего месяца женщина становится матерью, что подтверждается осмотром гинеколога и ультразвуковым исследованием.

Хочу особо отметить, что пол ребенка можно определить еще задолго до его появления на мониторе УЗИ. В моей практике были случаи, когда исследование УЗИ и анализ околоплодных вод устанавливали пол ребенка, а в последствии рождался ребенок другого пола, который я могу определить еще до зачатия.

В течение беременности пациентки я могу наблюдать за развитием плода, назначать по показаниям лечебные сеансы травотерапией (травы подбираются каждой пациентке индивидуально) и медными пластинами, которые известны своими целительными свойствами на организм человека. В своей работе я использую массаж позвоночника по методике "СК. Состояние Кандыба", а так же немаловажное значение играет применение музыки Индии - весь этот комплекс

благотворно воздействует не только на организм человека, но и на его душу.

В настоящее время человечество все больше задумывается о будущем, о том, что же ждет нас завтра, о наших детях и внуках, и это большое достижение! Основной проблемой демографического вырождения, я считаю так же возросшее количество абортов среди женщин детородного возраста, которые негативно сказываются на женском здоровье и впоследствии чтобы вернуть женщинам способность к зачатию, требуется длительное лечение.

Я уверена в своих пациентках и их детях - никто из них не будет убивать в себе детей и делать аборты, и я считаю, что половое просвещение детей в школах, в том числе внушение подросткам заповеди "Не убий!", должно стать одним из основополагающих принципов в стратегии по повышению рождаемости.

Целительство и здоровье человека

Феномен "Биоэнергетика", "Нетрадиционная медицина" и "Целительство" не признаются официальной медициной и всячески ей отрицаются.

Представьте, сколько бы здоровых жителей обрела бы страна, если нетрадиционная медицина обрела официальный статус и были созданы официальные центры целительства, а дипломированные специалисты-целители получили бы возможность работать и публиковать свои научные труды.

Я не побоюсь сказать, что благодаря моей диагностике, я смогла провести профилактику неизлечимых болезней людей, болезней, которые находились в зачаточном состоянии и, в течение времени, могли не только причинить серьезный вред здоровью человека, но и привести к летальному исходу. Профилактика болезней, которые еще дремлют в организме человека, и, которые в этом сроке не установлены представителями официальной медицины, позволит сократить расходы государства на лечение пациентов и сэкономит деньги работодателей на больничных листах, а так же позволит снизить затраты жителей на дорогостоящие операции и лекарства.

Хочу отметить, что лечение пациентов так же можно проводить дистанционно через глобальную сеть "Интернет" с помощью фотодиагностики. По фотографии можно диагностировать и лечить человека - многим известно, что фотография является энергоинформационной копией человека, обладает биополем и представляет из себя его фантом. Целитель считывает информацию о пациенте через информационное поле земли, ноосферу.

В целях улучшения здоровья, я предлагаю создать официальный портал целителей, куда все желающие смогут направлять свои фотографии и получать рекомендации специалистов .

Иногда я слышу от медиков, что на нетрадиционной медицине можно разбогатеть.

Если сравнить затраты, которые возникают например при дроблении камней в почках не дешевым аппаратом ультразвукового действия и сопоставить расходы на траволечение, предлагаемое нетрадиционной медициной, то эффективность и дешевизна второго варианта явно преобладают.

Так же можно говорить об эффективности работы целителей в области алкогольной и наркотической зависимости, где результаты лечения сохраняются до конца жизни.

Особо хочу выделить психологическую зависимость в которую попадают Россияне, посещающие различные секты.

От этой зависимости я уже помогла избавиться двум студентам, которые в течение трех лет находились в секте и практически выпали из социальной жизни - после лечения молодая пара вступила в брак и сейчас является родителями четырех детей.

Психогенное бесплодие женщин

Как известно психосоматический механизм бесплодия заключается в следующем: при нежелании женщины иметь ребенка от данного партнера или вообще нежелании, страхе и т. п. В женском организме усиленно вырабатываются в организме специальные гормоны -гестагены, аналогичные используемым в контрацепции. Они вызывают торможение овуляции, уплотнение шеечной (цервикальной) слизи, что препятствует попаданию сперматозоидов в полость матки , снижают подвижность сперматозоидов и их способность к оплодотворению, уменьшают толщину эндометрия и изменяют его структуру, затрудняя прикрепление яйцеклетки к стенке матки. То есть при стрессе мы вырабатываем адреналин, при радости - эндорфины, при нежелании рожать - гормоны, препятствующие этому. По одной из схем лечения предлагается снятие глубинных бессознательных причин страха перед беременностью - нормализуется гормональный фон

и возрастает возможность наступления оплодотворения.

По другой теории психогенность в бесплодии часто проявляется и в формате отказа от обследования и лечения, как со стороны женщины, так и со стороны мужчины. Страх перед гормональной терапией (потолстеть, испортить фигуру, оказаться зависимой и т.п.). Обследоваться - значит узнать, что с тобой действительно что-то не так и целые комплексы страхов (бросит, найдёт другую/другого узнают родственники и т.д.). Женщины лелеют инфантильные надежды (а вдруг спайка рассосётся, болезни пройдут сами, забеременею от другого, подскажет лунный календарь).

Я уделяю в первую очередь духовного состояния пациента. Воздействуя на его душу, лечится тело, снимаются все внутренние ограничения и наступает долгожданная беременность.

Любое лечение человека необходимо начинать с гармонизации его внутреннего "Я", гармонизации его личности. Пациент анализирует свое внутреннее и внешнее состояние и задает себе вопрос "Что же я ношу внутри себя?" Если человек живет в конфликте с собой, организм реагирует на это дерматологическими и другими негативными проявлениями во внешности человека.

Моя задача - помочь человеку активизировать свои внутренние резервы, когда человек приходит в гармонию с собой он меняется и внешне.

Человек обретая внутреннюю гармонию, автоматически становится привлекательным для другого пола, и соответственно все это косвенно влияет на демографию. Одновременное лечение души и тела пациентки приводит к желаемой беременности.

Стрессы, неуверенность в завтрашнем дне, неспособность прокормить ребенка - все это влияет на внутренний настрой молодых родителей и ставит крест на их попытках к зачатию или заставляет их останавливаться на рождении только одного ребенка.

В настоящее время, как Вам известно, большинство молодых матерей на ранних сроках или в течение всей беременности постоянно находятся на сохранении и больничных листах.

В качестве преодоления психогенного бесплодия и повышения рождаемости, я предлагаю создать такие условия труда, при которых женщина сможет брать дополнительный отпуск в первом триместре беременности и в течение года работодатель будет выплачивать ей полную заработную плату.

Особое место в решении демографического кризиса, должна занимать так же пропаганда любви и семейных ценностей.

Дети - это любовь. Ребенок - это любовь его родителей. Для любого человека сознание разрыва между родителями - это огромная боль и потеря части себя, чем он младше - тем больше часть. У взрослых есть свой опыт, они могли накопить другую любовь, чтобы жить. У ребенка в матке нет ничего кроме любви родителей. Любое преступление против нее - угроза его жизни. Надо сознавать свою ответственность и не позволять себе гормональные всплески эмоций. Это очень важный нюанс - ребенок - это не любовь матери к нему, он ею питается, но сам он - это любовь его родителей. Если ты совершаешь преступление против любви к отцу своего ребенка - перенаправление твоих чувств на ребенка не спасет его. И наоборот, ибо нет ребенка, не имеющего отца, есть только потерявшие, те, у кого его отняли. И даже если отец исчез на следующий день после зачатия, все равно его любовь - это 50% ребенка. Поэтому он тоже несет ответственность и не может оправдать свою разрушающую нелюбовь тем, что он не может выносить и выкормить. Может. И делает это - так как делает. Если никак не делает - то и результат соответствующий. Самая любящая мать не может компенсировать ребенку любовь отца, потому что ребенок - это не любовь матери к нему, а любовь его родителей. Ваш ребенок - это ваша любовь. Вы можете сделать с ней все что хотите. Все в ваших руках. Чем больше люди будут ее хранить и приумножать, тем ребенок будет жить полноценнее и счастливее. Чем меньше ребенок, тем непростительнее игнорирование этой истины. У зародышей нет других источников выживания. Они обматываются пуповиной, отслаивают плаценту - и уходят. Значит они приходили для того чтобы научить вас любви. Иногда одного не хватает. Младенцы посильнее расплачиваются внутричерепным давлением и диатезом. Потом заиканием и энурезом.

- "Хочу ребенка как можно скорее, почему у меня до сих пор нет детей, не могу больше, хочу ребенка..." - меня всегда коробило от таких настойчивых жалоб, я бы сказала - претензий к жизни, хотя я всегда понимала отчаяние, лежащее в основе. Я не могла словами коротко сформулировать неуместность этого тона, этой уверенности в том, что дети как дешевые вещи долж-

ны быть доступны по первому требованию, этого непонимания Чуда. Почему никто не предъявляет таких требований относительно любимых людей - вот хочу любви, большой и чистой, вечной и настоящей - прямо сейчас! Почему у меня до сих пор ее нет, я так ее хочу! Почему не идут к доктору с такой жалобой, не требуют таблетку для получения любви? "Что можно попить для овуляции" - частый вопрос. Так почему не спрашивают - что можно попить чтобы быстрей найти свою половинку? Почему люди делают различие между этими понятиями - любовь и дети? Почему отсутствие детей на данный момент воспринимается как неполноценность, как отсутствие секса или мобильного телефона - у всех есть, у меня нет, это непорядок, это меня унижает, я должна это исправить. Почему это воспринимается как болезнь, почему это является медицинской проблемой, почему это повод для обращения к врачу, почему врачи поддерживают это заблуждение, почему они относятся к этому как к медицинской проблеме, почему дают людям надежду на лекарства, почему дают повод думать, что медицинские вмешательства могут - ДОЛЖНЫ - помочь в этом вопросе? Почему людей, обратившихся с этой претензией, называют больными и ставят диагноз? Почему изучают их спермограмму и состояние труб и не обращают внимание на состояние души и разума? Почему, если бы к гинекологу пришла женщина с жалобами на отсутствие любви в ее жизни, он бы отправил ее в лучшем случае к психотерапевту, а при жалобах на отсутствие детей, он засучивает рукава, исполняется сознанием своего всемогущества и востребованности и отправляет на операцию? Почему такое отношение к вопросу? Почему мы считаем, что дети входят в нашу бесплатную медицинскую страховку, и если они запаздывают, мы предъявляем претензии - докторам - и требуем это лечить?! Почему мы так уверены, что они обязаны у нас быть, как только мы их захотим? Почему мы бесимся, когда с первого раза не получается - а почему должно было получиться - кто даст внятный ответ? А почему в первый год должно получиться? Почему у диагноза "бесплодие" такие критерии? Почему до года не надо волноваться, а после года уже и врач начинает волноваться, а не только женщина? Почему ребенку на размышления и на возможность выполнить наш ультиматум по хорошему - дается всего год? А дальше мы начинаем войну, в которой хороши все средства: гормоны, чтобы нарушить наш личный баланс, который установился не просто так, а чтобы приспособить нас к той жизни, которую мы ведем; лапароскопия - разрезание живота, пусть не как при харакири, а всего три дырочки вокруг пупка, и разделывание внутренностей, исправление анатомии, которая стала такой не просто так, а вследствие нашей еды, половой жизни и других наших привычек и особенностей; инсеминация - попытка обмана природы - в этой порции клеток нет будущего человека, но мы отберем лучших, разгоним в ускорителе, добавим кое-чего в жидкость и введем под давлением, минуя механизмы естественного отбора, должны же они понять, что наши намерения серьезны. Но будущего человека как не было в этой порции, так и нет, и от наших шаманств не появилось - а мы обижаемся - почему; ЭКО - ах, мне надоело лечиться, я хочу ЭКО. Все, мне надоело чувствовать себя неполноценной, мне надоело, что дети, которые обязаны у меня быть, надо мной издеваются и не приходят, я больше не собираюсь искать и устранять непонятные причины этого, у меня есть деньги, и я хочу купить себе ребенка сейчас. Выпишите мне чек. Откуда в головах людей поселился миф о том, что ЭКО - это панацея, я не знаю - вероятность зачатия в цикле ЭКО не выше, чем в обычном естественном цикле, около 25-30%. Интересные цифры. Вероятность такая же! Почему никто не задумывается? Вероятность не выше! И даже если использовать молитвы, заговоры, экстрасенсов, паломничества к святым местам, знахарские приемы и с таким настроем пациентки - это будет то же самое. Почему Бог обязан выдать Вам ребенка, когда Вам захотелось? Какая разница, к кому Вы обращаетесь с такой претензией, главное - что это претензия, что Вы чувствуете себя ущемленной в своих правах и ищете пути восстановления своих прав. Главное - непонимание Чуда.

Медицина важна, даже Церковь ее признает и признает то, что Бог создал врачей и значит это всего лишь инструмент в его руках и им нельзя гнушаться и противопоставлять другим инструментам, что надо действовать и использовать доступные средства, только - без претензий и самонадеянности! Понимая, что все будет так как должно быть, а не так как Вам сегодня хочется, и что если что-то из того что хочется - не получается - то стоит покопаться в своей душе, а не только теле. Что никто не обязан исправлять Вашу жизнь за Вас, что манипуляции в Вашем организме не затронут Вашу душу, что есть вещи, которые никто за Вас не сделает и поэтому претензия "хочу ребенка" направлена только лично к Вам. Что ребенок - это не товар,

который можно купить, и не нечто, что приписано Вам с Вашего рождения и обязательно должно у Вас появиться - откуда такая уверенность, за что? Ребенок - это человек. У него есть тело и душа. У него есть предназначение. У него есть время рождения и время смерти. И они не зависят от Вашего графика БТ и поз при половом акте, не зависят от того, с какой ноги Вы сегодня встали и чего Вам сегодня хочется - проколоть презерватив или все-таки выпить постинор. И он ничего Вам не должен, даже если Вы 10 лет его добиваетесь - это создает вокруг Вас ореол мученицы, вызывает сочувствие даже злобных врачей, но это не дает Вам никаких прав на его появление, не делает его обязанным Вам. Он не просил Вас добиваться его. Были ли в Вашей жизни люди, которые безответно Вас любили? Добивались ли они Вашего расположения? Обязаны ли Вы им за это? Не думаете ли Вы сквозь сочувствие - "зачем он так уперся, жил бы и радовался жизни - зачем сам себе на пустом месте создает страдания - зачем страдать из-за того, что от тебя не зависит"?

Ребенок - это Чудо - не только в смысле непредсказуемости его появления, невозможности "заказать" его день рождения, внешность и характер. Когда он приходит к нам, он приносит нам чудеса и волшебство. Он учит нас безусловной любви - о ней написаны все книги мира, но только своих детей мы умеем так любить - безусловно, просто за то, что они есть, несмотря на то, какие они есть неидеальные, несмотря на все их ошибки, проступки, преступления, как бы они к нам не относились - все это не имеет значения - мы любим их просто за то, что они есть, и мы понимаем, что они нам не принадлежат, что они свободны и вправе любить других, быть не такими как мы, иметь другие взгляды, служить другим людям, распоряжаться своей жизнью, не оглядываясь на нас, заводить и разрушать свои семьи - а мы все равно их будем любить, прощать и всегда ждать, при этом не испытывая комплекса жертвы, не требуя благодарности и не отказываясь от смысла своей жизни. Книги учат нас, что только такая любовь - настоящая, что так надо любить и взрослых, мы сами требуем к себе такой любви, мы страдаем, получая что-то другое, потому что в детстве нас любили просто за то, что мы родились и живем рядом, - и нам всегда, всю жизнь нужно именно такое к себе отношение от тех, с кем мы живем. Книги учат, но пытаешься себя исправить - и терпишь неудачу. А когда к тебе приходит ребенок, ты не читая никаких книг, ничего специально не делая, а только глядя ему в глаза - открываешь в себе способность к настоящей любви. Ты умеешь так любить, а он корректирует твое умение - улыбаясь и одобряя тебя, когда ты права, плача, когда ты сбиваешься с пути, но тут же прощая, когда ты исправляешься. Он учит тебя - не ради себя, потому что он уйдет очень скоро, он учит тебя ради тебя! Он живет своей жизнью, а ты благодаря этому получаешь опыт настоящей любви. Дальше уже твое дело, как ты ей распорядишься, решишь ли ты, что ее достойны только твои дети или научишься видеть во всех людях бывших детей или как-то еще. Ты смотришь на свое Чудо, которое свалилось на тебя НИ ЗА ЧТО, потому что никакие годы борьбы за него не стоят того, что оно тебе дало, - и ты задаешь вопрос - "за что мне такое счастье". И ты понимаешь, что если бы оно пришло раньше, чем ты была готова, ты бы не научилась тому, чему учишься сейчас, ты бы не была способна дать ему то, что даешь сейчас, ты бы все испортила и загубила, ты бы не справилась с этой ответственностью и не испытала бы этого счастья, ты бы чувствовала себя замученной жертвой бессонных ночей, ты бы требовала понимания за свой ужасный вид, испорченный характер, вечную усталость, ты бы требовала благодарности за свой материнский долг и не познала бы, что когда ты готова и все вовремя - НИЧЕГО ЭТОГО НЕТ, а есть только спокойная радость совместной жизни.

Счастливыми становятся только те, кто к этому готов, и у кого все происходит в свой срок. Возвращаясь к медицине, еще раз хочу подчеркнуть, что "в свой срок" может произойти и ЭКО, дело не в "натуральности " способов, а в настрое и отношении к вопросу. Способ достижения должен соответствовать реальной ситуации. Пагубно настроение "не могу больше ждать" и отношение к своей ситуации, как к неправильной, в которой кто-то виноват, и нежелание использовать имеющееся время как дар для подготовки себя и работы над собой.

Особое внимание я хочу уделить проблеме вынашиваемости беременности и психологическому состоянию планирующих женщин.

В последнее время практически каждая беременная женщина впадает в панику по поводу своего ОРЗ, отношения мужа, обстановки на работе, состояния бесплатной медицины...Что вы делаете - мамы, когда по малейшему поводу запираетесь в комнате, отказываетесь от сочувствия родных, потому что оно не такое глобальное, как вам хочется? Когда вы не спите ночами

и придумываете себе страшные картинки - что там происходит с младенцем? Когда вы не спите ночами и рыдаете над цифрами на бумажке - результатами анализов, которые никто не знает как интерпретировать, но вы выбрали из всех вариантов самый плохой и сидите его проигрываете, и вы уже забыли, что речь идет всего лишь о закорючках на бумажке, в вашем воображении Вы уже общаетесь с умственно отсталым уродцем или выбираете гробик.

Каково это чувствовать вашему ребенку, в которого вы так не верите! Как ему докричаться до вас - мама, я здесь, я живой, со мной все хорошо, я - это не та бумажка, которую ты держишь в руках, мама не плачь, я люблю тебя, мне нужно чтобы ты в меня верила, я ведь еще живой, поддержи меня, выйди из своей зацикленности на себе, помоги мне выжить, мне кажется, что ты меня не любишь сейчас, тогда зачем я здесь, если ты от меня уже отказалась и уже оплакиваешь! Скажи мне, что у нас с тобой все хорошо!

Что вы можете дать своему ребенку? Трудно ли вам, будучи погруженной в свое неземное страдание, подумать о нем и сказать ему - "малыш, твоя мама совсем расклеилась, на такие глупости так реагирует, прости меня, это просто мои гормоны и нервы, на самом деле ничего плохого конечно не происходит, все хорошо, ты ведь со мной, мы вместе, у нас все хорошо и все будет и дальше хорошо. Я люблю тебя. Папа тоже тебя любит. Прости меня за этот сеанс гипоксии, говорят это тренирует твой иммунитет :) Пойдем теперь подышим воздухом и почитаем книжку!"

Просто перестаньте считать себя БУДУЩЕЙ МАМОЙ, у которой на УЗИ видят ПЛОД, а станьте наконец настоящей мамой, которая давно уже живет вместе со своим сыном или дочкой. И дайте вашему ребенку почувствовать себя вашим сегодняшним, уже имеющимся, любимым сыном или дочкой, а не будущим. Просто поставьте свою голову на место.

Мамам очень легко это сделать, потому что их ребенок рядом. Хотя конечно они придумывают и тут себе оправдания - мол еще маленький срок, они не видели его сердцебиение или не чувствовали еще шевеления - поэтому они ОЧЕНЬ ВОЛНУЮТСЯ, ВСЕ ЛИ ТАМ В ПОРЯДКЕ, ВДРУГ ЧТО-ТО НЕ ТАК И ОНИ КОНЕЧНО НЕ ЗАСНУТ СПОКОЙНО ДО ПЕРВОГО ШЕВЕЛЕНИЯ. Прекрасное оправдание, чтобы на всю первую половину беременности сделать своего ребенка сиротой, мать которого в него не верит, пока он не соизволит пнуть ее ногой. Вот тогда она наконец поспит и ему даст поспать, тогда она поверит. А еще если они болели ОРЗ или пили какие-то не те таблетки, то они до родов спать не будут, вдруг что-то тогда случилось - таким детям еще веселее, у них мама появится и будет о них заботиться, только когда подержит их на руках и посчитает все ли пальчики у них на месте, только тогда она решит, что да, она их мама, теперь можно расслабиться. А до того они должны выкарабкиваться сами через ее психоз и неверие в них. Как будто какая-то таблетка могла изменить вашего ребенка и сделать из него не вашего. И вы не собираетесь принимать того ребенка, который есть, вам нужна гарантия, что он именно ваш, тот что был до таблетки. Как вам живется в этой шизофрении? Как живется Вашему ребенку? Почему бы не подумать о нем и не сказать ему, что вы любите его, просто любите и очень счастливы от того, что он с вами и вы вместе. Вот и все. И ничего больше. Или что-то еще имеет значение во время беременности? Позвольте себе просто быть мамой и спокойно и радостно спать. Это и есть зацикливание.

Планирующим конечно труднее, у них оправдания еще более значительные. На кого переключиться им - они одни в пустыне своего планирования, и самый родной человек давно стал главным врагом - ведь это с ним оно еще не получается. Никто их не понимает. Никому они не нужны. Все вокруг заняты своими детьми. Их никто не любит. Даже их ребенок их не любит и не идет к ним. И водоворот жертвенности и обид засасывает. И выбраться трудно. Как расциклиться?

Точно так же. Оставьте на время мысли о себе несчастной и займитесь своим ребенком. Вы же прекрасно знаете, что он есть. Поговорите с ним. Напишите ему письмо. Поговорите вслух. Спросите, что задерживает его. Спросите и услышьте его ответ. Не отвечайте за него - услышьте ЕГО ответ, не давайте своих версий "может мне эко сделать или мужа поменять или к гомеопату сходить", "может это наказание Божие за мои проступки в прошлом" - оставьте СЕБЯ в покое, послушайте своего РЕБЕНКА, сейчас речь НЕ О ВАС! Перестаньте говорить и думать о себе! Поговорите и подумайте о нем! И если сейчас в вас кричит мысль "Да я все время только о нем и думаю" - то обратите внимание на подлежащее в этом предложении. О ком вы сейчас думаете?

"Малыш, мы очень любим тебя и верим, что ты придешь к нам. Ты - наша любовь"... Обычно у обычных людей, не ангелов, на этом месте разговор временно обрывается и приходит правда - так что же ты можешь сделать, чтобы приблизить встречу. И важно не дать бегущим по пятам оправданиям задавить эту правду. Конечно вы делаете все что можете и не все от вас зависит. Конечно у вас очень сильные оправдания. Но ребенок от этого не перестает быть вашей любовью. Вот правда. Помните о ней. Вам будет тогда очень легко обрывать поток жалости к себе, оправданий, обид, озлобленности, неверия, жертвенности. Расцикливаться.

Когда женщина предохраняется и не думает о беременности - ее цикл работает как часы. Фазы незаметны. Все замечательно. Когда женщина начинает планировать беременность и отменяет контрацепцию в первом же цикле - задержка, полные ощущения беременности... Потом менструация и абсолютная уверенность в том, что все таки произошел ранний выкидыш, и через несколько месяцев планирования женщины обращаются к врачу.... Так и возникает зацикленность на зачатии. Именно поэтому она и обостряется именно при прекращении контрацепции.

Подводя итог своего исследования, я предлагаю следующие направления по улучшению демографической ситуации:

1.Создание медицинского портала и официальных центров целительства и нетрадиционной медицины.

2.Введение уроков полового и нравственного воспитания детей со школьной скамьи, привитие молодому поколению уважения к семейным ценностям.

3.Создание благоприятных условий труда для беременной женщины (выплата работодателем в течение первого года декретного отпуска полной заработной платы, предоставление дополнительного отпуска в первом триместре беременности).

4.Лечение психологического бесплодия и наблюдение психологом планирующих и беременных женщин.

Орехов А.Н.,
академик РАЕН,
доктор биологических наук, профессор,
директор Института Научно- исследовательского
института атеросклероза РАЕН

Собенин И.А.,
д.м.н., ведущий научный сотрудник ГУ Научно-исследовательского
института общей патологии и патофизиологии РАМН

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ МАССОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ И ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Введение

В течение последних десятилетий отмечается снижение уровня популяционного здоровья до критически низких показателей. Это проявляется, прежде всего, в высоких показателях заболеваемости и смертности, а также сверхсмертности у мужчин рабочих возрастов. В немалой степени этому способствует прогрессирование демографического кризиса, что проявляется низким уровнем рождаемости при сохранении проблем охраны здоровья матери и ребенка. Другие причины ухудшения популяционного здоровья включают ухудшение качества питания, углубление социальной дифференциации, а также прогрессирование социально и профессионально обусловленных дефектов здоровья населения. Существующий в обществе недостаток сил и средств для обеспечения необходимого объема и качества медицинской помощи усугубляет прогрессирование дефектов популяционного здоровья.

Анализ структуры заболеваемости и смертности, а также их социальных и экономических последствий позволяет выявить приоритетные направления необходимых оздоровительных и профилактических мероприятий. Таковыми являются профилактика атеросклероза и его клинических проявлений, в частности, ишемической болезни сердца (ИБС), а также острых респираторно-вирусных инфекций.

Поскольку в обоих случаях речь идет о длительной профилактике заболеваний среди широких слоев населения, требуются использование таких оздоровительных препаратов и технологий, которые предусматривают возможность постоянного применения, не обладают значимыми побочными эффектами, характеризуются удобным режимом применения и ценовой доступностью. Имеющиеся на фармацевтическом рынке препараты малопригодны для масштабного использования, поскольку не являются профилактическими средствами, не удовлетворяют ряду требований к препаратам оздоровительного действия, имеют строгие показания к назначению. Поэтому для долговременной массовой профилактики наиболее распространенных и социально значимых заболеваний предпочтительно использование нелекарственных оздоровительных средств и технологий.

В настоящее время одним из эффективных нелекарственных профилактических средств является препарат пролонгированного действия на основе чеснока - Алликор. Известно, что препараты на основе чеснока обладают прямым антиатеросклеротическим [1], гиполипидемическим [2; 3], антиагрегационным [4; 5], фибринолитическим [6], умеренным вазодилатирующим и гипотензивным [7], антидиабетическим [8], иммуностимулирующим и противовирусным действием [9]. В соответствии с данными о подтвержденной клинической эффективности Алликора в отношении профилактики различных заболеваний, была разработана оздоровительная программа, которая заключалась в длительном массовом применении Алликора с целью повышения иммунитета и профилактики респираторно-вирусных инфекций, а также для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза. Ожидаемые результаты от проведения данной оздоровительной программы включали снижение заболеваемости острыми респираторно-вирусными заболеваниями и гриппом в 2-5 раз, а также снижение риска фатального инфаркта миокарда в 2-3 раза.

Материал и методы исследований

В марте-июне 2002 г. в г. Путивле (Сумская область, Украина) силами участковых врачей и медицинских сестер центральной районной больницы был проведен опрос жителей о согласии на добровольное участие в оздоровительной программе. Было опрошено более 10000 жителей. Внедрение и

проведение программы проводилось при поддержке районной администрации и местных средств массовой информации. С июня 2002 г. началось включение жителей в программу, которое продолжалось до конца 2002 г. Жители города, давшие согласие на участие в программе, получили на руки препарат Алликор (таблетки пролонгированного действия, содержащие 150 мг чесночного порошка) и принимали его по 1 таблетке 2 раза в день не менее 12 месяцев. Лица, отказавшиеся от приема Алликора, составили контрольную группу.

Для учета заболеваемости использовали данные амбулаторных поликлинических карт, а также данные, полученные методом опроса. В последующем анализе проводились межгрупповые сравнения по обеим методикам расчета заболеваемости. Сбор сведений о заболеваемости проводили 1 раз в 3 месяца. Учитывали следующие показатели: факт заболевания, дату заболевания, диагноз, длительность заболевания (временной нетрудоспособности), необходимость обращения за врачебной помощью а также необходимость госпитализации. Дополнительные данные о заболеваемости и смертности в Путивльском районе были получены из официальных годовых статистических отчетов 2001-2003 гг.

Статистический анализ результатов проводили с использованием пакета статистических программ SPSS 11.0.1 (SPSS Inc., США).

Результаты

В период с 1 июня по 31 декабря 2002 г. в рамках оздоровительной программы под наблюдение было включено 9574 человека, из них 4413 человек (46,1%) дали согласие на прием Алликора, и остальные 5161 человек (53,9%) составили контрольную группу. В течение периода наблюдения с момента включения до 31 декабря 2003 г. из основной группы выбыли 232 человека, что составило 5,3% от основной группы. Анализ причин выбытия представлен в Таблицах 1 и 2.

Причиной выбытия из-под наблюдения большей части лиц (145 человек, или 62,5% от всех выбывших) явился отказ от дальнейшего участия в программе и прекращение приема Алликора. У 82 человек (35,3% от всех выбывших) были отмечены побочные явления при приеме Алликора, что послужило причиной отказа от дальнейшего приема препарата. Основным типом побочных явлений были отрицательные симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (67% всех побочных явлений) - болевые ощущения в эпигастральной области и правом подреберье, изжога, отрыжка, чувство горечи в ротовой полости, что может быть связано с желчегонным и раздражающим действием компонентов чеснока. Таким образом, частота побочных явлений при приеме Алликора составила 1,86%, что является низким показателем и свидетельствует о хорошей переносимости препарата.

С учетом выбывших из-под наблюдения жителей, 4181 человек в основной группе принимали Алликор по 1 таблетке 2 раза в день с момента включения до конца декабря 2003 г., то есть не менее 12 месяцев. Регулярность приема препарата по данным опроса составила не менее 90%.

Результаты внедрения массовой оздоровительной программы по профилактике респираторно-вирусных и сердечно-сосудистых заболеваний представлены в таблице 3. Среди участников оздоровительной программы, принимавших Алликор, было зарегистрировано 1290 обращений за медицинской помощью, а в контрольной группе - 7409 обращений, то есть общая заболеваемость в результате приема Алликора снизилась в 4,7 раз. При этом существенно снизились показатели заболеваемости респираторно-вирусными инфекциями, включая грипп, а также число обращений пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Так, заболеваемость гриппом по данным амбулаторных карт снизилась в 8,8 раз (среди участников оздоровительной программы было зарегистрировано 142 случая гриппа, а в контрольной группе - 1543 случая). Заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями снизилась в 7,0 раз (среди участников оздоровительной программы было зарегистрировано 344 случая ОРВИ, а в контрольной группе - 2953 случая). Отмечалось также снижение "неучтенной" заболеваемости данными инфекциями в 2,7 раз, что было выявлено в результате дополнительного опроса населения (число случаев простудных заболеваний, не потребовавших обращения за медицинской помощью, составило 1320 в основной группе и 4367 - в контрольной группе).

Частота случаев проявлений ишемической болезни сердца (приступы стенокардии, проявления нестабильной стенокардии, ухудшение общего состояния, другие проявления недостаточности коронарного кровообращения), потребовавших обращения за медицинской помощью, в основной группе была ниже в 3,6 раз, чем в контрольной группе. Среди участников оздоровительной программы было зарегистрировано 168 случаев обращения к врачу по причине ИБС, а в контрольной группе - 756 случаев.

Частота обострений гипертонической болезни (гипертонические кризы, ухудшение общего состояния), потребовавших обращения за медицинской помощью, в основной группе была в 4,1 раза ниже, чем в контрольной группе. Среди участников оздоровительной программы был зарегистрирован 141 случай обращения к врачу по причине гипертонической болезни, а в контрольной группе - 712 случаев.

Частота обращений за медицинской помощью по поводу проявлений хронической недостаточности мозгового кровообращения в основной группе была в 2,6 раз ниже, чем в контрольной группе. Среди участников оздоровительной программы было зарегистрировано 96 случаев обращения к врачу по причине церебрального атеросклероза, а в контрольной группе - 312 случаев.

Заболеваемость другими болезнями, в том числе, воспалительными заболеваниями органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы, инфекционными заболеваниями бактериальной природы, также существенно снизилась - в 3,6 раза.

Проведение оздоровительной программы благоприятно отразилось на динамике показателей заболеваемости в районе (Таблица 4), несмотря на то, что в программе активно участвовало только 15,9% населения. Заболеваемость в 2001 году следует рассматривать в качестве базовых показателей, заболеваемость в 2002 году - как переходные данные, поскольку в течение второго полугодия началось включение жителей в оздоровительную программу. Из таблицы 3 следует, что даже в переходный период по ряду показателей, в частности, по общей заболеваемости и по заболеваниям, связанным с острыми и хроническими воспалительными процессами, отмечалась положительная динамика. Наибольшая эффективность в отношении снижения заболеваемости по большинству классов болезней была отмечена в 2003 году, когда оздоровительная программа проводилась в полном объеме.

Проведение оздоровительной программы благоприятно сказалось и на показателях общей и сердечно-сосудистой смертности (таблица 5). В группе жителей, участвовавших в оздоровительной программе и принимавших Алликор в течение 12 и более месяцев, общая смертность была в 2,5 раз ниже, чем в районе, а сердечно-сосудистая смертность - в 2,2 раза ниже.

Обсуждение

Основой первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по праву считается воздействие на независимые (мажорные) факторы риска. Так, снижение сердечно-сосудистой смертности в США за период с 1980 по 1990 годы на 50% было обусловлено борьбой с факторами риска и только на 43% - совершенствованием медикаментозных воздействий [10]. В Нидерландах снижение смертности от ИБС в период с 1978 по 1985 год было на 44% обусловлено мерами первичной профилактики [11]. В Финляндии снижение уровня холестерина крови и артериального давления в популяции, наряду с резким сокращением числа курильщиков, на 48% обусловило снижение сердечно-сосудистой смертности за 20 лет наблюдения [12].

Результаты ранее проведенных исследований показали, что применение Алликора воздействует на отдельные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний [13], а при длительном применении способствует достоверному снижению расчетных показателей мультифакторного риска сердечно-сосудистых заболеваний [14]. Тем не менее, некорректно делать окончательные выводы о профилактической эффективности того или иного препарата, не имея результатов исследований, основанных на подсчете конечных клинических показателей. Проведенная оздоровительная программа в какой-то степени позволила ликвидировать этот пробел.

При анализе результатов оздоровительной программы следует учесть, что используемая методика набора участников программы не позволила сформировать полностью сопоставимые группы. Основная группа несколько отличалась от контрольной по количеству человек, находящихся на диспансерном учете в связи с наличием хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, а именно, ИБС и сочетания ИБС с артериальной гипертонии (АГ). Количество больных ИБС среди участников оздоровительной программы составило 643 человека (15,4% от группы), а в контрольной группе - 610 человек (11,8%). При этом количество больных с сочетанием ИБС и АГ среди участников оздоровительной программы составило 286 человек (6,8% от группы), и в контрольной группе - 280 человек (5,4%). Количество больных АГ среди участников оздоровительной программы составило 587 человек (14,0% от группы), и в контрольной группе - 689 человек (13,4%), то есть по данному показателю группы значимо не различались. Возможно, при условии полной сравнимости наблюдаемых групп эффективность оздоровительной программы в отношении частоты обострений сердечно-сосудистых заболеваний могла оказаться еще выше.

Проведение данной программы в сельском районе с относительно низкими миграционными процессами позволило избежать сколько-нибудь значимого выбытия участников по причине смены жительства, но это же обстоятельство не дает адекватной оценки распространенности респираторных инфекций, особенно в периоды эпидемий гриппа. Возможно, при проведении аналогичной оздоровительной программы в крупных городах результаты могли бы в большей степени соответствовать ожидаемым показателям. По-видимому, использованный формат проведения оздоровительной программы способствовал существенному превышению ряда показателей эффективности над ожидаемыми результатами.

Выводы

Массовой оздоровительная программа по профилактике сердечно-сосудистых и респираторно-вирусных заболеваний, проведенная в 2002-2003 году в г. Путивле Сумской области выявила чрезвычайно высокую эффективность в отношении снижения заболеваемости респираторно-вирусными и сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также в отношении снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Эффективность программы по ряду показателей оказалась выше ожидаемых результатов, прогнозированных на основании данных ранее проведенных клинических исследований. Высокая эффективность оздоровительной программы была обусловлена рациональным применением Алликора в качестве нелекарственного оздоровительного препарата, внедрением массового подхода, использованием сил территориально-участковой медицинской службы, административной поддержкой программы. Резкое снижение заболеваемости в результате применения Алликора способствовало высвобождению сил и средств медицинской службы для более активной профилактической работы среди населения.

Список литературы

1. Orekhov AN, Grunwald J. Effects of garlic on atherosclerosis. J. Nutrition. 1997;13:656-663.

2. Silagy C.S., Neil H.A.W. Garlic as lipid lowering agent - a meta analysis, J. Royal Coll. Physicians. 1994; 28 (1): 39-45

3. Warshafsky S., Kamer R.S., Sivak S.L. Effect of garlic on total serum cholesterol. A meta-analysis. Ann. Int. Med. 1993; 119:599-605

4. Rahman K. Garlic and aging: new insights into an old remedy. Ageing Res. Rev. 2003; 2 (1):39-56.

5. Андрианова И.В., Габбасов З.А., Ионова В.Г., и др. Влияние чесночных таблеток Алликор на агрегацию тромбоцитов in vitro и ex vivo. Бюл. эксперим. биол. мед. 1997; 124 (7)

6. Андрианова И.В., Ионова В.Г., Демина Е.Г., и др. Использование Алликора для нормализации фибринолиза и гемостаза у больных хроническими цереброваскулярными заболеваниями. Клин. мед. 2001; 79 (11): 55-58.

7. Андрианова И.В., Фомченков И.В., Орехов А.Н. Гипотензивный эффект чесночных таблеток пролонгированного действия Алликор (двойное слепое плацебо-контролируемое исследование). Тер. арх. 2002; 3: 76-78.

8. Morelli V, Zoorob RJ. Alternative therapies: Part I. Depression, diabetes, obesity. Am. Fam. Physician. 2000 Sep 1;62(5):1051-60.

9. Abdullah T. A strategic call to utilize Echinacea-garlic in flu-cold seasons. J. Natl Med. Assoc. 2000 Jan;92(1):48-51.

10. Hunink M.G., Goldman L., Tosteson A.N., et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990. The effect of secular trends in risk factors and treatment. J.A.M.A. 1997; 277(7): 535-542.

11. Bots M.L., Grobbee D.E. Decline of coronary heart disease mortality in The Netherlands from 1978 to 1985: contribution of medical care and changes over time in presence of major cardiovascular risk factors. J. Cardiovasc. Risk. 1996; 3 (3): 271-276.

12. Ginter E. Prevention of cardiovascular diseases: the Finnish experience and current situation. Bratisl. Lek. Listy 1997; 98 (2): 67-72.

13. Собенин И.А., Орехов А.Н. Положительные результаты первичной профилактики атеросклероза и атеросклеротических заболеваний. Росс. кардиол. журн. 1999; 2: 17-21.

14. Собенин И. А., Прянишников В. В., Куннова Л. М., и др. Снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний при первичной профилактике ишемической болезни сердца. Клин. мед. 2005; 4: 52-56.

Таблица 1. Причины выбытия из основной группы.

Причина выбытия	Всего, человек	Доля от общего количества человек в группе, %	Доля от выбывших, %
Отказ от участия в программе	145	3,3	62,2
Развитие побочных явлений	82	1,9	35,2
Смена места жительства	6	0,1	2,6
Итого:	***233***	***5,3***	***100***

Таблица 2. Выбытие из основной группы в связи с развитием побочных явлений.

Побочные явления:	Всего, человек	Доля от общего количества человек в группе, %	Доля от выбывших по причине побочных явлений, %
Со стороны ЖКТ, в том числе:	55	1,2	67,0
- болевые ощущения	38	0,9	46,3
- диспепсические явления (изжога, отрыжка, горечь во рту)	16	0,4	19,5
- геморрой	1	<0,1	1,2
Со стороны сердечно-сосудистой системы	9	0,2	11,0
Со стороны почек	2	<0,1	2,4
Индивидуальная непереносимость	11	0,2	13,4
Другие причины	5	0,1	6,2
Итого:	***82***	***1,9***	***100,0***

Таблица 3. Заболеваемость в 2003 году в основной и контрольной группах.

Показатель	Заболеваемость на 10000 жителей	
	Алликор	Контроль
Общая заболеваемость (по обращениям)	3085,4 *	14355,7
В том числе:		
Грипп (по обращениям)	339,6 *	2989,7
Грипп (по данным опроса)	557,3 *	3177,7
ОРВИ (по обращениям)	822,8 *	5721,8
ОРВИ (по данным опроса)	3762,3 *	8503,1
Ишемическая болезнь сердца	401,8 *	1464,8
Гипертоническая болезнь	337,2 *	1379,6
Хроническая недостаточность мозгового кровообращения	229,6 *	604,5
Прочие заболевания	954,4 *	3435,3

* - статистически значимое снижение заболеваемости в основной группе по сравнению с контролем, $p<0,05$.

Таблица 4. Динамика заболеваемости по району по данным официальной статистики.

Показатель	Заболеваемость на 100000 жителей		
	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Общая заболеваемость	34004,3	33685,7 *	26734,2 *#
В том числе:			
Инфекционные болезни	1464,8	1075,4 *	1159,8 *
Новообразования	714,7	653,3 *	627,6 *
Болезни крови	106,1	128,5	80,7 #
Эндокринные болезни	580,2	873,6	623,9 #
Психические болезни	525,2	535,9	609,3
Нервные болезни	523,6	451,4 *	264,3 *#
Глазные болезни	965,9	1207,5	1126,8
Болезни уха	958,8	1200,2	172,5 *#
Болезни системы кровообращения	6534,8	6892,8	5296,2 *#
Болезни органов дыхания	6071,3	6100,0	3618,9 *#
Болезни органов пищеварения	1560,3	1622,3	1431,4 *#
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1273,7	1706,7	1736,0
Болезни костно-мышечной системы	3679,6	3108,7 *	2510,5 *#
Болезни мочеполовой системы	4645,5	3541,8 *	3061,0 *#

, - статистически значимое снижение заболеваемости по сравнению с 2001 годом, $p<0,05$;
- статистически значимое снижение заболеваемости по сравнению с 2002 годом, $p<0,05$.

Таблица 5. Показатели общей и сердечно-сосудистой смертности.

Показатель	Алликор		Официальные данные по району	
	Число случаев	на 1000 населения	Число случаев	На 1000 населения
Общая смертность	35	8,4 *	694	20,7
В том числе смертность от сердечно-сосудистых заболеваний	26	6,2 *	451	13,4

* - статистически значимое снижение смертности, $p<0,05$.

Панина Е.В.,
депутат Государственной Думы РФ, доктор экономических наук

О ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ,НАПРАВЛЕННОЙ НА РЕШЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ В РФ

В настоящее время демографическая ситуация в России стала одной из самых актуальных проблем нашего общества. В 2006г. эта тема была особо отмечена Президентом РФ в Послании Федеральному собранию, был проведен специальный Совет безопасности на демографическую тему, в 2007г. по поручению Президента Министерством здравоохранения и социального развития был разработан проект Концепции демографической политики до 2025г.

В Послании Федеральному Собранию Президентом были выделены три ключевых момента для решения демографической проблемы: снижение смертности, повышение рождаемости, и эффективная миграционная политика. Особое внимание Президент уделил именно повышению рождаемости, улучшению социально-экономического положения матерей, детей и семей. Все предложения из Послания были реализованы в принятых в конце 2006 года законах. Законы, направленные на повышение рождаемости, предусматривают, как увеличение пособий, так и введение новых, в части поддержки матерей и опекунов, предоставление дополнительных гарантий женщинам, находящимся в отпуске по беременности и родам, выплату материнского капитала. Причем, как материнский капитал, так и ряд других пособий выплачивается на второго и последующего ребенка, что должно способствовать увеличению числа детей в семье. Основными стали следующие законы, внесенные Правительством РФ:

- закон "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей" (№ 207-ФЗ от 05.12.2006г.), который

- предусматривает увеличение пособий по уходу за ребенком (с 700 руб. независимо от числа детей, предусмотренных законом в предыдущей редакции, до 1500 руб. для первого ребенка и 3000 руб. для второго ребенка - для матерей не подлежащим обязательному медицинскому страхованию; 40% от средней з/п - для матерей подлежащим обязательному мед. страхованию, но не более 6000 руб. и не менее 1500 руб. для первого ребенка и не менее 3000 руб. для второго и последующего),

- устанавливает новый вид пособия при передаче ребенка в семью в размере 8000 руб.;

- вводит компенсацию на детское дошкольное образование (20 % на первого ребенка, 50 % - на второго; и 70 % - на третьего и последующих детей).

Общие затраты на реализацию этого закона составят в 2007 году 53,55 млрд. руб. (в 2006 г. - 9,1 млрд. руб.), в т.ч. из федерального бюджета - 17,83 млрд. руб.

- закон "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей" (№256-ФЗ от 29 декабря 2006г.), который предусматривает выплату материнского капитала в размере 250000 руб. на второго и последующего ребенка при достижении им трехлетнего возраста. Исходя из прогнозируемого числа рождения, расходы федерального бюджета в 2010 году на данную меру государственной поддержки составят не менее 130,8 млрд. рублей. Лицо, получившее государственный сертификат на материнский капитал, сможет принять решение о распоряжении этим капиталом в размере всей суммы материнского капитала, либо ее части: на получение образования любым ребенком, улучшение жилищных условий, формирование накопительной части трудовой пенсии женщины.

- и закон "Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию" (№255-ФЗ от 29.12.2006), который устанавливает, что размер пособий для матерей, находящихся в отпуске по беременности и родам, исчисляется исходя из общего трудового стажа, а не непрерывного, как было до его вступления в силу. Размеры пособий сохранены на прежнем уровне (100% среднего заработка - застрахованному лицу, имеющему общий трудовой стаж 8 и более лет; 80%

среднего заработка - застрахованному лицу, имеющему общий трудовой стаж от 5 до 8 лет; 60% среднего заработка - застрахованному лицу, имеющему общий трудовой стаж до 5 лет). Правда, максимальный размер пособия по беременности и родам не может быть выше установленного ФЗ о бюджете Фонда социального страхования РФ на очередной финансовый год (на 2007 год размер установлен в сумме 15 тыс. рублей).

Помимо решения задачи повышения рождаемости в РФ Государственной Думой в 2006 году были предприняты меры и для более эффективного регулирования миграционной политики. Было принято два закона.

"О миграционном учёте иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации", (№ 109-ФЗ от 18.07.2006, внесен: Володин В.В., Морозов О.В., Пехтин В.А., Плигин В.Н.) - об упрощённой системе регистрации и учёта иностранных граждан и лиц без гражданства по месту жительства и месту пребывания в РФ. Он позволит снять излишние административные барьеры для тех специалистов, в притоке которых наша страна наиболее остро нуждается. В то же время органы государственной власти получат достоверную статистику о пребывании в России иностранных граждан и лиц без гражданства, а как результат - новые возможности для оздоровления миграционной и демографической ситуации. Закон соответствует общепризнанным международно-правовым стандартам, что выражается в закреплении в нем уведомительного характера миграционного учета. Закон прекращает практику ежегодной перерегистрации иностранных граждан и в максимальной степени упрощает для них административные процедуры постановки на учет по месту пребывания и снятия с учета по прежнему месту пребывания, вплоть до использования почтового уведомления.

И закон "О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросу совершенствования государственного управления в сфере миграции", (№ 121-ФЗ от 18.07.2006, внесен Правительством РФ), в соответствии с которым создана Федеральная миграционная служба, подведомственная МВД России. Территориальным органам Федеральной миграционной службы переданы правоприменительные функции и функции по контролю, надзору и оказанию государственных услуг в сфере миграции.

Внедрение этих законов позволит нашему государству более эффективно управлять миграционными процессами, сократить нелегальную иммиграцию, и в то же время существенно повысить уровень конституционно-правовых гарантий прав соотечественников и других категорий иностранцев, желающих трудиться и жить в Российской Федерации.

Учитывая, что демография зависит не только от рождаемости, принимаются меры и в других направлениях, от которых зависит демографическое положение в стране. В весеннюю сессию в рамках блока "Демография" из перечня приоритетных законопроектов фракции "Единая Россия" предполагается рассмотрение Государственной Думой ряда законопроектов, из которых можно выделить следующие.

Законопроект "О физической культуре и спорте в РФ" №343508-4 (внесен Правительством, принят в первом чтении 13.12.06, след. рассмотрение в мае 2007), направленный на пропаганду и развитие физкультурных и спортивных мероприятий, массового спорта, а также создание специальных спортивных федераций. В законопроекте закрепляются такие институты государственного регулирования в сфере физической культуры и спорта, как признание видов спорта и спортивных дисциплин, Всероссийский реестр видов спорта, Единая всероссийская спортивная классификация, Единый календарный план всероссийских и международных физкультурных и спортивных мероприятий, которые вместе образуют стройную систему. Законопроект, в рамках проводимой в стране административной реформы, исключает возможность дублирования функций федеральных органов исполнительной власти.

И законопроект "О внесении изменений в ст. 17 ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних"", (внесен Правительством РФ, принят в первом чтении 15.12.06, рассмотрение в ходе весенней сессии), предусматривающий развитие системы учреждений органов по делам молодежи, что позволит наиболее качественно решать поставленные задачи, увеличит поле деятельности, повысит степень охвата молодежи, нуждающейся в социальных услугах. Законопроектом предлагается установить, что деятельность государственных и муниципальных учреждений органов по делам молодежи регулируется Типовым положением об учреждениях органов по делам молодежи, утверждаемым Прави-

тельством Российской Федерации, и разрабатываемыми на его основе уставами этих учреждений или положениями о них.

Существует и ряд других законопроектов, связанных с улучшением демографической ситуации в стране, которые могут быть поддержаны Правительством РФ в случае их доработки. В частности речь идет о законопроекте "Об ограничении курения табака" в части ограничения мест для курения (внесенный, депутатами Агеев А.А., Герасименко Н.Ф., Клинцевич Ф.А., Мединский В.Р., Оськина В.Е., Саввиди И.И., Слиска Л.К., Фадзаев А.С, Яковлева Т.В.) и в части приведения в соответствие с положениями Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (Афендулов С.А., Борзова О.Г., Герасименко Н.Ф., Магдеев М.Ф., Мединский В.Р., Яковлева Т.В.) и о законопроекте "О внесении изменений в Семейный кодекс РФ", (внесен Давлетова К.Ж., Лахова Е.Ф., Останина Н.А., Сизов А.А., Фральцова Т.А., Хайруллин А.Н.) который предполагает закрепление жилплощади за ребенком, изымаемым органами опеки из неблагополучных семей.

ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей" № 207-ФЗ от 05.12.2006г., внесенный Правительством РФ, устанавливает единую систему государственных пособий гражданам, имеющим детей, в связи с их рождением и воспитанием. Изменения вносятся в закон "О государственных пособиях гражданам, имеющих детей".

В частности, увеличены пособия по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет. В предыдущей редакции закон предусматривал выплату пособия в размере 700р. независимо от числа детей. В новой редакции матерям, не подлежащим обязательному социальному страхованию, выплачивается пособие в размере 1500 рублей при уходе за первым ребенком и 3000 рублей при уходе за вторым ребенком и последующими детьми. Матерям, подлежащих обязательному социальному страхованию, пособие устанавливается в размере 40% среднего заработка (дохода, денежного довольствия) по месту работы (службы) за последние 12 календарных месяцев, предшествовавших месяцу наступления отпуска по уходу за ребенком. При этом, минимальный размер пособия не может быть ниже 1500 рублей в период отпуска по уходу за первым ребенком и 3000 рублей в период отпуска по уходу за вторым ребенком и последующими детьми, а максимальный размер пособия по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет не может превышать 6000 рублей в месяц.

Также, закон устанавливает новый вид пособия - единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью, право на которое будут иметь один из усыновителей, опекунов (попечителей) или приемных родителей, в размере 8 000 рублей.

Введена новая статья о компенсации части родительской платы за содержание ребенка в дошкольных образовательных учреждениях: 20 % на первого ребенка, 50 % - на второго; и 70 % - на третьего и последующих детей.

Общие затраты на реализацию ФЗ составят в 2007 году 53,55 млрд. руб. (в 2006 г. - 9,1 млрд. руб.), в т.ч. из федерального бюджета - 17,83 млрд. руб.

ФЗ "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей" (о материнском капитале) от 29 декабря 2006г. (внесен 17.10.2006 г. Правительством РФ) предусматривает предоставление права на получение материнского капитала в размере 250 тыс. руб. женщинам, родившим (усыновившим) второго, третьего или последующего ребенка после 1 января 2007 года (а также мужчинам, являющимся единственными усыновителями второго, третьего ребенка и последующих детей). Это право может быть реализовано не ранее, чем по достижении ребенком возраста трех лет, либо по прошествии трех лет со дня его усыновления. Закон также предусматривает порядок пересмотра размера капитала - ежегодно, с учетом темпов роста инфляции.

Лицо, получившее государственный сертификат на материнский (семейный) капитал, сможет принять решение о распоряжении этим капиталом в размере всей суммы материнского (семейного) капитала, либо ее части:

- на получение образования;
- улучшение жилищных условий (на приобретение или на строительство жилья), при этом жилое помещение, приобретенное с использованием материнского (семейного) капитала оформляется в общую собственность родителей, детей и иных совместно проживающих с ними членов семьи с определением размера доли по соглашению;
- формирование накопительной части трудовой пенсии женщины, родившей (усыновившей) второго или последующего ребенка.

Также приняты специальные поправки в Налоговый Кодекс, которые освобождают от налога на доходы физических лиц суммы материнского (семейного) капитала. Не будут применяться социальные и имущественные налоговые вычеты в случаях направления средств указанного капитала на обучение, а также на строительство или приобретение жилого дома, квартиры или доли (долей) в них.

Исходя из прогнозируемого числа рождения, расходы федерального бюджета в 2010 году на данную меру государственной поддержки составят не менее 130,8 млрд. рублей.

Закон "Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию" №255-ФЗ от 29.12.2006 (внесен Правительством РФ 26.08.2006) устанавливает с 1 января 2007 года новый порядок предоставления указанных пособий. Важным нововведением закона является то, что размер пособий для матерей, находящихся в отпуске по беременности и родам, исчисляется исходя из общего трудового стажа, а не непрерывного, как было до его вступления в силу. Пособие по временной нетрудоспособности в размере 100 % среднего заработка предоставляется гражданам, имеющим общий страховой стаж 8 и более лет, 80 % - от 5 до 8 лет и 60 % - при общем страховом стаже до 5 лет. Выплата пособий осуществляется за календарные дни нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам (до вступления закона в силу - за рабочие дни). Пособие по беременности и родам застрахованной женщине составит 100 % среднего заработка. Его максимальный размер на 2007 год установлен в сумме 15 тыс. рублей. Выплата пособий с 3-го дня временной нетрудоспособности осуществляется за счет средств Фонда обязательного социального страхования.

Учитывая, что демография зависит не только от рождаемости, принимаются меры и в других направлениях, от которых зависит демографическое положение в стране. В целях совершенствования государственного регулирования миграции были приняты следующие законы:

Закон "О миграционном учёте иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации", (№ 109-ФЗ от 18.07.2006) внесённый депутатами Государственной Думы (Володин В.В., Морозов О.В., Пехтин В.А., Плигин В.Н.). Его внедрение позволит нашему государству более эффективно управлять миграционными процессами, сократить нелегальную иммиграцию, и в то же время существенно повысить уровень конституционно-правовых гарантий прав соотечественников и других категорий иностранцев, желающих трудиться и жить в Российской Федерации.

Законопроект основывается на принципиально новом подходе, ориентированном на формирование в нашей стране распределенной системы учетных функций, взаимного дополнения компетенции государственных органов, органов местного самоуправления и юридических лиц, участвующих в миграционном учете. Этот порядок охватывает все три основных участка иммиграционного контроля: при пересечении государственной границы Российской Федерации, при изменении места жительства, а также по месту пребывания.

Закон "О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросу совершенствования государственного управления в сфере миграции", (№ 121-ФЗ от 18.07.2006) внесённый Правительством РФ, в соответствии с которым правоприменительные функции и функции по контролю, надзору и оказанию государственных услуг в сфере миграции переданы Федеральной миграционной службе.

С принятием данного законопроекта территориальные органы Федеральной миграционной службы наделяются властными полномочиями в установленной сфере деятельности, а именно: осуществление регистрационного учета граждан Российской Федерации; оформление и выдача основных документов, удостоверяющих личность гражданина Российской Федерации; исполнение законодательства по вопросам беженцев и вынужденных переселенцев; осуществление контроля и надзора в сфере внешней трудовой миграции; контроль за соблюдением иностранцами правил проживания и временного пребывания в России; оформление иностранным гражданам и лицам без гражданства документов для въезда в Российскую Федерацию, проживания и временного пребывания в Российской Федерации; осуществление мер по депортации и административному выдворению иностранных граждан и лиц без гражданства и другие установленные законами полномочия.

Подберезская А.Р.,
руководитель АНО Родительский клуб "РЕБЕНОК",
социальный педагог МЦ СЗАО "Дети улиц"

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ СПАДА РОЖДАЕМОСТИ. ПОЧЕМУ НЕ РОЖАЮТ ЖЕНЩИНЫ, КОТОРЫЕ ХОТЯТ ИМЕТЬ ДЕТЕЙ

Введение

Демографы различают биологический потенциал воспроизводства населения (фертильность), и рождаемость - реальный уровень достигнутого воспроизводства.

Различие между биологическим потенциалом и реальным уровнем рождаемости определяется тем, что:

- молодые юноши и девушки не создают семейные пары, предпочитая свободные сексуальные отношения и отсутствие детей;
- некоторые женщины, обладающие потенциалом воспроизводства, никогда не рожают;
- множество женщин после потери мужа не вступают в повторный брак;
- многие пары сознательно стремятся ограничить рождаемость (аборты, контрацепция);
- нормы социального поведения в обществе (особенно те, которые касаются семьи и брака) сдерживают и ограничивают рождаемость.

В настоящее время регистрируется отрицательный прирост населения (-6,2 процента). Для нормального воспроизводства населения необходимо наличие 2,15 ребенка на одну женщину, а у нас этот показатель равен 1,32.

И, несмотря на то, что количество абортов снизилось вдвое, оно все еще превышает количество родов - 115 абортов на 100 родов. Женщины фертильного возраста (20-34 года) предпочитают аборт контрацепции, на этом фоне растет число гинекологических заболеваний, осложнений беременности, родов и послеродового периода. Соответственно ухудшается здоровье новорожденных - а ведь это будущее здоровье нации.

В целом в нашей стране рождаемость значительно ниже биологического потенциала.

Постановка проблемы

Ситуация напрямую зависит от отсутствия положительной мотивации мужчин и женщин фертильного возраста образовывать новые здоровые семьи и рожать детей.

Что же происходит? Где возникают нарушения в работе механизма воспроизводства, столь естественного для людей на протяжении всей их истории?

1. В процессе формирования установок и представлений о мире семья играет главенствующую роль: это первая ступенька социализации и самосознания личности.

Детство, особенно период новорожденности, когда закладывается фундамент физического, психического и нравственного здоровья. Дети обладают высокой чувствительностью к психологической атмосфере, в которой они находятся, и к событиям, происходящим с ними. Конфликты между родственниками, отсутствие одного из родителей, неудовлетворение естественных потребностей ребенка, тяжелые бытовые условия - все это формирует негативный непривлекательный образ семейной жизни, приводит к невозможности в дальнейшем создать гармоничную семейную пару.

2. Особенно негативные последствия для будущего процесса воспроизводства закладываются в период полового созревания.

Мальчикам не прививается культура общения с их сверстницами, не стимулируется развитие в них необходимых мужских качеств. Это приводит в дальнейшем к инфантильному, безответственному сексуальному и семейному поведению, возрастает детская и подростковая преступность.

Процессы дезадаптации в школе, вредные экологические факторы ведут к увеличению гинекологических и эндокринологических заболеваний у девочек. На гормональном и психологическом уровнях происходит "сближение полов". Девочки перестают воспринимать себя как женщину.

В дальнейшем, это чревато увеличением числа осложнений беременности и родов, ростом числа

абортов среди молодых девушек. Последствиями абортов в молодом возрасте являются гинекологические заболевания, выкидыши, маловесные, менее здоровые младенцы, чем родившиеся у женщин, которые никогда не делали аборт.

3. Наше общество переживает сейчас один из переломных моментов, и семья находится в нем под сильным экономическим, социальным и психологическим давлением.

У миллионов уже сложившихся семей резко ухудшились условия для реализации основных социальных функций - рождение детей, уход за ними, воспитание и социализация.

Повсеместно наблюдается уменьшение количества браков и рост числа разводов, увеличение частоты добрачных половых связей, увеличение частоты ранних и сверхранних, а также внебрачных беременностей и рождений. Наблюдается беспрецедентный рост абортов, отказов от детей. Отмечен рост семейной девиации - злоупотребление алкоголем и наркотиками, нарастание эмоционального отчуждения между членами семьи, рост семейного насилия. Появляются альтернативные формы брачной и семейной жизни, включая рост числа одиночек, неполных семей, бракоподобных отношений сексуальных меньшинств, брачных сожительств.

СМИ ориентированы на запугивание молодежи: подчеркивается трагичность и опасность нашей жизни, создается образ героя одиночки без семьи и детей, понятие "любовь" обесценивается, заменяется словом секс.

В связи с этим у большинства женщин возникает неуверенность в завтрашнем дне и повышенная тревога за будущее своих детей, за их жизнь и здоровье.

Угроза потери работы, двойная нагрузка в доме, боязнь заболеть, потерять стабильность в отношениях с партнером и другие причины, приводят женщину в состояние повышенного нервного напряжения, стресса - оказывают разрушающее воздействие на ее организм, нервную систему, создают проблемы в гормональной системе.

Все эти факторы влияют на восприятие женщиной беременности как угрозы здоровью и благополучию. Сознательно или подсознательно женщина избегает наступления беременности. Страх перед рождением ребенка приводит к сбоям и блокировке механизма воспроизводства.

Беременность и роды становятся медицинской проблемой!

Итак, мы выделили основные проблемные социальные зоны развития личности, в которых происходит становления представлений о семье и рождении детей, это:

- родительская семья;
- территория обучения (сад, школа, ВУЗ);
- общество.

Для возникновения и развития новой крепкой семейной ячейки, способной к рождению и воспитанию детей, необходимо наличие совместного комплекса таких факторов, как:

- физическое и психологическое здоровье,
- социальная состоятельность и ответственность,
- определенный материальный достаток,
- умение распределять доходы и управлять своими ресурсами,
- отдельная психологически комфортная территория,
- навыки позитивной коммуникации и т. д.

Решения

1. Для целевого решения этих задач мы предлагаем выделить помещение под организацию "Школы родительского мастерства", на базе которой можно будет:

а) проводить различные формы групповой работы (семинары, лектории, тренинги, психокоррекционные группы, консультирование и т.д.) с использованием нашего опыта и методов:

- для молодежи;
- для бесплодных семейных пар;
- для семей, ожидающих рождения малыша;
- для одиноких матерей;
- для молодых родителей с детьми раннего возраста;

б) организовать курсы подготовки специалистов-психологов:

- для работы с подростками и молодежью в школах, колледжах и межрайонных центрах;

- для работы в женских консультациях с бесплодными семейными парами, с женщинами, настроенными на прерывание беременности, с матерями-одиночками;
- для сопровождения и поддержки женщины и семьи в родах;
- для помощи после рождения ребёнка.

в) организовать постоянную территорию для совместного семейного отдыха, общения и развития родителей с маленькими детьми. На ней предполагается осуществлять информационные программы по кормлению, питанию, закаливанию и здоровому образу жизни для молодых родителей, а также развивающие занятия с детьми по авторским методикам;

г) исследовать опыт позитивного родительства среди многодетных семей среднего достатка и выше, с целью выявления основных факторов и ресурсов, приводящих к рождению детей и выпустить брошюру для распространения и поддержки подобного опыта.

2. Для воздействия на молодежную аудиторию:

а) необходимо внедрить в школах, колледжах, на базе межрайонных центров разработанную нами программу лекций и тренингов с просмотром видеоматериалов, чтобы:

- информировать молодежь о тяжелых социальных и психофизиологических последствиях абортов;
- восстановить среди молодежи престижность статуса отца и матери, и создать положительную мотивацию многодетности;
- возродить культуру сексуальных отношений и здорового образа жизни.

б) организовать издание методических пособий для подготовки школьных психологов и специалистов межрайонных центров к работе с подростками в этом направлении.

3. В женских консультациях и медицинских центрах предлагаем:

а) проводить разработанные нами семинары для бесплодных пар по выявлению и корректировке психосоматических причин бесплодия;

б) для максимального повышения комфортного протекания беременности и родов проводить просветительную работу, в которой следует рассказывать о развитие плода, изменениях, происходящих в организме женщины, о проблемах, с которыми она может столкнуться во время беременности, и способах их профилактики, о здоровом питании и образе жизни;

в) внедрить авторские методики по снятию у женщины страхов перед родами и обеспечить возможность психологического сопровождения женщины во время беременности;

г) внедрить разработанный нами специальный курс для одиноких матерей;

д) рекомендовать беременным женщинам оздоровительные занятия в бассейне, занятия специальной гимнастикой и дыхательными упражнениями по разработанным нами методикам.

4. Для внедрения культуры здорового образа жизни в семьях мы предлагаем

на базе бассейнов спортивно-оздоровительных комплексов:

- распространить нашу программу по оздоровлению и подготовке беременных женщин к родам;
- реализовать программы семейного оздоровительного отдыха с детьми от 0 до 4 лет, разработанные нашими специалистами.

5. Для реализации программы и повышения ее эффективности, мы рекомендуем:

- дать социальную рекламу,
- выпустить печатную продукцию,
- подготовить информационные программы на видео и ДВД.

Выводы

Наша программа нацелена:

- на профилактику абортов и социального сиротства;
- на возрождение традиций многодетных семей;
- на поддержание и восстановление культурных символов отцовства и материнства, значимости семьи и брака среди молодежи;
- на снятие страхов у будущих мам и пап перед родами;
- на поддержку семей, желающих реализовать позитивный опыт родительства.

Внедрение и развитие этой программы поможет существенно ослабить причины спада рождаемости и распространить опыт многодетных семей среди потенциально наиболее готовых к родительству слоев населения.

СЕМЕЙНЫЙ ЦЕНТР
Родительский клуб "РЕБЕНОК"

ИСТОРИЯ ПРОЕКТА

Наш клуб создан усилиями родителей, стремящихся развивать себя и своих детей.

Родительский клуб "Ребенок" существует с марта 2003 г.

Деятельность клуба началась с организации на базе поликлиники №220 в ЦАО г. Москвы всего одной группы семейного типа для плавания родителей с детьми от 0 до 4 лет.

В течение первых трех месяцев после начала работы появился активный спрос на такие занятия, что потребовало создание дополнительных программ оздоровительного плавания.

В конце мая 2003 г. была открыта группа водных тренировок для беременных женщин. Для консультирования по вопросам здоровья и физического развития были привлечены специалисты из области медицины и психологии. С их помощью были разработаны курсы для беременных, программы для матерей - одиночек, уникальные программы по психологической и физической подготовке женщин к родам, рождению и воспитанию здорового ребенка. Так же при работе с семьями, имеющими детей-инвалидов, была опробована методика оздоровления и адаптации их при совместных занятиях в группах со здоровыми детьми.

В 2004 г., в связи с все увеличивающимся спросом были открыты еще две группы семейного типа и вторая группа для беременных.

В 2005 г. работали уже четыре группы для родителей с детьми и три группы для женщин ожидающих рождения ребенка.

Так как востребованость нашей программы для жителей г. Москвы крайне велика, а для многих беременных женщин и женщин с детьми раннего возраста место проведения наших занятий территориально мало доступно, то в настоящее время, нами разрабатывается план распространения нашей программы на удаленные районы г. Москвы.

В данный момент планируются предварительные переговоры о проведении наших занятий на территории бассейна ДЮСШ "Дегунино" в САО г. Москвы. Планируются встречи с руководителями бассейнов в ЗАО г. Москвы.

За время работы РК "Ребенок" программой оздоровительного плавания было охвачено около 750 человек.

Проект вышел на уровень где требуется научно обоснованный мониторинг и выработка критериев успешности программы по результатам ее реализации.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ СЕМЕЙНОГО ЦЕНТРА

Основной целью деятельности семейного Центра является содействие возрождению семейных ценностей, повышению социального престижа роли материнства и отцовства.

А также содействие сохранению и улучшению потенциала женского и мужского репродуктивного здоровья, стимулированию рождаемости, возрождению культуры детства и родительства, здорового образа жизни, повышению статуса полных многодетных семей в обществе.

Для достижения указанных целей, Центр обеспечивает выполнение следующих задач:

- всестороннее содействие раннему развитию физических, эстетических, интеллектуальных и духовных способностей у детей;
- профилактика, семейных кризисов, конфликтов между родителями и детьми и других видов семейного неблагополучия;
- разработка и реализация программ, направленных на улучшение женского и мужского здоровья;
- пропаганда здорового образа жизни;
- восстановление престижности зрелой семейственности и ответственного родительства, культурных традиций, сексуального воспитания;
- разработка и внедрение программ подготовки к семейной жизни среди подростков, нацеленных на профилактику безответственного сексуального поведения среди молодежи, незапланированных беременностей и ранних абортов;

- формирование позитивного мировоззрения и осознанного отношения к созданию семьи на основе системы общечеловеческих ценностей;
- сохранение внутрисемейных традиций преемственности поколений;
- создание системы психологической реабилитации одиноких мам в период беременности и после рождения ребенка;
- школы молодых родителей и т.д.

Изучение опыта полных, многодетных семей.

ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Для достижения поставленных целей Центр в соответствии с действующим законодательством осуществляет следующие виды деятельности:

- проводит лекции, семинары, тренинги подготавливающие граждан к сознательному и ответственному родительству;
- организует спортивные, культурные, просветительские мероприятия с родителями и детьми;
- оказывает услуги по сопровождению в родах, послеродовой патронаж, повышению родительского образования, для чего привлекает всех необходимых специалистов в том числе, врачей, психологов, юристов, педагогов и др.;
- организует совместный семейный досуг, тематические выезды, слеты, проводит праздники, организует летний отдых детей;
- производство и распространение печатной, аудио- и видеопродукции, а также реализация и распространение товаров направленных на достижение целей Центра;
- выпуск и распространение продукции средств массовой информации, сотрудничество со СМИ по вопросам всего спектра деятельности Центра;
- проведение выставок, презентаций, семинаров, участие в выставках и презентациях;
- организует и проводит иные мероприятия, необходимые для достижения вышеуказанных целей.

Основные направления деятельности центра.

Общие положения:

В семье обычно несколько поколений, и для каждого хочется найти интересное дело.

Наша главная тема - работа с семьёй на разных этапах ее становления и развития. От создания - до смены поколений, от дошкольников - до пенсионеров.

Основные направления деятельности - психолого-педагогическое просвещение родителей, подготовка молодежи к семейной жизни, организация досуга детей и родителей.

На занятия в центре могут приходить подростки, будущие семейные пары, семьи ожидающие рождение ребенка, дети с родителями.

Общение, совместное участие в проводимых мероприятиях сближает членов семьи, помогает им лучше понять друг друга, наладить взаимоотношения, укрепить семью.

При занятиях по авторским методикам наших специалистов, можно сформировать оптимистичную картину мира, положительную жизненную перспективу для юношей и девушек. Осуществляется восстановление авторитета естественных институтов социализации - семьи и детского сообщества.

Изучение опыта полных, многодетных семей и исторических культурных традиций семейного воспитания ведет к возрождению нравственных ценностей, восстановлению престижа здоровой гармоничной семьи и ответственного родительства.

Для подростков и молодежи

Мы помогаем им подготовиться к созданию собственной семьи, где супруги должны понимать и поддерживать друг друга. Останавливаясь на болевых точках семьи, мы помогаем юношам и девушкам приобрести не только знания, но и практические навыки выхода из конфликтных ситуаций.

Уделяем большое внимание профилактике: вредных привычек и зависимостей, безответственного сексуального поведения среди молодежи, незапланированных "случайных" беременно-

стей и ранних абортов, бесплодия, разводов и других видов личного и семейного неблагополучия.

Работа с родителями:

У нас проводятся различные мероприятия с небольшими группами детей и взрослых.

Для поддержки материнства и отцовства нами созданы курсы для будущих родителей и цикл лекций "школы молодых родителей".

Из лекций специалистов можно узнать о развитии ребенка до и после рождения, о роли каждого из родителей в семье и воспитании детей, специалисты-психологи помогут справится с возникшими проблемами и найти выход из семейного и кризиса.

Разработаны специальные авторские программы:

- для психологической реабилитации одиноких матерей в период беременности и после рождения ребенка;
- для мужчин и женщин оказавшихся в ситуации развода;
- для психологической поддержки будущих и уже состоявшихся отцов "Папаленд".

Для них мам и пап разработаны памятки по разным аспектам семейного воспитания, проводятся родительские собрания.

Родителям, понимающим друг друга и своих детей, легче выстроить правильные взаимоотношения в семье. Это поможет предотвратить многие конфликтные ситуации или выйти из них с наименьшими потерями.

Наш клуб помогает сохранять здоровье членов семьи.

Сюда входит здоровьесберегающее направление - формирование полезных привычек, организация семейного досуга, развитие семейного спорта, семейного чтения.

Мы работаем по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ), ведь это важное условие создания крепкой семьи и рождения здоровых детей. В такой семье царит оптимизм, гармонично выстраиваются отношения между супругами, родителями и детьми.

Мы уверены, что каждый человек может и должен заботиться о своем здоровье. Для здоровья нужно просто вести здоровый образ жизни всем членам семьи любого возраста.

Мы предлагаем присоедениться к группам семейного плавания, позаниматься танцами и гимнастическими упражнениями с нашим тренером и послушать лекции специалистов по здоровому образу жизни. Работает постоянная выставка фотографий и детских рисунков по всем аспектам сохранения и укрепления здоровья.

Чем раньше ребенок приобщится к ЗОЖ, полюбит плавание, закаливание, физические нагрузки, тем более развитым и здоровым он вырастет, тем интереснее и легче ему будет учиться. А помочь в этом ребенку вначале могут родители, главное чтобы ему этого хотелось.

Педагогами центра создан цикл занятий, на которых дети узнают о человеческом организме, знакомятся с основными органами и функциями здорового тела , совершают путешествие в волшебную страну "Человек".

Малыши и родители узнают как надо вести себя на природе, знакомятся с правилами безопасного поведения на отдыхе, получают знания об организме и правилах сохранения собственного здоровья.

Разработана программа для дошкольников "Живое дерево". Данная образовательная программа отличается от других программ акцентированным подходом к развитию в ребенке его индивидуальности, потенциальных способностей и социальной активности путем ознакомления его с различными технологиями художественного мастерства и других видов искусства в процессе игровой деятельности в комфортном позитивном творческо-экспериментальном пространстве сказки. Оценивая поведение свое, других людей и членов семьи, они раскрывают свой духовный мир, учатся понимать и принимать чужую точку зрения. Занятия в студии проводятся в игровой форме, нравятся детям, полученные знания и умение хорошо усваиваются.

Интересно проходят экскурсии и мероприятия, посвященные основным славянским традициям и праздникам; Колядки, Масленица, Иван Купала, Овсень и т.д.

Для оказания помощи семьям с детьми-инвалидами нами предусмотрено создание условий включающих детей с проблемами развития в группы оздоровительных водных занятий вместе с другими родителями и детьми. Таким образом, проводится реабилитация и медицинская, и

психологическая, и педагогическая, и социальная. Это направлено на обеспечение выхода из состояния физической и психической неполноценности родителей и детей этой категории. Уникальность проекта состоит в том, что эта программа позволяет вести реабилитацию не только среди детей, но и среди их родителей, чтобы все могли почувствовать себя полноценными членами общества.

Особое внимание необходимо выделить мамам-одиночкам, многодетным и малообеспеченным семьям, которым сложно выделить достаточное количество средств на полноценное развитие и оздоровление детей. Для этих категорий планируется проводить занятия по программам Клуба за счет привлеченных средств.

Планируется создать информационно-правовую службу семьи - юридическое просвещение по вопросам семьи, материнства, детства.

Описание некоторых действующих программ центра

1. Специалисты Центра подготовили программу для подростков, в которую включен курс лекций-тренингов:

- о важности и пользе семьи для мужчин и женщин;
- о необходимости здорового сексуального поведения;
- о смысле зрелого оцовства и материнства;
- о планировании рождения детей;
- о ценности женского и мужского здоровья и т. д.

Для профилактики незапланированных беременностей и ранних абортов нами разработан семинар по физиологии зачатия и беременности с просмотром фильмов "Чудо жизни" и "Безмолвный крик".

В целях профилактики безответственного сексуального поведения среди молодежи нами разработаны тренинги:

"Мужчина-женщина" - для подготовки к принятию семейных ролей.

"Мужчина-муж-мужественность" - для юношей.

"Женщина-жена-женственность" - для девушек.

2. Семинар "ДВИЖЕНИЕ ДУШИ"

Для тех, кто хочет разобраться в себе, осознать семейно-родовые корни своих проблем, улучшить отношения с близкими людьми, найти правильное решение для сложных жизненных ситуаций, изменить свою жизнь, преодолеть кризисы любви, обрести счастье и любовь.

Разработанный немецким психотерапевтом Бертом Хелленгером уникальный высокоэффективный метод работы с семьей в более широком понимании - с семьей как с родом - предполагает, что семья, род представляют собой систему, жизнь которой подчиняется определенным законам и порядкам, нарушения которых даже неосознанно ведет к проблемам

Этот семинар предоставит Вам возможность познакомиться с порядками любви, увидеть и изменить влияние, оказываемое семейными переплетениями на Вас и членов Вашей семьи, не требуя, присутствия всех членов семьи, быстро выявить проблемные места, скрытые динамики в человеческих отношениях (с любимыми, в семье, организации). Метод расстановок помогает обнаружить и распутать клубки проблем, охватывающих многие поколения, мешающих обретению счастья и любви.

Для девушек и женщин, ищущих семейного счастья и позитивных партнерских отношений проводится семинар "Принцесса на горошине" с использованием различных психологических тестов и практик.

3. Подготовлен и опробирован практический семинар-тренинг по работе с психосоматическими причинами семейного бесплодия

"МЫ ЖДЕМ ТЕБЯ, МАЛЫШ".

"ПОЧЕМУ У НАС НЕТ ДЕТЕЙ? ЧТО ДЕЛАТЬ?
КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К СЧАСТЛИВОЙ
ВСТРЕЧЕ С МАЛЫШОМ? "

Не так уж мало семей, где возникают подобные вопросы.

Что же такое бесплодие?

Беременность и рождение ребенка - это очень важный и ответственный этап в жизни женщины. Современные исследования установили, что бесплодие очень часто является психосоматическим состоянием. То есть бесплодие - не всегда результат только физических или органических изменений, а зачастую так проявляет себя феномен подсознательного избегания материнства у женщины и отцовства у мужчины.

В этом случае необходима помощь не столько врача-репродуктолога, сколько психолога.

На нашем семинаре-тренинге с помощью специально подобранных упражнений и приемов вы сможете заглянуть в ваш внутренний мир и определить важнейшие моменты, мешающие реализовать опыт успешного родительства.

Вы получите возможность наладить более гармоничные взаимоотношения с вашим партнером и построить совместную позитивную модель будущего материнства и отцовства.

4. Мы планируем разработать экспресс-метод анализа причин планирующегося аборта и поиска внутренних ресурсов и возможностей для рождения ребенка. Мы предлагаем организовать службу срочной психологической помощи и приглашать женщин, думающих об аборте из женских консультаций на занятие к психологу;

5. Для поддержки Семейных пар во время беременности и родов проводятся следующие программы:

а) КУРС ЗАНЯТИЙ ДЛЯ БУДУЩИХ РОДИТЕЛЕЙ "ПУТЕШЕСТВИЕ В ЖИЗНЬ"

Мы приглашаем женщин и семейные пары на курсы подготовки будущих родителей к рождению ребенка. Тематические лекции, практические занятия, психологические тренинги помогут гармонично подготовить ум, чувства и тело к рождению малыша. Специальный урок поможет выбрать подходящее место для рождения ребенка.

В программу занятий включена гимнастика для беременных, дыхательные упражнения, просмотр видеофильмов и особые мини-тренинги для проработки страхов, связанных с процессом родов и послеродовым периодом в жизни женщины и ее семьи.

На наших занятиях производится эмоциональная и физическая подготовка к родовой деятельности, формируется осознанный и позитивный подход к рождению ребенка. Объясняются особенности родового процесса, вырабатывается модель поведения в этот важный момент жизни.

Рассматриваются и решаются психологические проблемы, часто возникающие в семье во время беременности и после рождения ребенка.

Будущие мамы научатся:

- общаться со своим организмом, лучше его понимать и управлять им;
- правильно и позитивно проявлять эмоции, связанные с физиологическими особенностями беременной женщины;
- понимать малыша в период беременности и вести с ним диалог;
- формировать комфортное личное пространство вокруг себя во время родов и в послеродовой период.

Вы узнаете об особенностях поведения мамы и папы в послеродовой период, о значении кормления грудью в системе воспитания, адаптации малыша, о режиме правильного питания и этапах развития.

Занятия проводятся в форме научения через упражнения в группе и во время индивидуальных консультаций по необходимости.

б) КУРС ПРАКТИЧЕСКИХ-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТРЕНИНГОВ ДЛЯ БУДУЩИХ РОДИТЕЛЕЙ "ГАРМОНИЯ МАТЕРИНСТВА"

Как подготовить себя и свое окружение к родам? Как обрести уверенность и спокойствие? Как наладить общение с малышом до рождения, стать мудрой и сильной и помочь ему родиться в радости и комфорте?

Все что нас окружает, с чем мы пришли в этот мир, может стать нашими союзниками на пути к счастливому материнству.

На этих занятиях мы поможем вам раскрыть и задействовать источники вашей личной силы и здоровья, гармонизировать взаимоотношения с близкими, родственниками и друзьями, построить позитивную модель рождения вашего малыша.

Цикл психологических тренингов направлен:
на работу со страхами и другими негативными явлениями в жизни беременной женщины.
на моделирование комфортной ситуации родов,
на гармонизацию внутрисемейных отношений,
на формирование позитивного настроя на материнство и т. д.

в) Практические семинары по техникам дыхания, методам самопомощи и поведения во время родов.

"РОЖДЕННЫЙ ИЗ ДЫХАНИЯ или ТЕХНОЛОГИЯ МЯГКИХ РОДОВ"

Дыхание: основа жизни, первое, что встречает нас в этом мире. Наш друг и союзник.

Рождение: ребенок. Первый вздох. Первый крик.

Как сделать так, что бы роды прошли успешно и без нежелательных последствий? А что бы они еще принесли Вам удовольствие? Что такое мягкие роды? Как это бывает?

Основные цели занятия:

помочь будущим матерям освоить специальные техники дыхания, массажа и релаксации, позволяющие облегчить процесс родов;

освоить навыки работы с голосом во время родов;

дать основные теоретические знания по процессам и стадиям родов.

6. Для поддержки одиноких мам мы предлагаем программу по психологической реабилитации в период беременности и после рождения ребенка "Я САМА МАМА, или ВОЛШЕБНАЯ СИЛА МАТЕРИНСТВА"

Особого внимания требует к себе проблема большого количества матерей одиночек.

Бывает, что по каким-то причинам женщина в период беременности или после родов оказывается без полноценной поддержки отца ребенка.

Это является крайне тяжелой, травмирующей ситуацией в жизни женщины и ребенка.

Но это удивительное, чудесное состояние - рождение новой жизни - содержит огромный потенциал любви, мудрости и счастья.

Как открыть в себе этот источник силы? Как обрести покой и равновесие? Как построить свою дальнейшую жизнь с малышом в любви и комфорте?

Наш курс поможет ответить на эти вопросы и подготовиться к чудесным переменам в судьбе.

Программа включает в себя специальный курс лекций:

- помогающих принять радость материнства;
- физически и эмоционально подготовиться к родам;
- спланировать и осуществить будущую комфортную жизнь с ребенком.

Также, предлагается психологическая помощь и сопровождение в родах, и послеродовый патронаж.

Отдельно желательно организовать фонд взаимопомощи для малообеспеченных и социально незащищенных семей.

7. Особой популярностью пользуются программы по оздоровлению, физическому воспитанию и распространению культуры здорового образа жизни.

а) ГИМНАСТИКА, ЙОГА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

Гимнастикой можно начинать заниматься на самых ранних сроках беременности. Активные движения, чередующиеся с упражнениями на растяжения, создают оптимальные условия для естественного развития ребенка и оздоровления будущей мамы, улучшают ее психическое самочувствие, и являются прекрасной подготовкой к родам.

Замечено, что у беременных женщин, занимающихся гимнастикой, продолжительность время родов сокращается на 5-6 часов и возникает меньше осложнений в процессе рождения ребенка и в послеродовом периоде (кровотечения, слабость родовой деятельности и т.п.).

Также можно заниматься йогой для беременных индивидуально или в группе.

Все упражнения лучше выполнять в комфортном для вас физиологическом ритме.

Наши занятия для беременных включают в себя упражнения на профилактику физических

недомоганий связанных с беременностью и родами, таких как отеки, тонус матки, варикозное расширение вен, геморой и т. д.

б) АКВА-АЭРОБИКА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

Занятия для беременных в бассейне являются часть программы "Здоровая мама - здоровый малыш", в которые включена программа аквааэробики, сауна и специальные упражнения для беременных.

Нами разработан уникальный комплекс аквааэробики для подготовки беременных женщин к рождению малыша.

В первой части занятия внимание уделяется растяжкам общеукрепляющим упражнениям, и мягким динамическим нагрузкам.

После хорошей физической разминки посетить сауну рекомендуется под наблюдением инструктора и по желанию окунуться в холодную воду.

Небольшой 20-ти минутный перерыв завершается отдыхом и беседой за чашечкой травяного чая.

В последнюю часть программы входят специальные упражнения для беременных на задержку дыхания, ныряние, моделирование комфортных родов и медитации.

Эти упражнения можно разделить по трем основным направлениям, важным при подготовке организма женщины к родовой деятельности.

Во-первых, это упражнения на подготовку мышц и тканей беременной женщины к родам, что полезно для профилактики нарушений родовой деятельности во время родов.

Во-вторых, это упражнения на правильное дыхание, они нужны для профилактики гипоксии у ребенка в процессе рождения и для уменьшения болевых ощущений во время схваток.

В-третьих, это упражнения на расслабление и на снятие психофизического напряжения в теле. Эти навыки необходимы в период раскрытия шейки матки и снижают вероятность возникновения родовой травмы у новорожденного и разрывов у женщины.

б) БАССЕЙН ДЛЯ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ

Семейное оздоровительное плавание в бассейне от 2-ух месяцев также является частью программы "Здоровая мама - здоровый малыш".

Реализация программы предполагает следующие условия:

На занятиях родители плавают вместе с детьми от 2 месяцев и старше. Время в воде 1-1,5 часа.

Бассейн 6х8 м с подводным гидромассажем, с теплой, проточной, не хлорированной водой и удобным спуском.

Так как родитель держит ребенка на уровни груди, то ребенок чувствует себя комфортно и уверенно, что позволяет довольно быстро освоить разнообразные движения и упражнения.

Инструктор в воде, всегда рядом, ответит на вопросы и покажет различные способы поддержки и ныряния ребенка.

Для закаливания мы рекомендуем посетить сауну и затем пообщаться с холодной водичкой в ледяной купели. За столиком после сауны можно сделать чай и отдохнуть.

Но самое главное, что дети и родители вместе. Все это дает ребенку бесценный опыт семейной культуры здорового образа жизни.

Это - клубная территория для общения родителей с детьми.

С 2002 года рядом с метро "Ул.1905 года" работала наша группа плавания для родителей и малышей. Занятия проходили в лечебном бассейне на базе поликлиники N 220. К сожалению в данный момент бассейн закрыт и большое количество семей с детьми не имеет возможности получать оздоравливающие и закаливающие процедуры.

8. Нами осуществляется поддержка семьи после родов.

Патронаж новорожденных, обучение грудничковому плаванию, закаливанию, консультации по грудному вскармливанию и вопросам ухода за ребенком.

Психологическая помощь маме и семье в послеродовой период.

9. АВТОРСКАЯ ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ БУДУЩИХ И УЖЕ СОСТОЯВШИХСЯ ОТЦОВ " ПАПАЛЕНД".

а) Курс для неравнодушных отцов

"Я - ХОРОШИЙ ПАПА!"

В программе:

- место мужчины в семье, в воспитании и развитии ребенка;
- возможности участия и роль папы в беременности и родах;
- взаимодействие отца с новорожденным младенцем;
- особенности семейных отношений после рождения малыша;
- особенности отцовства на разных возрастных этапах жизни ребенка.

б) Если мужчина уже имеет опыт отцовства, но существуют трудные ситуации в семейной жизни!

Наш центр приглашает на занятия в ПАПИНУ ШКОЛУ

В программе:

- работа с отцовскими переживаниями;
- способы решения детско-отцовских проблем;
- работа над разрешением супружеских конфликтов;
- "особые" случаи: отцовство после развода (руководство для "приходящих пап"), общение с приемными детьми в новом браке и т. д.

10. ПРОГРАММА СЕМЕЙНОГО КУЛЬТУРНО-РАЗВИВАЮЩЕГО ДОСУГА

Мы предлагаем нашим родителям уникальную программу по организованному культурно-развивающему семейному досугу, в которую включены:

- экскурсии в музеи, на выставки;
- поездки на природу, на театические мероприятия (масляница, жизнеград);
- посещение театральных постановок и т. д.

Наш специалист поможет организовать вам максимально комфортное посещение мероприятий, забронирует места, предусмотрит организационые моменты, поможет справиться с детьми.

Это позволит вам, сохраняя семейную целостность, развиваться самим вместе со своим ребенком, жить с ним в одном эмоциональном пространстве и общей событийной атмосфере.

Особое внимание мы уделяем развитию способности родителей к пониманию и чувствованию эмоционального мира друг друга и своего ребенка.

Участие в совместных культурно-развивающих мероприятиях оказывает решающее воздействие на гармонизацию семейных отношений, способствует возникновению благоприятной нравственной обстановки в семье и во внутрисемейных взаимоотношениях.

11. Учитывая то, что в большинстве регионов сеть центров и клубов по подготовке к осознанному родительству слабо развита, мы готовим аудио и видео продукцию с нашими программами для распространнения на територии России и стран СНГ.

12. Также мы сотрудничаем с рядом специалистов-медиков, к которым при необходимости могут быть направлены наши посетители и члены их семей для консультаций и лечения.

Возможно создание школы подготовки сопровождающих в родах психологов-"ситтеров".

УЧАСТИЕ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ

В декабре 2006 года проходил Первый Московский Форум участников благотворительной деятельности "Социальные проблемы решаем вместе" и выставка-ярмарка общественных проектов и программ "Внимание Детям!" посвященные Году ребенка -2007 в Москве.

Форум проводился в течение одного дня.

Программа Форума включала в себя следующие процедурные элементы.

Выставка-ярмарка действующих общественных социальных проектов благотворительной направленности "Внимание Детям!", реализуемых участниками благотворительной деятельности в интересах юных москвичей, демонстрирующая реальный вклад некоммерческого сектора столицы в решение социальных задач.

На секциях проходила авторская презентация проектов, прошедших экспертизу и выставленных на Биржу общественных социальных проектов и программ, представителям бизнес структур с целью привлечения на конкурсной основе дополнительных финансовых средств из внебюджетных источников для реализации проекта на условиях социального партнерства и софинансирования.

Программа РК "РЕБЕНОК" "ЗДОРОВАЯ МАМА - ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ" выставлялась в секции: "Каждый ребенок имеет право жить в счастливой семье".

В этой секции осуществлялось представление общественных проектов, направленных на укрепление престижа и роли семьи, профилактику и охрану здоровья матери и ребенка, снижение детской заболеваемости и смертности. Поддержка многодетных и малообеспеченных семей. Развитие семейных форм воспитания и досуга.

Биржа социальных и благотворительных проектов города Москвы - новая технология развития взаимодействия общества, бизнеса и власти.

Главные задачи выставки - ярмарки:

отработка и практическая реализация новой технологии взаимодействия участников благотворительной деятельности, органов исполнительной власти города Москвы и бизнес структур;

привлечение на условиях софинансирования, дополнительных внебюджетных финансовых средств для реализации конкретных проектов и программ, прошедших конкурсный отбор.

ЦЕНТР СИСТЕМНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА, СЕМЬИ И ОБЩЕСТВА "ДОМ СЕМЬИ"

Суть проекта:

Открытие в г. Москве культурно-образовательного и оздоровительного комплекса по формированию культуры здоровья нации.

Реализация:

Проект будет реализован в результате создания комплекса для детей и взрослых, в котором можно будет получить разностороннюю информацию специалистов из области медицины, психологии, социологии, педагогики.

Проект создания семейного центра предполагает оборудовать специальную территорию, куда смогут приходить родители с детьми за получением необходимой информации, консультации, помощи.

Также для реализации оздоровительных семейных программ необходимы особым образом оборудованные площадки для физкультурных и водных занятий.

Постановка проблемы

Социально-экономический аспект

Одной из по-настоящему острых и волнующих людей была и остается вечная проблема семьи, семейных отношений. Свобода личности в целом и эмансипация женщины в частности серьезно изменили характер отношений между обществом и семьей. Получив право самостоятельно регулировать семейные отношения, семья вместе с тем взяла на себя и огромную ответственность за собственное выживание и воспитание необходимых обществу полноценных граждан. Но неудовлетворительные жилищные и материальные условия большинства российских семей, низкий уровень личной ответственности, отсутствие культуры рационального планирования собственной жизни, решения сложных этических и моральных проблем рождения и воспитания детей, формирования у них оптимальных человеческих и социальных качеств оказывают негативное влияние на все аспекты жизни семьи, в особенности же на рождаемость.

Произошло резкое имущественное расслоение семей. Нашей реальностью стали неуверенность в завтрашнем дне и психологическая неустойчивость, особенно у хранительниц домашнего очага - женщин. Характерно, что в качестве показателей своего состояния они называют "нервозность и неуверенность в связи с обстановкой в стране", "беспокойство за будущее детей", "страх потерять работу", "отсутствие веры в перемены к лучшему".

Проводимые реформы российского общества оказали на семью не однозначное воздействие, привели к глубоким изменениям ее жизнедеятельности.

Произошли существенные сдвиги в составе и структуре российских семей, суть которых состоит в том, что динамика числа семей и семейная структура населения сегодня определяется значительным снижением рождаемости, уменьшением числа детей в семьях, увеличением числа разводов и внебрачных рождений, увеличение числа гражданских союзов.

За последние пять лет в России на треть сократилось число браков, при этом стремительно возросло число разводов, в результате тысячи детей ежегодно остаются с одним из родителей, как правило, с матерью.

Огромные масштабы приобрело социальное сиротство, в детских домах дети-сироты при живых родителях, более 80% находящихся на гособеспечении.

Волна беспризорности буквально захлестнула Россию, не имея мировых аналогов в мирное время. Появилось около 2 млн. беспризорных детей.

Наметилась устойчивая тенденция к сокращению количества детей в семье.

Демографический аспект

Также особенностью современного периода развития России является исключительно сложная демографическая ситуация, характеризующая демографическая ситуация.

Сегодня эта проблема переросла из региональной в национальную и составляет угрозу для будущего России.

Демографы различают биологический потенциал воспроизводства населения (фертильность), и рождаемость - реальный уровень достигнутого воспроизводства.

Различие между биологическим потенциалом и реальным уровнем рождаемости определяется тем, что:

- молодые юноши и девушки не создают семейные пары, предпочитая свободные сексуальные отношения и отсутствие детей;
- некоторые женщины, обладающие потенциалом воспроизводства, никогда не рожают;
- множество женщин после потери мужа не вступают в повторный брак;
- многие пары сознательно стремятся ограничить рождаемость (аборты, контрацепция)
- нормы социального поведения в обществе (особенно те, которые касаются семьи и брака) сдерживают и ограничивают рождаемость

В настоящее время регистрируется отрицательный прирост населения (-6,2 процента). Для нормального воспроизводства населения необходимо наличие 2,15 ребенка на одну женщину, а у нас этот показатель равен 1,32.

И, несмотря на то, что количество абортов снизилось вдвое, оно все еще превышает количество родов - 115 абортов на 100 родов. Женщины фертильного возраста (20-34 года) предпочитают аборт контрацепции, на этом фоне растет число гинекологических заболеваний, осложнений беременности, родов и послеродового периода. Соответственно ухудшается здоровье новорожденных - а ведь это будущее здоровье нации.

В целом в нашей стране рождаемость значительно ниже биологического потенциала.

Эта ситуация напрямую зависит от отсутствия положительной мотивации мужчин и женщин фертильного возраста образовывать новые здоровые семьи и рожать детей.

Что же происходит? Где и когда возникают нарушения в работе механизма воспроизводства, столь естественного для людей на протяжении всей их истории?

1. Ранний период социализации

В процессе формирования установок и представлений о мире семья играет главенствующую роль: это первая ступенька социализации и самосознания личности.

Детство, особенно период новорожденности, когда закладывается фундамент физического, психического и нравственного здоровья. Дети обладают высокой чувствительностью к психологической атмосфере, в которой они находятся, и к событиям, происходящим с ними. Конфликты между родственниками, отсутствие одного из родителей, неудовлетворение естественных потребностей ребенка, тяжелые бытовые условия - все это формирует негативный непривлекательный образ семейной жизни, приводит к невозможности в дальнейшем создать гармоничную семейную пару.

2. Школьно-подростковый период

Особенно негативные последствия для будущего процесса воспроизводства закладываются в школьные годы и в период полового созревания.

Мальчикам не прививается культура общения с их сверстницами, не стимулируется развитие в них необходимых мужских качеств. Это приводит в дальнейшем к инфантильному, безответственному сексуальному и семейному поведению, возрастает детская и подростковая преступность.

Процессы дезадаптации в школе, вредные экологические факторы ведут к увеличению гинекологических и эндокринологических заболеваний у девочек. На гормональном и психологическом уровнях происходит "сближение полов". Девочки перестают воспринимать себя как будущую женщину.

В дальнейшем, это чревато увеличением числа осложнений беременности и родов, ростом числа абортов среди молодых девушек. Последствиями абортов в молодом возрасте являются гинекологические заболевания, выкидыши, маловесные, менее здоровые младенцы, чем родившиеся у женщин, которые никогда не делали аборт.

3. Юношески-взрослый период

Наше общество переживает сейчас один из переломных моментов, и уже сложившаяся семья находится в нем под сильным экономическим, социальным и психологическим давлением.

У миллионов семей резко ухудшились условия для реализации основных социальных функций - рождение детей, уход за ними, воспитание и социализация.

Повсеместно наблюдается уменьшение количества браков и рост числа разводов, увеличение частоты добрачных половых связей, увеличение частоты ранних и сверхранних, а также внебрачных беременностей и рождений. Наблюдается беспрецедентный рост абортов, отказов от детей. Отмечен рост семейной девиации - злоупотребление алкоголем и наркотиками, нарастание эмоционального отчуждения между членами семьи, рост семейного насилия. Появляются альтернативные формы брачной и семейной жизни, включая рост числа одиночек, неполных семей, бракоподобных отношений сексуальных меньшинств, брачных сожительств.

СМИ ориентированы на запугивание молодежи: подчеркивается трагичность и опасность нашей жизни, создается образ героя одиночки без семьи и детей, понятие "любовь" обесценивается, заменяется словом секс.

В связи с этим у большинства женщин возникает неуверенность в завтрашнем дне и повышенная тревога за будущее своих детей, за их жизнь и здоровье.

Угроза потери работы, двойная нагрузка в доме, боязнь заболеть, потерять стабильность в отношениях с партнером и другие причины, приводят женщину в состояние повышенного нервного напряжения, стресса - оказывают разрушающее воздействие на ее организм, нервную систему, создают проблемы в гормональной системе.

Все эти факторы влияют на восприятие молодой женщиной беременности как угрозы здоровью и благополучию. Сознательно или подсознательно женщина избегает наступления беременности. Страх перед рождением ребенка приводит к сбоям и блокировке механизма воспроизводства.

Беременность и роды становятся медицинской проблемой!

Обоснование проекта

Особенностью современного периода развития России является сложная демографическая ситуация. Поэтому, Правительство Российской Федерации разработало "Концепцию демографической политики на период до 2015 года", где одной из главных задач является всестороннее укрепление института семьи, как формы, наиболее рациональной жизнедеятельности личности и ее нормальной социализации. Важность поднятой проблемы сегодня актуальна для нашего гражданского общества.

На сегодняшний день почти каждая пятая семья нуждается в психологическом консультировании, в каждой 4-ой семье складываются сложные взаимоотношения, 70% всех разводов молодых семей приходится на первые 5 лет совместной жизни.

Оценивая экономические, экологические, социальные проблемы нашего времени, можно отметить все большее проявление социальной апатии, агрессии, деструктивного поведения, отсутствие интереса к саморазвитию, рост разного рода заболеваний. Реальной стала угроза разрушения генофонда нации. Поэтому особенно важен новый подход к данной проблеме: от сознания родителей к здоровому поколению.

Здоровые дети - счастливое будущее. Это исходит из того, что только в социальной, нравственной, интеллектуальной, физически здоровой Семье будут здоровые дети.

Этот проект создан:

- для молодых людей, желающих вступить в брак, создать свою Семью;
- для тех Женщин, кто ждет прибавления в семействе, желающие постичь культуру Материнства;
- для тех Мужчин, которые хотели бы помочь своим женам, дочерям и просто Женщине-Матери:
- для тех мужчин и женщин, которые заботятся о здоровье и развитии своих детей;
- для тех людей, которые задумываются о судьбе своего Рода, своего Народа. На сегодняшний день наиболее актуальной является тема восстановления института Семьи.

Переосмысление жизненных общечеловеческих и культурных ценностей, сути и смысла жизни человека, детей и взрослых, их роли в современном мире, по нашему мнению являются насущными проблемами современности.

Особенная роль здесь уделяется молодой Семье.

Понимая, что здоровая семья - это здоровое государство, мы принимаем на себя ответственность в создании целевого открытого проекта "Сознательное родительство", который поможет вернуть государству статус Семьи, статус Материнства, счастливого Детства, благополучного Старчества, преемственности поколений, сохранение культурных этнических традиций, поможет приобрести новое качество жизни и возрождение гражданских, патриотических, духовно-нравственных ее ценностей.

Этот Проект имеет комплексный пакет программ, направленных на изменение ситуации в обществе по отношению к Семье в целом.

Реализация данных программ способствует комплексному развитию института Семьи в формировании духовно-нравственного, генетического, психологического, педагогического, социального здоровья, реабилитации, социальной защиты и социальных условий для укрепления и функционирования Семей в будущем.

Этот проект, учитывающий человека, личность, как основу Семьи, направлен на гармонизацию всех направлений жизнедеятельности Семьи, учитывающий все направления становления и этапы развития здоровой, гармоничной, высоконравственной Семьи. Данный проект необходим для решения задач жизнедеятельности Семьи, уменьшения числа разводов, неблагополучных семей, поднятия уровня культуры Семьи, в том числе этнической, улучшение демографической обстановки в стране, увеличением числа рождаемости, путем формирования сознательного родительства, ответственного материнства и отцовства, формирования здоровой надежной основы для будущего детей.

Этот Проект создает условия для существования Семьи будущего, чтобы вывести ее на новый качественный уровень во взаимоотношениях людей, направленный на изменение сознания членов семьи, в которой не будет места жестокости и агрессии, насилия среди родителей и детей, страдающих алкоголизмом и наркоманией, не будет ненужных, брошенных и бездомных людей.

Этот Проект направлен на образование, просвещение и воспитание детей, подростков, молодежи и взрослых в сфере творения позитивных отношений друг с другом, творческого направления в развитии общества и окружающего

В Конвенции о правах ребенка сказано, что каждый ребенок должен жить в семье. Семья - школа культуры. Здесь ребенок окружен заботой родителей, которые защищают и оберегают его. Без общения с близкими людьми - родителями, бабушками, дедушками, сестрами и братьями, без внимания и понимания трудно вырастить из малыша настоящего гражданина.

К сожалению, сейчас ценность семьи значительно подорвана, происходит ее кризис. Тем более необходимо укреплять эту важную ячейку общества, создавая пространство, где каждый член семьи мог бы найти помощь и поддержку.

Таким образом, существует потребность в создании специальных просветительских программ для населения.

В связи с этим крайне необходима система информирования населения по наиболее важным вопросам, связанным с семейной жизнью, с взаимными отношениями, с отношениями между родителями и детьми. Семейный центр может оказать существенный вклад в организацию системы просвещения, работающую в сфере защиты прав и интересов детей, помощи семье.

Цели и задачи

Восстановление и укрепление жизненного потенциала у молодого поколения репродуктивного возраста, его физического, социального, нравственного, психического, интеллектуального здоровья путем формирования:

-чувства ответственности, заботы, любви у обоих супругов, путем формирования культуры семейных взаимоотношений;

-миротворящих отношений, путем позитивного мировосприятия, понимания, взаимоподдержки, усиления действенной помощи, относительно своей семьи, других семей, родов, народов;

-стремлений познать, сохранить и приумножить нравственный, физический, интеллектуальный потенциал и социальное здоровье своей семьи, своего рода, своего народа;

-новых знаний, умений, навыков нового стиля жизни.

-создание непрерывной родовой внутрисемейной связи.

- создание системы психологической реабилитации одиноких мам в период беременности и после рождения ребенка;
- школы молодых родителей и т.д

Изучение опыта полных, многодетных семей.

Какие виды поддержки необходимы для выполнения этих задач?
- представительская и имиджевая поддержка;
- маркетинговая поддержка;
- информационная и рекламная поддержка;
- выставочная и редакционно-издательская поддержка;
- консалтинговая поддержка;
- образовательная и культурологическая поддержка.
- взаимодействовать с потенциальными инвесторами
- создать кадровую школу
- Экспериментальные площадки
- клубная система, классы, залы, игровые;
- Физкультурно-оздоровительный комплекс;

Эффект проекта в долгосрочной перспективе

Обоснование дальнейшей значимости проекта

1. Проект существует уже более четырех лет в виде реализации отдельно взятых программ и актуальность его все возрастает.
2. Беременные женщины, занимавшиеся по нашей программе, обращаются в центр и приходят на занятия с уже родившимися детьми, а некоторые приходят уже с последующими беременностями.
3. Дети-инвалиды получают возможность оздоровления, физического развития и социальной адаптации среди сверстников с общей группой здоровья.
4. Отмечено положительное влияние на общий уровень здоровья и психологический микроклимат в семьях, члены которых были участниками нашей программы.
5. С увеличением финансирования может быть привлечено большее число специалистов для реализации авторских программ, охвачено большее количество благополучателей в различных районах г. Москвы.

Ожидаемый результат.

Наша программа нацелена:
- на профилактику абортов и социального сиротства;
- на возрождение традиций многодетных семей;
- на поддержание и восстановление культурных символов отцовства и материнства, значимости семьи и брака среди молодежи;
- на снятие страхов у будущих мам и пап перед родами;
- на поддержку семей, желающих реализовать позитивный опыт родительства.

Систематические занятия по программам проекта приводят:
- к улучшению здоровья беременных женщин;
- к снижению количества патологических родов потребовавших медикаментозного или хирургического вмешательства и к уменьшению числа послеродовых осложнений;
- способствуют нормальному развитию младенцев, стимулируя обменные процессы и иммунную систему организма, что ведет к снижению частоты заболеваний.

Внедрение и развитие этой программы поможет существенно ослабить причины спада рождаемости и распространить опыт многодетных семей среди потенциально наиболее готовых к родительству слоев населения.

Создать предпосылки к возникновению нового поколения людей, хорошо адаптированных к

социуму, с творческим мышлением и высоким уровнем самосознания.

Включить молодежь в активное преобразование жизни, общества, государства.

Просвещение молодежи осуществляется посредством передачи опыта старшего поколения, что способствует воспитанию человека с высоким уровнем гражданской позиции и ответственности за свою жизнь и поступки, осознанию себя необходимым гражданином своей страны и обретению утраченных смыслов жизни.

Выявление социальных возможностей и определение сфер деятельности по содержанию, формам и способам взаимодействия, взаимоподдержки, взаимопомощи в преемственности поколений.

Раскрытие внутреннего творческого потенциала подростков и молодежи, готовых ценить себя и свое окружение.

Заключение

С учетом задач, поставленных в Послании Президента Российской Федерации В.В.Путина Федеральному Собранию Российской Федерации, Мэр Москвы и Правительство Москвы, объявили 2007 год Годом ребенка под девизом "Растем вместе с Москвой".

12 сентября 2006 года на заседании Правительства Москвы была рассмотрена "Комплексная программа дополнительных мер по поддержке семей с детьми, созданию благоприятных условий развития семейных форм воспитания и становления личности ребенка на 2007 год".

Проект центра - не набор деклараций, а предложение предпринять реальные меры

по возрождению семейных ценностей, повышению социального престижа роли материнства и отцовства.

А также сохранению и улучшению потенциала женского и мужского репродуктивного здоровья, стимулированию рождаемости, возрождению культуры детства и родительства, здорового образа жизни, повышению статуса полных многодетных семей в обществе.

В связи с этим предлагаемый проект особенно актуален в настоящее время.

Полетаев А.Б.,
д.б.н., профессор ГУ НИИ нормальной
физиологии им П.К. Анохина

МЕДИЦИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЫЖИВАНИЯ РОССИИ

1. Здоровье матери и демографические прогнозы

На протяжении примерно последнего полувека в странах Северного полушария ни шатко ни валко идут процессы депопуляции. Иными словами из года в год на Земле становится меньше не только этнических русских, но и этнических французов, немцев, бельгийцев, англичан... Предполагается, что лет через 30-50 снижение рождаемости коснется арабов, индусов, африканцев и другие этносы, численность которых сегодня растет. Социальных причин у этого явления много и их анализ в нашу задачу не входит. Мы затронем только медицинский аспект демографических изменений в нашей стране, который представляется нам наиболее существенным.

Сразу отметим, что реальную угрозу существованию Государства Российского представляет не постепенное снижение численности нашего народа: По мнению большинства специалистов эти процессы рано или поздно выходят на плато (численность родившихся и умерших взаимно уравновешивается). И если население России через какое-то время стабилизируется на цифре 100 или даже 75 миллионов - это отнюдь не будет равносильно катастрофе. Но только при одном условии: а именно, при условии, что Россию будут населять здоровые, энергичные, работоспособные, уверенные в себе люди. А вот это весьма проблематично.

По официальным данным из 145 млн. граждан России примерно 15 млн. (каждый десятый!) - это полностью или частично нетрудоспособные инвалиды, т.е. люди, имеющие серьезные психические или физические нарушения. Важно отметить, что не менее половины таких несчастных больны от рождения. То, что мы не слишком часто видим их на улицах, не показатель - в нашей стране инвалидность не публична. Социолог И.Бестужева-Лада сообщает, что каждые 5 лет число рождающихся у нас детей сокращается на 1/3, а к школьному возрасту более 90% из них страдают теми или иными хроническими болезнями. Если 15-20 лет назад доля здоровых новорожденных составляла 60-70% от всех родившихся, то сегодня, по данным д-ра С.Жегулиной, здоровыми рождается не более 20% детей. Таким образом, общая численность родившихся детей у нас становится все меньше, а больных среди них становится все больше. Эти сухие цифры свидетельствуют: угроза выживанию России - отнюдь не журналистские байки. В такой ситуации во главу угла следует ставить не тактику оздоровления населения (сколько стадионов не построй - инвалиды от рождения здоровыми не станут!), а Стратегию, направленную на кардинальное повышение доли здоровых детей среди всех родившихся.

Пол века назад, во времена недоброй памяти Трофима Лысенко считалось, что "...генетика - это продажная девка империализма" и отношение к ней было соответствующим. Затем маятник качнулся в другую сторону, и сегодня "в генах" стали искать причины чуть ли не любой медико-социальной проблемы. Т.е. проповедовать новую мифологию - на мифах же, как свидетельствует история, далеко не уедешь. Широко разрекламированный тезис о генетическом вырождении России ничего общего с реальностью не имеет и рост численности больных и инвалидов в нашем обществе ни в коей мере не отражает того, что генетический потенциал нации якобы "безвозвратно подорван". Почему это так?

Давайте разберемся с ситуацией. Понятно, что для того, чтобы на свет появился ребенок, у него должны быть мать и отец, которые сообща передадут оплодотворенной яйцеклетке генетически детерминированную программу развития, записанную в структуре ДНК. Но между "мертвой" молекулой ДНК, несущей программу-инструкцию построения будущего ребенка и реальным теплым живым ребенком - огромная пропасть. Фигурально выражаясь, геном - это не более чем кассета с записью фильма о будущем ребенке. Но для того, чтобы фильм посмотреть - кассеты с пленкой мало. Нам не обойтись без устройства, которое позволит считать с пленки закодированную информацию и преобразовать ее в зримые образы на экране. Точно также для преобразования генетической инструкции, записанной на нити ДНК, в реального ребенка, не

обойтись без своего рода "биологического видеомагнитофона". В роли "устройства" по преобразованию генетической инструкции в живого ребенка выступают сложные молекулярно-клеточные системы организма женщины (системы регуляции эмбриогенеза). Причем эти системы являются куда более сложными, а значит и более хрупкими, чем "кассета-геном". Именно поэтому в основе подавляющего большинства нарушений внутриутробного развития (выкидышей, гибели плода, рождения детей с врожденными пороками), а также многих случаев бесплодия, лежат не генные поломки, а нарушения в организме беременной женщины, приводящие к дефектам реализации программы развития ребенка. Известно, что неустранимые генетические нарушения, которые в равной мере зависят и от матери и от отца, являются причиной болезни лишь у 5-8 из каждых ста детей-инвалидов - генетический аппарат очень стабилен, хорошо защищен системами репарации и "поломать" его очень и очень непросто. В силу этого, подавляющее большинство неизлечимо больных детей появляются на свет не в результате поломок на генном уровне. Причина их пожизненных страданий, причина горя семьи и дополнительного финансового бремени для общества лежит не в "генетическом вырождении нации", а в нарушениях индивидуальной внутриутробной предыстории развития каждого ребенка. Суть в том, что формирование таких генетически вполне нормальных детей происходило в организме женщин с нарушенной системой регуляции развитие плода.

Как живут 16-40-летние женщины в наших городах и весях? Чем они болеют и как лечатся? Что едят, какую воду пьют, каким воздухом дышат? В каких условиях работают? Много ли потребляют спиртного, сколько курят и т.п. - вот в чем корень зла! Все эти и многие другие факторы пагубно влияют не столько на геном, сколько на состояние системы регуляции развития плода и, соответственно, определяют способность женского организма дать жизнь здоровому или нездоровому малышу. Причем, реакция организма каждой женщины на те или иные потенциально вредные факторы очень индивидуальна. В силу этого, наличие, например, хронической герпетической инфекции, у одной женщины будет индуцировать самопроизвольные выкидыши, а у другой (с более стойким организмом) практически не будет влиять на развитие беременности. В такой ситуации крайне важно объективно оценить нарушена или сохранна функция регуляции эмбриогенеза в каждом конкретном случае и принимать адресные меры к ее восстановлению лишь в случае реальной необходимости. Но не при выявлении, например, вирусов герпеса как таковых. Любое лечение далеко не безвредно, дорого и часто лишено какого-либо смысла. Популяционная инфицированность вирусами группы герпеса превышает 90%, однако в большинстве случаев имеет место "мирное сосуществование" микро- и макроорганизма. Это же относится к микоплазмам, уреаплазме, цитомегаловирусу, вирусам Коксаки и другим представителям условно патогенной флоры.

Российскими учеными разработан и внедрен в практическое здравоохранение уникальный биотехнологический метод ЭЛИ-П-Комплекс (Патент РФ № 2208791), позволяющий по меньшей мере в 5-8 раз снизить частоту появления на свет неизлечимо больных детей-инвалидов. Причем, не по суровым законам древних спартанцев (больного - в пропасть!), а за счет обследования женщины, до планируемой беременности (или, на худой конец, в первые недели беременности) и назначения необходимого лечения, если в организме женщины выявляются опасные для развития будущего ребенка нарушения. Определение в их крови активности относительно небольшого числа белковых молекул-регуляторов в каждом конкретном случае позволяет дать надежный прогноз рождения здорового новорожденного, или напротив, предостеречь женщину от беды. Именно предостеречь, а не подписать приговор! Предостеречь для того, чтобы несколько месяцев спустя, устранив причины нарушений (вылечив инфекцию, устранив токсические воздействия, расставшись с вредным производством) будущей маме можно было рассчитывать на восстановление способности ее организма дать жизнь здоровому малышу, а не калеке. С помощью этого метода еще до наступления беременности можно определить способна ли конкретная женщина дать жизнь живому и здоровому ребенку, или же риск патологии слишком велик и с беременностью следует повременить. Повременить, до устранения нарушений, а не отказаться!

Но оценить риск - лишь половина дела. Важно, что мы можем не только диагностировать нарушения, но и помочь их устранить. Хотя и не в 100% случаев - увы, генные дефекты современная медицина лечить не умеет. Очень важно, что выявляемые методом ЭЛИ-П-Комплекс нарушения - вовсе не несмываемая печать Божия! По большей части они вполне устранимы и после необходимого лечения женщина (до того обреченная на рождение инвалида), может дать

жизнь здоровому ребенку. Основываясь на результатах 15-летних наблюдений мы можем утверждать, что сегодня имеется реальная возможность обеспечить рождение не мертвых и больных, а живых и здоровых детей у 80-90% женщин детородного возраста!

Еще раз подчеркнем: большую часть нарушений в организме женщины, выявляемых с помощью технологии ЭЛИ-П-Комплекс, исправить можно, более того - необходимо. Конечно, если мы желаем не только говорить о вырождении нации, но и реально хотим исправлять ситуацию. По нашим наблюдениям, 1-3-месячного специализированного лечения бывает достаточно, для того, чтобы обеспечить нормальные условия внутриутробного развития и возможность рождения здорового новорожденного не менее чем у 80% обследованных женщин.

С учетом первоначальных (весьма несовершенных) вариантов метод ЭЛИ-П-Комплекс используется в практической медицине с 1992 года. За это время врачам и ученым удалось предотвратить рождение десятков детей с пороками развития, дать возможность многим женщинам с бесплодием или привычным невынашиванием беременности испытать счастье материнства, помочь сотням женщин родить по настоящему здоровых детей. Однако для реального перелома негативных демографических тенденций помощь требуется не сотням или тысячам, а миллионам. И здесь слово уже не за энтузиастами-медиками, а за Государством. За новой Государственной стратегией по обеспечению здоровья матери и ребенка. Без понимания этого уже через 50-70 лет Россия может навсегда сойти со сцены Истории.

И последнее. Как объяснить сниженную среднюю продолжительность жизни наших граждан в сравнении со многими, в том числе и более "бедными" странами? Откуда у подавляющего большинства россиян берутся непреодолимая усталость и безразличие к жизни? Почему так низок уровень пассионарности? Причины этих явлений, по всей вероятности, весьма многоплановы. Однако вот что приходит на ум.

Многотысячные популяционные наблюдения, проводившихся учеными коллективами США, Финляндии, Германии и ряда др. стран на протяжении нескольких десятилетий убедительно свидетельствуют: нарушенные условия внутриутробного развития - это важнейший фактор, определяющий снижение общей продолжительности жизни человека, его подверженность сердечно-сосудистым, онкологическим, эндокринным и др. болезням, его "качество жизни" и общую социальную активность. Иными словами условия, в которых развивается плод в утробе матери, являются определяющими по отношению ко многим показателям общего здоровья нации. По данным обследований нескольких тысяч женщин с помощью метода ЭЛИ-П-Комплекс, в среднем по России около 60-70% женщин детородного возраста имеют изменения, которые в той или иной степени обязательно будут нарушать условия внутриутробного развития (напротив, в Шотландии 60-70% женщин не имеют нарушений со стороны систем регуляции эмбриогенеза). Нужны ли здесь комментарии?

2. "Профилактическая медицина" и здоровье ребенка

Притягательность концепции профилактической медицины сравнима с притягательностью идеи Коммунизма. Однако большинство организаторов медицины, как и широкая общественность явно недостаточно осознают сложность ее реализации. В обиходе приходится слышать высказывания, суть которых можно свести к тезису: медицину надо поставить с головы на ноги и платить зарплату врачу не за лечение больного, а за сохранение здоровья здоровому. Конечно было бы прекрасно, если бы врач обладал даром предвидения и мог выносить вердикты о том, что у пациента N (ребенка или взрослого), года через два ожидаются серьезные проблемы в деятельности сердца, а у пациента M года через три может развиться сахарный диабет. При наличии четкого прогноза - адресные профилактические мероприятия позволили бы отвести угрозу. Однако врачи пока не научились заглядывать в будущее. И пока не будут разработаны и внедрены в практику технологии долговременного индивидуального прогноза изменений в состоянии здоровья - разговоры о профилактической медицине останутся разговорами.

И вряд ли здесь помогут самые современные аппараты УЗИ, ядерные или МРТ-томографы: если очаг патологических изменений можно разглядеть глазом - о профилактике говорить уже поздно! Есть ли выход из тупика?

Давайте вспомним победу над фенилкетонурией. Без огромных и дорогих приборов у любого новорожденного можно на доклинической стадии выявить отсутствие или наличие определенного биохимического дефекта и отвести беду! Конечно ФКУ слишком частный случай. А мо-

жем ли мы что-то сделать для эффективной профилактики не только генетически обусловленных дефектов, но и другой, гораздо более распространенной патологии?

Кожный лоскут или орган, трансплантированный реципиенту, отторгается уже через 7-10 дней. Иммунная система бдительно следит за тем, чтобы организм был свободен от любой чужой антигенной информации. Из этого правила есть лишь одно исключение: при беременности женщина 40 недель не оторгает плод, несмотря на то, что он несет множество чужих (отцовских) антигенов. Феномен беременности сам по себе является прямым доказательством участия иммунорегуляторных механизмов в развитии плода. А это значит, если мы хотим знать - как обстоит дело со здоровьем плода и будущего ребенка - мы должны научиться понимать язык иммунохимии организма.

К концу прошлого века ряд российских, американских, японских, израильских иммунологов пришел к выводу, что оценки сывороточного содержания эмбриотропных аутоантител (ауто-АТ), т.е. регуляторных ауто-АТ, синтезируемых в организме матери и поступающих к плоду, является простым и информативным способом оценки здоровья плода и новорожденного. По-видимому, их число составляет многие десятки. Такие ауто-АТ участвуют в регуляции самых разных аспектов развития будущего ребенка. И сегодня мы знаем, что "правильные" или физиологические соотношения между содержанием отдельных видов ауто-АТ - залог нормального развития эмбриона и плода. Соответственно, несбалансированные изменения в продукции таких молекул чреваты нарушениями развития. И если мы еще до планируемой беременности мы выявляем у женщины неполадки - мы имеем возможность вмешаться и постараться заранее предотвратить нарушения развития беременности.

В практическом плане весьма эффективным оказался метод ЭЛИ-П-Комплекс, позволяющий одновременно оценивать сывороточное содержание восьми разных эмбриотропных ауто-АТ и их соотношения. Важно, что комплексная оценка содержания целого ряда ауто-АТ позволяет не только описать характер нарушений, но и выявить их причины. А значит выбрать оптимальную тактику лечения и объективно оценить эффективность и достаточность проводимой терапии. Заметим, что мероприятия, направленные на нормализацию содержания эмбриотропных ауто-АТ в период прегравидарной подготовки, сопровождается многократным снижением частоты неблагоприятных исходов последующей беременности, особенно у женщин с отягощенным акушерским анамнезом.

"Здоровье ребенка закладывается в утробе матери" - в этом профессор Персианинов был, безусловно, прав. И, как было показано в серии исследований, нормальное либо аномальное содержание эмбриотропных ауто-АТ у беременной женщины является одним из важнейших факторов определяющих здоровье или нездоровье ее ребенка. Несмотря на относительное несовершенство современных иммунохимических технологий - эти примеры хорошо иллюстрируют перспективы некоторых аспектов профилактической медицины.

Как же возникают иммунохимические нарушения? K. Cronise и S.J.Kelly (1999) производили экспериментальное заражение беременных самок лабораторных мышей урогенитальной инфекцией. Затем исследователи дожидались рождения потомства и оценивали особенности неврологического статуса детенышей. Как и в реальной акушерской практике, детеныши одной части инфицированных самок были здоровы, тогда как детеныши другой части самок отличались неврологическими нарушениями. Причем, прослеживалась четкая закономерность: нездоровые детеныши рождались теми самками, инфицирование которых сопровождалось генерализованными нарушениями их иммунного статуса. Сходные данные позднее были получены и в клинических исследованиях, показавших, что ни вирусы герпеса, ни микоплазменная, уреаплазменная или хламидийная инфекция и не влияют на развитие плода ЕСЛИ ИНФИЦИРОВАНИЕ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПРОДУКЦИИ ЭМБРИОТРОПНЫХ АУТО-АТ.

Таким образом, микроорганизмы во многих случаях являются не более чем этиологическим пусковым фактором, инициирующим патологический процесс, в дальнейшем самоподдерживающийся. Такой процесс, который зависит не столько от наличия или отсутствия микроорганизма, сколько от неадекватной реакции иммунорегуляторных механизмов.

Отметим, что особенности реакции организма на флору задаются индивидуальной генетической конституцией, определяющей особенности наборов главного комплекса гистосовместимости МНС у каждого индивида. Именно молекулы МНС определяют характер иммунного реаги-

рования. В результате реакция на один и тот же инфект у одного человека может быть близкой к нулю, у другого - вести к активации апоптоза, а у третьего - индуцировать синтез ауто-АТ, взаимодействующих не только с микробом, но и с собственными клетками организма-хозяина. Этот феномен именуется термином молекулярная мимикрия. Молекулярной мимикрией (т.е. перекрестной иммунореактивностью ряда вирусных белков и АГ кератоцитов) обуславливаются герпетические поражения роговицы, стрептококковое поражение миофибрилл миокарда. Вирусы папилломы способны индуцировать у беременной повышенный синтез ауто-АТ к белку S100, которые нарушают дифференцировку нейробластов плода и могут быть причиной врожденной патологии нервной системы ее ребенка. И все эти ситуации зависят от избыточного синтеза строго определенных ауто-АТ. А зная это - мы просто обязаны оценивать уровни синтеза, к примеру, антител к S100 у женщин, страдающих папилломавирусной инфекцией. Как и в случае ФКУ, это поможет поможет избежать многих случаев врожденного поражения нервной системы ребенка.

Еще один важный аспект будущей профилактической медицины. Материнские АТ класса IgG активно поступают к плоду трансплацентарно. Поэтому, если в организме матери наблюдается повышение синтеза тех или иных биологически активных ауто-АТ, последние могут выступать в качестве прямых патогенных факторов, вызывая задержки и нарушения внутриутробного развития, вплоть до гибели плода. Например, избыток материнских ауто-АТ к н-холинорецепторам может лежать в основе миастении новорожденных. Избыток материнских анти-Ro и анти-La АТ может быть причиной нарушений в проводящей системе сердца ребенка и т.д.

Но АТ, поступающие к плоду, не только играют роль факторов прямой иммуноагрессии. Кроме того материнские АТ определяют "настройку" иммунной системы будущего ребенка, проявляющуюся в виде феномена эпигенетического иммунного импринтинга. Суть феномена в том, что ребенок как бы "наследует" индивидуальные особенности иммунного статуса матери (но не отца), имевших место в период беременности. Импринтинг обеспечивает преимущественную активацию тех же специфичных клонов лимфоцитов, что и у матери. В результате состояние иммунитета ребенка на месяцы или годы становится более или менее схожим с материнским. Это имеет несомненное адаптивное значение. Благодаря импринтингу новорожденный ребенок еще до встречи с распространенными инфектами получает более или менее выраженную резистентность к инфекционным болезням. Причем, чем напряженнее был специфический противоинфекционный иммунитет у беременной, тем выше оказывается резистентность ее ребенка к тем же инфекциям. Однако в природе не бывает совершенства. И негативная сторона импринтинга заключается в том, что наличие у матери иммунных нарушений негативно сказывается на здоровье ее ребенка. Например, СКВ матери сопровождается развитием "волчанки новорожденных" у ребенка в возрасте 4-8-месяцев. Мать, имеющая патологически повышенный уровень ауто-АТ к инсулину или инсулиновым рецепторам (что характерно для сахарного диабета), передает эти особенности своему ребенку, которые могут сохраняться до 4-6-летнего возраста, являясь фактором риска развития диабета. Можно полагать, что неоднократно отмечавшаяся повышенная склонность детей к развитию тех же форм патологии (эндокринных, почечных, сердечных, суставных и др.), которые имелись у их матерей, часто базируется на феномене эпигенетического иммунного импринтинга.

Кратко резюмируем. Какую же полезную клиническую информацию можно извлечь из сказанного?

Во-первых, оценка содержания эмбриотропных ауто-АТ у женщины, готовящейся к беременности, в случае нужды позволяет заблаговременно провести корригирующие мероприятия и создать оптимальные условия для внутриутробного развития эмбриона и плода.

Во-вторых, имея возможность оценить содержание кардиотропных, гепатотропных, нейротропных и иных ауто-АТ у новорожденного или ребенка первых недель жизни - своего рода "иммунный паспорт новорожденного" - можно выявить назревающие проблемы со здоровьем ребенка заблаговременно; до того, как они проявятся клинически.

Важно только не ограничиваться пониманием наших потенциальных возможностей, но активно использовать их в реальной, а не прокламируемой профилактической медицине. Тем более, что соответствующие методы разработаны, успешно апробированы и имеют разрешение Минздрава РФ на практическое использование.

Полтавская Е.Ю.,
научный сотрудник Российского университета дружбы народов

Пономарева А.Г.,
д.м.н., профессор, факультета повышения квалификации медицинских работников,
кафедра психотерапии и наркологии Российского университета дружбы народов.

НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У СПОРТСМЕНОВИ ПУТИ ИХ ФИТОКОРРЕКЦИИ

Ухудшения состояния здоровья отмечается в большинстве групп населения, в том числе у лиц, занимающихся спортом. При этом значительные изменения происходят в репродуктивной системе. Многие качества физического здоровья передаются по наследству, и потому особенно настораживает нарушение репродуктивной системы у спортсменов.

Современные тренировочные и соревновательные нагрузки предъявляют повышенные требования к организму спортсменок. Тренировочные и соревновательные нагрузки обуславливают нарушение гомеостаза покоя и приводят к активации, специфических гомеостатических механизмов, и общей неспецифической адаптации со всеми характерными гормональными изменениями (ВируА.А. 1977г.).

В связи с этим нельзя не предположить, что женщины-спортсменки которые чаще подвергаются воздействию ряда указанных факторов могут составлять группу повышенного риска по развитию патологии репродуктивной системы. Одной из активных проблем в спортивной медицине является восстановления репродуктивного здоровья средствами натурокоррекции.

За последние годы, по данным медицинского Управления Центра спортивной подготовки сборных команд России, на ведущие позиции претендуют заболевания иммунной системы, урогенитальной сферы, аллергопатология (Санинский В.И. 2005г.).

В последние годы становится все более очевидным, что эндокринные изменения в женском организме, обусловленные нарушением функции яичников, имеют непосредственную связь со многими заболеваниями и синдромами, встречающимися в гинекологической, терапевтической и даже хирургической практике. Недостаточность функции яичников, проявляющаяся преимущественно в лютеиновой фазе и сопровождающаяся хронической ановуляцией. Это обусловливает многообразные нарушения менструального цикла, и провоцирует бесплодие, а также имеет системные последствия для организма, играя существенную роль в развитии остеопороза и онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы (Демина Е.А., Махова Е.Е. 2001г.).

Соревновательная деятельность способствует выработки эндорфинов. Возрастающие концентрации бета-эндорфина приводят к уменьшению выделения дофамина, вследствие чего нарушается циклическая секреция ЛГ. В результате нарушается процесс фолликулогенеза в яичниках и развивается кистозная атрезия фолликулов. В кистозно-атрезирующихся фолликулах нарушается синтез стероидов в сторону уменьшения образования конечного продукта эстрогенов и накопления его предшественников - андрогенов (Калинина Н.А. 2004г.).

Воздействие повышенного уровня андрогенов на яичник приводит к увеличению числа атрезирующих фолликулов, утолщению капсулы и коркового слоя стромы, т.е. формирует поликистоз яичников - морфологического субстрата нарушений менструального цикла и гиперандрогении (Калинина Н.А. 1998г.).

При изучении работоспособности и самочувствия женщин - пловцов при участии в соревнованиях во время менструального цикла выявлено, что 78.6% отмечена нерегулярность менструального цикла и обильные кровотечения, и другие менструальные синдромы (Артюкова О.В. 1997г.).

Вызывает определенную настороженность рост хронической воспалительной инфекционной урогенитальной патологии. Так у биатлонисток в 87 % - лейкоцитоз в мазках из влагалища и вагинит, эндометрит, овариит, а у мужчин 100% простатит. Отмечается скрытость проявлений хронической воспалительной инфекционной урогенитальной патологии (Санинский В.И. 2005г.).

Гиперандрогенные нарушения репродуктивной системы наиболее часто встречаются у женщин, занимающейся тяжелой атлетикой, единоборствами. Спортсменки имеют следующие особенности, обусловленные гиперандрогенией: маскулинизация фигуры, кожные проявления андрогении (acnae vulgaris) , гирсутизм и нарушения менструальной функции по типу олигоменореи (Калинина Н.А. 2004г.).

Одной из главных причин нарушения репродуктивной функции у женщин - спортсменок высокой квалификации является нерационально проводимые ежедневные физические нагрузки. Основными признаками нарушений репродуктивной функции у женщин спортсменок высоких достижений является изменения менструальной функции, сочетающийся со сниженной способностью к оплодотворению, нарушением сексуальной функции и отставанием в развитии органов мишеней.

Существует естественный и выраженный резерв повышения адаптивных возможностей организма спортсменок с нарушенной менструальной функцией за счет более значительной выработки гормонов, обладающих анаболическим действием, в условиях максимальной нагрузки. Изменения гормонального фона у женщин - спортсменок высокой квалификации является одной из основных причин развития фетоплацентарной недостаточности, что неблагоприятно сказывается на течения и исход беременности (Сологуб В.В. 1989г.).

Установлено, что уровень эстрогенов, тестостерона и пролактина в сыворотке крови спортсменок с нарушенной менструальной функцией ниже, чем с ненарушенной менструальной функцией. Самое высокое содержание гормонов наблюдается до и после физической нагрузке в группе спортсменок с ненарушенной менструальной функцией. Исследования свидетельствуют о значительных резервных возможностях организма спортсменок с ненарушенной менструальной функцией противостоять катаболическому действию высоких нагрузок через повышения уровня естественных стероидных гормонов, обладающих анаболическим действием (Сологуб В.В. 1989г.).

Из литературы известно, что фитоэстрогены, обладают преимущественно эстрогенными влияниями, и могут проявлять свойства, как ингибиторов, так и стимуляторов роста клеток. Характер действия для фитоэстрогеннов зависит также от их концентрации: при её высоких значениях преобладает эстрогенное влияние, при низких-антиэстрогенное. Натурокоррекция заключается в устранение гормональных изменений влияющих на качество тренировочного процесса. Многокомпонентные фитокомпозиции из лекарственных трав, применяемые по методу фитогомеопатии позволяют с коррегировать нарушение функции больного организма, улучшить общее состояние, повысить защитные силы общего и местного иммунитета. По данным Беляевой А.В. (2003 - 2004гг.) фиточай "Афродита" снижает выраженные боли при менструальном синдроме через 10-30 минут, а прием фиточая за 3-6 дней до menses снижает интенсивность болевого синдрома до и во время менструации. 2-5 курса приема фиточая приводят к нормализации и регуляции " месячных очищений" отсутствию менструального и предменструального синдрома. (Пономарева А.Г., Медведев В.М., Беляева А.В. 2004г.). Фитотерапия имеет значительное преимущество, как в коррекции менструального цикла, так и в комплексном лечении неспецифических воспалительных заболеваний гениталий.

Который сопровождается дисбактериозом вызваным предшествовавшим применение антибиотиков. Лечение химическими препаратами также приводит к дисбактериозу и нарушениям гомеостаза.

По данным РАМН, почти 90% населения России в той или иной мере страдает дисбиозом (ШендеровБ.А. 1998г.), что свидетельствует о важности изучения данной проблемы. В современных условиях жизнедеятельности человека дисбактериоз - нарушение состава микрофлоры слизистых является частым симптомом, обусловленным воздействием экологического загрязнения окружающей среды на регуляторные, адаптационные и защитные процессы в организме человека. Здоровая симбионтная микрофлора - это высокочувствительная индикаторная система, мгновенно реагирующая качественными и количественными сдвигами своего состава на изменение экологических условий. Количество постоянной защитной микрофлоры изменяется вплоть до полного исчезновения (элиминации). Это приводит к бурному развитию болезнетворной флоры, дрожжеподобных грибов и грибов рода Кандида, что указывает на возникновение острого дисбактежриоза. (Ермишина И.Г. 2004г.). Экологическое загрязнение организма включая употребление антимикробных и психоактивных веществ приводит к снижению иммунологической защиты ирепродуктивной функции населения как у мужчин , так и у женщин. Мы рекомендуем включать в комплексное лечение инфекционных заболеваний фитокомпозиции "Мономах" и " Афродита" для коррекции дисбиотических нарушений и сохранения целостной системы регуляции организма.

Фитокоррекция способствует устранению гормональных нарушений и ликвидации патогенной микрофлоры и очищение организма от других токсических веществ, снижающих уровень иммунологической защиты, и нарушающих функции репродукции.

Следовательно, нарушение репродуктивного здоровья населения нуждается в коррекции, с помощью фитотерапии малых доз. Фиточаями серии " Русской природной аптеки". Фитотерапия издавна используется народом, но современная экологическая обстановка вносит определенные коррективы в ее использование.

Пономарева А.Г., ,
д.м.н., профессор, факультета повышения квалификации медицинских работников, кафедра психотерапии и наркологии Российского университета дружбы народов.

Медведев В.М.,
к.м.н., доцент, заведующий кафедрой психотерапии и наркологии, факультета повышения квалификации медицинских работников, кафедра психотерапии и наркологии Российского университета дружбы народов.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Современные условия существования человека приводят к снижению репродуктивных функций, как у мужчин, так и у женщин. Снижение сперматогенной функции у мужчин отмечается уже с 1970 года. За последние годы в качестве основных типов нарушений репродуктивной функции у человека рассматриваются следующие: патология сперматогенеза, нарушения менструального цикла, эректильные дисфункции, бесплодие, патологические изменения у потомства (А.Никитин 2005).

На современном этапе развития общества дальнейшее снижение показателей внутриутробной заболеваемости, перинатальной и ранней детской смертности в большей степени зависят от снижения частоты патологических зачатий, это зависит от здоровья женщин и мужчин изначально.

Корни патологий вызывающие гибель половых клеток и зародышей в значительной степени связаны с влиянием средовых и производственных факторов. Изучая донозологические состояния у населения, мы сконструировали фитокомпозиции необходимые для коррекции функциональных нарушений целостной функциональной активности организма человека. В растениях определены биологические активные соединения, обладающие способностью модифицировать действие эндогенных эстрогенов (Nikov G et al. 2000). Опыт использования в медицинской практике в виде аналогов в заместительной гормональной терапии при лечении опухолевых процессов, в том числе - в молочной железы и простаты, пищевых растительных смесей и добавок, содержащих соединения с эстрогенной активностью. По биохимической структуре и биохимическому действию это изофлавоноиды и лиганды обладающие эстрогенными свойствами. В настоящее время описаны несколько десятков тысяч гормоноподобных соединений. Под влиянием микрофлоры кишечника изофлавоноиды подвергаются метаболизму, в результате чего образуются соединения с эстрогенной активностью: формононетин, дэйдзеин, генистеин, биоканин-А и др. (Никитин А.И. 2005). Фитоэстрогены при их избытке быстро выводятся из организма в виде комплексов с глюкороновой кислотой (Aldercreutz H. 1997).

Характер действия фитоэстрогенов зависит от их концентрации. Для коррекции функционального состояния организма мы предлагаем фитотерапию малых доз (Пономарева А.Г., Медведев В.М. 2005). Предлагаемые фитокомпозиции способствуют очищению и коррекции функциональных нарушений при вредных воздействиях окружающей среды. Первый этап загрязнения - бронхо-легочная система. Для коррекции нарушений функции дыхания при воздействии производственных вредностей и микробной интоксикации и связанных с ними аллергических состояний, предупреждение злоупотребления никотином мы предлагаем фитокомпозицию "Колдунок", состоящую из цветов календулы и пижмы, корней солодки и девясила, травы зверобоя и крапивы. Фиточай содержит натуральные биологически активные комплексы растительного происхождения: витамины, флавоноиды, слизистые вещества, органические кислоты, а также макро- и микроэлементы (медь, калий, магний, цинк и др.).

Использование фиточая позволяет облегчить процесс дыхания, очистить легкие и бронхи, избавиться от кашля, хрипов и одышки, уменьшить раздражительность, снизить влечение к никотину.

Фиточай прошел клинические испытания на кафедре психотерапии и наркологии ФПК МР РУДН и НИИ наркологии МЗ РФ.

Курение во многом обусловлено стрессом и в дополнение к комплексному лечению никотиновой зависимости и для профилактики курения мы рекомендуем фитокомпозицию "Благовест". Биологически активная добавка к пище Фиточай "Благовест" (релаксатор) - это специально обработанная многокомпонентная смесь лекарственных растений, ведущими компонентами которой являются шиповник, боярышник, кориандр, календула, крапива, кора дуба.

Настой фиточая содержит натуральные биологически активные вещества растительного происхождения: Флавоноиды, эфирные масла, витамины В 1, В 2, К, Р, Е, С, органические кислоты, а также медь, калий, магний, цинк в гомеопатических дозах.

Отличительной особенностью фиточая "Благовест" является одновременное действие как на центральную, так и на вегетативную нервную систему. Это позволяет наиболее полно нейтрализовать влияние дистресса на организм, снять эмоциональное перенапряжение.

Фиточай "Благовест" применяется как мягкое успокаивающее средство, он улучшает сон, устраняет вегетативные расстройства, оказывает общеукрепляющее действие. Прем фиточая способствует повышению адаптации к различным стрессовым состояниям, оказывает общеукрепляющее действие, улучшает кровообращение в сосудах головного мозга, препятствует развитию неврастении и психастении, повышает общую сопротивляемость организма.

Использование химических препаратов для коррекции вышеуказанных состояний приводит к развитию аллергических, онкологических и иммунодефицитных состояний. Использование же растений наоборот, способствует очищению организма от чужеродных веществ и коррекции иммунологической защиты. Химические препараты ухудшают состояние слизистой желудочно-кишечного тракта, включая печень, кишечник и микрофлору. Мы предлагаем биологически активную добавку к пище Фиточай "Мономах" (иммуномодулятор и системный очиститель ЖКТ). Это многокомпонентная смесь лекарственных трав в виде фиточая, ведущими компонентами которой являются пустырник, шалфей, череда, крапива, шиповник, ромашка, лист брусники, эвкалипт, пижма, тысячелистник.

Настой фиточая содержит флавоноиды, эфирные масла, антимикробные биологические вещества, витамины В1, В2, К, Р, Е, С, макро- и микроэлементы растительного происхождения.

Фиточай очищает желудочно-кишечный тракт, восстанавливает иммунологическую защиту и процессы адаптации, стимулирует работу органов выведения, оказывает противовоспалительное, дезинтоксикационное и общеукрепляющее действие, снимает негативные последствия применения антибиотиков, сульфаниламидов и других химических лекарственных веществ.

Показания к применению фитокомпозиции: нарушения пищеварения, дисбиоз кишечника, боли в право подреберье, горечь и сухость во рту, ВСД по гипотоническому типу, туберкулез легких (в составе комплексного лечения) длительный прием химических препаратов. Фиточай "Мономах" прошел клинические испытания в Центральном НИИ туберкулеза РАМН, на кафедре психотерапии наркологии ФПК МР РУДН и на кафедре акушерства и гинекологии МГМСУ.

Фиточай "Мономах" рекомендован к применению в составе комплексной терапии при туберкулезе легких, заболеваниях органов пищеварения, мочеполовой системы, при длительной химиотерапии инфекционных заболеваний.

Репродуктивная функция женщин при заболеваниях мочеполовой системы и других инфекционных заболеваний страдает в большей степени. Длительное использование химиотерапевтических препаратов приводит к нарушению функций выведения, снижению иммунитета, нарушению менструального цикла, как показателя полноценности репродуктивной активности и восходящей инфекции вызванной условно-патогенной флоры. Для коррекции этих состояний мы предлагаем Фиточай "Богиня красоты - Афродита". Биологически активная добавка к пище Фиточай "Богиня красоты - Афродита" (женский гигиенический) - это многокомпонентная смесь лекарственных растений, ведущими компонентами которой являются: ромашка, календула, пустырник, кора дуба, шалфей, подорожник, эвкалипт.

В состав фиточая входят антимикробные и противовоспалительные биологически активные вещества, витамины и микроэлементы, флавоноиды, органические кислоты и гликозиды естественного растительного происхождения.

Фиточай очищает мочеполовую систему, восстанавливает местную иммунологическую защиту, уменьшает явления дисбактериоза.

Настой фиточая обладает ранозаживляющим действием, восстанавливает саморегуляцию и нормализует функции органов дезинтоксикации и выделения, восстанавливает менструальный цикл.

Показания к применению: заболевания мочеполовой системы, дисбактериоз слизистых кишечника и влагалища, ВСД по гипертоническому типу, гигиена половой жизни.

Фиточай прошел клинические испытания на кафедре акушерства и гинекологии МГМСУ.

Фиточай "Богиня красоты - Афродита" может быть рекомендован в качестве очищающего, антимикробного, противовоспалительного, ранозаживляющего и мягкого гипотензивного средства.

При интоксикации вредными веществами, снижении иммунной защиты, дисбактериоз и развитие условно-патогенной микрофлоры, вызывают так же определенные нарушения у мужчин. Для коррекции этих состояний мы предлагаем фиточай "Гусарский" (антисептический) - это специально обработанная многокомпонентная смесь лекарственных растений, ведущими компонентами которой являются крапива, ромашка, череда, шалфей, чабрец, элеутерококк.

Настой из растений содержит натуральные биологически активные вещества растительного происхождения флавоноиды, витамины Р, К, С, а также макро- и микроэлементы.

Употребление фиточая позволяет нейтрализовать случайную патогенную микрофлору и восстановить нарушенные функции органов, не подвергаясь риску развития дисбактериоза. Фиточай обладает тонизирующим, противовоспалительным, мягким мочегонным действием и способствует усилению секреторной активности предстательной железы, улучшает потенцию.

Показания к применению: неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы, простатит, цистит, уретрит, пиелонефрит, ВСД по гипотоническому типу.

Фиточай прошел клинические испытания на кафедре психотерапии и наркологии ФПК МР РУДН, кафедре акушерства и гинекологии МГМСУ.

Фиточай "Гусарский" может быть рекомендован в клинической практике как общеукрепляющее и тонизирующее средство, оказывающее мягкое противовоспалительное и антибактериальное действие.

Разрушение организма человека (как мужчин, так и женщин) под действием алкоголя привлекает внимание всех ученых мира. Согласно заключению Всемирной организации здравоохранения опасным для здоровья нации уровнем употребления следует считать 8 литров в год (Герасименко Н.Ф. 2001), а в России в конце XX века оно составляло 13-18 литров в год (в 1987 - 3,9 литра). При приеме алкоголя во время беременности и до ее наступления реализуется токсическое действие его на половые клетки. Кроме того, угроза прерывания и спонтанные аборты имеют место в 4-5 раз чаще, а мертворождаемость в 6-7 раз чаще, чем у непьющих (Пащенков С.З. 1981; Тимошенко Л.В. с соавт. 1987). Большую проблему составляет угроза врожденных уродств. Блок сперматогенеза отмечен у 50% мужчин потребляющих 8-160 грамм алкоголя, и у 75% мужчин потребляющих свыше 160 грамм ежедневно (Payarinen J. 1996). Для предотвращения злоупотребления алкоголем и ликвидации последствий его воздействия на организм мы предлагаем широкомасштабное использование населением фиточая "Петрович". Фиточай содержит экстракты календулы, зверобоя, боярышника, шиповника, пустырника, пижмы, шалфея, чабреца, ромашки, корня левзеи, солодки, девясила.

Витамины и минералы, содержащиеся в напитке, хорошо усваиваются, способствуют нормализации гликолитического обмена. Напиток снижает влечение к алкоголю, прекрасно утоляет жажду, способствует улучшению сна, снимает симптомы интоксикации при злоупотреблении алкоголем, тонизирует, повышает уровень адаптации при стрессах. Клинические испытания фиточая успешно прошли в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ, Наркологической больнице № 17, Российском Университете Дружбы Народов, Психиатрической клинической больнице № 1 им. Н.А.Алексеева, Институте человека РАН.

Избыточный вес, адинамия, неправильное неполноценное питание нарушают функциональную активность как женщин так и мужчин. Для предотвращения этих состояний мы рекомендуем фиточай "Тростиночка" (корректор обмена веществ и активатор физической активности) - это специально обработанная многокомпонентная смесь лекарственных растений, ведущими компонентами которой являются: боярышник, зверобой, пустырник, шиповник, солодка, брусника, череда.

В сборе лекарственных трав содержится комплекс биологически активных веществ: флавоноиды, витамины, макро- и микроэлементы, органические кислоты и гликозиды.

Травы, входящие в состав фиточая устраняют гипоксию, нормализуют энергетический и регулируют гликолитический обмен, обладают лимфодренажными свойствами, что способствует выходу токсинов из межклеточного пространства и удалению их из организма.

Нами разработаны различные формы использования напитков из представленных фитокомпозиций. Эти напитки могут служить альтернативой использования алкогольных напитков, приводящих к резкому сокращению репродуктивного здоровья населения. Широкое использование этих напитков в объектах культурно-массового общения населения организуемого муниципальным округом могут способствовать восстановлению здоровья, включая репродуктивное населения города Москвы. Мы предлагаем организацию фитобаров, диетбаров и обучение населения использованию этих фитокомпозиций для восстановления здоровья в современных условиях экологического загрязнения.

Литература:

1. Вишневский А.С., Сафронникова Н.Р., Нурмухамедов А.И. и др.// Акушерство и гинекология.- 2002. вып.1, с.68-73.

2. Герасименко Н.Ф. //Медицинские ведомости. -2001.- № 3.- с.6.

3. Никитин А.И. Вредные факторы среды и репродуктивная система человека (ответственность перед будущими поколениями). - СПб.: "ЭЛБИ-СПб.". - 2005. - 216 с.

4. Пащенков С.З.// Акушерство и гинекология. -1981.- № 1.- С. 35-36.

5. Пономарева А.Г., Медведев В.М. Фитотерапия малых доз при заболеваниях бронхолегочной системы// Традиционная медицина.- 2005.-№ 2.- С. 26-28.

6. Тимошенко Л.В., Скакун Г.К. Алкогольный синдром плода. Киев.: Здоровья. - 1987, 112 с.

7. Aldercreutz H.// Ann. Med.J. 1997, v.29, p.95-120.

8. Nikov G.,Hopkins N.E., Bour S., Alworth W.L.// Environ. Health Persp. 2000, v.108, p.867-872.

9. Payarinen J., Karhunen P.J., Savolainen V. et al. //Alcohol. Clin. Exp. Res. 1996, v. 20, p. 332-337.

Реут Д.В,
к.т.н., доцент по кафедре, НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова,
действительный член Международной общественной Академии экологической безопасности и природопользования (МОАЭБП).

О ПРИНЦИПАХ КООРДИНАЦИИ МЕР ПО БОРЬБЕ С ДЕПОПУЛЯЦИЕЙ

За советские годы сформировалась стереотипная реакция органов власти на любой вызов современности, состоящая в незначительном перераспределении бюджета и мобилизации неширокой палитры воспитательных средств в отношении пассивного населения. За этим обычно следует полуоправдание - полупризнание "хотели как лучше, а получилось как всегда", а проблема либо рассасывается сама, либо ее теми же средствами "решает" очередной состав органов власти.

Однако явление депопуляции является из ряда вон выходящим, и очевидность его грозных последствий (с развитием событий по Югославскому варианту) заставляет искать нестандартные ходы с целью взятия ситуации под контроль.

Катастрофа разразилась, и прежде всего целесообразно оценить ее масштабы - ведь размах принимаемых мер должен соответствовать размерам бедствия. Так, если в трюм корабля поступает вода, ищут пробоину и определяют ее размеры с целью выбора стратегии спасения. Воду далеко не всегда успевают вычерпать ложкой. Иногда приходится применять помпу или даже задраивать отсек и бороться за живучесть корабля в целом, подавая сигналы "SOS".

Борьба с депопуляцией в масштабах округа будет эффективной или хотя бы осмысленной только в координации с мерами в остальных округах и других единицах административного деления некоего целого. В противном случае мы рискуем повторить анекдотическую ситуацию из новейшей истории Китая, в котором в годы культурной революции для скорейшего развития металлургической промышленности каждой семье было предписано добывать железную руду, строить у себя во дворе железоплавильную печь, выплавлять металл и сдавать его государству для дальнейшего централизованного использования.

Итак, зададимся вопросом о размерах и составе ЦЕЛОГО, пораженного депопуляцией. Каковы границы этого целого? На основании открытых публикаций нетрудно видеть, что таковым ЦЕЛЫМ является вся совокупность стран Европейской (в широком смысле, включая США и Израиль) культуры. Титульные нации этих стран динамично замещаются принадлежащими традиционным культурам соседями. Эти данные не новы, но все попытки объяснить их в контексте образованности и уровня благосостояния "просвещенных" народов Европы и северной Америки не дали связных результатов и ориентиров к действию.

Первый и очень важный вывод из сказанного состоит в том, что для преодоления депопуляции требуется нечто такое, что СЕГОДНЯ В АКТУАЛЬНОМ ВИДЕ ОТСУТСТВУЕТ НЕ ТОЛЬКО В РОССИЙСКОЙ, НО И В ЕВРОПЕЙСКОЙ (В ШИРОКОМ СМЫСЛЕ) КУЛЬТУРЕ. Поэтому обмен опытом с Европой не есть решение проблемы. И самоуспокоение, основанное на том, что Европа тоже испытывает депопуляцию, но "не паникует", напоминает сравнение комфортности мест на палубе тонущего "Титаника".

Участие автора в российских и международных конференциях [1-18] позволяет утверждать, что в европейском научном дискурсе[1] малоизвестен даже термин, обозначающий воспроизводство жизни - ПРОКРЕАЦИЯ. Термин "прокреационный" появился в отечественном медицинско-философском дискурсе, по-видимому, в работе [1]. Здесь мы будем понимать его в расширительном значении - не просто жизневоспроизводящий, но - предшествующий и способствующий воспроизводству жизни.

[1] "...дискурс - это, во-первых, указание на определенный подход к изучению, во-вторых, выражение в языке интересующего исследователя явления ... , в-третьих, дискурс позволяет понять, как исследователь считает возможным воздействовать (влиять) на рассматриваемое им явление" [19]

Культурное табу новейшего европейского менталитета на внимание к расовым вопросам явилось одним из прямых последствий Второй мировой войны. Предполагалось, что это табу станет форпостом коллективной безопасности и порукой нерушимости послевоенных границ в Европе. В результате этого не сформировался современный операционально состоятельный дискурс, позволяющий дифференцировано анализировать демографическую ситуацию в контексте широко развернутых социальных преобразований с их лишь постепенно проявляющимися, зачастую неожиданными, последствиями. В результате не сформировался соответствующий научный предмет. Общественные науки Европоориентированного мира оказались не готовы обеспечить стратегов адекватными концепциями, эффективными средствами анализа и синтеза обсуждаемой ситуации и/или рекомендациями. Поэтому не была подготовлена база для строительства практико-ориентированного социального института, ответственного за послевоенный демографический status quo и стратегию демографичекого баланса. Таким образом, отсутствие дискурса как пространства теоретического анализа не позволило сконструировать механизмы стабилизации. Затруднительно проектировать то, для выражения чего не найдены общеупотребительные термины, дефиниции, представления и понятия.

Возникает вопрос - почему отсутствие развитого прокреационного дискурса создает катастрофические условия для одних персонажей геополитического плацдарма и вполне приемлемые - для других? В самом деле, по прогнозу иорданского социолога и журналиста Файада Хусейна (перепечатанному в [20]) к 2025 г. численность мусульман в мире уверенно превзойдет численность народов христианской культуры: 30% против 26% (в 2000 г. было всего 19,2% против 29,9%). Если и можно усомневать конкретные цифры, то общая тенденция представляется правдоподобной.

Дело в том, что по мере однонаправленного развития цивилизации (т.е. "прогресса", в котором с точки зрения обсуждаемой проблемы важен аспект оискуствления) естественные аспекты бытия человека вытесняются и деградируют. Это относится и к прокреационному механизму любого народа. Конечно, имеется в виду не столько биологическая способность иметь потомство (которая в любом сообществе используется далеко не полностью), сколько консервативная в своей основе совокупность народных традиций и обыкновений, мажорируемая прямыми и косвенными мерами государственного регулирования. Европейское сообщество дальше других продвинулось по пути оискусствления человеческого бытия. Степень подавленности его прокреационной функции ясно отражается в зеркале официальной демографической статистики: уже давно воспроизводство европейского населения перестало быть расширенным. В России данный процесс начал проявляться в годы революции и демонстрирует четко выраженные провалы в периоды войн и подстегивающих прогресс поворотов государственной политики [21].

Геостратегические оппоненты Европоориентированного мира сохранили естественный прокреационный механизм в то время как Европа его утратила. "Обогнав" мир, она оказалась перед дилеммой: разделить участь Римской и Византийской империй или срочно протезировать собственный прокреационный механизм.

Далее естественно задаться вопросом - в чем состоит этот механизм? Какая черта традиционных культур позволяет их носителям сохранять ПРОКРЕАЦИОННУЮ СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ, в то время, как народы "просвещенной" Европейской культуры не в состоянии удержать свои демографические позиции? Это происходит потому, что ЦЕНТР ПРОКРЕАЦИОННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ этих геостратегических оппонентов занимает разное положение в социумальной структуре.

В традиционных культурах ответственность за воспроизводство жизни лежит на семье, и ни одна форма правления, включая деспотии, не покушается на эту ответственность и на сосредоточенный в семье прокреационный потенциал. Семья традиционной культуры воспроизводится под страхом голодной и бездомной смерти в старости. Поэтому, в частности, "просветительские" идеи планирования семьи не имеют особого успеха в развивающихся странах.

В "просвещенной" европейской культуре (включая российскую) прокреационный потенциал экстрагирован из семьи и обобществлен. Просвещенная женщина социализирована, эмансипирована и включена в производственно-потребительский цикл. Ее время и усилия направлены в значительной мере на государственное строительство. Зато к услугам просвещенной семьи - ясли, детские сады, школы-интернаты, бесплатное медицинское обслуживание и образование, социальное обеспечение в старости. Прокреация перестала осознаваться как естественная потребность семьи.

Ответственность за ее неисполнение для членов просвещенной семьи наступает после выхода на пенсию, когда "социальный наркоз" потребительского общества перестает уравновешивать инфляцию социальных гарантий. Семья и государство являются не совпадающими между собой субъектами, поэтому интересы и цели их - различны, а обратная связь со стороны семьи не является для государства значимой.

Расплата за просветительский европейский социальный эксперимент для осуществивших его коллективных субъектов оказалась отсроченной от его начала на сотни лет и выразилась в наблюдающемся сегодня вытеснении стран европейской культуры с мировой арены, ярким примером чего является трагедия Югославии и неутихающие проявления международного терроризма [22]. Изменение положения центра прокреационной ответственности в структуре социума стоило европейской культуре прокреационной состоятельности и - в среднесрочной перспективе - места под солнцем. Европейский мир утратил прокреационную состоятельность, в то время как мир традиционных культур ее сохранил.

Повернуть вспять культурное развитие вряд ли возможно, поэтому должны быть срочно изысканы средства "протезирования" прокреационной функции стран европейской культуры. В этом и состоит социальный заказ, значимость которого только начинает осознаваться в Европейском мире.

В качестве одного из направлений "прокреационного протезирования" предлагается включение демографии в контур социального управления. Прокреационная рамка должна стать объемлющей для построения междисциплоинарного и межотраслевого (межсекторального) взаимодействия в решении стратегических проблем коллективных субъектов. Например, прокреация оказывается фундаментальным теоретико-методологических основанием построения междисциплинарного и межотраслевого взаимодействия в решении проблем городов и других территориально-поселенческих объектов. Проблемы эти должны решаться таким образом, чтобы обеспечить желаемую интенсивность миграционных потоков в краткосрочной перспективе и желаемый уровень прокреации в долгосрочной перспективе.

Столь разнородные по своей природе экономика, социальное развитие, здравоохранение очевидным образом охватываются прокреационной рамкой [8, 11, 9].

Образование также имеет прокреацию предельной рамкой своей концептуализации. Современные социологические опросы свидетельствуют, что чем выше уровень образования семьи, тем меньше в ней детей. Но образование является не причиной указанного явления, а симптомом (индикатором). Современное европейское образование есть часть европейского проекта специализированного частичного человека. Оно отождествляет получающего его гражданина с весьма узко понимаемой функцией, востребованной сиюминутной конъюнктурой капиталистического рынка. Необходимость же базовой функции социума - прокреации - просвещенной Европой лишь декларируется. Но необходимый для ее осуществления прокреационный ресурс семьи, как уже говорилось, экстрагирован и растрачен. Лишились социального контекста и исчезли обыкновения многодетной семьи. В традиционных обществах прокреация осуществляется на уровне семьи традиционно, человек в них - целостен. Таким образом, современное европейское образование не является достойным сохранения идеалом. Должна быть разработана новая концепция образования, позволяющая современному человеку быть эффективным в социуме без утраты своей целостности, одним из аспектов которой является прокреационная функциональность.

Урбанизация сказывается на прокреации отрицательно: многодетная семья не находит себе места в мегаполисе [7]. Поэтому в целях сохранения прокреационной состоятельности страны на исторической арене развитие мегаполисов должно уравновешиваться развитием социально привлекательных сельских зон.

В качестве второго направления "прокреационного протезирования", неразрывно связанного с первым и даже включающего его в свой состав предлагается создание постнеклассических гуманитарных технологий, позволяющих решать задачи проектирования обыкновений многодетной семьи [23]. Постнеклассическая теория мифа - инструмент нового культурного строительства. И это культурное строительство (проектирование обыкновений) должно быть направлено на формирование прокерационно-корректного образа жизни [24, 25, 12, 15].

Что касается организационных форм осуществления междисциплинарного взаимодействия в социальном управлении сегодня, то их разработка и введение могут осуществляться лишь по-

этапно. В настоящее время ни на уровне европейского мира в целом, ни на уровне входящих в него государств нет социального института, ответственного за демографическую стратегию и реализующую ее прокреационную политику. Демографическая статистика безадресна. Существенным продвижением в нужном направлении стал бы институт гуманитарной экспертизы, направленной на масштабные социально значимые проекты [26].

С другой стороны, стихийно возникают и развиваются самодеятельные духовно-оздоровительные движения, опыт которых полезно изучать и использовать [27]. В странах центральной Европы, с их развитыми традициями общественных движений [28], эти движения могут со временем породить новые типы коллективных субъектов, в том числе, сетевой природы, которые станут организационными формами междисциплинарного взаимодействия.

Резюме

Таким образом, прокреационная проблема (и порожденная ею проблема депопуляции) не имеет решения вне контекста всей совокупности стран европейской культуры. Работа по борьбе с депопуляцией должна вестись координировано на основе прокреационной аксиологии. Она может основываться на широком движении "снизу" за здоровый образ жизни и опираться на осмысленную прокреационную политику, осуществляемую "сверху" и включающую демографическую статистику в контур как государственного, так и муниципального управления.

Литература

1. Романов Л.Е., Реут Д.В., Васина О.И. и др. Общественный центр "Жизниград" как форма институционализации проектного отношения к здоровью и субъект новой прокреационной политики. Сборник "Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты" (труды Всероссийской конференции "Здоровье как проблема гуманитарного знания". Институт человека РАН, 2002) М., 2003, с. 226-234

2. Реут Д.В. Рефлексивные горизонты субъекта общественного здоровья // Рефлексивные процессы и управление N2, том 4. 2004. С.48-59

3. Реут Д.В. Прокреационная ситуация и возможности управления ее развитием. Труды 5-й международной конференции "Когнитивный анализ и управление развитием ситуаций (CASC'2005)". Москва, 18-20 октября 2005 г., М.: Институт проблем управления РАН, с. 135-143

4. Реут Д.В. Развитие как "синоним" неустойчивости или: о пределах возможностей управления ситуациями. Труды 5-й международной конференции "Когнитивный анализ и управление развитием ситуаций (CASC'2005)". Москва, 18-20 октября 2005 г., М.: Институт проблем управления РАН, с. 31-38

5. Реут Д.В. Субъект экологической деятельности в постнеклассическом мире. Материалы Международной научно-практической конференции "Проблемы экологической безопасности и природопользования", выпуск 6, Том 2, М., 2005, с. 265-268

6. Реут Д.В. Прокреационный аспект системной безопасности коллективного субъекта в постнеклассическом мире. / Международный Научно-технический конгресс по безопасности. Доклады на тематических научно-практических конференциях и круглых столах. Россия, Москва, октябрь-ноябрь 2005 года - М.: "Научно-технический центр *Инженер*", 2005, с. 456-460

7. Реут Д.В. Соотношение прокреационной и экологической безопасности и роль мегаполиса в их обеспечении. / Международный Научно-технический конгресс по безопасности. Доклады на тематических научно-практических конференциях и круглых столах. Россия, Москва, октябрь-ноябрь 2005 года - М.: "Научно-технический центр *Инженер*", 2005, с. 473-475

8. Реут Д.В. Системный подход и проблематика общественного здоровья. Проблемы управления здравоохранением. 2005, № 6 (25), с. 35-40

9. Реут Д. В. Системный подход и основания прокреационной мета-экономики. Проблемы управления здравоохранением. 2005, № 6 (25), с. 64-71

10. Реут Д.В. Принцип субъектно-парциального дуализма в постнеклассической теории управления / "На пути к постнеклассическим концепциям управления" / Под ред. В.И.Аршинова и В.Е.Лепского - М.: Институт философии РАН, "Когито-Центр", 2005.- 266с., с. 212-225

11. Реут Д.В. Философия партнерской медицины и прокреационная мета-экономика. Переход на новую модель здравоохранения: медицинские и другие технологии: к 60-летию Поликлиники № 1 РАН / [ред.-сост. Г.П. Юрьев]. - М.: Наука, 2006, 256 с., с. 189-193

12. Реут Д.В. Образ жизни как сфера социального управления субъекта общественного здоровья / Социальное управление, коммуникация и социальные проектные технологии. Материалы Всероссийской конференции приуроченной к 75-летию со дня рождения профессора Тамары Моисеевны Дридзе, 5-6 октября 2005 г. Редколлегия А.В.Тихонов (отв. ред.), и др. - М.: Институт социологии РАН, 2006, С. 256-259

13. Реут Д.В. Прокреационная мета-шкала критериев качества жизни как гарантия устойчивости управления и самоуправления им. Повышение качества жизни населения - важнейшая проблема Российской федерации: Сборник научных докладов и статей по материалам III международного форума "Качество жизни: содружество науки, власти, бизнеса и общества". Часть I / НО Фонд "Социальная инноватика" // А.Г.Тюриков и др. - М.: Муниципальный мир, 2006. с. 364-374

14. Реут Д.В. Гипер-субъектное нормирование рефлексии как инструмент социального управления в целях преодоления депопуляции. Третья международная конференция по проблемам управления (20-22 июня 2006 года): Тезисы докладов в двух томах. Том 2. - М.: Институт проблем управления. 2006, с. 63

15. Реут Д.В. Прокреационно-деятельностный подход к построению концепции культуры / Первый Российский культурологический конгресс. Программа. Тезисы докладов - СПб: Эйдос, 2006, с. 96

16. Реут Д.В. Прокреация как базовая проблема европейской социологии / Тезисы докладов и выступлений на Всероссийском социологическом конгрессе "Глобализация и социальные изменения в современной России": в 16 т. - М.: Альфа-М, 2006. - Т.14. Социология здоровья. Социология права. Социологическое образование. С.49-52

17. Реут Д.В. Фактор экстремальности в управлении здравоохранением. Человек в экстремальных условиях: здоровье, надежность и реабилитация. Материалы пятого международного научно-практического конгресса. Москва, 16-20 октября 2006. М., 2006, с. 40-42

18. Реут Д.В. Прокреационная концепция здравоохранения. Россия: тенденции и перспективы развития. Выпуск 2. М.: ИНИОН РАН, 2006 г.

19. Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема В кн. Философия здоровья // Баксанский О.Е. и др. - ред., М.: ИФ РАН, 2001, 242 с., с. 34-60

20. Латухина К. Будет ли "Аль-Каида" править миром. Все ясно (http://vy.sf-online.ru). 2005, № 36 (46), с. 26-28

21. Башлачев В.А. Демография: Русский прорыв. Независимое исследование. М.: Белые альвы. 2004, 160 с.

22. Реут Д.В. Транс-глобализм: лемма миноритарных ресурсообладателей / Материалы международной научной конференции "От истории природы к истории общества: прошлое в настоящем и будущем", секция "Техногенез и ноосфера". Москва, 5-8 июня 2000. Приложение к Вестнику Российского философского общества, С. 30-32

23. Реут Д.В. Системно-антропологическая реконструкция мифа. В кн. Методологический фронтир 90-х. V чтения памяти Георгия Петровича Щедровицкого. М., 2000, с.89-125

24. Реут Д.В. К построению модели образа жизни / Труды 2-й международной конференции "Когнитивный анализ и управление развитием ситуаций (CASC'2002)". Москва, 4-6 ноября 2002 г., Т.1, М.: ИПУ РАН, С. 110-115

25. Реут Д.В. Образ жизни и здоровье: средовое обеспечение транс-глобализации / "Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты". Труды Всероссийской конференции "Здоровье как проблема гуманитарного знания". Институт человека РАН, апрель 2002. М., 2003, С. 85-90

26. Юдин Б.Г., Ашмарин И.И., Реут Д.В., Степанова Г.Б. Проект центра гуманитарных экспертиз. Повышение качества жизни населения - важнейшая проблема Российской федерации: Сборник научных докладов и статей по материалам III международного форума "Качество жизни: содружество науки, власти, бизнеса и общества". Часть II / НО Фонд "Социальная инноватика" // А.Г.Тюриков и др. - М.: Муниципальный мир, 2006. с. 103-108

27. Фокина Е.В., Реут Д.В. Разнотравье. М., 2002

28. Турен А. Возвращение человека действующего. - М.: Научный мир, 1998

ПОДДЕРЖКА И ВОЗВЫШЕНИЕ ИНСТИТУТА МНОГОДЕТНОЙ СЕМЬИ В МЕГАПОЛИСЕ

В данной работе предлагается и обосновывается новое направление социально-инженерной и научной деятельности в области общественного здравоохранения и управления им. Масштаб поднимаемой проблемы позволяет прогнозировать международный интерес к ней, который может вылиться в различные формы международного сотрудничества. Работа является развитием темы, обсуждаемой в публикации [1].

1. Обоснование актуальности темы

1.1. Заявленная в заголовке стратегия диктуется текущей геополитической ситуацией как вынужденный ход. Он актуален не только для России, теряющей от 700 тыс. до 1 млн жизней в год, но и для всего ареала европейской культуры, коренное население которого также динамично замещается принадлежащими традиционным культурам соседями. Пришельцы далеко не всегда склонны к ассимиляции. Достаточно вспомнить новейшую историю Югославии, эксцессы в пригородах Парижа, рост международного терроризма. Сдвиг демографического баланса влечет переформатирование политических претензий, что уменьшает степень устойчивости мирового развития. Россия осознает это первой, поскольку она ближе других европейских стран приблизилась к краю пропасти. Число детей, приходящихся на одну женщину, составляет в России 1,21, в то время, как простое воспроизводство населения требует значения 2,15 [2]. Но и развитые страны европейской культуры демонстрируют средний коэффициент рождаемости не более 2,0, чего явно недостаточно для простого воспроизводства титульных наций.

1.2. Из сказанного следует, что депопуляция и ее последствия не преодолеваются арсеналом средств, актуализированных сегодня во всей европейской культуре. "Панацеей" от депопуляции не обладает ни одна из европейских (в широком смысле - включая США и Израиль) стран при всем разнообразии в здравоохранении, экономике, политическом устройстве. Особо подчеркнем безосновательность характерных для России упований на спасительную силу западных медицинских и социальных технологий. Если они не спасают Западную Европу от депопуляции, то вряд ли спасут и Восточную.

Начавшийся в прошлом веке и набирающий темпы общеевропейский демографический обвал ставит страны европейской культуры перед выбором: уже в среднесрочной перспективе исчезнуть с мировой арены подобно Римской империи, либо найти принципиально новые пути развития. Детские люльки оказываются мощнее авианосцев и систем ПРО восточноевропейского базирования.

1.3. Сказанное является основанием для разворачивания широкой общеевропейской инициативы по выработке и реализации НОВОЙ ПРОКРЕАЦИОННОЙ[1] СТРАТЕГИИ. В этой разработке приглашаются принять равноправное участие страны, осознавшие нависшую демографическую угрозу. Настала пора прокреационного сотрудничества, подобного "Водяному Перемирию" в Книге Джунглей Киплинга. Противостояние НАТО и его геостратегических оппонентов утрачивает актуальность, поскольку, образно говоря, оно происходит на палубе тонущего "Титаника".

Успешная прокреация является тем фоном, на котором только и могут осуществляться традиционные или инновационные стратегии субъектов истории. Сиюминутный триумф не есть высшая ценность их развития, важнее неограниченно долго оставаться персонажами действующего на геополитическом плацдарме Европейского сообщества. Для разработки прокреационной стратегии необходимо привлечь, помимо чисто экономического и социологического инструментария, понятие человеческого капитала, адаптированное к представлениям общественного здоровья как инструментальной ценности и неразрывно связанное с ним понятие субъекта общественного здоровья [4,5]. Недаром французский физиократ XVIII века Ф. Кенэ вообще полагал экономику разделом медицины [6].

1.4. Поскольку предлагаемая инициатива способствует повышению устойчивости мирового развития, уместна ее презентация на уровне авторитетных международных организаций - ООН, ЮНЕСКО, Европраламента, Банка мирового развития и т.д. - в расчете на их поддержку.

2. Основное содержание программы "МНОГОДЕТНЫЙ МЕГАПОЛИС"

2.1. Словосочетание "МНОГОДЕТНЫЙ МЕГАПОЛИС" парадоксально. Вся история горо-

дов показывает, что крупный населенный пункт гасит прокреацию [7]. Ведь город есть средство оискусствления человеческой жизни, и этот многомерный процесс происходит целенаправленно, причем прокреация - хотя бы простая, а не расширенная - не обеспечивается социальными проектировщиками системно. Эту исторически сложившуюся вследствие дефицита материальных и финансовых ресурсов традицию предлагается перевернуть и спроектировать мегаполис, системно ориентированный именно на прокреацию. Конечно, глобальный дефицит ресурсов не преодолен. Однако сегодня происходит переоценка ценностей, и приоритет человеческих ресурсов над финансовыми и материальными становится все боле очевидным.

2.2. Почему средством целенаправленной прокреации избирается именно мегаполис, а не какой-либо иной объект социокультурного ландшафта? Ответ на этот вопрос дают исследования экологов: "... для того, чтобы человечество могло вписаться в "естественные" циклы биосферы, необходимо либо уменьшить число жителей планеты в 10 раз, либо сократить потребности каждого во столько же раз" [8]. Поскольку тот и другой путь утопичен, и резко отказаться от энергичной эксплуатации природных ресурсов человечество не готово, предлагаемые решения должны быть пространственно компактны. К тому же концентрация прокреационных процессов сокращает транзакционные издержки при медицинской, социальной, педагогической и технической поддержке прокреации.

2.3. Почему средством реализации "МНОГОДЕТНОГО МЕГАПОЛИСА" избрана программа, а не проект или объект? Методологическое программирование [9] используется в тех случаях, когда объект управления настолько сложен, что вследствие ограниченности наших знаний он не может быть представлен в виде достаточно (для гарантированного разрешения проблем) подробной модели в данный момент времени. Таковы сложные развивающиеся системы, в которых достаточно сильны процессы, неподконтрольные управляющему субъекту. Методологическая программа включает непрерывные или периодические анализ и исследование этих процессов и постоянную коррекцию предпринимаемых действий в соответствии с их результатами. Горизонт достоверного прогноза зависит от динамики развивающейся системы.

Процесс программирования включает итеративно повторяемую последовательность шагов. В самых общих чертах ее можно наметить следующим образом:

- целеполагание,
- индивидуальное и групповое самоопределение участников процесса программирования,
- анализ ситуации,
- проблематизация,
- депроблематизация (перевод проблем в организационные, научные и технические задачи[2]),
- разработка проектов и - далее - планов,
- реализация.

"... функция проекта состоит в задании представления о конечном результате деятельности. В отличие от проекта, программа ориентирована, прежде всего, на задание представления о самом процессе деятельности" [10]. Программа, в отличие от проекта, не имеет четкого обозначенного момента окончания. Процесс программирования начинается до начала реализации программы и продолжается (с коррекциями) по ее ходу, выливаясь в конкретные проекты и жесткие планы - по мере того, как выявляемые проблемы превращаются силами разработчиков программы в задачи.

Поскольку программа "МНОГОДЕТНЫЙ МЕГАПОЛИС" заведомо обширна, она мыслится в идеале как международная, ее отдельные элементы будут разрабатываться, реализовываться и испытываться в разных странах на основе международного разделения труда. Так что она заслуживает наименования "мегапрограммы". Со временем ее частный результат может быть конфигурирован в типовой мегапроект "МНОГОДЕТНЫЙ МЕГАПОЛИС", рекомендованный международными экспертами к внедрению. Не исключено, что мегапроект окажется вариативным. Например, проект может быть ориентирован на возможность многократного расширения города либо на сменность контингента его жителей.

2.4. Рассмотрим окружение европейской прокреационной мегапрограммы. По наблюдению исследователей [2], "... после взрывного роста, население мира внезапно переходит к ограниченному воспроизводству и круто меняет характер своего развития". Однако, указанный демографический переход происходит в странах разных культур далеко не одновременно.

Мы полагаем, что эта разновременность связана с различиями в устройстве прокреационного механизма. У народов традиционных культур ресурсы прокреационной деятельности и от-

ветственность за ее надлежащее осуществление максимально децентрализованы и лежат на уровне семьи. Вследствие отсутствия институтов социального обеспечения ее неисполнение карается для каждого конкретного человека голодной и бездомной старостью. В противоположность им народы "просвещенных" культур экстрагировали свой прокреационный потенциал с этого базового уровня включением женщины в общественное производство, централизовали его и номинально возложили прокреационную ответственность на правительства. В обществе возникли институты централизованного воспитания, образования и социализации, а также социального обеспечения деторождения и старости. Сегодня выясняется, что обобществленный ресурс в значительной степени употреблен на нужды государственного строительства. Результатами европейского просвещенческого эксперимента явились временные геостратегические преимущества и ускорение прогресса при одновременном истощении прокреационного потенциала народов Европы в целом. Здесь, конечно, имеется в виду не столько физическая способность иметь детей, которая в любом социуме используется далеко не полностью, сколько вырабатываемая веками система обыкновений, закрепленная в социокультурных ландшафтах, предписывающая вполне определенную "детность" семьи. Процесс депопуляции протекает в "слепом пятне" общественного сознания. Некоторые исследователи связывают такое положение с феноменом "бессубъектности" [11] современного общества (в первую очередь - российского).

Рост информатизации и благосостояния, который демонстрируют страны европейской (в широком смысле) культуры, является лишь одним из следствий просвещенческого эксперимента, включающего централизацию прокреационного потенциала общества. Страны традиционной культуры демонстрируют иные механизмы развития, не связанные с такой централизацией. Поэтому нет оснований полагать, что их демографическая динамика синхронно повторит европейский тренд. Если и не усомневать неизбежность указанного в [12] всеобщего демографического перехода, время его наступления в странах разных культур может различаться на сотни лет. Этот период обещает стать периодом бурного передела политической карты мира. Стабилизации можно добиться разработкой и внедрением продуманной прокреационной политики, мощным инструментом которой и является предлагаемый "МНОГОДЕТНЫЙ МЕГАПОЛИС".

3. Организационные формы разработки, реализации и поддержки программы

3.1. Современная организация кооперативной деятельности обычно осуществляется с использованием инструментария организационно-деятельностных схем [13].

Хорошие результаты дает применение схемы "конус развития" (Рис.1) [14,15]. В ней работа начинается от образа желаемого будущего А. В нем и закладывается желаемый темп прокреации в качестве одного из параметров проектируемой прокреационной системы.

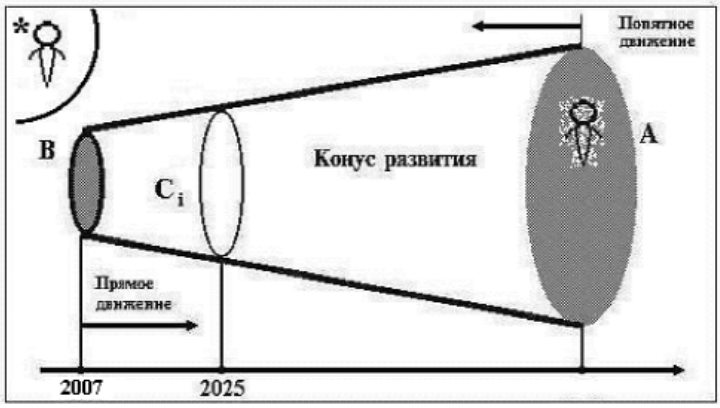


Рис.1

Опыт социально-экономического проектирования [16] подсказывает декомпозицию системы на ряд подсистем:

1) ментальные особенности населения (внушаемость, способность к обобщениям и рефлексии, учета совокупности факторов, степени рациональности, влияния эмоций на рассуждения и т.д.),

2) культурные особенности страны (ценности, убеждения, образцы, ассоциации, способы интерпретации и восприятия информации в системе),

3) страновая институциональная система (нормы, традиции, привычки, обыкновения),

4) система создания и распространения знаний (социально-экономический генотип общества),

5) описание природных ресурсов, материальных и нематериальных активов, технологий, организационно-технологических механизмов,

6) результаты восприятия, адаптации и имитации особенностей и примеров деятельности других аналогичных систем (описания истории развития других стран),

7) возможности фиксации, анализа и использования в системе ее собственного исторического опыта функционирования (исторический опыт данной страны).

Подробные описания семи названных подсистем должны присутствовать в картине желаемого будущего. Приведенный семеричный набор подсистем претендует на достаточную для программирования и проектирования социально-экономической системы прокреации степень полноты. Как показано в [16], наборы меньшей размерности не обладают устойчивостью и воспроизводимостью.

Далее при построении конуса развития Рис.1 в попятном течении времени простраиваются (с возрастающей степенью детализации) опорные образы промежуточных ситуаций Сі. Затем, по достижении момента "здесь и сейчас" В и осуществления подробного анализа ситуации - уже в прямом движении времени - строится в текстовом виде реализационная программа со всеми необходимыми для ее исполнения параметрами.

Арсенал системно-деятельностного подхода содержит также особый способ межпредметной соорганизации работы экспертов - организационно-деятельностные игры [17]. Их также целесообразно использовать при разработке предлагаемой мегапрограммы.

В программе представляется возможным использовать и включить в систему уже осуществленные разрозненные западные наработки, способствующие прокреации [18].

Резюме

1. Предложено развернуть широкую общеевропейскую инициативу ПРОКРЕАЦИОННОГО СОТРУДНИЧЕСТВА, направленную на достижение европейским сообществом прокреационной состоятельности, способствующей укреплению устойчивости мирового развития. Сотрудничество возможно на уровне государств, городов и/или городских районов.

2. В рамках предлагаемой инициативы заинтересованные страны европейского сообщества совместно разработают и реализуют программу МНОГОДЕТНЫЙ МЕГАПОЛИС.

3. Основная идея МНОГОДЕТНОГО МЕГАПОЛИСА состоит во включении демографических показателей в контур управления социальным проектированием мегаполиса и охраной общественного здоровья в нем.

4. В совместной работе предлагается использовать инструментарий системного подхода, методологического программирования, прокреационной мета-экономики [5], проектировочные международные семинары с использованием организационно-деятельностных схем, а также так называемые организационно-деятельностные игры (ОДИ) как современный инструмент межпредметной коммуникации.

5. МНОГОДЕТНОМУ МЕГАПОЛИСУ как средству достижения прокреационной состоятельности в современной европейской культуре нет альтернативы. Вне заявленной программы эффективная поддержка и возвышение института многодетной семьи в мегаполисе невозможны.

Литература

1. Реут Д.В. О принципах координации мер по борьбе с депопуляцией. Доклад на Круглом столе "Задачи муниципальных и государственных органов власти в сокращении смертности и укреплении репродуктивного здоровья населения" (проведен в ЮВАО 30 ноября 2006 года)

2. Капица С.П. Информационное развитие общества, демографическая революция и будущее человечества. М.: Никитский клуб - Римский клуб, 2006, 24 с.

3. Романов Л.Е., Реут Д.В., Васина О.И. и др. Общественный центр "Жизниград" как форма институционализации проектного отношения к здоровью и субъект новой прокреационной политики. Сборник "Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты" (труды Всероссийской конференции "Здоровье как проблема гуманитарного знания". Институт человека РАН, апрель 2002) М., 2003, с. 226-234

4. Реут Д.В. Системный подход и проблематика общественного здоровья. Проблемы управ-

ления здравоохранением. 2005, № 6 (25), с. 35-40

5. Реут Д. В. Системный подход и основания прокреационной мета-экономики. Проблемы управления здравоохранением. 2005, № 6 (25), с. 64-71

6. Кенэ Ф. Избранные экономические произведения. М., 1960

7. Реут Д.В. Соотношение прокреационной и экологической безопасности и роль мегаполиса в их обеспечении. / Международный Научно-технический конгресс по безопасности. Доклады на тематических научно-практических конференциях и круглых столах. Россия, Москва, октябрь-ноябрь 2005 года - М.: "Научно-технический центр *Инженер*", 2005, с. 473-475

8. Моисеев Н.Н. Избранные труды. В 2-х томах. Междисциплинарные исследования глобальных проблем.. - М.: Тайдекс Ко, 2003. - Т.1. - 264 с., Т.2. - 376 с

9. Рац М.В., Слепцов Б.Г., Копылов Г.Г. Концепция обеспечения безопасности. М.: Касталь. 1995, 84 с.

10. Наумов С., Представления о программах и программировании в контексте методологической работы. Кентавр, 1991, № 1, с.31-46.

11. Лепский В.Е. Стратегические центры России. Рефлексивные процессы и управление, 2004, Том 4, № 2,с. 14-19

12. Капица С.П. Общая теория роста человечества. М.: Наука, 1999

13. Щедровицкий Г.П. Избранные труды. М.: Шк. Культ. Полит., 1995. - 800 с.

14. Реут Д.В. Единственная реальная проблема - структурирование будущего. PC Week/RE, 1997, № 46, с. 64-65

15. Реут Д.В. Схемотехническое обеспечение инновационного консультирования. / Инновационное развитие экономики: теория и практика: Материалы международной научно-практической конференции / Отв. за вып. проф. Ф.Н. Завьялов, доц. Е.В. Сапир; Яросл. Гос. ун-т. - Ярославль: ЯрГУ, 2005 - 204 с., с. 186-189

16. Клейнер Г.Б. Эволюция институциональных систем. М.: Наука, 2004. - 240 с.

17. Щедровицкий Г.П. Организационно-деятельностная игра. Сборник текстов (1, 2) / Из архива Г.П. Щедровицкого. Т.9 (1,2). - М.: Наследие ММК. 2004. - Т.9 (1) - 288 с., Т.9 (2) - 320 с.

18. Лэндри Ч. Креативный город. М.: Издательский дом "Классика-XXI", 2006. - 399 с.

Розанов В.М.,
психотерапевт реабилитационного отделения
Поликлиники №128 СЗАО г. Москвы

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

Как душа без плоти не зовется человеком, так и плоть без души.
/Свт. Иоанн Златоуст/

Подобно тому, как бывает болезнь тела,
бывает болезнь образа жизни.
/Демокрит/

Не плоть, но дух растлился в наши дни.
/Ф.И. Тютчев/

Образованная в 1948 году, Всемирная федерация психического здоровья (ВФПЗ) имеет в своей программе вопросы укрепления психического здоровья в биологическом, медицинском, педагогическом и социальном планах.

Исключительная роль психического фактора в происхождении, клинике и терапии общих заболеваний известна врачам давно. По утверждению древнегреческого философа Сократа, "нельзя врачевать тело, не врачуя души". Салернский кодекс здоровья начинается словами: "Если ты хочешь здоровье вернуть и не ведать болезней, тягость забот отгони и считай недостойным сердиться…". С.П. Боткин говорил об "эмоциональных болезнях". Депрессия, по его определению, - "антропотипическая форма реакции человека, осмышляющего ситуацию в аспекте "возможностей бытия и существования". Известный терапевт-кардиолог Д.Д. Плетнев (занимавшийся психосоматическими проблемами) считал "грудную жабу" (ИБС) "в своей основе психическим переживанием". Б.Е. Вотчал в своих "очерках" пишет о "фазе невротических реакций" у истоков большинства случаев гипертонической болезни, язвенной болезни и некоторых видов так называемых колитов".

Крупный немецкий психосоматик (родоначальник, распространенной на Западе, т.н. "медицины человеческих отношений") В. Вайцзеккер полагал, что "любая болезнь есть материализация душевного конфликта. Болезнь находится теперь между людьми; это следствие их отношений и характера столкновений". По определению 6-го семинара Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), душевно-телесные (психосоматические) нарушения - это психофизическое сопровождение эмоций в форме функциональных расстройств органов и систем.

Идеального, абсолютного психического здоровья, как и единого, общепринятого его определения, не существует. Нет и каких-либо достоверных критериев довольно условного отграничения психической нормы от специфичной (нередко, слабо выраженной и трудно распознаваемой) патологии. При этом, большое практическое значение имеет то, считает ли сам человек себя больным - суждение пациента, которое немецкий терапевт Г. Бергман называл "внутренней историей болезни", о значении которой для врача говорил и "патриарх американской кардиологии" Поль Д. Уайт: "Человек с относительно слабой чувствительностью может страдать тяжелым заболеванием, но не чувствовать себя больным; в то время как чувствительный больной может почувствовать себя плохо при наличии относительно лёгкого заболевания. Все эти реакции так же важны для диагноза и лечения, как детали самих симптомов". Признак же адаптации (приспособленности индивида к среде) имеет лишь относительное и, хоть и существенное, но сугубо практическое значение, т.к. нередко сама социальная среда нуждается в оздоровлении.

Устав ВОЗ определяет общее здоровье человека как "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезни или недуга". Многие выдающиеся мыслители и ученые обращали внимание на тесную, динамичную взаимосвязь и взаимовлияние души и тела, личности и организма, психического и физического здоровья. Так, например, врач по образованию (хирург и психиатр), Митрополит Сурожский Антоний пишет: "Душа человека, дух человека и плоть составляют одно таинственное целое. Дух и душа влияют на тело; тело является проводником очень многого, что доходит до души человека". Автор говорит также о "сотрудничестве тела и души страдающего человека".

Епископы Феофан и Никодим Святогорец под здоровьем понимали единство и гармонию духовной, душевной и телесной сфер личности человека, считая, что это единство и гармония возможны лишь при условии господствующего влияния сферы духа.

По определению старца Силуана, психически здоровый, "нормальный" человек "сохраняет способность самообладания, способность логического и нравственного самоконтроля и всего того, что может быть признаком нормальности". Самообладание предполагает способность человека к самокоррекции поведения, в соответствии с ситуацией.

А вот суждение римского философа Эпиктета: "Кто крепок телом, может терпеть и жару и холод. Так и тот, кто здоров душевно, в состоянии перенести и гнев, и горе, и радость, и остальные чувства".

Крупный немецкий психиатр Г. Груле определял психическое здоровье как "свободное развитие врожденного влечения к добру"; психиатрию он считал элитной медицинской специальностью большого профилактического значения - "практическим человековедением". Актуальным представляется и взгляд на роль психиатрии в обществе видного клинициста Е.К. Краснушкина (1947): "Необходимо, наконец, до основания разрушить китайскую стену, отделявшую старую психиатрию от жизни и всей медицины, и окончательно включиться в общемедицинскую работу". "Психиатрия - это не узкая медицинская специальность, подобно офтальмологии или ортопедии, не психиатрия "жёлтых домов" - это медицина большого лечебного и профилактического значения".

Отечественная клиническая медицина всегда отличалась интуитивно-целостным подходом к больному. Так, упомянутый Д.Д. Плетнев считал, что "больным является весь человек" и что душевное и телесное здоровье не могут быть отделены одно от другого: "Нет соматических болезней без вытекающих из них психических отклонений, как нет и психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов". Он (как и знаменитый психиатр П.Б. Ганнушкин) был сторонником синтеза психиатрии с общей медициной. Таким образом, правомерно говорить об иерархии трех составляющих здоровья человека: 1) Духовно-нравственное здоровье; 2) Социально-психологическое (социально-психическое) здоровье; 3) Психосоматическое здоровье.

Еще римский врач Гален отмечал, что между полным здоровьем и выраженным заболеванием существует т.н. переходное состояние (когда уже не здоровье, но еще не болезнь) с постепенным снижением уровня здоровья и повышением готовности организма к тому или иному недугу, риска его возникновения. Считается, что выраженному заболеванию предшествует т.н. предболезненное (субклиническое) или пограничное состояние.

Риск возникновения того или иного заболевания зависит как от исходного состояния здоровья человека, его предрасположенности к заболеванию и индивидуальной нервно - психической реактивности, так и от различных болезнетворных (патогенных) внешних и внутренних, социально и биологически обусловленных факторов.

Выявление ведущих факторов риска возникновения психического заболевания способствует его предупреждению. Важную роль в этиологии пограничных состояний играют факторы хронического социального стресса, порождающие чувство социальной незащищённости, беспомощности и безвыходности, которое (как доказано экспериментально) производит массивное повреждающее воздействие на иммунную систему. Известно, что нейроэндокринная и иммунная регулирующие системы поддерживают гомеостаз при меняющихся условиях жизни. В условиях хронической психотравмирующей ситуации (как и при некоторых, тяжело протекающих, хронических соматических заболеваниях) происходит так называемая "интериоризация депрессии" с выраженной деформацией личности и появлением "депрессивного мироощущения".

Индивидуальная реакция личности на неблагоприятное воздействие среды, повлекшее ущерб в социально-психологическом статусе человека, может стать источником различных психосоматических недугов, с дисфункциональными сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными, эндокринными и др. нарушениями. Известно, что самой чувствительной к внешним эмоционально-стрессовым воздействиям является сердечно-сосудистая система. Следует отметить, что при инфаркте миокарда врачом отмечается переход психогенеза в патогенез, т.е. психогенного в функциональное, а затем - в органическое (депрессия - ИБС - инфаркт).

Гален придавал решающее значение психогигиене - медицине предвидения и предотвращения заболеваний. Им был написан труд: "Гигиена страстей или нравственная гигиена".

В 1909 году в США был образован Национальный комитет психической гигиены, который возглавил инициатор движения за психическое здоровье Клиффорд Бирс. Комитет имел три комиссии: по изучению душевных болезней; по предупреждению преступности; по воспитанию. Примеру американ-

цев последовали европейские страны (Англия, Франция и др.), организовавшие национальные лиги психической гигиены и психической профилактики.

Эффективная профилактика предполагает знание истоков и природы заболеваний, а также их квалифицированную диагностику, необходимую для принятия адекватных лечебно - профилактических мер. Следует заметить, что медицинские меры воздействия нередко подменяются неадекватными психологическими мерами.

Потеря людьми духовно - нравственных ориентиров, способности разграничения добра и зла, красоты и уродства, а также массовое социально - экономическое неблагополучие порождают актуальные психотравмирующие переживания и приводят к значительному росту пограничных нервно - психических расстройств, в происхождении которых определяющая роль, как известно, принадлежит неблагоприятным средовым (макро- и микросоциальным) факторам, особенно - в форме длительно существующих нарушенных взаимоотношений индивида с коллективом.

Крупный психиатр О.В. Кербиков пишет: "Нет сомнения в том, что генез психических болезней - во многом социальный; социальный генез неврозов не вызывает сомнений". Социальная среда, согласно его взглядам, имеет решающее значение и для профилактики патологических развитий личности. В связи с этим, он говорил о "депсихопатизации" под влиянием "здорового" коллектива и призывал комплексно изучать малые группы в социально-психиатрическом аспекте с выходом в психогигиеническую практику: "…основная задача, разрешению которой подчинено исследование малых коллективов - задача воспитательная, задача перестройки психологии людей".

В связи с тем, что развитие и становление личности человека (нормальное или нарушенное) происходит в детском и подростковом возрасте, О.В. Кербиков подчёркивал важность организации психиатрической помощи детям для решения профилактических задач общей психиатрии, ссылаясь, при этом, на глубокое высказывание швейцарского психиатра А. Репонда: "Проблема нарушений, называемых психопатическими, есть прежде всего проблема психической гигиены и детской психиатрии".

О.В. Кербиков выделял три общих задачи профилактики: 1) недопущение действия болезнетворной причины; 2) ранняя диагностика и раннее лечение; 3) предупредительное лечение. Наиболее продуктивными, по его мнению, являются профилактические меры на стадии самых начальных (субклинических) расстройств, когда "нарушения в значительной степени обратимы".

Взгляды О.В. Кербикова получили широкое развитие в работах его ученика и последователя В.В. Ковалёва, который разрабатывал важную (не только для психиатрии) проблему взаимоотношений биологического и социального в человеке, говорил об их "динамическом единстве и взаимопроникновении", выделял социально-психические и природно-психические компоненты психики. По его мнению, "социальная среда, как фактор условий, может вызывать в организме человека биологические изменения, приобретающие характер патологии; с другой стороны - причинные факторы биологического характера могут стать источником таких изменений в организме, которые превращают непатогенные воздействия микросреды в патогенные". В самом начале зарождения, пограничные нервно-психические расстройства проявляются механизмами реакций и развитий личности, которые являются "наиболее общими специфически человеческими формами приспособления к меняющимся внешним и внутренним условиям". Под реакцией личности автор понимает "кратковременное состояние измененного поведения, вызванное теми или иными ситуационными воздействиями, которые являются субъективно значимыми для личности".

Развитие личности - это "односторонне ориентированные динамические изменения личности, связанные с длительными неблагоприятными воздействиями социальной среды и индивидуального жизненного опыта". В.В. Ковалев (1971, 1980). В.В. Ковалев придавал большое значение комплексному (социально - психологическому и медицинскому) изучению структуры и динамики нормальных характерологических реакций социальной адаптации (ситуационных приспособительных реакций), патохарактерологических реакций дезадаптации и развитий личности для целей профилактики и психотерапии пограничных состояний.

Неправильное, антиобщественное (отклоняющееся от принятых социальных норм) поведение может быть как лишь неудобным, нежелательным для общества, так и социально опасным. Такое поведение бывает следствием как невоспитанности (микросоциально - педагогической запущенности), так и личностной аномалии или душевного заболевания.

В этой связи, трудно переоценить значение практической деятельности врача - психиатра (психотерапевта) поликлиники в выявлении патологических форм нарушения поведения, в профилактике социальной дизадаптации и правонарушений.

Романов Л.Е.,
научный сотрудник НИИ общественного здоровья
и управления здравоохранением

ПРЕОДОЛЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЫ РОССИИ ФОРМИРОВАНИЕМ ЭТАЛОННОЙ ПРОКРЕАЦИОННОЙ[1] СРЕДЫ

Преамбула

Для преодоления демографической катастрофы России обычно предлагаются средства двух видов: 1) "сверху вниз" и 2) "снизу - по горизонтали". К первому виду можно отнести программы и проекты государственного, муниципального, местного уровней, инициируемые, финансируемые и управляемые соответствующими органами власти и формируемыми ими структурами. Ко второму виду относятся самодеятельные движения, например, клубы оздоровительного бега, зимнего плавания ("моржи"), народное "движение к здоровью" [2].

Поскольку демографическая проблема на сегодняшний день не решена, можно констатировать, что наличные средства не обладают достаточной для этого мощностью. Поэтому для выхода из неудовлетворительной прокреационной ситуации предлагается "матричный" инструментарий, совмещающий организованности двух перечисленных типов. Это означает, что программы и проекты государственного, муниципального, местного уровней строятся таким образом, чтобы по возможности полно использовать потенциал массовых оздоровительных и духовно-оздоровительных движений. А указанные движения, в свою очередь, разворачиваются с опорой на проекты и программы всех перечисленных уровней, которым они могут доверять в долговременной перспективе и рассматривать их как надежный оплот. Чтобы названные активные начала могли плодотворно сотрудничать, они должны, по меньшей мере, "видеть" друг друга.

В связи со сказанным цель данной работы - представить воможности народных (самодеятельных) оздоровительных и духовно-оздоровительных движений как потенциал взаимодействия с властными структурами в целях коррекции демографической ситуации. Примером организованности "снизу - по горизонтали" может служить общественный центр "ЖизниГрад" [3,4].

Целевая группа прокреационного аспекта социальной политики

Ключевая целевая группа социальной политики РФ, направленной на коррекцию демографической ситуации, определяется качественными и количественными характеристиками подрастающего поколения, как результатами осуществления этой политики. Как показывает наличный опыт, реализуемые до сих пор образцы семейной и молодежной политики не по позволяют разрешить проблему.

Очевидно, что каждый гражданин является членом какой либо семьи. Но, согласно социологическим опросам, четвертая часть молодежи не хочет создавать семьи. А четверть тех, кто этого хочет, не может иметь детей по причине репродуктивного нездоровья. Обследования показывают, что неблагополучие в этой области катастрофически возрастает.

Есть и другие факторы, препятствующие раскрытию прокреационного потенциала семьи. Так, три четверти молодых семей находятся за чертой бедности.

Заметим, что по-настоящему полноценное воспитание мыслится только в семье. Без него ситуация неблагополучия в чреде поколений усугубляется. Условия экономического кризиса требуют в качестве целевой ключевой группы социальной политики России по преодолению демографической катастрофы определить молодую родительскую семью и ее ближайшее окружение (бабушки дедушки, специалисты обслуживающие прокреационную функцию семьи: педагоги, воспитатели, психологи, врачи, находящиеся в активной гражданской и духовной позиции).

Характеристики эталонной прокреационной среды

Семья - ячейка общества, в которой, собственно, осуществляется его прокреационная функция - - должна достичь состояния прокреационного благополучия. Тогда она сможет стать основой фор-

[1] термин "прокреационный" появился в медицинско-философском дискурсе, по-видимому, в работе [1]. Здесь мы будем понимать его в расширительном значении - не просто жизневоспроизводящий, но - предшествующий и способствующий воспроизводству жизни.

мирования удовлетворительной прокреационной ситуации. Иными словами, должна быть обеспечена целостность прокреационной среды, условно задаваемая следующими четырьмя блоками параметров (выделяемыми в целях инструментализации работы с аспектами эталонной прокреационной среды):

- условия для желанного рождения ребенка;
- условия рождения физиологически зрелого неболеющего ребенка;
- условия, обеспечивающие физическое и психическое здоровье;
- условия социализации детей и семьи, как процесса и результата освоения нравственных норм жизни, а также природной и культурной среды на уровне хозяев своей судьбы и территории.

Перечисленные условия могут быть реализованы на основе широкого внедрения концепции здоровой семьи и сознательного родительства, разрабатываемой и практически осуществляемой общественным центром "ЖизниГрад". Указанные условия актуализируются не как знаниевые конструкты, преподаваемые с кафедры, но как реально проживаемые состояния. Концепция строится на проектном подходе молодой семьи к собственному образу жизни и на обеспечении доступа к накопленному общественным центром опыту. Широко используется Интернет. Условия, обеспечивающие физическое и психическое здоровье, поддерживаются непрерывно пополняемым объемом методических материалов. Приходится констатировать, что возможности практического выполнения данных методик, к сожалению, не могут быть обеспечены сегодня во всех регионах страны: известны экологически неблагополучные регионы. В проектировании и реализации семьей собственного здорового образа жизни важнейшую роль играют рефлексивные процессы, приводящие к осознанию необходимости принятия сознательных решений и их реализации по вышеуказанным блокам благополучия.

Вообще, человек отличается от животных тем, что осуществляет прокреационную функцию сознательно, с использованием рефлексивных процессов.

Однако, действие рефлексивных процессов не замыкается на достижении собственного прокреационного благополучия. Они способствуют эволюции семейной здоровой субкультуры в Культуру мира и ненасилия в интересах детей.

Здесь еще уместен термин Эталонная среда мира, поскольку инкультурация (введение нового содержания в культуру) в деле здоровья и развития детей не зависит от национальной принадлежности, вероисповедания и других признаков, включая этнические.

Важно соблюдение принципа ненормативности: за конкретной семьей остается последнее слово в выборе того, что есть благополучие именно для нее. Государство же призвано обеспечить условия для достижения семьей этих ориентиров (при условии проявления ею активности). На уровне муниципии могут быть организованы конкретные организационные мероприятия по развитию проектного подхода семей к достижению своего благополучия. Они могут получить методическое единство в рамках "Семейной школы".

Общественная "Семейная школа" является построенным на гуманистических идеалах добровольным общественным объединением и одновременно - Центром местного самоуправления. Семьи предпочитают объединяться вокруг семейной школы. в первую очередь, в связи с ее комплексным характером. Общественная семейная школа принимает нового человека с самых первых дней его жизни (ранняя педагогика). В обычном детском саду дети оказываются "одни", а в семейной школе создается особое пространство, где они могут постоянно общаться и взаимодействовать со своими родителями. Организуется включение учащихся в разновозрастные микроколлективы, реализующие практическую (хозяйственную и организационную) деятельность, совместное принятие решений. В составе этих же микроколлективов осуществляется базовое образование школьников. Применение учащимися осваиваемой образовательной информации в культурной и практической деятельности обеспечивает высокую учебную мотивацию и, соответственно, высокую эффективность обучения.

Объединившиеся семьи лоббируют свои интересы через органы местного самоуправления. Подрастающее поколение должно становиться хозяином своей судьбы и своей территории. Поэтому участие в самоуправлении необходимо. Иначе социализация не может состояться. Когда на местном уровне принимаются решения, касающиеся семьи, молодежи, детей, то перечисленные категории населения активно принимают в этом участие. Конкретные практические социальные действия осуществляются в значительной степени силами самих молодых семей. Молодежная политика оживляется, поскольку активизируется деятельность молодой семьи. В этом - залог эффективности осуществления принимаемых на уровне местного самоуправления решений.

Методология общественной семейной школы основана на принципе дозированной совместно-разделенной деятельности, разработанном отечественной психолого-педагогической школой Соколянского - Мещерякова - Ильенкова [5, с. 30 - 43].

После реализации соответствующего пилотного проекта в московском регионе (при профессиональной педагогической, медицинской и т.д. поддержке со стороны государственных структур) его опыт может быть тиражирован.

Некоторые достижения и наработки инициативной группы:

1) В 1988 г. в рамках проведения "Международной экологической смены" в Международном пионерском лагере Артек президентом "ЖизниГрада" Л.Е. Романовым были разработаны предложения по темам экологического образования и воспитания, представлен комплекс средств естественного оздоровления как поведенческий кодекс при выполнении которого снижается заболеваемость в 10-20 раз по дней по дням нетрудоспособности. В результате образовательно-воспитательного процесса дети возвращались на место жительства уже в статусе инструктора-методиста по данной методике. По просьбе Генерального Директора пионерлагеря Л.Е. Романов возглавил данную работу в течение еще на одной смены отдыха детей в "Горном", "Морском", "Кипарисном" и "Озерном" комплексах Артека.

Одновременно временный творческий коллектив, включавший ландшафтного дизайнера, выигрывшего Всесоюзный конкурс по дизайну Артека, разработал проект создания материальной базы природно-ландшафтного и технического оздоровительного комплекса, в котором предусматривались размеченные трассы как для новичков одоровления, так и для подготовленных спортсменов, аллея запахов, аллея фитонцидов, закаливающие комплексы в местах пляжей и тренировок, кабинет психической саморегуляции, в котором предусматривалось обучение лечебно-профилактическим воздействиям, скорочтению, скоропечатанию и т.д., городки общефизической подготовки, позволяющие перекрывать нормы ГТО и ГРЗ, фитокухни, фитобары и т.д.

Таким образом, инструктора естественного оздоровления увозили на место жительства и работы образ идеального оздоровительного комплекса, ниже уровня которого уже не мыслится практическая оздоровительная работа на местах. Проект вышеуказанной эталонной среды не был завершен в связи с распадом СССР.

Рабочие связи и контакты общественного центра "ЖизниГрад":

1. Министерство образования РФ, департамент молодежной политики.
2. НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им И.М. Сеченова
3. Фонд "Социальная инициатива"

Резюме

Общественные оздоровительные движения во взаимодействии с профессионально обеспеченными государственными структурами способны стать мощными средствами нормализации прокреационной и демографической ситуации в стране посредством создания и тиражирования эталонной прокреационной среды.

Дополнительная информация содержится в работах [6-10] и в Приложениях.

Литература

1. Романов Л.Е., Реут Д.В., Васина О.И. и др. Общественный центр "Жизниград" как форма институционализации проектного отношения к здоровью и субъект новой прокреационной политики. Сборник "Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты" (труды Всероссийской конференции "Здоровье как проблема гуманитарного знания". Институт человека РАН, апрель 2002) М., 2003, с. 226-234
2. Романов Л.Е. Народное движение к здоровью. Аннотация проекта. Губернское кольцо. Журнал деловых людей Подмосковья. 2004, июль, с.48
3. Романов Л.Е., Реут Д.В., Ширман М.Б. и др. Общественный Центр "ЖизниГрад" в развитии. Построение человечного (нравственного) общества. Материалы IV научно-практической конференции (16-17 апреля 2004 года, Иркутск, 1-2 июня, Москва, МГУ). М., 2004, с. 226-234
4. Фокина Е.В., Реут Д.В. Разнотравье. М., 2002
5. Ильенков Э. В. Философия и культура. М., 1991
6. Реут Д.В. Прокреационная ситуация и возможности управления ее развитием. Труды 5-й международной конференции "Когнитивный анализ и управление развитием ситуаций (CASC'2005)". Москва, 18-20 октября 2005 г., М.: Институт проблем управления РАН, с. 135-143
7. Реут Д.В. Соотношение прокреационной и экологической безопасности и роль мегаполиса в их обеспечении. / Международный Научно-технический конгресс по безопасности. Доклады на те-

матических научно-практических конференциях и круглых столах. Россия, Москва, октябрь-ноябрь 2005 года - М.: "Научно-технический центр *Инженер*", 2005, с. 473-475

8. Реут Д.В. Образ жизни как сфера социального управления субъекта общественного здоровья / Социальное управление, коммуникация и социальные проектные технологии. Материалы Всероссийской конференции приуроченной к 75-летию со дня рождения профессора Тамары Моисеевны Дридзе, 5-6 октября 2005 г. Редколлегия А.В.Тихонов (отв. ред.), и др. - М.: Институт социологии РАН, 2006, С. 256-259

9. Реут Д.В. Философия партнерской медицины и прокреационная мета-экономика. Переход на новую модель здравоохранения: медицинские и другие технологии: к 60-летию Поликлиники № 1 РАН / [ред.-сост. Г.П. Юрьев]. - М.: Наука, 2006, 256 с., с. 189-193

10. Реут Д.В. Прокреационная концепция здравоохранения. Россия: тенденции и перспективы развития. Выпуск 2. М.: ИНИОН РАН, 2006 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА:

Методы и организационные задачи сохранения здоровья

как жизненного ресурса человека/общества

1. Содержание работы

Выше методы и вопросы организации их применения охватывают весь цикл жизни человека от вопросов обеспечения здорового потомства через проблемы построения семьи как ячейки социума, в которой решаются поставленные задачи, вплоть до вопросов геронтологии. Методы, о которых идет речь, основаны на теоретических положениях науки о здоровье человека и на многолетней практике самодеятельного оздоровления, как в России, так и за рубежом.

Развитие методов и решение организационных вопросов практической экологии на данном, начальном этапе работы предполагается осуществить в ряде "круглых столов" или семинаров, проводимых в форме орг-деятельностных игр.

Данный этап работы призван, в основном освоить имеющийся задел и инициировать развитие дальнейших исследований по практической экологии и привлечь к участию в них заинтересованных субъектов. В среде субъектов выделим две категории: первая "носители знаний", исследователи в области практической экологии; вторая - субъекты, заинтересованные в применении достижений проводимых исследований (индивидуумы, семьи, различные социальные ячейки общества).

Результатом работы явятся как научные разработки, методики и программы (объединяемые в информационно-аналитический фонд практической экологии), так и создание ячеек (семейных клубов, объединений, школ, постоянно действующих семинаров и т.п.), на базе которых будут разворачиваться дельнейшие этапы работ.

2. Программа работ

2.1. Проведение семинаров

Семинар №1 Предмет практической экологии. Вопросы отбора и привлечения к работе специалистов по выделенной тематике. Задачи их соорганизации.

Семинар №2. Состав и содержание комплекса программ по обеспечению здоровья человека (семьи, общества) на вышеуказанных возрастных этапах. Составление программы исследований. Выделение ведущих исполнителей.

Семинар №3 "Неболеющий ребенок" Программы по созданию здоровой семьи и закладке фундамента здоровья ребенка в перинатальном периоде (экология репродуктивного здоровья).

Семинар №4 Здоровье как ценность: Вопросы мотивации здоровья и организации работы в среде подростков и молодежи. Вопросы пробуждения самосознания субъектов данной возрастной категории себя как будущих родителей - продолжателей рода.

Семинар №5. "Мои года - мое богатство": Осознание принципиальной важности сохранения лиц старшей возрастной категории как значимого ресурса общества. Самоосознание субъекта как носителя позитивного опыта и традиций семьи, общества, этноса, на которых выстраивается жизнь потомков. Геронтологические программы.

Семинар №6 Актуальность и основные положения формирования информационно-аналитического фонда по практической экологии.

2.2. Составление аналитической и отчетной документации.

3. Предварительная смета расходов на реализацию программы на 6 месяцев.

№ п/п	Предметные статьи расходов	Тариф $	Численность	Сумма $
1	Оплата труда, в том числе:			4600
	1.Заведующий координационного центра, координатор проекта	*300*	*1*	*1800*
	2. Секретарь	*100*	*1*	*600*
	3. Научный консультант –ведущий специалист	*250*	*2*	*3000*
	4. WEB- мастер	*100*	*2*	*1200*
2.	Оплата услуг связи-интернет			400
3.	Приобретение оборудования и предметов: ПК, принтер, сканер, ксерокс, видео			3500
4.	Представительские расходы на 50 чел.			1500
6.	Аренда помещений			5000
	ВСЕГО расходов			**15000**

Приложение:

Список литературы и публикаций авторов по данной теме на научно-практических конференциях.

1. Федеральный закон О физической культуре и спорте в Российской Федерации 27 января 1999 г.
2. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье М.,1987.
3. Аршавский И.А. Очерки по возрастной физиологии. М., 1967.
4. Аршавский И.А. У истоков здоровья. М.. 1990.
5. А.Акин, Д.Стрельцова Девять месяцев и вся жизнь. С-П, 1999.
6. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М., 1979.
7. Витулкас Д. Новая модель здоровья и болезни. М.,1997.
8. Белов В.И. Энциклопедия здоровья. М. 1993.
9. Брегг П. Чудо голодания. М. 1990.
10. Виру А.А., Юримяэ Т.А., Смирнова Т.А. Аэробные упражнения. М.,1988.
11. Горен М. Путь к здоровью и долголетию. Из-во Р.Портной, 1984.
12. Дембо А.Г. Актуальные проблемы современной спортивной медицины. М.,1980.
13. Дильман В.М. Большие биологические часы. М.,1986.
14. Динейка К.В. Движение, дыхание, психическая тренировка. М., 1986.
15. Казначеев В.П., БаевскийР.М, Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. Л., 1980.
16. Купер К. Аэробика для хорошего самочувствия. М., 1989.
17. Макаров Р.Н. Физическая подготовка летчика ВВС.М., 1979.
18. Мотылянская Р.Е., Ерусалимский Л.А. Врачебный контроль при массовой физкультурно-оздоровительной работе.М., 1980.
19. Носаль М.А., Носаль И.М. Лекарственные растения и способы их применения в народе. Киев, 1959.
20. Никитина Л.А., Соколова Ж.С., Блудова Л.А. Родителям XXI века. М, 1998.
21. Никитин Б.П. Детство без болезней. С-П., 1996.
22. Озолин Н.Г. Современная система спортивной тренировки. М., 1970.
23. Озава Д. Макробиотика Дзен. Искусство долголетия, восстановления здоровья и омоложения. Свердловск, 1991.
24. Платен М. Учение о здоровье. Челябинск, 1991.
25. Романов Л.Е., Русаков В.П. Некоторые актуальные вопросы теории и практики физкультурно-оздоровительной работы. Материалы конференции М., 1996.

26. Романов Л.Е. Вопрос государственной оценки социальной ценности здоровья. Тезисы к Международной научно-практической конференции "Молодежь на стыке веков" М., 1998.

27. Романов Л.Е., Васина О.И. Инновационные ресурсы, которые используются недостаточно по субъективным факторам. Материалы конференции "Молодежь на стыке веков" М., 1998.

28. "Чжуд-ши" - памятник средневековой тибетской культуры. Новосибирск, 1989.

29. Розин В. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема. Журнал. Кентавр 22., 1999.

30. Шелтон Г. Голодание спасет вашу жизнь. М., 1991.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ПРОЕКТ "ДВИЖЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ"

Проект "ДВИЖЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ" направлен на реализацию приоритетов Закона РФ "О физической культуре и спорте в РФ" от 27 января 1999 г., ст. I пп.1, 2

Целью проекта "Движение к здоровью" является соорганизация творческих инициатив (энтузиастов оздоровительного движения, практиков, представителей науки, медицины, средств массовой информации, телевидения) для широкого распространения среди населения г. Москвы, Московской области и по всей России передовых оздоровительных технологий с использованием средств естественного оздоровления путем создания на местах учебно-консультационных центров, групп, школ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.

Необходимые ресурсы для организации центра:

- помещение общей площадью 200-250 кв.м., расположенное вблизи парковой зоны (не дальше 500 м) и естественного водоема;
- оборудование для оздоровительного центра (5-7 тренажеров, стенки, маты, ковры, музыкальный центр, мебель для методкабинета, видеоаппаратура, аппаратура для диагностики состояния здоровья, фито-бар, фито-кухня, сауна);
- оборудование служебных помещений;
- ставки 3-5 сотрудников и фонд для контрактников,
- средства на рекламу и издание методик естественного оздоровления.

Формы работы для участников и заказчиков: лекции, семинары, тренинги, курсы, слеты, фестивали.

Участникам проекта предлагаются:

1. Методики и средства Системы естественного оздоровления.
2. Анкета: общие данные и степень физической культуры и подготовленности.
3. Анамнез (для инструктора).
4. Индивидуальный план.
5. Дневник самоконтроля.
6. Дневник периодического тестирования и опроса состояния занимающихся.
7. Сводный отчет о снижении заболеваемости на основе справок повторного обследования.
8. Система анализа эффективности занятий в соответствии с подбором средств физической культуры: аэробные танцы, бег-ходьба, закаливание, психическая саморегуляция, общефизическая подготовка (ОФП), питание-физиологическое полезное голодание (ФПГ), техники дыхания, очистки и других их сочетаний и режимов их использования.

Для желающих создать учебно-консультационные центры на местах предлагаются следующие материалы и услуги:

- учебно-методическое обеспечение центров;
- подготовка инструкторов-методистов;
- консультирование лиц, индивидуально или коллективно занимающихся оздоровлением;
- формы проектирования экспериментальных площадок для реализации оздоровительных программ, проведения слетов, фестивалей и организации семейного отдыха на природе на базе загородных мест отдыха или самодеятельного палаточного городка;
- способы адаптации проектов экспериментальных площадок к любому учебному процессу в городе или сельской местности.
- формы организации походов по Крыму, Кавказу и другим маршрутам.

Сивочалова О.В.,
д.м.н., профессор, заведующая лабораторией медико-экологических проблем охраны репродуктивного здоровья работающих ГУ НИИ медицины труда РАМН

Голованева Г.В.,
к.м.н., ведущий научный сотрудник ГУ НИИ медицины труда РАМН.

Денисов Э.И.,
д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ГУ НИИ медицины труда РАМН

Макарова Е.Н.,
к.м.н., ведущий научный сотрудник ГУ НИИ медицины труда РАМН

Фесенко М.А.,
д.м.н., ведущий научный сотрудник ГУ НИИ медицины труда РАМН

РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, В Т.Ч ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ

На современном этапе происходит капитализации труда - здоровье работников становится экономической категорией. В частности, состояние репродуктивного здоровья работающего и проживающего в экологически загрязненных районах населения, приобретает все большую экономическую стоимость, так как от его качества зависит воспроизводство здорового населения, в т.ч. рабочей силы и соответственно экономики и обороноспособности страны.

Важнейшим стратегическим направлением социальной политики государства является профилактика, сохранение и укрепление здоровья населения, возрастная структура которого стабильно смещается в сторону постарения. Это неизменно влечет за собой уменьшение числа детского населения, людей фертильного возраста, рабочей силы, снижение рабочего потенциала и т.д.

В здоровье людей важнейшей биологической и социально значимой стороной жизни является репродуктивная функция. В ее реализации существенную роль играют не только анатомо-физиологические особенности организма, но и социальные факторы.

Сложнейшая демографическая ситуация в стране, одной из причин которой является угрожающе низкий уровень рождаемости, является зеркальным отражением социально-экономических перемен. Результатом этого является осознанный отказ от рождения детей или откладывание рождения на более поздние возрастные сроки.

При этом здоровье новорожденных оценивается как неудовлетворительное, что подтверждается данными проведенной в 2002 году диспансеризацией детей. Среди детей, которые через несколько лет вступят в трудовой и детородный возраст, отмечается рост общей заболеваемости, хронической патологии сердечно-сосудистой, дыхательной систем, скелетно-мышечные нарушения, заболевания мочеполовой системы, врожденных аномалий и инвалидности.

Это позволило экспертам ООН прогнозировать динамику численности и возрастную структуру населения России до 2050 г. Численность населения неуклонно сокращается.

Если в 1985 году в России родилось 2 млн 500 тыс младенцев, то в 2004 - всего лишь 1млн 508 тысяч, что почти на 40% меньше.

По мнению демографов, к концу 90-х г. прошлого столетия (1990-1998г.г.) Россия потеряла "не родившимися" более 8 млн. человек. Такие потери не идут ни в какое сравнение с демографическими последствиями от социальных или военно-политических катаклизмов XX века. При этом установлено, что только 15% снижения рождаемости (за 1990

- 1998гг.) связаны с изменением возрастно-половой структуры населения, а 85% рассматривается как результат влияния на демографическую ситуацию социально-экономических, медицинских и других факторов.

Анализ повозрастной структуры показывает снижение доли детей 0-14 лет и молодых детей детородного возраста на фоне резкого увеличения числа людей старшего возраста.

При нарастании численности старших возрастов наблюдается рост общей заболеваемости. При этом особую тревогу вызывает рост заболеваемости детей от 0 до 14 лет, которые через несколько лет вступят в трудовой, детородный возраст.

До настоящего времени, практически не учитывается роль условий труда, в которых работает женщина детородного возраста. В то время как 32,2 млн. женщин (из 65,8 млн. чел), в том числе свыше 20 млн. детородного возраста в России трудятся. При этом 1,6 млн. женщин работают во вредных и опасных условиях труда, которые могут вызвать у работников профессиональные заболевания.

В промышленности, на транспорте, в строительстве, связи и др. 1,6 млн. женщин работают во вредных и опасных условиях труда.

Вредные и опасные условия труда могут вызвать у работников профессиональные заболевания. Основными их причинами являются несовершенство технологий, конструктивные недостатки средств труда и др.

Все сказанное в равной степени относится к Юго-Восточному АО одному из основных промышленных округов Москвы, где разместились наиболее важные предприятия хозяйственного комплекса города. В силу своей специализации они являются и самыми загрязняющими. ЮВАО занимает территорию в 112,5 кв. км, население в 2005 году, по сравнению с 2001 увеличилось на 221.2 тыс.человек (1143,0 против 921,8 тыс. человек). При росте показателей рождаемости в 2005 году численность детского населения снизилась на 3%. При этом здоровье детей продолжает оставаться низкого качества.

Диспансеризация, проведенная в округе, показала, что в 2005 году доля здоровых детей 3-х летнего возраста составляет около 47% и снижается к возрасту 14 лет - здоров только каждый третий ребенок (31,1%).

Официальные данные свидетельствуют, что, несмотря на снижение общего показателя заболеваемости у подростков, увеличилась распространенность по некоторым нозологическим формам болезней. Наибольшую тревогу вызывает рост болезней нервной системы на 5,9% (по РФ на 3,7%), врожденных аномалий на 6,2% (по РФ на 2,4%) и др. Это именно та группа детей и подростков, которая через несколько лет вступит в трудоспособный и репродуктивный возраст.

На сегодня доказана роль вредных факторов окружающей среды в развитии нарушений здоровья взрослого и детского населения, патологии беременных и т.д.

Официальные данные (Москомприрода, 2001) свидетельствуют, что удельный вес предприятий Юго-Восточного округа в загрязнении атмосферы всего города от стационарных источников составляет 22,3%. Район характеризуется высокими показателями загрязнения воздуха: индекс загрязнения атмосферы (ИЗА) достигает 5-10 и более 10.

Приведем ряд предприятий наиболее загрязняющих атмосферу округа. Одним из основных источников загрязнения в юго-восточной части столицы является Московский нефтеперерабатывающий завод (МНПЗ) в Капотне.

Московская кольцевая автодорога является самой крупной автомагистралью города и соответственно, транспортный поток - мощным источником загрязнения окружающей среды.

По многолетним данным Центра Госсанэпиднадзора Юго-восточного АО состояние окружающей среды в исследуемом районе формируют выбросы объектов топливно-энергетического комплекса (при сжигании твердого и жидкого топлива, а также их градирни), энерговооруженных промышленных предприятий, выбросы отработанных газов автотранспорта, работающих на жидком топливе; железнодорожного транспорта, обслуживающего предприятия района (трущиеся части при торможении, сдувание сыпучих материалов, выброс отработавших газов тепловозов).

Исследования, проведенные вблизи крупных промышленных предприятий на содержа-

ние тяжелых металлов в почве, установили наличие свинца превышающее ПДК от 2,7 до 4 раз. Кроме того, выявлено превышение ПДК ряда металлов 1 и 2 класса опасности: никеля - 3-4 ПДК; меди - 5 ПДК; мышьяка - 3 ПДК, марганца - 3 ПДК (данные ЦГСЭН ЮВАО за 1998 год). Дополнительное загрязнение почвы района на протяжении ряда лет осуществлялось в связи с вывозом на газоны жилых районов осадка станций аэрации, содержащих большое количество тяжелых металлов, и завозом несертифицированного песка и грунта.

При сравнении нагрузки химическими ядами на территорию округа было выявлено, что наибольшая нагрузка веществами разного класса вредности и опасности наблюдалась в ЮВАО - 58 752,3 тыс. тонн в год по сравнению с САО - 51 283,7 и 16 419, 9 тыс.тонн в ЗАО.

По характеру действия указанные вещества способны воздействовать на организм человека, повреждая не только его системы и органы, но и оказывать вредное воздействие на развитие плода при беременности.

Из перечисленных веществ были отобраны вещества категории 1А, известные как репродуктивные токсиканты для человека.

Из 64 известных репротоксикантов в выбросах промышленных предприятий ЮВАО они составили 46,9% (30 веществ). (в ЗАО - 26 веществ (40,6%), в САО - 23 вещества (35,9%).

С целью выяснения нагрузки химическими веществами специфического действия на окружающую среду, мы провели сравнительный анализ между регионами проживания беременных. В таблице 1 в сравнительном плане приведены перечни одинаковых химических веществ (репротоксикантов), выбрасываемых в разных количествах (тыс.тонн) по трем округам (ЮВАО, ЗАО, САО).

Таблица 1.

Перечень репротоксикантов по изучаемым районам (тыс.тонн)

	ЮВАО	ЗАО	САО
1.Акрилонитрил	0,088	0,351	0,008
2.Ацетон	36,656	45,002	117,575
3.Барий	0,756	0,013	0,004
4.Бензин	484,426	24,373	66,703
5.Бензол	251,117	1,422	0,001
6.Керосин	749,642	42,932	84,431
7.Марганец и его соединения	6,841	0,005 0,078	0,402 0,002 0,044
8.Метилметакрилат	0,183	0,162	0,001
9.Свинец и его соединения	2,645	0,015 0,003 0,002	0,014 0,001 9,300
10.Селена диоксид	0,0003	0,0001	0,0003
11.Стирол	2,024	0,674	2,928
12.Толуол	920,566	37,397	73,093
13.Трихлорэтилен	0,201	0,024	2,384
14.Уайт-спирит	120,965	39,207	40,973
15.Углерода оксид	3887,204	351,480	1322,807
16.Формальдегид	8,335	0,167	0,904
17.Хром 6-валентный	0,023	0,005	0,022
18.Эпихлоргидрин	0,239	0,824	0,258
19.Этанол	224,707	183,929	34,365

Из таблицы следует, что из 64 репротоксикантов, опасных для человека, 19 присутствуют в выбросах промышленных производств на изучаемых территориях. Из них наибольшее количество веществ значительно превышающих тоннаж присутствовало в ЮВАО - 11 веществ, 1 вещество - ЗАО, 3 вещества - САО. Так, бензол и растворители (ксилол, толуол, уйат-спирит, ацетон, бензин и др.) имеют значительные количественные различия - от 2,6 до 250 раз; оксид углерода в 11раз; свинец в 186 раз, а разница его соединений в округах составляет более 4000 раз и т.д. в зависимости от промышленности округа.

Население, проживающее в ЮВАО подвергается воздействию вредных факторов. При этом существуют наиболее "уязвимые" группы, к которым относятся женщины в период беременности, кормящие грудью матери, дети и подростки, инвалиды. Именно эти группы требуют особой, специфической защиты государства.

Беременность нельзя приравнивать к нездоровью. Риск нарушений физиологического течения беременности, обусловленный вредными факторами условий труда, может быть уменьшен с помощью проведения профилактических мероприятий. Большинство женщин работают во время беременности и возвращаются к работе в период кормления ребенка грудью.

Однако при воздействии некоторых опасных для репродукции химических веществ, обладающих гонадотропным, тератогенным, эмбриотропным действием, риск развития тяжелых последствий для плода и новорожденного клинически может проявиться врожденными пороками развития (ВПР), мертворождением, изменением массы тела новорожденного (менее 2500 г или более 4000 г), трансплацентарным канцерогенезом, развитием функциональной или психической патологии или самопроизвольным выкидышем.

Установлено, что этиологическая доля вклада вредных факторов условий труда значительно выше для новорожденного, чем для матери и это различие увеличивается по мере роста вредности и опасности условий труда женщины. Это свидетельствует о малой защищенности плода материнским организмом от неблагоприятного влияния факторов окружающей среды. Этот новый научный факт позволяет более четко расставлять акценты в охране материнства и детства с учетом жизненных циклов человека.

Учитывая, что в ЮВАО врожденные пороки в 2005 году выросли в 2.5 раза по сравнению с РФ, считаем необходимым уделить этому вопросу наибольшее внимание.

Известно, что наиболее опасными периодами в формировании врожденных пороков развития плода являются первые дни беременности.

Отдаленные последствия действия вредных факторов могут проявляться и в виде ранней инвалидизации ребенка, признания его инвалидом с детства или врожденных аномалий. Все это ведет к большим материальным затратам семьи и государства.

Так, по данным официальной статистики за последние 8 лет численность детей-инвалидов по стране (в возрасте до 16 лет) увеличилась на 163 тыс. Основными причинами инвалидности являются психические расстройства, болезни нервной системы и врожденные аномалии.

Проведенные нами исследования 2001-2003 года показали, что в структуре врожденной патологии новорожденных в г. Москве около 40% приходится на костно-мышечную систему, более 20% на систему кровообращения и почти 10% на аномалии половых органов, причем наиболее часто эта патология выявлялась у детей мужского пола.

В формировании здоровья будущего ребенка нельзя не учитывать роль здоровья мужчины, т.к. зарождение жизни происходит в результате двуединой функции двух организмов (мужчины и женщины).

Исследования свидетельствуют, что некоторые химические вещества могут нарушать процесс образования спермы на любом его этапе. Яд, поступая в организм, может повреждать половые железы мужчины, что проявляется расстройством их функции. Примечателен тот факт, что некоторые химические вещества вступают в конкурентные отношения с собственными гормонами мужчины или женщины, вызывая тем самым развитие гормональной недостаточности и нарушения в процессах репродуктивной системы.

Существует определенный перечень профессий, которые повышают риск развития патологии мужской репродукции, в частности, инфертильности: водители автотранспорта, слесари и сварщики, а так же работники "силовых" ведомств.

При сравнении действия вибрации на человека в зависимости от пола было установлено, что при сходных производственных условиях у женщин наблюдаются самопроизвольные выкиды-

ши, ранние и поздние токсикозы, а у мужчин происходит угнетение половой активности. При работе мужа с повышенными уровнями вибрации у женщины также может наступить самопроизвольный выкидыш из-за отрицательного воздействия вибрации на сперматогенез.

В условиях работы низких и высоких температур происходят изменения в половых клетках, которые приводят к патологии всей репродуктивной системы мужчины.

Помимо условий труда, существенную роль играют социальные стрессы, алкоголизация населения, наркомания, экологические нагрузки, качество питания, организация медицинской помощи и др.

Помимо условий труда, существенную роль играют социальные стрессы, экологические нагрузки, питание, организация медицинской помощи и др.

В современных условиях население детородного возраста, работающее в неблагоприятных условиях и проживающее в экологически загрязненном районе по существу пребывает в хронической экстремальной ситуации. Для оценки комплексного воздействия условий труда и среды проживания нами разработана шкала, с помощью которой можно оценить степень угрозы для репродукции и здоровья потомства в зависимости от условий труда и эколого-гигиенических условий проживания матери. При сочетанном их воздействии повышается совокупный риск ущерба здоровью как матери, так и ребенка.

К сожалению, на сегодня разрушена система медицинского обслуживания работающих, низко качество проводимых предварительных и периодических медицинских осмотров, ликвидированы медико-санитарные части, не осуществляется трудоустройство беременных и т.д.

В настоящее время медико-социальный ущерб оценивается только как расходы на лечение, реабилитацию, социальные выплаты и т.д. при профессиональных заболеваниях и травмах. Однако эти показатели не учитывают качество жизни (удовлетворенность работой, семьей, доходами и здоровьем). Не учитывается медико-социальный ущерб для репродуктивного здоровья работающих, который выражается через показатели репродуктивных потерь, в частности смертности женщин, выкидышей, мертворождаемости и т.д.

Например, прерывание беременности (выкидыш), в результате несчастного случая на производстве, которые квалифицируются как тяжелые несчастные случаи на производстве (приказ Минздрава России от 17.08.99 №322), может приводить к утрате способности к деторождению.

Таким образом, установлено, что загрязнения окружающей среды оказывают влияние на распространенность врожденных аномалий. Плод может испытывать двойное вредное действие - через дестабилизированный организм матери (гестоз, гипоксия, супрессия клеточного и гуморального иммунитета, инфекции) и прямое действие ксенобиотиков, проникающих трансплацентарно.

В настоящее время в структуре детской заболеваемости и смертности в большинстве развитых стран на первое место выходят врожденные пороки развития. По разным данным, врожденные пороки развития встречаются примерно у 5% новорожденных, а их удельный вес в структуре причин младенческой смертности достигает 20%.

С целью выяснения связи нарушений развития плода и новорожденного с вредными факторами была проанализирована распространенность ВПР и состояние окружающей среды в ЮВАО и по Москве, в целом.

Установлено, что беременные ЮВАО подвергались воздействию вредных химических веществ и почти 63% из них продолжали работать на прежнем рабочем месте до 7 месяцев гестации. Анкетный опрос показал, что "Субъективная оценка" окружающей среды, в которой проживали беременные, оценена ими как "плохая" в 66% опрошенных. Основная жалоба женщин относилась к "загазованности воздуха": 100%. В этой связи мы проанализировали воздушную среду района проживания обследуемых женщин по официальным данным (табл.1).

На сегодня остаются недостаточно изученными вопросы выявления и оценки факторов риска ВПР на урбанизированных территориях. Нуждается в уточнении определение степени пренатального риска и гигиенической значимости экологических факторов. Необходима разработка современных подходов к совершенствованию структурно-функциональной модели оказания специализированной диагностической и лечебно-профилактической помощи беременным групп высокого риска, проживающих на территориях санитарно-гигиенического неблагополучия.

К репродуктивным потерям относят потери продуктов зачатия (беременности) на протяжении всего срока гестации. К ним относятся: самопроизвольные выкидыши, аборты, внематоч-

ная беременность, потери при прерывании беременности в сроке 22 - 27 недель, мертворожденные и умершие в первую неделю жизни.

Известно, что в современных условиях осуществляется синтез новых химических соединений и постоянно увеличивается поступление в окружающую среду побочных продуктов, содержащих мутагены. Мутации могут стать причиной гибели половых клеток, неспособности их к оплодотворению, прекращения развития эмбриона или плода. Было установлено, что частота хромосомных мутаций среди причин спонтанного абортирования исключительно велика. Любые изменения внешней и внутренней среды организма отражаются на функциональном состоянии плаценты, являющейся связующим звеном между матерью и плодом. В неблагоприятных экологических условиях исследователи рассматривают изменения в плаценте как своеобразное проявление адаптации к внешним факторам, что позволяет использовать ее в качестве тест-объекта для биологического мониторинга окружающей среды.

Воздействие металлов на фетоплацентарную систему рассматривается многими авторами как одна из причин нарушения состояния здоровья детей на ранних этапах онтогенеза. Тяжелые металлы обладают высокой биохимической активностью по отношению к сульфгидрильным, тиоловым, карбоксильным и другим активным группам аминокислот и белков. Их распределение и накопление в организме плода и новорожденного определяется концентрацией металлов в крови матери, барьерной функцией плаценты и резорбцией веществ в желудочно-кишечном тракте плода как механизма неспецифической резистентности от поступления экотоксикантов. Учитывая низкую эффективность плацентарного барьера и выраженные кумулятивные свойства тяжелых металлов, система мать-плод-новорожденный оказывается в условиях хронического токсического воздействия этих веществ, что обусловливает высокий риск перинатальной патологии. Воздействие дисбаланса некоторых элементов представлено ниже.

Изучение состояния здоровья беременных, показало, что, число женщин, имеющих какое-либо экстрагенитальное заболевание до начала беременности, было достоверно выше в Юго-Восточном районе 58,2 2,4 (1999г.), в то время как в условно чистом районе этот показатель составил 41,3 3,3 на 100 обследованных (1999г.).

Наблюдались высокие уровни эндокринных и обменных заболеваний. В структуре данных заболеваний преобладали нарушение жирового обмена I-II степени, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет. Особо выделены заболевания щитовидной железы. Эти данные имеют особо важное значение для прогнозирования здоровья плода, так как, наличие патологии щитовидной железы у матери увеличивает вероятность аналогичного поражения у плода при воздействии химических факторов, особенно в критические сроки развития эндокринной системы плода.

Заболевания органов пищеварения также чаще диагностированы в Юго-Восточном районе - 8,9 1,9 на 100 обследованных против 4,4 1,0 - в Западном.

Экстрагенитальная заболеваемость беременных женщин продемонстрирована в таблице 2.

Экстрагенитальная заболеваемость беременных женщин в зависимости от экологической нагрузки района проживания

	ЗАО	ЮВАО	Отношение шансов и доверит. интервал	
Показатели	p+m	p+m	OR	95%CI
Болезни эндокринной системы и нарушение обмена веществ,	6,9±1,2	14,6±2,4**	2,16	1,08÷4,29
в т.ч. заболев-я щитовидной железы	3,2+0,8	5,2+1,5		
Болезни органов пищеварения	4,4±1,0	8,9±1,9 **	2,99	1,36÷6,63
Болезни органов кровообращ.	3,0+0,8	7,0 +1,8**	2,96	1,48 : 5,96
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3,3±0,9	3,8±1,0	-	-
Болезни органов дыхания	1,1±0,5	2,4±1,1	-	-
Болезни мочеполовой системы	1,1±0,5	2,4±1,1	-	-
Вегето-сосудистая дистония (ВСД)	18,7+1,8	20,2+2,8	-	-

* - P<0,05, ** - P<0,01

Оценка состояния здоровья женщин показала, что женщины наиболее изученных нами районов, имея одинаковый возрастной состав, имеют разное "качество" здоровья. Выявлено, что в Юго-Восточном, принятым нами как экологически неблагоприятном районе, достоверно чаще встречаются эндокринные заболевания и болезни обмена веществ, болезни органов пищеварения и органов кровообращения.

Анализ текущей беременности у женщин, проживающих в районах с разной техногенной нагрузкой, выявил нарушения периода гестации как в ранний, так и в более поздний периоды.

Установлено, что 22,4% женщин, проживающих в Западном районе, не имели ни одного осложнения беременности, в то время, как у женщин экологически неблагоприятного района физиологическое течение беременности наблюдалось в 5 раз реже (4,7%), т.е. в промышленно загрязненном районе 95,3% женщин страдали различными осложнениями беременности (табл.3).

Особого внимания заслуживают показатели угрозы прерывания беременности. Угроза прерывания беременности в первую половину (до 20 недель) имела достоверно значимые различия по районам (Р 0,05) и была больше в промышленно загрязненном районе (Юго-Восточный) - 33,3 3,2 на 100 беременных женщин, при 24,4 2,0 - в условно чистом (Западном) районе. То же можно сказать и об угрозе прерывания беременности во второй половине (после 20 недель). Если в условно чистом районе ее частота составила 5,1 1,1 случаев на 100 женщин, то в экологически неблагоприятном - 24,3 2,9 случаев, т.е. более, чем в 4 раза чаще (Р 0,01). Отношение шансов показывает, что вероятность угрозы прерывания беременности во II половине (OR=6,01), в промышленно загрязненном районе возрастает по сравнению с первой половиной беременности (OR= 1,62).

Гестозы, выявленные при настоящей беременности, также имели достоверные различия и составили 33,5 2,7 на 100 женщин в экологически неблагоприятном и 24,8 2,1 в условно чистом районе (Р 0,05). Отношение шансов (OR) равно 1,53, доверительный интервал (95%CI) 1,03-2,23. Состояние гематологической системы играет важную роль в приспособительных реакциях организма к внешней среде.

Таблица 3

Частота осложнений беременности в зависимости от техногенной нагрузки района проживания (на 100 женщин)

Показатели	Запад N 434p+m	Юго-Восток N-213 p+m	Отношение шансов и доверительный интервал	
			OR	95% CI
Угроза прерывания 1 половины	24,4±2,0	33,3±3,2*	1,62	1,11-2,37
Угроза прерывания 2 половины	5,1+1,1	24,3+2,9 **	6,01	3,43-10,59
Токсикоз 1 половины	10,02	8,9±1,9	-	-
Гестоз	24,8+2,1	33,5+2,7*	1,53	1,03-2,23
Анемия	36,5±2,3	80,2±2,2 **	13,0	7,88-21,61
Неразвивающаяся беременность	0,95±1,4	1,4±0,8	-	-

*- P<0,05

**- P<0,01

Состояние здоровья женщин, течение беременности и соответствующие иммунологические сдвиги в материнском организме оказывают непосредственное влияние на здоровье рожденных ими детей. При осложненном течении беременности плод часто испытывает кислородную недостаточность. Развивающаяся внутриутробная гипоксия плода и новорожденного является не самостоятельным заболеванием, а следствием многих видов акушерской патологии, заболеваний матери как до, так и в период беременности, а также самого плода.

Для того, чтобы прогнозировать здоровье рожденного поколения, необходимо проводить анализ заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни.

Анализ распространенности врожденных аномалий у детей 0-14 лет (на 1000 детского

населения) за 1997-2001 г.г. показал, что наибольшее количество врожденных аномалий по г. Москве диагностировано в ЮВАО, ЗАО, САО.

Показатели свидетельствуют о значительном росте детей с ВПР в 2002 году в САО по сравнению с 1997г. При этом наблюдается снижение числа детей с ВПР в Юго-Восточном и Западном округах. В таблице 4 согласно классификации МКБ-Х приведены данные распространенности нозологических форм врожденных аномалий за 2001-2002 г. по изучаемым округам.

Таблица 4

Распространенность врожденных аномалий за 2001-2002 г. по изучаемым округам (нозологические формы)

КодМКБ10	Диагноз	Западный ‰		Юго-Восточный‰		Северный ‰		Москва ‰	
		2001г.	2002 г.	2001г.	2002 г.	2001г.	2002 г.	2001г.	2002 г.
Q65-Q79	Врожденные аномалии и деформации костно-мышечной системы	17,44	13,48	16,36	17,29	28,13	36,46	15,09	14,10
Q20-Q28	Врожденные аномалии системы кровообращения	8,21	8,79	8,25	8,11	12,49	15,65	8,40	7,52
Q50-Q56	Врожденные аномалии половых органов	5,42	4,98	4,79	2,93	8,49	7,16	4,50	3,44
Q00-Q07	Врожденные аномалии развития нервной системы	0,73	0,15	0,53	0,13	0,50	1,00	0,78	0,39
Q10-Q18	Врожденные аномалии глаза, лица и шеи	0,88	2,05	3,59	3,33	2,33	1,33	1,42	1,49
Q35-Q37	Расщелина губы и неба (заячья губа и волчья пасть)	1,17	0,73	0,8	0,86	0,83	0,50	0,63	0,60
Q38-Q45	Другие врожденные аномалии органов пищеварения	10,26	8,65	2,26	1,86	14,15	13,48	5,33	4,48
Q60-Q64	Врожденные аномалии мочевыделительной системы	1,32	1,17	0,67	0,8	1,83	1,0	0,98	0,73
	Всего детей с ВПР	336	303	296	284	437	479	3090	2893

Данные показатели требуют продолжения исследований и более глубокого анализа.

Для выяснения прогноза профиля заболеваемости детского и в перспективе взрослого населения и разработки мер профилактики была изучена структура пороков развития в динамике последних лет.

Было выяснено, что за последние два года (2001 и 2002г.г.) по г.Москве первые пять мест продолжают устойчиво занимать аномалии костно-мышечной системы, системы кровообращения, органов пищеварении и половой системы.

Первое место продолжало оставаться за врожденными аномалиями костно-мышечной системы (37,41 против 39,92% соответ.).

Аномалии системы кровообращения составляли в 2001 году 20,81% и их доля увеличилась до 21,29% в 2002 году и они заняли 2-е место.

На 3-ем месте находились аномалии органов пищеварения: 13,2% в 2001 году против 12,69% в 2002 году.

Аномалиям половых органов принадлежало 4-е место. В 2001 году они составляли 11,17% и в 2002 году снизилась до 9,75%.

На 5-ом месте находились врожденные аномалии глаза, уха, лица и шеи, доля которых в 2002 году выросла (3,53 против 4,22%).

При рассмотрении распространенности деформаций костно-мышечной системы у детей до года по округам г.Москвы обращало на себя внимание, что рост этой патологии произошел в пяти районах города: Восточном, г.Зеленограде, Юго-Восточном, Северо-Восточном и Северном.

В Северном районе только за один год наблюдения (2001-2002г.г.) рост деформаций костно-мышечной системы у детей составил почти 3% (с 45,72 до 48,67%), что в абсолютных показателях составило 169 против 219 детей до года, т.е. на каждую 1000 населения в 2002 году появилось по 50 детей с врожденной патологией костно-мышечной системы.

Второе место в структуре ВПР занимает врожденная патология системы кровообращения.

Анализ распространенности врожденной патологии системы кровообращения показал также неоднозначные изменения уровней этой патологии в различных округах города. Так, прирост аномалий системы кровообращения произошел в Южном, Западном, Северо-Восточном, Северном районах и г.Зеленограде, при значительном снижении в Центральном и Северо-Западном районах. В Юго-Восточном округе в 2002 году произошло незначительное снижение уровней врожденной патологии системы кровообращения по сравнению с 2001 годом (с 8,25 до 8,11 на 1000 населения) при 8,40 и 7,52 соответственно по г.Москве.

Третье место в структуре ВПР принадлежит врожденным аномалиям половой системы.

Изучение распространенности врожденных аномалий половой системы у детей до года жизни показало снижение этой патологии во всех округах, в т.ч. и по Москве, за исключением Северо-Восточного округа, в котором в 2002 году по сравнению с 2001 наблюдался рост этой патологии до 8,2 с 7,08 на 1000 населения.

В Юго-Восточном округе эти показатели составили в 2001 году 4,79, в 2002 - 2,93; в Западном - с 5,42 до 4,98 и в Северном - с 8,49 до 7,16 соответственно на 1000 населения, при показателях по г.Москве - 4,50 и 3,44 соответственно.

Сравнение структуры врожденной патологии половых органов за 2001 и 2002 год показало изменение доли таких патологий как гипоспадия и неопущение яичка. В 2002 году наблюдался рост доли гипоспадии - с 37% до 44% и снижен уменьшение доли "неопущение яичка" с 46% до 38% при неизменном вкладе аномалий женской половой сферы - 2%.

Углубленный анализ структуры пороков развития, проведенный нами в Западном и Юго-Восточном округах показал следующее (таблица 5)

Таблица 5

Сравнительные данные распространенности врожденных пороков развития у детей

Показатели	Запад **N=325**		Юго-восток N 192	
		p±m		p±m
Всего детей с ВПР		31,5±2,6		35,9±3,5
Костно-мышечная система		34,3±2,6		64,7±3,4*
Мочеполовая система		33,3±2,6*		10,3±2,2
Кожа и ее придатки		17,6±2,1		16,2±2,5
Пороки лица, черепа, шеи		8,8±1,6		10,3±2,1
Пороки ЦНС, органов чувств		10,8±1,7		8,8±2,0
ССС		10,8±1,7*		4,4±1,4
Эндокринные железы		7,8±1,5		2,9±1,2
Дыхательная система		1,9±0,8		-
Органы пищеварения		0,9±0,5		-
Тяжелые ВПР		2,9±0,9		7,4±1,8*
Множественные ВПР		7,8±0,5		10,3±3,1

* - P<0,05

Анализ показывает, что наиболее частой патологией в загрязненном округе против условно чистого являются нарушения костно-мышечной системы (64,7 против 34,3), тяжелые (несовместимые с жизнью пороки) и множественные пороки развития (7,4 против 2,9 и 10,3 против 7,8 соответственно на 100 детей). В то же время в условно чистом округе распространенность пороков развития половой системы новорожденных наблюдается в 3 раза чаще, чем в районе с высокой промышленной нагрузкой (33,3 против 10,3). Обращает на себя внимание высокая частота встречаемости пороков развития сердечно-сосудистой системы у новорожденных из условно чистого района (10,8 против 4,4 на 100 детей).

Таким образом, женщины обоих районов, имея одинаковый возрастной состав, имеют разное "качество" здоровья. Установлено, что в экологически неблагоприятном районе достоверно чаще встречаются заболевания эндокринной системы и нарушение обмена веществ, заболевания органов пищеварения и органов кровообращения.

Такие осложнения беременности как угроза прерывания в первой и второй половине беременности, гестозы, железодефицитная анемия, достоверно чаще выявлены в районе с высокой техногенной нагрузкой.

Вышеперечисленные нарушения здоровья беременных женщин повышают риск развития осложнений у развивающегося плода и увеличивают частоту внутриутробной гибели, а также риск осложнений родов и нарушений здоровья новорожденных. В экологически загрязненном районе распространенность врожденных пороков развития значительно выше по сравнению с условно чистым.

Проведенные исследования относятся к 1999- 2003 годам. По полученным материалам были разработаны методические и практические рекомендации.

Предложения по охране репродуктивного здоровья и здоровья потомства вошли в Национальный план 2006-2010 г.г.

ГУ НИИ медицины труда РАМН разработал Федеральную программу, в которой имеется блок "Охрана репродуктивного здоровья работников". В расширенной программе по охране репродуктивного здоровья учтены патологии репродуктивной системы, связанные с воздействием факторов риска на человека (бесплодие, эндометриозы, нарушение течения беременности и т.д.).

Показатели нарушений репродуктивного здоровья населения, рекомендуемые для социально-гигиенического мониторинга

(блок "Репродуктивное здоровье")

- демографические показатели - рождаемость, смертность, материнская смертность, перинатальная смертность, младенческая смертность, соотношение новорожденных по полу, плодовитость, возраст матери при рождении ребенка;
- заболеваемость с временной нетрудоспособностью, по основным классам болезней взрослого населения, акушерско-гинекологическая заболеваемость, (заболеваемость, связанная с женскими болезнями и осложнениями беременности и родов). Заболеваемость новорожденных, (в т.ч. с ВПР, структура ВПР), детей, подростков.

Физическое развитие детей.

Данные об инвалидности: количество инвалидов , распределение по возрасту и причинам.

- показатели заболеваемости репродуктивной системы мужчин

Анализ экологической ситуации: данные по инвентаризации источников вредных выбросов крупных (ведущих) предприятий ЮВАО, физические факторы, гигиеническая оценка доз излучения.

Число работающих на предприятиях, занятых во вредных и опасных условиях труда по возрасту и полу, данные предварительных и периодических медицинских осмотров, процент охвата.

Результаты аттестации рабочих мест.

Предложения для включения в Программу "Задачи муниципальных и государственных органов власти в сокращении смертности и укрепления репродуктивного здоровья населения"

Разработка стратегии по вопросам охраны материнства и детства в округе.

Создание специальной комиссии в округе по вопросам охраны репродуктивного здоровья населения, а также разработки предложений для улучшения демографической ситуации и ведение мониторинга по ВПР и детям-инвалидам.

Для практического здравоохранения - организовать проведение практических семинаров по вопросам охраны репродуктивного здоровья населения для акушеров-гинекологов, педиатров, профпатологов, врачей медсанчастей, а также врачей-гигиенистов.

Трудоустройство беременных на специальных участках с учетом "планирования беременности" с позиций медицины труда.

Внесение в коллективные договора предприятий вопросов о дополнительном питании беременных женщин.

Проведение аттестации рабочих мест с учетом физиологии женского организма.

Восстановление института просвещения и распространение знаний по здоровому образу жизни.

Разработка памяток для населения по охране собственному здоровью, ответственному материнству и детству.

Разработка информационных листков о репродуктивных опасностях.

Смирнов В.В.,
вице-президент ГБО "Урусвати",
ветеран ВОВ

ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА АЮРВЕДА НА СЛУЖБЕ РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

В своем ежегодном послании Федеральному собранию в мае 2006 года президент В.В.Путин, касаясь острой проблемы современной России - демографии, констатировал, что "мы неоднократно поднимали эту тему, но, по большому счету, мало что сделали". Выполняемый в настоящее время национальный проект "Здоровье", направленный на преодоление демографических проблем, заложил неплохую базу. Однако, по словам президента, "… это недопустимо мало. Положение в этой сфере критическое". С этим трудно не согласиться.

Факты

На Всероссийской научной конференции "Национальная идентичность России и демографический кризис", проведенной РАН в октябре 2006 года, материалы которой были опубликованы в журнале "Наука и жизнь" № 1, 2007 г., были озвучены следующие статистические данные:

1. Население России на 01.01.2006 г. = 142,7 млн. человек и сократилось с 1993 г. на 5,8 млн. (4%).

Если тенденция сохранится, то к 2050 г. население России будет = 121,2 млн. человек. Однако эксперты ООН считают, что население России сократится до 100 млн. человек.

2. Как известно, воспроизводство обеспечивается при статистическом показателе (коэффициенте воспроизводства) = 2,15 рождений на одну женщину.

До 1990 г. коэффициент составлял = 1,9; в настоящее время = 1,3.

Для справки коэффициент воспроизводства:

- в Европе в целом = 1,3 - 1,7%;
- во Франции, Великобритании, Скандинавских странах = 1,8 - 1,9;
- в США = 1,8 -1,9%.

3. Российские семьи имеют:

- по одному ребенку = 65%; только 33% из них хочет второго;
- " по 2 ребенка = 28%; только 7% - хочет третьего (в Москве - 3,1%);
- по 3 и более ребенка = 7%.

4. Все чаще женщины начинают рожать при достижении 28-летнего возраста и перестают в 30 лет. Сужается репродуктивный период (2 года), когда в организме накоплены негативные факторы (экологические, стрессы, перенесенные болезни, вредные привычки и т.д.) влияющие на здоровье потомства.

5. Продолжительность жизни начало снижаться с 60-х годов. В начале 90-х кривые рождаемости и смертности пересеклись и смертность пошла вверх, а рождаемость - вниз. Каждый год нас становится на 850 тыс. меньше и это уже не кризис, а демографическая катастрофа!

Смертность (количество умерших на 1.000 человек) в России составляет = 14,65.

Для справки в других странах смертность составляет:

Китай = 6,97;
Канада = 7,80;
США = 8,26;
Франция = 9,14;
Япония = 9,16;
Англия = 10,13;
Швеция = 10,31;
Германия = 10,62.

Средняя продолжительность жизни в России = 67,1 лет.

Для справки в других странах средняя продолжительность жизни составляет:
Япония = 81,2;
Швеция = 80,5;
Канада = 80,2;
Франция = 79,8;
Израиль = 79,7 лет:
Германия = 78,8;
Англия = 78,5;
США = 77,8;
Китай = 72,6;
Иран, Чили, Алжир = 70,0 лет.

Первопричины

Подводя итоги приведенным статистическим данным, можно констатировать, что лежащими на поверхности причинами демографической катастрофы являются:
- нежелание рожать (низкая рождаемость);
- высокий уровень смертности и как следствие
- низкий уровень продолжительности жизни.

Причины низкой рождаемости

Казалось бы, что основной и определяющей причиной является низкий уровень благосостояния большинства населения страны, что подтверждается характеристикой материальной составляющей "российской семьи":
- очень богатые = 10%,
- так называемый "средний класс" = 20%,
- недостаточно обеспеченные и бедные = 70%.

Однако проведенными исследованиями установлено, что уровень экономики страны и, следовательно, уровень благосостояния семьи на рождаемость напрямую не влияют.

Следует говорить не об уровне экономики страны и благосостоянии семьи, а о "качестве жизни" - совокупности таких факторов как свобода, правопорядок, справедливость, толерантность, культурные и общественные традиции, которые можно назвать идейно-духовным, социопсихологическим факторами, и не в последнюю, но и не в первую очередь - материальное благополучие.

У абсолютного большинства населения (70%) - низкое "качество жизни", т.е. нет уверенности в том, что у них хватит сил и средств вырастить детей здоровыми, дать им образование и обеспечить достойную жизнь. Постоянное ощущение социальной, правовой, физической незащищенности, плюс, конечно, материальные трудности - вот основная причина низкой рождаемости.

Яркими примерами, подтверждающими это, являются:
- всплески рождаемости в 1943 году, после победы под Сталинградом,
- всплеск рождаемости в начале перестройки в 1985-1988 гг.

Парадокс в том, что указанный рост рождаемости наблюдался на фоне колоссальных экономических трудностей в стране и бедственным положением большинства семей. Однако вера в близкую победу в войне и обеспеченное перестройкой лучшее будущее принесли уверенность в благополучии детей.

"Кто виноват?"

Ученые утверждают, что основными "виновными" в вымирания населения России являются:

- Духовное состояние общества, которое продолжает ухудшаться; ощущение беспомощности перед криминалом, коррумпированными правоохранительными структурами и чиновничеством, рост имущественного и социального расслоения (размер доходов 10% самых богатых в 100 раз выше такого же количества бедных), неопределенность в ближайшем будущем не способствуют росту духовного состояния.

Неспособность государства заставить население поверить в то, что у будущего поколения есть какие-то гарантии на достойную жизнь.

Созданный в России "дикий капиталистический рынок" губителен для страны и ее населения.

Власть и бизнес предельно коррумпированы и равнодушны к судьбе страны и граждан.

Следует, однако, заметить, что, по мнению ряда экспертов, реальную угрозу существованию России представляет не постепенное снижение численности населения. Эти процессы рано или поздно выравниваются, т.е. численность родившихся людей и умерших взаимно уравновешивается. И если население России через какое-то время стабилизируется на цифре 100 или даже 75 миллионов - это отнюдь не будет равносильно катастрофе.

Но только при одном условии!!! При условии, что Россию будут населять здоровые, энергичные, работоспособные, уверенные в себе люди. А вот это весьма проблематично!

По официальным данным из 145 млн. граждан России примерно 15 млн. (каждый десятый!) - это полностью или частично нетрудоспособные инвалиды, т.е. люди, имеющие серьезные психические или физические нарушения.

Важно отметить, что не менее половины таких несчастных больны от рождения. То, что мы не слишком часто видим их на улицах, не показатель - в нашей стране инвалидность не публична.

Социолог, академик РАО И.В. Бестужева-Лада пишет, что каждые 5 лет число рождающихся у нас детей сокращается на 1/3, а к школьному возрасту более 90% из них страдают теми или иными хроническими болезнями.

Если 15-20 лет назад доля здоровых новорожденных составляла 60-70% от всех родившихся, то сегодня, по данным д-ра С. Жегулиной, здоровыми рождается не более 20% детей. Таким образом, общая численность родившихся детей у нас становится все меньше, а больных среди них становится все больше. Эти сухие цифры свидетельствуют: угроза выживанию России - реальна!

В такой ситуации во главу угла следует ставить не "тактику" оздоровления населения, а "стратегию", направленную на кардинальное повышение доли здоровых детей среди всех родившихся.

"Что делать?"

Нужна долговременная политика в области демографии. Эта политика не должна ограничиваться материальными факторами.

Общество в целом нуждается:

в духовном лечении;

- коррекции перекосов в основах созданной "рыночной экономики";
- перелома в деятельности СМИ, превратившихся из источников знания в омут бескультурья и невежества;
- коренных изменений в деятельности административно-чиновничьего аппарата и бизнес - структур.

Однако вернемся к проблемам здравоохранения, которые и являются предметом настоящего сообщения.

Для преодоления высокого уровня смертности и низкого уровня продолжительности жизни россиян необходимо противостоять:

- резкому падению уровня здравоохранения;
- алкоголизации населения;
- массовому табакокурение;
- взрывному росту наркомании;
- высокой аварийности на транспорте.

Особую опасность представляет то, что алкоголизм, табакокурение и наркомания, на фоне духовного обнищания Общества в целом, с каждым годом "молодеют", что обрекает сегодня будущее поколение на нездоровье и преждевременную смерть.

Чтобы повысить уровень здравоохранения, необходимо искоренить причины его падения. На наш взгляд основными причинами являются:

- практическое исключение из сферы здравоохранения, т.е. "охраны здоровья", важнейших его направлений, его сути - профилактики заболеваний и укрепления здоровья россиян;
- низкий профессиональный уровень части практических врачей и медсестер, связанный с низким качеством профессиональной подготовкой, поставленной на коммерческие рельсы;
- неэффективность многих стандартов лечения и медицинских технологий, прежде всего эффективной ранней диагностики; упорное нежелание перенимать передовой опыт стран с высоким уров-

нем здравоохранения и достижений отечественной науки; игнорирование рекомендаций ВОЗ;

- применение дешевых, малоэффективных и устаревших, иногда опасных и контрофактных лекарственных препаратов;
- проникновение в систему здравоохранения принципов созданной в России "рыночной экономики", руководствуясь которыми основная цель - "прибыль" медицинских учреждений и отдельных медиков напрямую зависит от количества "больных", а не от количества вылеченных;
- вместо активной пропаганды здорового образа жизни и конкретных усилий в этом направлении, при попустительстве Минздрава в СМИ культивируется обратное; рекламируются всякого рода "целители", "народные" средства и методы лечения и т.п.

Известно, что желаемого эффекта в преодолении любых проблем можно добиться только устранением причин, их порождающих. Современная же медицина продолжает в основном бороться не за здоровье людей, а против их болезней.

Поэтому, до тех пор, пока объектом нашей медицины будет оставаться БОЛЕЗНЬ, а не ЗДОРОВЬЕ, перспектива частичного или полного разрешения архиважной демографической проблемы будет затруднена.

В современной системе здравоохранения должны, прежде всего, измениться приоритеты. В центре внимания должны оказаться охрана здоровья и заложенные в человеческом организме природой возможности его укрепления.

Существует много неиспользованных возможностей. По нашему мнению наилучшим средством прорыва к успеху может стать появление равноправного партнера в форме альтернативной/традиционной медицины в системе здравоохранения России.

Открытое и честное сотрудничество - лучшее средство для продвижения вперед, с одной стороны, и действительная реализация прав человека на личный выбор лучшего вида медицинских услуг, с другой.

По глубокому убеждению специалистов здравоохранения многих стран улучшение здоровья людей можно добиться путём разумного сочетания методов традиционной и современной систем медицины. Именно эта мысль отражается в документах Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ).

Нам можно возразить, указав на то, что в настоящее время в России широко используются методы и средства, лекарственные препараты, пришедшие к нам из Юго-Восточной Азии, Китая, Кореи, Вьетнама, Таиланда. И с этим нельзя не согласиться. Однако, это лишь фрагменты древних медицинских систем, способы и средства лечения больных, а не цельные медицинские системы.

В этой связи хотелось бы остановить ваше внимание на одной из самых древних медицинских систем, которой является индийская Аюрведа, в переводе с санскрита - "наука о жизни". По мнению специалистов Аюрведе не менее 5000 лет.

Возвращение из долгого забвения в начале прошлого века и получение Аюрведой решением конференции ВОЗ в 1978 году в г. Алма-Ате официального статуса "альтернативной/традиционной медицинской системы" дали возможность убедиться в уникальности и эффективности древней Аюрведы в наши дни.

Следует напомнить, что в соответствии с рекомендациями ВОЗ и принятым правительством нашей страны решением в начале 80-х годов Аюрведа вошла в перечень медицинских услуг, допущенных к применению в Советском Союзе.

Однако, затем в смутные девяностые годы, по неизвестной причине, Аюрведа исчезла из перечня, несмотря на то, что в основополагающем документе ВОЗ, определяющим основные направления борьбы за улучшение качества жизни человечества "Стратегии ВОЗ в области традиционной медицины (ТМ)" перед государствами-членами ВОЗ в частности ставились конкретные задачи: интегрировать надлежащим образом ТМ в национальные системы здравоохранения; обеспечивать базисную подготовку по широко используемым видам лечения ТМ; укреплять сотрудничество между практиками ТМ и практиками аллопатической медицины.

Сегодня можно с уверенностью заявить, что на роль альтернативной медицинской системы в российском здравоохранении вполне может претендовать научно обоснованная, древняя и одновременно современная традиционная индийская Аюрведа.

Прежде чем возложить на себя ответственность за пропаганду Аюрведы и за призыв интегра-

ции её в российское здравоохранение мы, представители гуманитарно-благотворительного Общества "Свет Утренней Звезды" на санскрите - "Urusvati", в течение 10 лет изучали вопросы применение Аюрведы в медицинской практике Индии и других стран, исследовали возможности ее применения в России, налаживали деловые контакты и партнерские отношения с людьми и организациями, работающими в Индии в системе традиционной индийской медицины. Это позволило Обществу в период с 1995 по 2006 гг. содействовать реализации ряда проектов и программ в области Аюрведы, в том числе: реабилитация пострадавших при катастрофе на Чернобыльской АЭС индийскими специалистами; стационарное лечение и реабилитация детей в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии; амбулаторное лечение и реабилитация детей и взрослых в московских медицинских центрах.

Общество провело обучающие семинары, с привлечением индийских преподавателей; конференции, "круглые столы"; инициировало обсуждение на правительственном уровне вопроса интеграции Аюрведы в российское здравоохранение и развития межгосударственных программ в этой области.

Важным событием в деятельности Общества стало проведение в июне 2005 г. при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития РФ на базе Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) курса тематического усовершенствования для профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и практических врачей.

Лекции читали приглашенные нами из Индии члены Общества, высококвалифицированные индийские преподаватели. По результатам проведения курса в июле 2006 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ утверждена "Типовая программа дополнительного профессионального образования врачей по фундаментальным принципам традиционной медицины "Аюрведа". На ее основе Обществом подготовлено Учебное пособие и демонстрационный материал на компакт-диске.

Какими же достоинствами обладает Аюрведа, обратившая на себя внимание профессионалов во всем мире, в том числе и в России?

Приоритет Аюрведы среди известных традиционных медицин неоспорим, так как она строится на прочной, солидной научной основе, обладает ясными и четкими концепциями, которые дошли до нас из глубины веков и продолжают пополняться в наши дни.

Эта система медицины имеет целый ряд достоинств, иные из которых можно назвать уникальными. Суть Аюрведы - в целостном подходе к здоровью человека с позиции его взаимоотношений с окружающим миром. Эта традиционная/альтернативная медицинская система предоставляет превосходную возможность лечения различных заболеваний, в том числе отдельных хронических недугов, перед которыми зачастую оказываются бессильными методы современной медицины.

Она нацелена не только на преодоление болезней, но и на их предотвращение, на развитие заложенных самой природой потенциальных возможностей организма противостоять недугам, социальную реабилитацию и адаптацию людей, имеющих проблемы здоровья и жизнедеятельности.

Таким образом:

Аюрведа делает упор на поддержание и укрепление здоровья, профилактику заболеваний - это является её основной целью. При этом Аюрведа исповедует индивидуальный подход к каждому человеку, так как организм каждого из нас имеет свою "конституцию", требующую индивидуального подхода как в процессах профилактики и укрепления здоровья, так и в процессах лечения болезней и реабилитации.

Аюрведа рассматривает организм человека как единое целое. Аюрведическая медицина лечит не только пораженный орган, но также те системы и органы, которые, с точки зрения этой науки, участвуют в данном патологическом процессе.

Наряду с целостным подходом к лечению организма человека и учением о функциональном единстве всех его органов, Аюрведа настаивает на тесной взаимосвязи "тела и психики". Психологические факторы, по мнению Аюрведы, непосредственно влияют на функционирование различных органов человека, и наоборот.

К достоинствам Аюрведы можно также отнести: уникальную и в тоже время удивительно доступную методику аюрведической диагностики, которая в сочетании с современными инструментальными методами позволяет достичь более высокого уровня точности диагноза и избежать возможных ошибок.

Аюрведическая медицина использует только специфические многокомпонентные лекарственные средства, в производстве которых используется только натуральное сырье. Их применение не приводит к привыканию и не оказывает побочного действия. Эффективность этих препаратов подтверждается современными научными исследованиями и тысячелетней практикой.

Очевидные достоинства Аюрведы в настоящее время привлекают внимание многих врачей и специалистов социальной работы, которые начали искать дополнительные, альтернативные методы профилактики, лечения и реабилитации.

Между тем необходимо отметить, что отсутствие или искаженная информация об Аюрведе, распространяемая в России отдельными отечественными "экспертами" и представителями религиозных сект, наносят незаслуженный ущерб ее авторитету.

Хотелось бы развеять некоторые распространенные заблуждения и внести ясность в понимание этой науки:

Аюрведа - это не "народная медицина", так как все виды народной медицины существуют только на основе практических знаний; вместо научной базы - жесткие традиции и новые знания практически не появляются. В отличие от народной медицины Аюрведа - не просто практика, она имеет серьезную теоретическую основу.

Аюрведа существует вне какой-либо религии. К сожалению, в прошлом и в настоящее время всякого рода миссионеры через методы "аюрведического лечения" пропагандируют религии различных сект. В Индии же врачи, практикующие Аюрведу, принадлежат к различным религиозным конфессиям и это естественно, поскольку физиология и анатомия, а значит и медицина от религии не зависит.

Аюрведа - древняя, но не "мертвая наука". Являясь частью культурного наследия Индии, она часть "живой", ныне здравствующей культуры, в отличие от ряда "мертвых" культур, таких как шумерская и египетская, культура инков и др. Аюрведа медленно, но верно развивалась и продолжает развиваться в наши дни.

Аюрведа может и применяется вне пределов Индии, в том числе и в России, так как она очень гибкая наука. Для Аюрведы не существует территориальных препятствий. В некоторые концептуальные положения Аюрведы можно вносить определенные изменения. Рекомендациям Аюрведы не надо следовать "буква в букву" - это не фанатическая наука. Аюрведа может быть использована абсолютно всеми людьми, при этом возможна и даже необходима ее адаптация с учетом национальной принадлежности и места проживания человека.

Аюрведа - это не фитотерапия, хотя в аюрведических лекарственных препаратах, как правило, используются отдельные части растений либо их экстракты. Фармакологический подход современной медицины чаще исповедует принцип однонаправленного воздействия, при этом вероятность побочных, вредных воздействий увеличивается. Аюрведа же и в прошлом и поныне практикует многокомпонентные лекарства - это очень существенный отличительный принцип Аюрведа-терапии.

Итак, Аюрведа - это научная система, методы которой отличаются от привычных методов современной (аллопатической или "ортодоксальной") медицины. И в этом нет ничего предосудительного, так как наука не может развиваться только в одном - единственном направлении.

Главное - это цель, к которой стремятся ученые и практики, использующие разные пути к ее достижению. Конечная цель на пути Аюрведы совпадает с целью современных медицинских систем - достижения человечеством максимального здоровья.

Знакомство с Аюрведой и ее знаниями поможет представителям других медицинских систем найти путь, возможно, более правильный или на какой-то момент единственный, если иные пути заблокированы или ведут в тупик. Аюрведа не стремится игнорировать достижения современной медицины, и потому иногда бывает полезным одновременное использование разных методик, дополняющих друг друга.

Ярким примером тесного взаимодействия различных медицинских систем может служить система здравоохранения Республики Индии. Высокое качество медико-санитарной помощи обеспечивается созданной в Индии в XX веке инфраструктурой, поражающей своей эффективностью и доступностью. Аюрведа, безусловный лидер в числе других индийских традиционных медицинских систем, является частью единой государственной системы здравоохранения и социальной защиты Индии, которая регулируется государственными законами, стандартами и иными нормативными актами и обеспечивается стройной системой, включающей:

- органы государственного управления и контроля;
- научно-исследовательские институты, научные центры и лаборатории;
- высшие и средние профессиональные учебные заведения;
- больницы, клиники, медицинские центры и санатории;
- сеть фармацевтических предприятий и аптек.

По данным индийских источников за 2005 год, в инфраструктуре Аюрведы, функционирует: 437 учебных заведений, выпускающих ежегодно 25000 специалистов; около 4000 стационарных клиник и больниц; более миллиона дипломированных практикующих врачей; около 10000 предприятий, выпускающих аюрведические лекарственные препараты и косметику.

Государственным органам управления и контроля медицинской системы Аюрведа являются Департамент Аюрведы, Йоги, Натуропатии, Юнани, Сиддхи и Гомеопатии Министерства здоровья и семейного благополучия Индии.

Центральный Совет по индийской медицине курирует медицинское образование в области Аюрведы, контролирует медицинскую практику, вопросы этики и ведет "Главный регистр практикующих врачей".

Большинство аюрведических институтов и колледжей - государственные вузы, отдельным из них уже более ста лет. Начальная подготовка для поступления в аюрведический институт или колледж составляет 12 лет среднего школьного образования (10 + 2), причем в течение двух последних лет предметами с углубленным изучением должны быть физика, биология и химия. Базовая степень в Аюрведе - B.A.M.S. (бакалавр аюрведической медицины и хирургии). Для получения базового образования необходимо прослушать три 1,5-годичных курса, плюс один год практики. Всего 5,5 лет. Базовый курс служит для подготовки практикующих врачей Аюрведы в системе здравоохранения страны. После получения базовой степени в Аюрведе возможно дальнейшее обучение (post-graduate). Этот курс занимает три года и имеет научную ориентацию. Курс проводится по разным отраслям Аюрведы. Он предназначен, главным образом, для подготовки преподавателей, специалистов и исследователей, а также дает право заниматься частной практикой. Звание после обучения в аспирантуре - M.D. (Ay.) (магистр, доктор аюрведической медицины]. После этого можно продолжить обучение еще в течение трех лет и получить высшую степень Ph.D. in Ayurveda (доктор философии в области Аюрведы). Наивысшую почетную степень "эксперта Аюрведы" могут получить отдельные выдающиеся ученые и практики мирового уровня, внесенные в специальный список. По состоянию на январь 2005 г. в почетном списке значатся 35 человек.

Центральный Совет по исследованиям в области Аюрведы создан правительством Индии для координации и развития научных исследований в области Аюрведы. Научно-исследовательская работа под эгидой Совета, выполняемая сетью научно-исследовательских институтов, научных центров и лабораторий, включает в себя клинические испытания и фундаментальные исследования, в том числе, в области фармакологии, а также социологические и иные исследования в сфере здравоохранения и семейного благополучия (социальной работы).

Свыше 500 научных исследований, проведенных за последние 25 лет в более чем 200 независимых университетах и исследовательских институтах 30 стран, показали, что аюрведические оздоровительные и лечебные процедуры, лекарственные препараты благотворно влияет на все сферы жизни человека: ум, тело и поведение.

Вот лишь некоторые полученные в результате исследований результаты: снятие стресса и избавление от бессонницы; рост умственных и творческих способностей; улучшение памяти; укрепление здоровья и приток новых сил; снижение высокого кровяного давления; улучшение взаимоотношений между людьми; омоложение организма, биологический возраст людей при этом, в среднем на 5 - 12 лет меньше хронологического и многие другие.

Особо высокую эффективность в области сохранения и укрепления здоровья аюрведические препараты и процедуры показывают на раннем этапе становления организма человека. Хорошие результаты достигаются у детей в возрасте от 3-х до 18 лет.

Следует заметить, что Аюрведа благосклонно принята в Австралии, Корее, Мексике, США, а так же в ряде стран ЕС: Венгрии, Германии, Испании, Нидерландах, Норвегии, Чехии, Швейцарии. В Великобритании наши коллеги ведут интенсивные научные исследования и клинические испытания. При участии индийских фирм и специалистов налажено производство аюрведических лекарственных средств, ведётся подготовка специалистов в области аюрведических методов профилактики заболеваний, лечения болезней и укрепления здоровья.

Учитывая научные приоритеты Аюрведы, особая роль отводится не только врачам, но и специалистам социальной работы, вооруженным уникальными знаниями и тысячелетним опытом этой древней традиционной медицины. Недаром Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как "состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или физического дефекта".

Безусловно, на пути интеграции Аюрведы в российское здравоохранение необходимо приложить много усилий и решить непростые задачи, связанных, прежде всего:

- с организацией изучения фундаментальных основ Аюрведы и подготовкой профессиональных кадров;
- с организацией доклинических и клинических испытаний аюрведических лекарственных средств;
- с разработкой и обеспечением Аюрведы нормативно-правовыми актами, регулирующими ее функционирование в системе российского здравоохранения и социальной работы.

С целью решения первой из поставленных задач наше Общество в 2007 г. в сотрудничестве с ведущими аюрведическими университетами и клиниками Индии приступит к проведению цикла тематического усовершенствования "Фундаментальные принципы традиционной медицины Аюрведа".

В этой связи наше Общество предлагает Префектуре ЮВАО провести обучение слушателей - управленцев, практических врачей и специалистов по социальной работе, преподавателей учебных заведений Округа теоретическим основам Аюрведы, практическим навыкам Аюрведа-терапии в сочетании с современными методами профилактики, лечения и реабилитации. Семинары будут вести высококвалифицированные преподаватель индийских Аюрведических вузов.

Мы уверены в том, что многовековой опыт нашего традиционного партнера - Индии, умноженный на научный потенциал России, позволит преодолевать демографические проблемы, будет способствовать улучшению качества жизни россиян.

Стеняева Н.Н.,
сотрудник Научно-методического центра медицинской
сексологии и сексопатологии

БЛАГОПОЛУЧНАЯ, ГАРМОНИЧНАЯ СЕМЬЯ - НАИВЫСШАЯ ЦЕННОСТЬ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Опасная демографическая ситуация в нашей стране сегодня беспокоит все общество, и побуждает к принятию активных мер по устранению демографического кризиса на всех уровнях власти, общественных институтов, учреждений здравоохранения. Наряду с социально-экономической одной из главнейших причин называют нравственное разрушение сознания людей, духовное неблагополучие нации, вызванное деформацией традиционной системы общечеловеческих ценностей.

И, тем не менее, несмотря на происходящие негативные процессы в социуме, более 95% людей испытывают естественную потребность в близости, соучастии, партнерстве и взаимности, то есть, в дружбе и любви, которые реализуются, прежде всего, в формировании парных и семейных отношений.

Появление в обществе наряду с традиционной, современных моделей семьи, разрушение института брака привело к деформации морально-нравственных взаимоотношений, усложняющих межличностную коммуникацию в паре. При формировании семьи важным условием ее устойчивости является удовлетворенность партнеров друг другом, установившимися взаимоотношениями, согласованностью семейных ценностей. Представления о семейном укладе, полоролевое поведение супругов (партнеров) также являются существенными факторами, определяющими стабильность семьи, которые могут подвергаться определенной коррекции в процессе взаимной адаптации. Адаптационные механизмы в межличностном общении обеспечиваются эффективным взаимодействием, находящимся в основе длительных гармоничных отношений и базирующимся на доверии, открытости и взаимопонимании.

Процесс адаптации в супружеской паре сложен и динамичен. В семье люди раскрывают друг перед другом многие стороны своей личности, взаимоотношения, как правило, переживают кризисные периоды, кроме того, и сама семья претерпевает существенные изменения, связанные с рождением детей, перераспределением обязанностей, ролей и пр. Различия в коммуникации между мужчинами и женщинами подчас существенно затрудняют межполовое общение. Наибольшие трудности супруги (партнеры) испытывают при необходимости обсуждения вопросов сексуального и репродуктивного здоровья, вследствие стыдливости, традиционного отношения к интимной сфере как к "запретной", недостатка лексикона.

Кроме того, в обществе существует большое количество мифов, касающихся взаимоотношений, сексуальности и т.д. Следование в поведении этим мифам, различие мифических представлений у партнеров нарушают гармоничность отношений в паре, превращая подчас незначительные проблемы в почти неразрешимые. Не способствует становлению долгосрочных доверительных взаимоотношений использование различных игр (коммуникационных, сексуальных), основанных на стремлении к манипулированию людьми.

Механизмы различных видов коммуникации идентичны, однако при межличностном общении большое значение приобретают разнообразные тонкости и нюансы. "Они понимают друг друга с полуслова", "живут душа в душу", - так мы говорим, когда характеризуем гармоничные парные отношения. Эффективная коммуникация в паре основана на принципах равенства, доверия, взаимного уважения, открытости, искренности, эмпатии, взаимопонимания, готовности к компромиссам, умении слушать и корректно разрешать разногласия. Обучение общению происходит в периоды детства, взросления в родительской семье, во время приобретения личного опыта формирования отношений. Поэтому не случайно многие женщины, выросшие в неполных семьях, и сами не способны уживаться с мужчинами, вынужденные растить детей в одиночестве, а мужчины, не способны устанавливать взаимоотношения на принципах равенства. Нередко люди используют коммуникационные навыки, нарушающие адап-

тационные механизмы в паре и продолжают их стереотипно применять, несмотря на осознание их деструктивности.

Таким образом, выявляется актуальная потребность населения в обучении эффективному общению.

Взаимодействие в паре касается семейных, межличностных, сексуальных отношений. При изучении проблем взаимной адаптации доминирующее значение приобретает соответствие иерархии ценностных ориентаций у партнеров. Одним из приоритетных вопросов является фактор здоровья, а для недавно образовавшихся пар, пар фертильного возраста проблема сексуального и репродуктивного здоровья.

По данным демографов, в обществе сформировались установки на отсроченное оформление отношений в браке, позднее материнство (родительство). С другой стороны, остро встают вопросы сохранения репродуктивного здоровья в паре, соматического здоровья беременных женщин, здоровья младенцев.

Учитывая биологические, психологические и социальные аспекты репродуктивного здоровья при консультировании населения необходима интеграция специалистов различного профиля (акушеров-гинекологов, урологов-андрологов, сексологов, эндокринологов, терапевтов, психологов, социальных педагогов). Вовлечение мужчин в лечебно-профилактические мероприятия по охране репродуктивного здоровья, побуждение их в процессе консультирования к обсуждению подобных тем с партнером, а также с консультантом создает возможность для обучения навыкам свободного, доверительного общения между собой на интимные темы, избавление от чувства уязвимости.

Впервые в России широкую компанию по вовлечению мужчин в проблему охраны репродуктивного здоровья, профессиональному консультированию пар проводит фонд "Здоровая Россия" при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Подготовлена программа для обучения специалистов различного профиля, оказывающих услуги населению по вопросам репродуктивного здоровья, освещающая психологические аспекты консультирования пар, семей, а также вопросы в рамках сексуального просвещения для лиц половозрелого возраста.

Анализ проведенных обучающих семинаров-тренингов, с участием врачей разных специальностей, психологов, социальные педагогов показал высокую заинтересованность практикующих специалистов в подобных обучающих программах, необходимость получаемых в ходе обучения знаний. Участниками отмечались психологический дискомфорт у консультанта, связанный с расширением профессиональной деятельности, объективные трудности, возникающие в связи с необходимостью общения с обоими партнерами, недостаточно свободным владением тематикой сексологического содержания.

Необходимо отметить огромный опыт, накопленный на местах по охране репродуктивного здоровья населения. Налажены связи с образовательными учреждениями, ведется профилактическая работа в различных центрах, ориентированных на молодежь, в женских консультациях по подготовке молодых пар к осознанному родительству, в кризисных центрах оказывается профессиональная психологическая помощь по восстановлению семейных, парных отношений.

Используемые формы обучения создают возможность для участников личного знакомства между собой, позволяют обменяться накопленным опытом, выработать общие подходы и стратегии по профилактике патологии репродуктивной сферы, и в результате интегрировать деятельность. Одним из приоритетных направлений профилактики инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ, СПИДа, гепатитов, бесплодия, абортов, раннего начала половой жизни, беспорядочных половых связей является половое просвещение. Эта работа активно ведется в регионах, как правило, на энтузиазме, неравнодушными специалистами, так как в обществе, особенно среди молодежи, присутствует огромная потребность в этих знаниях. Однако существуют и тенденции противодействия этому труду. Оппоненты считают, что эти знания должна давать семья, а на практике приходится встречаться с тем, что родители, как правило, просто не способны передать необходимые знания и привить необходимые навыки своим детям, так как сами ими не обладают. Таким образом, в консультировании по вопросам семейного воспитания нуждаются люди разных возрастных категорий.

Опыт клинической работы с пациентами, имеющими дисгармоничные отношения в паре,

сексуальные нарушения убедительно доказывает, что на формирование индивидуальных установок и представлений о нормах сексуальности, отношений в паре довлеющее влияние оказывает информация, получаемая через СМИ, Интернет. Популяризация различных мифов, предрассудков, пропаганда нетрадиционных видов сексуальной активности, доступность разнообразной сексуальной продукции нередко оказывают деформирующее влияние на формирование сексуальности личности, нарушая сексуальное и репродуктивное здоровье.

Альтернатива подобному неконтролируемому сексуальному информированию представлена ориентированными на подростков различными программами полового просвещения, пропагандирующими отсрочку половой жизни, здорового образа жизни, обучающими навыкам безопасного поведения, реализуемые специалистами на добровольных началах. Однако в информационной поддержке по проблемам репродуктивного, сексуального здоровья, взаимоотношений с партнером испытывает потребность практически каждый человек половозрелого возраста - люди, начинающие половую жизнь, вступающие в брак или формирующие пару вне брака, имеющие детей или только планирующие их рождение, в кризисные периоды семейных отношений, на фоне соматической патологии, инвалиды, в период инволюции.

Таким образом, необходимо включение в мероприятия по охране репродуктивного здоровья, восстановления ценности семьи специализированных программ по повышению сексуальной культуры в обществе, обучению навыкам эффективной коммуникации в паре, ориентированных на различные слои населения, доступность этих программ, а для их проведения требуется подготовка специалистов на имеющихся базах.

Эффективность этой работы, которая имеет целью изменение поведения людей, может быть обеспечена только использованием всех возможностей коммуникации - массовой, включающей социальную рекламу, профессиональным консультированием производителей медиа-продукции, адресованной молодежи с пропагандой общечеловеческих ценностей, созданием специальных просветительских теле- и радиопрограмм, просветительского канала в Интернете и пр.; групповой, межличностной.

Необходимо проведение масштабных коммуникационных компанией с анализом ситуации (изучением проблемы, действующих социальных программ, аудитории, потенциальных партнеров, коммуникативных возможностей), стратегическим планированием, созданием информационных материалов, мониторингом результатов.

И, конечно, необходимо создание координационного центра, который должен оперативно собирать информацию, делать ее доступной для всех участников компании, создать команду, обеспечивать обучение специалистов, работающих непосредственно с населением, то есть способствовать успешности компании в целом.

В основе разработанных нами программ подготовки специалистов к эффективному консультированию по вопросам репродуктивного здоровья, обучению навыкам коммуникации в паре на разных этапах семейных отношений лежит целостный подход к репродуктивному здоровью, интегрирующий в себе различные психологические, сексологические, психотерапевтические, медицинские аспекты консультативной работы, ориентированной на личностный рост, гармоничность межличностных и сексуальных взаимоотношений в паре, семейные ценности.

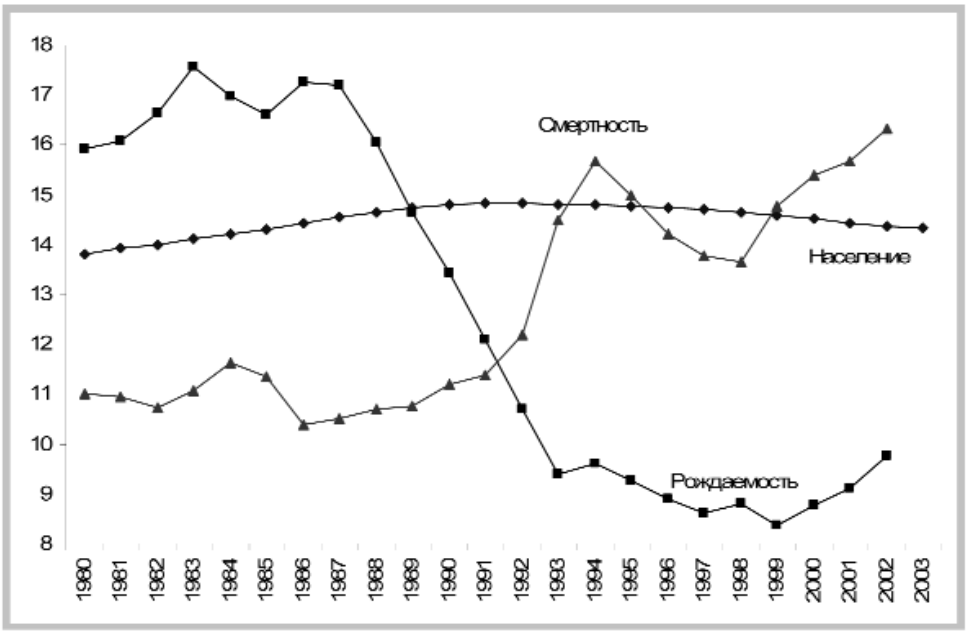
В программах используются тематические семинары, тренинги с использованием разнообразных форм обучения, обеспечивающих эффективность усвоения материала, отработку практических навыков консультирования.

Сырцова Л.Е.,
доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой
Московской медицинской академии имени М.И.Сеченова

ПРОБЛЕМЫ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

Рост смертности в России начался в 1960-х годах[1]. После Второй мировой войны до середины 1960-х годов наблюдался рост продолжительности жизни, и хотя показатели смертности были несколько хуже, чем в западных странах, отставание было не столь уж значительным. С середины 1960-х годов началось снижение продолжительности жизни. По всей вероятности, это объясняется сдвигом экономических приоритетов после Карибского кризиса: военный сектор экономики был расширен, в результате значительно сократилось финансирование системы здравоохранения и социальной защиты, ухудшились условия жизни населения, снизилась доступность товаров даже первой необходимости. В период с 1984 года до конца XX века наблюдаются резкие колебания смертности (Рис. 1).

Рис. 1. Коэффициенты рождаемости и смертности на 1000 человек; население, дес. млн. человек. Россия, 1980-2003 гг.



Источник: Госкомстат

Разные авторы связывали это с кризисом медицины[2,3], и социального сектора в целом[4], с характеристиками предыдущих воздействий[5] (когортный эффект), с ригидностью системы здравоохранения, которая оказалась неспособной к адаптации к новым проблемам здоровья населения[6], с экономическими неурядицами и временными улучшениями переходного периода[7], и психологическим и духовным настроем населения[8], и, наконец, с изменениями в потреблении алкоголя, о чем будет ид-

[1] Андреев Е., Вишневский А., Население России через 100 лет, Демоскоп, № 151 - 152, 22.03 - 4.04.04
[2] Тишук Е. А. Медико-демографические процессы в современной России // Врач, 2000. № 1. С. 36-39.
[3] Stegmayr B, Vinogradova T, Malyutina S, Peltonen M, Nikitin Y, Asplund K. Widening gap of stroke between east and west. Eight-year trends in occurrence and risk factors in Russia and Sweden. Stroke. 2000 Jan;31(1):2-8.
[4] Field MG. Reflections on a painful transition: from socialized to insurance medicine in Russia. Croat Med J. 1999 Jun;40:202-9.
[5] Shkolnikov VM, McKee M, Vallin J, Aksel E, Leon D, Chenet L, Mesle F. Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks and cohort effects. Int J Epidemiol. 1999 Feb;28(1):19-29
[6] Tulchinsky TH, Varavikova EA. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: strategies for health system and public health reform in Russia. Am J Public Health. 1996 Mar;86(3):313-20.
[7] Данишевский К. Д. Наиболее вероятное объяснение беспрецедентного повышения смертности населения бывших республик СССР, Экономика здравоохранения, стр. 5-10, 8/47, 2000.
[8] Гундаров И. А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. 2000 г.

ти речь ниже. Однако в целом этот вопрос остается не до конца проясненным. Важно отметить, что с середины 1960-х годов разрыв по уровню смертности между Россией и западными странами продолжает нарастать. Не существует также единого мнения о том, что послужило причиной скачка смертности в 1994 и начавшегося роста этого показателя после 1998 года.

При определении государственной политики в сфере здоровья необходимо принять во внимание следующее обстоятельство: уровень рождаемости в России сравним с аналогичным показателем в западных странах, тогда как уровень смертности оказался чрезмерно высоким - более высоким, чем в развитых западных странах и даже в странах с более низким средним доходом на душу населения. Это диктует необходимость принятия срочных мер, направленных на снижение смертности.

Алкоголь или не алкоголь?

Многие специалисты пытаются выяснить причины колебаний показателей смертности, зафиксированных в Российской Федерации и других бывших республиках СССР в 80-90х годах. Заключение, к которому приходят авторы наиболее авторитетных исследований[9,10], таковы: изменение смертности не является артефактом, связанным с неконтролируемой миграцией в страну. Некоторое сомнение в доводе относительно того, что все зарегистрированные колебания показателей смертности были истинными, вызывает тот факт, что небольшое повышение смертности в первой половине 1990-х годов от опухолевых заболеваний все-таки произошло. Поскольку возраст мигрирующего населения вероятно в основном не превышал 50-55 лет, то значительного повышения смертности от злокачественных новообразований в случае массовой иммиграции и не должно бы было произойти. Интересным также представляется факт снижения смертности от злокачественных образований в ряде бывших республик СССР в первой половине 1990х годов. Поскольку, это снижение характеризует количества пожилых лиц, в более благополучные в экономическом отношении страны (повышение смертности от опухолевых заболеваний наблюдалось не только в России, но и в Эстонии и др.) все же имела место и могла внести некоторой вклад в картину смертности.

Наиболее вероятно, что ряд воздействий: социально-экономических, медицинских и поведенческих, мог оказать влияние на показатели смертности в России одновременно. К сожалению, надежных данных о потреблении алкоголя в России в тот период нет. Анализ структуры смертности сам по себе не позволяет с полной уверенностью выяснить ее причины, но дает базу для косвенного подтверждения связи колебаний смертности с потреблением алкоголя. Так, более 75% снижения продолжительности жизни обусловлено повышением смертности в возрастной группе от 25 до 64 лет. Изменения в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и от травм объясняют 65% падения продолжительности жизни в период 1989-1994 года. Самое значительное повышение смертности обнаруживается в малочисленной группе смертей напрямую связанных с потреблением алкоголя (в основном, отравления алкоголем и смерть от заболеваний печени). Все это может свидетельствовать в пользу того, что именно изменения в употреблении алкоголя внесли наибольший вклад в картину колебаний смертности в России, по крайней мере, на протяжении второй половины 1980х и 1990х годов. Настороженность по поводу объяснения колебаний смертности в России преимущественно (а иногда и исключительно) изменением в количестве потреблении алкоголя, вызывает тот факт, что мы не знаем, насколько достоверной является информация о снижении смертности в период антиалкогольной компании Горбачева, так как эти данные вполне могли быть смоделированы в целях повышения ее популярности. Кроме того, все данные касательно потребления алкоголя не являются верифицированными. Самогоноварение (с 1981 по 1991 год) и незаконное производство алкоголя (с 1991 по конец 1990х) не отражены в цифрах, полученных на основании учета производства и продаж алкоголя. В пользу же "преимущественно алкогольной теории" говорят многие факты, продемонстрированные в более поздних исследованиях. Например, ряд исследований проведенных в западных странах показал наличие j-образной зависимости прогноза состояния здоровья индивидуума от потребления алкоголя, то есть у лиц потребляющих малые дозы алкоголя (примерено, до 40 мл. чистого спирта в сутки) риск ряда заболеваний снижался по сравнению с теми кто не употреблял алкоголь вообще, у тех же кто употреблял значительно большие дозы риск

[9] Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM, Zakharov S, Shapiro J, Rakhmanova G, Vassin S, McKee M. Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? Lancet. 1997 Aug 9;350(9075):383-8.

[10] McKee M, Chenet L. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. BMJ. 1995 Jun 24; 310: 1668-9.

резко повышался[11,12]. В России положительный эффект малых доз алкоголя не подтвердился, так как в силу по всей видимости генетически определенных причин не происходит ожидаемого изменения обмена жиров (повышения липопротеидов высокой плотности). Кроме того, несмотря на то, что россияне пьют по официальной статистике не так уж много по сравнению с большинством стран западной Европы (8,7 литров спирта на человека в год, по сравнению с 10,7 в Германии, 13,7 в Чехии и 14,3 в Люксембурге, стране, которая является "чемпионом Европы" в значительной мере, поскольку там приобретают дешевый алкоголь жители соседних стран), большая часть алкоголя потребляется в виде крепких напитков (6,3 литров чистого спирта в России по сравнению с 2 литрами в Германии, 3,8 в Чехии и лишь 1,6 в Люксембурге) и не равномерными дозами в течении всей недели а "запоем выходных дней" . А данных о вреде чрезмерного потребления алкоголя и запоев более чем достаточно[13]. Авторы, изучавшие колебания смертности в России, разошлись во мнении: одни считают, что алкоголь является основным фактором смертности, другие - что социально-экономические причины разного порядка оказались более значимыми[14]. Как бы то ни было, чрезмерное потребление алкоголя подрывает здоровье общества вне зависимости от степени его влияния на показатель смертности, имевшие место в конце XX века.

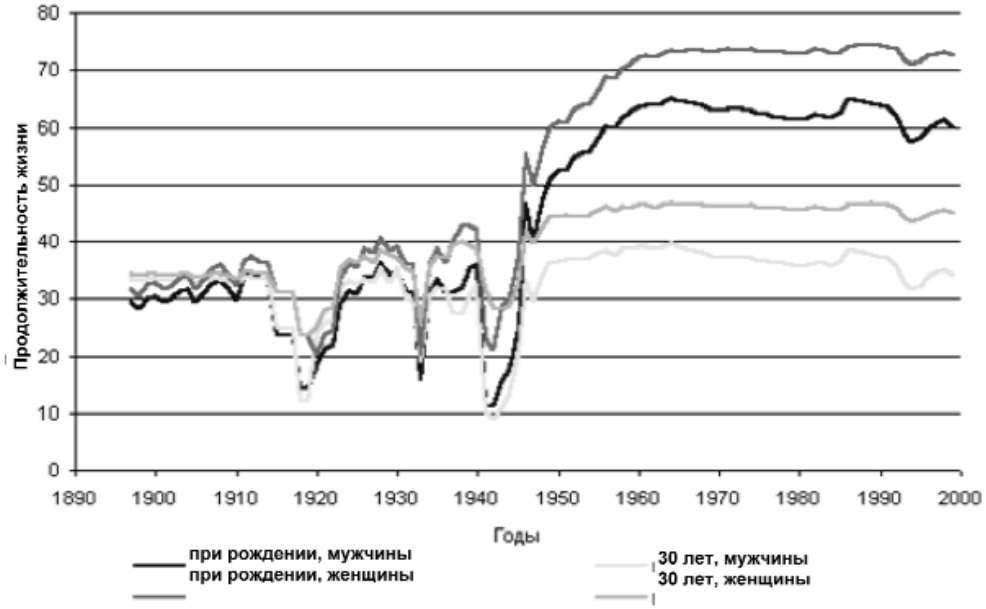
Исследование, анализирующее эффект от достижения снижения смертности детей и женщин репродуктивного возраста на продолжительность жизни при рождения для России, свидетельствует о незначительном потенциале[15]. Так, достижение сокращения младенческой смертности и смертности детей от года до четырех лет на две трети в соответствии с Целями Развития Тысячелетия, продекларированных мировым сообществом, прибавит 0,76 и 0,17 лет к продолжительности жизни соответственно. Однако достичь столь значительного снижения достаточно сложно. Сейчас в России ежегодно умирают примерно 17-18 тысяч детей до пяти лет, 15 тысяч из них составляют младенческие смерти. Для сравнения: число смертей от заболеваний системы кровообращения составляет 1,2 млн., а смертей вследствие воздействия внешних факторов - 270 тысяч и многие из них являются ранними и предотвратимыми. Даже если во всей России уровень младенческой смертности и смертности детей от года до четырех лет будет таким, как в регионах с самыми лучшими показателями, это привело бы к увеличению продолжительности жизни менее чем на месяц. Достижение 75-процентного сокращения материнской смертности в России увеличит продолжительность жизни женщин только на половину недели и приведет к предотвращению 250-400 из ежегодно происходящих от всех причин 2 млн. смертей. Для сравнения: сокращение смертности только от инсультов до уровня трех стран Балтии (что является более реалистичной целью) позволит предотвратить более 200 000 смертей, а 20-процентное сокращение уровня смертности людей трудоспособного возраста приведет к увеличению продолжительности жизни на 2 года[16].

Основные факторы, влияющие на продолжительность жизни россиян.

Ожидаемая продолжительность жизни в России, особенно среди мужчин, значительно ниже, чем в развитых странах и даже чем в странах со средним уровнем экономического развития. Этот показатель может рассматриваться как общий показатель состояния здоровья населения, особенно в условиях наличия данных, свидетельствующих о том, что в настоящее время бремя несмертельных заболеваний среди мужчин относительно невелико[17]. Среди всех медицинских и социальных показателей именно высокая смертность мужчин трудоспособного возраста от неинфекционных заболеваний, в основном от заболеваний системы кровообращения и внешних причин является наиболее тревожной (Рис. 2). Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются основной угрозой жизни, несмотря на существующие методы профилактики и контроля.

[11] Kiechl S, Willeit J, Rungger G, Egger G, Oberhollenzer F, Bonora E. Alcohol consumption and atherosclerosis: what is the relation? Prospective results from the Bruneck Study. Stroke. 1998 May;29(5):900-7.
[12] Foppa M, Fuchs FD, Duncan BB. Alcohol and atherosclerosis. Arq Bras Cardiol. 2001 Feb;76(2):165-76.
[13] Standridge JB, Zylstra RG, Adams SM. Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. South Med J. 2004 Jul;97(7):664-72.
[14] Vlassov V. The role of alcohol and social stress in Russia's mortality rate. JAMA. 1999 Jan 27; 281: 321-2.
[15] Rechel B, Shapo L and McKee M. Appropriate health-related Millennium Development Goals for the Europe and Central Asia Region: Potential Impacts and Policy Implications.
[16] Lock K, Andreev EM, Shkolnikov VM, McKee M. What targets for international development policies are appropriate for improving health in Russia? Health Policy Plan. 2002 Sep; 17(3): 257-63.
[17] Andreev EM, McKee M, Shkolnikov VM. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. Bull World Health Organ. 2003; 81(11): 778-87. Epub 2004 Jan 20.

Рис. 2. Изменение ожидаемой продолжительности жизни среди мужчин и женщин при рождении и в возрасте 30 лет в период с 1900 по 2000 гг. в России.



Источник: Центр демографии и экологии человека Института проблем прогнозирования РАН.

Уровень смертности от внешних причин в России в 6 раз выше, чем в странах Европейского Союза. Сегодня в России травмы становятся причиной смерти чаще, чем онкологические заболевания. Уровень смертности от основных внешних факторов: самоубийств, убийств и автомобильных аварий в России выше, чем в Европейском Союзе в 3,5, 30 и 2 раза соответственно. Необходимо осознавать, что большая часть смертей от внешних причин происходит в ранних возрастах, в отличие, например от онкологии. Значительное количество смертей от травм предотвратима в случае повышения безопасности внешней среды, в то время как упор исключительно на развитие скоропомощной службы дает относительно небольшие результаты[18]. Не стоит забывать и о предотвратимой смертности от онкологических заболеваний, особенно рака легких и рака шейки матки. Почти все случаи рака легких возникают из-за курения и могут быть предотвращены с помощью мер по борьбе с табаком, наряду с другими видами онкологии и значительным количеством болезней системы кровообращения. Смертность от рака шейки матки в России почти в 3 раза выше, чем в Европейском Союзе и в значительной мере может быть предотвращена путем раннего выявления. Уровень смертности от рака молочной железы в России ниже по сравнению со странами Западной Европы, но в ближайшее время можно ожидать его рост в связи с тенденцией более позднего рождения первого ребенка, что является одним из факторов риска. С другой стороны, обследование является методом ограниченной экономической эффективности. В общем, эта проблема требует более детального изучения с целью разработки конкретных рекомендаций.

Курение - главный изменяемый фактор, влияющий на здоровье населения развитых стран, и все более влияющий на здоровье населения стран развивающихся. Борьба с табакокурением в развитых странах побуждает производителей сигарет искать новые рынки сбыта. Табачные компании вложили почти 2 миллиарда долларов в развитие производства сигарет в России. Это 5% от всех иностранных инвестиций в экономику России после распада СССР. Эти инвестиции позволяют корпорациям влиять на недальновидных политиков, но они не делают страну богаче. Табачные компании, вытесняемые западными странами, активно завоевывают рынки развивающихся стран, что будет негативно сказываться на продолжительности жизни и бремени основных заболеваний. Тем не менее, благода-

[18] Frederick K, Bixby E, Orzel MN, Stewart-Brown S, Willett K. An evaluation of the effectiveness of the Injury Minimization Programme for Schools. Inj Prev. 2000 Jun;6(2):92-5.

ря малому числу курящих людей достигших совершеннолетия в послевоенный период (со второй половины 1940х в СССР отмечалась нехватка табачных изделий) и ряду других причин, в настоящий момент в России происходит снижения уровня смертности от рака легких, из-за чего власти, медики и ученые (часто сами являющиеся никотинозависимыми) не уделяют внимание проблеме курения[19].

Улучшение здоровья населения может быть достигнуто путем проведения программ, ориентированных на популяционное здоровье. Система здравоохранения также может внести свою лепту, хотя и более ограниченную[20]. Например, лечение инсультов проблематично, но при этом существуют эффективные и недорогие меры их предотвращения[21]. В результате отсутствия таких программ, инсульты становятся причиной смерти 20% населения России, уровень смертности от них примерено в 5 раз выше среднеевропейского. Это в значительной мере свидетельствует о неэффективности программ контроля артериального давления и недостаточном продвижении здорового образа жизни. Риск смерти от внешних причин также может быть снижен, особенно это касается автомобильных аварий. Этот показатель в России в 2 раза выше, чем в Европейском Союзе, несмотря на меньшее количество автомобилей на душу населения.

Существует небольшая возможность увеличения продолжительности жизни за счет улучшения качества медицинской помощи. Если в России будет достигнута такая же эффективность медицинской помощи, как в Великобритании, продолжительность жизни мужчин увеличится на 1,7 лет, женщин - на 1,5 года[22]. С другой стороны, с учетом среднего сокращения продолжительности жизни курящих на 10 лет[23,24 25,26], и распространенности курения[27,28] табак приводит к сокращению продолжительности жизни мужчин в масштабе России на 6 лет и женщин почти 3 года. Трудно переоценить роль других факторов, увеличивающих продолжительность жизни и снижающих риск заболеваний: физической активности, умеренного употребления алкоголя, безопасного секса, безопасного вождения, правильного питания.

Воздействие загрязненного воздуха на смертность населения .

Плохое качество атмосферного воздуха оказывает значимое воздействие на здоровье городского населения, прежде всего на бронхо-легочную и сердечно-сосудистую системы.

Среди веществ, загрязняющих атмосферный воздух городов, наибольшим негативным вкладом в показатели здоровья обладают взвешенные вещества. Данные потери сопоставимы с потерями от некоторых других причин смерти, что демонстрируют расчеты степени риска смерти от загрязнения атмосферного воздуха в Российских городах (Таблица 1).

Городской житель , длительно проживающий в городе с высоким содержанием взвешенных частиц , теряет в среднем 4 года жизни. Загрязнение атмосферного воздуха в целом по городам России является причиной примерно 40 тысяч дополнительных смертей. Эти данные близки к результатам исследований воздействия на здоровье населения загрязненного воздуха в Западной Европе, в частности в Австрии, Франции и Швейцарии. В этих странах загрязнение воздуха является ответственным за 6% (40000 дополнительных смертей) общей смертности в год. При этом около половины всех случаев дополнительной смертности обусловлено за счет выбросов автотранспорта.

[19] Shkolnikov V, McKee M, Leon D, Chenet L. Why is the death rate from lung cancer falling in the Russian Federation? Eur J Epidemiol. 1999, Mar; 15(3): 203-6.
[20] CDC. Ten Great Public Health Achievements - United States, MMWR. 1900-1999. 1999; 48(12); 241-243.
[21] Cushman WC. The burden of uncontrolled hypertension: morbidity and mortality associated with disease progression. J Clin Hypertens (Greenwich). 2003, May-Jun; 5(3 Suppl 2): 14-22.
[22] Andreev EM, Nolte E, Shkolnikov VM, Varavikova E, McKee M. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. Int J Epidemiol. 2003 Jun;32(3):437-46.
[23] Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1519.
[24] Prescott EI, Osler M, Hein HO, Borch-Johnsen K, Schnohr P, Vestbo J. [Smoking and life expectancy among Danish men and women] Ugeskr Laeger. 1999 Mar 1;161(9):1261-3
[25] Bonneux LG, Looman CW, Coebergh JW. [Mortality due to smoking in the Netherlands: 1.2 million tobacco-related deaths between 1950 and 2015] Ned Tijdschr Geneeskd. 2003 May 10;147(19):917-21.
[26] Goldberg RJ, Larson M, Levy D. Factors associated with survival to 75 years of age in middle-aged men and women. The Framingham Study. Arch Intern Med. 1996 Mar 11;156(5):505-9.
[27] McKee M, Bobak M, Rose R, Shkolnikov V, Chenet L, Leon D. Patterns of smoking in Russia. Tob Control. 1998 Spring;7(1):22-6.
[28] Gilmore A, Pomerleau J, McKee M, Rose R, Haerpfer CW, Rotman D, Tumanov S. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. Am J Public Health. 2004 Dec;94(12):2177-87.

Таблица 1.
Расчеты степени риска смерти от загрязнения атмосферного воздуха (Б.Ревич, А.Быков, 1998)

Вещество	Среднегодовая концентрация, мкг\м^3	Годовое число смертей в расчете на 1 мкг\м^3\год на 1 млн.чел.	Численность населения, млн.чел.	Риск смерти (число смертей в год)
Взвешенные вещества	244	4 (0,8-17)	22,4	21000
Диоксид азота	75	Менее 3	5,6	Менее 1200
Бенз(а)пирен	0,005	660 (25-1300)	13,9	45

По данным Judek et al, 2005, в Канаде 5900 случаев смертей в год обусловлены загрязнением атмосферного воздуха. Эти данные основаны на анализе данных смертности по 8 городам Канады, включая Монреаль и Квебек.

Аналогичные данные представлены в Европейской информационной системе "Загрязнение атмосферного воздуха и здоровье населения" по 26 европейским городам. Данные по смертности сопоставимы по всей базе данных. Стандартизованные по возрасту показатели смертности от всех причин оказались самыми высокими в Бухаресте (1127 случаев на 100000 населения), самые низкие - в Лионе, Париже, Тулузе (450-500 на 100000 населения). В результате проведенного анализа было установлено, что факторы окружающей среды, такие как качество атмосферного воздуха , значимо влияют на показатели смертности населения, однако в значительно меньшей степени, чем инфекционные заболевания, курение. Доказано, что при снижении концентраций взвешенных веществ (PM10) до 40μг\м3 число смертей на 100000населения сократится на 74 - в Будапеште, на 19 - в Кракове, на 11 - в Риме, на 15 - в Севилье, на 53 - в Тель-Авиве.

Важно добавить, что при огромном потенциале влияния на здоровье поведенческих факторов риска многие из них в значительной мере модифицируемы, однако требуют принятия политически непопулярных решений. Например, повышение акцизов на алкоголь и сигареты для достижения повышения розничных цен, устрожение и более пристальный контроль исполнения антитабачного законодательства, ограничений по продаже и употреблению алкоголя, правил дорожного движения являются эффективнейшими методами, однако могут быть политически рискованными и вызывать дискуссии и недовольство отдельных слоев населения. Внедрение врача общей практики и структурные преобразования системы здравоохранения также являются важнейшими компонентами, необходимыми как для более эффективного управления лечением хронических сочетанных патологий, так и для продвижения здорового образа жизни.

И что же из этого всего следует?

Количество вмешательств позволяющих нивелировать отрицательные влияния социально-экономических факторов, не так уж велико, что делает вышеупомянутые исследования влияния социальных потрясений, проводимые с применением сложных статистических методов и с правильным дизайном, не слишком полезными. Вероятнее всего на колебания смертности в 1980-1990х действовало множество причинных факторов, и монокаузальные

теории являются неуместными при трактовке столь сложного и комплексного показателя как смертность от всех причин и во всех возрастах.

Обсуждения учеными причин ухудшения показателей здоровья населения России часто заканчиваются тем, что лица, ответственные за выработку политики спрашивают: "А что же может быть сделано для того, чтобы остановить неблагоприятные тенденции смертности?" Признавая важность дальнейших научных дискуссий по этому вопросу, необходимо заметить, что то, что необходимо сделать понятно вне зависимости от того какие факторы оказали влияние на эти тенденции. Контролируемых факторов влияющих на здоровье индивидуума и общества не так уж много: курение в среднем отнимает 10 лет жизни, отсутствие физической тренированности[29], излишний вес наносит сопоставимый ущерб здоровью[30]. Неумеренное потребление алкоголя, незащищенный секс, рискованное поведение на дорогах, неверная диета так же являются важнейшими устраняемыми факторами риска преждевременной смерти. Медицинское сообщество, применяя экономически эффективные вмешательства, в свою очередь, может внести значительный вклад в дело контроля предотвратимой смертности, которой можно объяснить до 15% различия в продолжительности жизни между восточной и западной Европой . Немногочисленные меры, которые эффективно влияют на поведенческие факторы и на прогноз в случае возникновения заболеваний сравнительно хорошо изучены и требуют скорейшего внедрения в России.

[29] Sauvaget C, Jagger C, Arthur AJ. Active and cognitive impairment-free life expectancies: results from the Melton Mowbray 75+ health checks. Age Ageing. 2001 Nov;30(6):509-15.

[30] Daviglus ML, Liu K, Yan LL, Pirzada A, Garside DB, Schiffer L, Dyer AR, Greenland P, Stamler J. Body mass index in middle age and health-related quality of life in older age: the Chicago heart association detection project in industry study. Arch Intern Med. 2003 Nov 10;163(20):2448-55

Тихонова Г.И.,
д.б.н., кандидат экономических наук, руководитель лаборатории методических основ изучения здоровья работающих ГУ НИИ медицины труда, (профессор кафедры социальной статистики и демографии Российского государственного социального университета)

Яковлева Т.П.,
ведущий научный сотрудник ГУ НИИ медицины труда РАМН, доктор медицинских наук, профессор кафедры охраны труда РГСУ

Жаворонок Л.Г.,
научный сотрудник ГУ НИИ медицины труда РАМН

Сидоров И.В.,
научный сотрудник ГУ НИИ медицины труда РАМН.

УСЛОВИЯ ТРУДА И ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ, ЗДОРОВЬЕ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Устойчивое социально-экономическое развитие страны зависит от состояния трудовых ресурсов, качество которых в значительной мере определяется уровнем здоровья и численностью населения трудоспособного возраста, а также численностью и состоянием здоровья последующих поколений. В составе населения России доля лиц трудоспособного возраста в 2005 г. составила 62,9%. По сравнению с предыдущим годом она увеличилась на 300 тысяч, что обусловлено особенностями возрастной структуры населения страны. Благоприятная ситуация с численностью трудоспособного населения сохранится несколько ближайших лет, а затем изменится. Начиная с 2010 года в трудоспособный возраст будут вступать все более малочисленные когорты рождения 90-х - начала 2000-х годов, а выбывать из трудоспособного возраста многочисленные когорты родившихся в 50х - начале 60-х годов прошлого столетия. Численность последних почти в два раза превышает численность тех, кому сейчас 0-4, 5-9, 10-14 лет. Тогда средний возраст работников вырастет и одновременно сильно увеличится показатель демографической нагрузки на трудоспособное население людьми пенсионного возраста, что может усугубить социально-экономическую ситуацию в стране (рис.1).

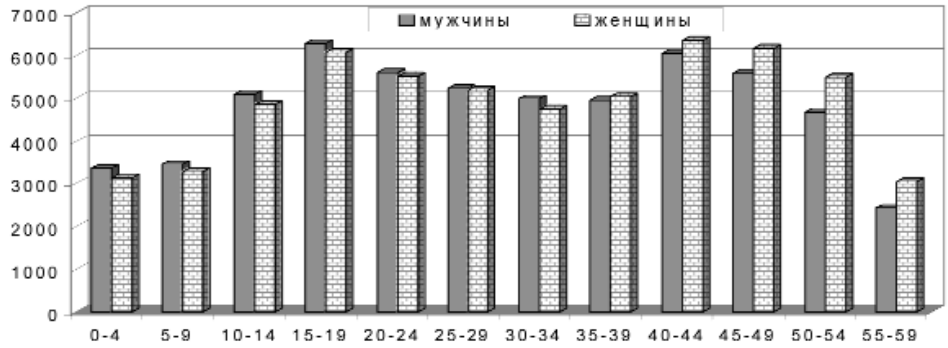


Рис.1 Повозрастная численность населения России в 2004 год (тыс.чел.)

Население трудоспособного возраста самое неблагополучное по динамике показателей здоровья. Прежде всего, это выражается в чрезвычайно высоком уровне смертности мужчин и жен-

щин рабочих возрастов. За период с 1986-87 гг. смертность населения трудоспособного возраста увеличилась в отдельных возрастных группах в 1,6 - 2,4 раза у мужчин и 1,6-2,3 раза у женщин. Самый высокий темп роста (в 2 и более раз) наблюдался у мужчин в возрастном интервале от 25 до 50 лет, а у женщин - от 25 до 40 лет, т.е. у лиц, не достигших даже предпенсионного возраста (рис.2). Особо следует отметить, что, несмотря на высокие темпы роста смертности у обоих полов в рабочих возрастах, повозрастные коэффициенты смертности мужчин в 3-4 раза превышают соответствующие показатели у женщин. Наряду с общебиологическими закономерностями, этот разрыв обусловлен рядом причин социально-экономического и психологического характера, поскольку период политических и социально-экономических преобразований сопровождался резким сокращением социальных гарантий и обнищанием большей части населения страны. Даже в 2004 году уровень безработицы составлял 8,3%, несмотря на ее снижение в течение последних лет. Вместе с тем, большинство экспертов считают, что в стране велика скрытая безработица, а официальные данные занижены.

В этих условиях резко возросла ответственность мужчины, как главы семьи, за ее материальное обеспечение. Сложившаяся и все еще сохраняющаяся напряженная социально-экономическая ситуация не позволяет полностью реализовать эту традиционную функцию мужчины, что вызывает затяжной психоэмоциональный стресс, повышенный уровень тревожности и депрессии. Подтверждением этого являются результаты эпидемиологических исследований, в которых было показано, что среди лиц, не имеющих работы, или тех, кому угрожает ее потеря, возрастает риск смерти от несчастных случаев, отравлений, травм (прежде всего, от суицидов), а также от болезней системы кровообращения.

Вырос уровень смертности и у лиц пенсионного возраста, но темпы роста были незначительны. Смертность в детских возрастах за этот же период снизилась на 30-40%. Таким образом, именно рост смертности населения трудоспособного возраста явился основной причиной беспрецедентного снижения ожидаемой продолжительности жизни в России в 90-х - начале 2000-х годов.

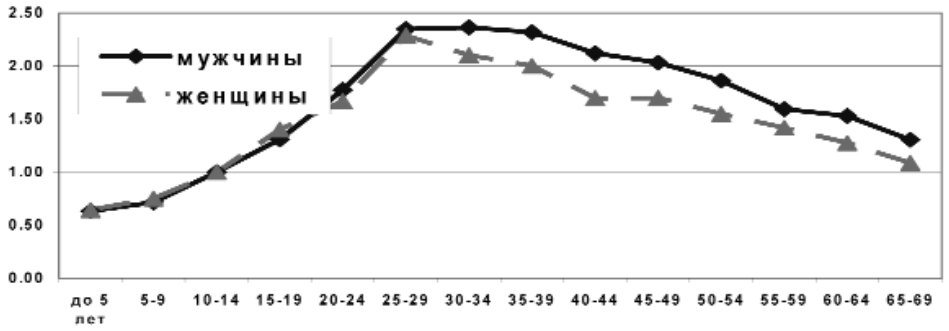


Рис.2 Темпы роста повозрастных коэффициентов смертности мужского и женского населения России в 2004 г. по сравнению с показателями 1986-87 гг.

Другим негативным последствием процесса перехода на рыночные отношения явилось ухудшение условий труда во многих отраслях экономики. На многих предприятиях России износ основных производственных средств, включая машины и оборудование, порой достигает 60-70 и даже 90%. Вследствие старения основных производственных фондов, а также прекращения финансирования разработок по созданию новой техники, ухудшения контроля за техникой безопасности и т.д. нарастает тенденция ухудшения условий труда. Вследствие этого на протяжении последних лет неуклонно растет доля работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. В 2004 году этот показатель составил почти четверть от численности работников промышленности (24,7%).

Производственный травматизм и профессиональная заболеваемость являются прямым следствием неудовлетворительных условий и охраны труда. Однако регистрируемые уровни профессиональной заболеваемости в России, несмотря на то, что они значительно ниже, чем в экономически развитых странах, интенсивно снижаются. Это обусловлено неполным и поздним выявлением профессиональной патологии.

Производственный травматизм в России многократно превышает аналогичные показатели развитых стран. Так, уровень травматизма со смертельным исходом в 5-8 раз выше, чем в странах Евросоюза. Травматизм, как и профессиональная заболеваемость, снижается, несмотря на отсутствие объективных условий для этого. Можно предположить, что имеет место недоучет случаев травматизма, особенно, на предприятиях малого бизнеса, где часто используют труд мигрантов, не имеющих официальной регистрации. В этом случае, и работодатель, и работник не заинтересованы регистрировать случаи травм (рис.3).

Рис. 3 Темпы роста доли работников, занятых во вредных и опасных условиях труда, и уровня травматизма (на 1000 работающих)

Неудовлетворительные и опасные условия труда являются фактором риска в развитии не только профессиональных заболеваний и производственных травм, но также способствуют росту числа заболеваний, в том числе со стойкой утратой трудоспсобности, и смертей от других болезней, этиологически связанных с условиями труда, т.е., профессионально обусловленных.

Ежегодно в стране впервые признаются инвалидами свыше 1 млн. человек. В 2004 году среди лиц трудоспособного возраста было признано инвалидами 529 тысяч человек. По данным ФГУ "Федеральное бюро медико-социальной экспертизы" за период с 2003 по 2005 год первичная инвалидность населения трудоспособного возраста увеличилась на 30,2% с 63,3 до 82,4 на 10 тысяч. Наблюдается рост общего контингента инвалидов, который на 1.01.2005 года составил 10,5 млн. человек, т.е. почти 7,5% от общей численности населения. Из них около половины - лица трудоспособного возраста. Основными причинами первичной инвалидности являются: болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

К настоящему времени в ГУ НИИ медицины труда РАМН в серии эпидемиологических исследований получены убедительные данные свидетельствующие, что вредные и опасные условия труда ведут к сокращению продолжительности жизни работников. Так, в черной металлургии потери ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в среднем у каждого из работников "горячих" профессий вследствие преждевременной смертности составляют свыше года за счет гипертонической болезни и ишемической болезни сердца, и еще 0,5 года за счет рака трахеи, бронхов, легких. В коксохимическом производстве при воздействии химического фактора с наличием канцерогенных веществ (ПАУ) в концентрациях, многократно превышающих ПДК, продолжительность жизни работников по сравнению с населением ниже на 5 лет вследствие высокой смертности от злокачественных новообразований (рис. 4).

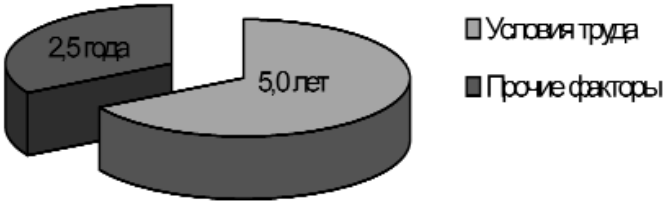


Рис.4 Потери предстоящей продолжительности жизни работников коксохимического производства вследствие смертности от злокачественных новообразований

Особо следует подчеркнуть, что приход в профессию и работа в неблагоприятных условиях труда совпадает с репродуктивным возрастом, что негативно отражается не только на репродуктивном здоровье работающих мужчин и женщин, но и на состоянии здоровья последующего поколения. Установлено, что воздействие вредных профессиональных факторов на родителей увеличивает риск развития врожденных пороков (ВПР) и злокачественных новообразований (ЗН) у детей. Показатель относительного риска (OR) развития несовместимых с жизнью ВПР при воздействии вредных профессиональных факторов на одного из родителей составляет 2,15 при 95% доверительном интервале (95%ДИ) 1,73-2,69, а на обоих родителей - 4,16 (95%ДИ 2,47-7,02). Наиболее высокие показатели OR возникновения ВПР у детей имеют место при воздействии на родителей химических (пестициды, аэрозоли цветных металлов, формальдегидные смолы, органические растворители, анестетики и лекарства), физических (ионизирующее излучение, электромагнитные поля диапазона радиочастот (ЭМП РЧ), нагревающий микроклимат от высокотемпературных источников излучения) и биологических (вирусные и бактериальные инфекции) факторов. Кроме того, установлено, что работа родителей в условиях воздействия ЭМП РЧ повышает риск развития лейкозов и лимфом у их детей.

Наряду с перечисленными факторами, существенное влияние на состояние здоровья оказывает образ жизни. Следует констатировать, что у большей части населения страны отсутствуют традиции и установки на сохранение и укрепление здоровья. Наличие вредных привычек, низкая физическая активность, несбалансированное питание и др. увеличивают риск смерти в молодом возрасте. Вместе с тем, мощное влияние на поведение и, в конечном счете, здоровье человека оказывают позиция средств массовой информации, особенно среди молодежи, социально-экономическое положение, общественные нормы поведения и окружение, условия труда на предприятии и условия проживания, доступность и качество медицинской помощи и т.д.

Итак, приведенные данные свидетельствуют, что наиболее уязвимой группой населения на этапе реформирования экономики оказались не старики и дети, а лица трудоспособного возраста, здоровье которых в настоящее время находится в критическом состоянии. Установлено, что наряду с социально-экономическими и поведенческими факторами, на состояние здоровья работников, а, следовательно, и на частоту развития тяжелых видов патологии у их детей оказывают вредные и опасные условия труда. Принципиальные различия в подходах к гигиеническому нормированию на рабочем месте и в окружающей среде ведут к тому, что промышленные рабочие даже при соблюдении гигиенических нормативов подвергаются от нескольких десятков до нескольких сотен раз более интенсивному воздействию токсикантов, чем остальное население. Еще раз подчеркнем, что доля рабочих мест, не соответствующих санитарно-гигиеническим нормам, растет из года в год.

Параллельно с ухудшением условий труда на предприятиях большинства отраслей экономики страны произошло разрушение системы медицинского обеспечения промышленных рабочих. Это привело к потере профилактической направленности, которая традиционно являлась отличительной чертой отечественного здравоохранения. Преодолеть эту ситуацию позволит внедрение и развитие современной системы медицины труда, концепция которой была разработана в ГУ НИИ медицины труда РАМН. Она послужила основой для создания ряда региональных программ. Накоплен позитивный опыт внедрения новых форм организации медицинского обслуживания работающего населения на отдельных крупных предприятиях. Его реализация приносит несомненный медико-социальный и экономический эффект.

Интеграция служб охраны и медицины труда как части системы управления качеством продукции и экономической эффективностью производства приобретает первостепенное значение в условиях вступления страны в ВТО. Следует подчеркнуть, что проблема сохранения здоровья работников на ведущих предприятиях развитых стран мира также опирается на эффективную систему медицины труда, а принцип "больной работник не может производить качественный товар" является основой совершенствования управления качеством производимой продукции и повышения экономической эффективности производства по ИСО /ТУ 16949. В условиях неблагоприятной медико-демографической ситуации, которую Президент страны назвал самой острой проблемой современной России, поставив на первое место в числе демографических проблем - снижение смертности, - совершенствование системы медико-профилактического обслуживания на предприятиях ЮВАО будет способствовать улучшению здоровья работников, снижению трудопотерь, инвалидности и смертности. Это приобретает особое значение в условиях снижения численности и постарения трудовых ресурсов, которое начнется в ближайшие годы.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ЮВАО г. МОСКВЫ МЕРОПРИЯТИЙ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ОЖДАЕМОСТИ

Важнейшей составляющей успеха планируемой Программы действий по снижению смертности и увеличению рождаемости в округе является статистическая оценка исходного уровня медико-демографических показателей в ЮВАО. Учитывая исторически сложившиеся экономические, производственные, экологические и иные особенности ЮВАО г.Москвы и, следовательно, особенности поло-возрастного, социально-экономического, образовательного состава жителей, необходима адекватная оценка уровней заболеваемости, инвалидности, смертности, рождаемости в округе с расчетом показателей для отдельных социально-экономических и возрастных групп и стандартизованных показателей. Данные, полученные в результате этого исследования, послужат точкой отсчета для оценки эффективности мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации в ЮВАО и позволят:

- выявить половозрастные, социально-экономические группы населения повышенного риска смерти, в отношении которых и надлежит разрабатывать адресные и конкретные социальные, экономические, психологические и иные меры по снижению смертности;
- оценить на основе специально организованного выборочного исследования факторы, сдерживающие желание семьи иметь второго, третьего и более ребенка;
- на основе эпидемиолого-гигиенических исследований выявить группы повышенного риска среди работников (крупных, средних и малых предприятий), подвергающихся воздействию вредных профессиональных факторов
- разработать концепцию системы медицины труда для средних и малых предприятий. Число последних постоянно увеличивается, условия труда на них не контролируются и могут наносить значительный ущерб здоровью работников.

Выполненные исследования можно рассматривать как пилотный проект, результаты которого не только послужат основой для разработки адекватных профилактических мер социально-экономического, демографического, медицинского, культурно-просветительного характера, адресованного конкретным группам населения ЮВАО, но и позволят распространить накопленный опыт на другие регионы.

Кроме того, хотелось бы отметить, что по мнению экспертов ВОЗ, в формировании здорового образа жизни, наряду со средствами массовой информации, важнейшую роль играет целенаправленная просветительская работа в трудовых коллективах.

Интеграция служб охраны и медицины труда как часть системы управления качеством продукции и экономической эффективностью производства.

Наличие служб медицины труда с государственной и негосударственной организационно-правовой формой, входящих в структуру производств или самостоятельных, обслуживающих ряд производств по запросам, однако действующих в едином правовом поле.

Привлечение к работе в центрах медицины труда специалистов в зависимости от особенностей обеспечиваемых производств, включая специалистов по медицине труда высшего и среднего звена, психологов и психотерапевтов, специалистов по эргономике, токсикологии, промышленной эпидемиологии, инженеров по охране труда, специалистов по информатике, статистике, научным исследованиям, организации труда, профилактике и укреплению здоровья и др.

Фудин Н.А.,
член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук,
профессор, заместитель директора ГУ НИИ нормальной
физиологии им. П.К. Анохина РАМН

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС: ЧЕЛОВЕК И ОБЩЕСТВО

Научно-технический прогресс стремительно охватил все сферы производственной и социальной деятельности человека. В короткие временные интервалы интенсивно изменяется природная среда обитания человека, образ его жизни, труда, быта и отдыха. Опираясь на научно-технический прогресс, современная цивилизация, повышая уровень жизни и благосостояния, создала предпосылки для нарастания психоэмоциональных перегрузок на человека, В этих условиях существует множество разнотипных по своей природе причин формирования психоэмоционального стресса, это возрастающий темп жизни, избыток электронной информации, дефицит времени, снижение физической активности, монотония, урбанизация, техногенно-экологические катастрофы, военные и социальные конфликты и т.д.

Данные Всемирной организации здравоохранения свидетельствуют о том, что психоэмоциональному стрессу особенно подвержено городское население мегаполисов, а также люди, проживающие и работающие на неблагоприятных в экологическом отношении территориях и предприятиях атомной, угледобывающей, металлургической, химической, нефтегазоперерабатывающей и нефтегазодобывающей промышленности. Указанные отрасли Мировой экономики, где задействовано огромное количество работающих людей, порождают все возрастающие социально-экономические, экологические и медицинские проблемы. Современные медико-биологические и психофизиологические исследования убедительно свидетельствуют, что длительно сохраняющийся доминантный психоэмоциональный стресс оказывает всестороннее разрушительное влияние на физиологические системы и жизнедеятельность организма. В последнее время в научной литературе появляется все большее количество комплексных медико-биологических исследований свидетельствующих о том, что в структуре заболеваемости и смертности в высокоразвитых в научно-техническом отношении странах доминирующее место начинает занимать психоэмоциональный стресс. При этом установлено, что на начальной стадии развития стрессорного состояния сначала транзиторно, а потом и устойчиво поражаются механизмы саморегуляции различных функциональных систем человека, что ведет к нарушению физиологических биоритмов: сна и бодрствования, суточных изменений уровня гормонов, ритмов дыхания и сердцебиения, проницаемости различных тканевых барьеров, снижается иммунитет, нарушается взаимодействие метаболических процессов. Указанные изменения при длительном воздействии психоэмоционального стресса приобретают устойчивый характер. При этом наблюдается суммация патологических изменений, что приводит к выраженной, а подчас и необратимой поломке компенсаторных механизмов саморегуляции. Именно в этом случае механизмы психоэмоционального стресса переходят в "застойную" стационарную форму постстрессорного патологического синдрома.

Резолюция Международной конференции (2001 г.) "Общество, стресс и здоровье человека", в которой приняли участие ученые более 90 стран мира, свидетельствует, что психоэмоциональный стресс является причиной многих психосоматических заболеваний-психозов, неврозов, сосудистых заболеваний мозга, сердечно-сосудистых заболеваний:

- аритмий, экстрасистолий, инфаркта миокарда, гипертонической болезни;
- язвенно-дистрофических поражений желудочно-кишечного тракта;
- снижения иммунитета, возрастание предрасположенности к вирусным инфекциям, и многим другим инфекционным заболеваниям, аутоиммунным процессам;
- ревматических заболеваний, остеохондрозов;
- онкологических заболеваний; - гормональных расстройств, нарушениям половых функций и т.д.

В качестве иллюстрации вышесказанного приведем материалы биохимических исследований

лиц, находившихся в состоянии психоэмоционального стресса, которые были получены в Центре "Диагностика здоровья" НИИ нормальной физиологии имени П.К.Анохина РАМН и Тульским НИИ новых медицинских технологий.

Помимо четко выраженных вегетативных нарушений особенно со стороны функций внешнего дыхания и кардиогемодинамики при психоэмоциональном стрессе выявлены изменения в биохимических показателях крови:

- увеличение количества эритроцитов и концентрации гемоглобина в крови;
- увеличение количества лейкоцитов;
- изменение лейкоцитарной формулы;
- нейтрофильный лейкоцитоз, лимфоцитоз;
- повышение свертываемости крови;
- повышение СОЭ;
- изменение гормонального баланса (в кровь усиленно выбрасывается АКТГ, СТГ, ТТГ, глюкокортикоиды и катехоламины, гормоны щитовидной железы, инсулин);
- в крови нарастает дисбаланс глюкозы, холестерина, ЛПВД, триглицеридов;
- меняется ионограмма сыворотки крови (Na, K, Ca, Mg, Cl);
- в результате влияния длительного сохраняющегося психоэмоционального стресса в крови появляются гистамин, серотонин и катехоламины.

Полученные данные убедительно свидетельствуют об отрицательном воздействии психоэмоционального стресса на биохимическую структуру крови практически по всем показателям. При этом можно с большой долей уверенности высказать предположение, что длительно сохраняющийся психоэмоциональный стресс оказывает воздействие на генетический аппарат клеток, что в свою очередь, может привести к врожденным аномалиям и нарушениям развития и здоровья детей. И такие данные рядом зарубежных и отечественных авторов уже получены.

В последнее время в высокоразвитых странах мира наблюдается тенденция к резкому увеличению числа больных с синдромом хронической усталости. В предшествовавшие годы клиницисты квалифицировали данное заболевание под различными названиями: "астенический или неврастенический синдром", "миалгический энцефаломиелит" и т.д. Несмотря на терминалистическую дискуссию и разночтение синдрома хронической усталости все специалисты отмечали характерную особенность указанного состояния, которое формировалось и длительное время сохранялось в результате воздействия психоэмоционального стресса. При этом клинические проявления синдрома хронической усталости как правило возникали в зонах техногенно-экологического неблагополучия или военных конфликтов (чернобыльский синдром - Россия, афганистанский синдром - Россия, вьетнамский синдром - США и др.). В указанных случаях синдром хронической усталости формировался на фоне длительно воздействующего психоэмоционального стресса, который сопровождался перенапряжением физиологических функций человека.

Наши собственные последующие клинико-физиологические и биохимические исследования стрессированных лиц показали, что все обследуемые без исключения страдали синдромом хронической усталости, сопровождавшимся психосоматическими отклонениями, что вызывало глубокую перестройку обменных процессов и функциональных сдвигов со стороны нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, иммунной и других систем организма.

Выявленная стойко сохраняющаяся дисфункция физиологических систем организма, как правило, ведет к патологическим изменениям и ряду необратимых психосоматических заболеваний. Научно доказано, что длительно сохраняющийся психоэмоциональный стресс в свою очередь влияет на социально-экономические процессы в обществе, межличностные, деловые и прочие взаимоотношения людей. Психоэмоциональный стресс изменяет мировоззрение и духовный мир человека. Вызванная стрессом невротизация личности приводит к агрессивности, депрессии, неадекватности и нерациональности поведения, вызывает деградацию духовно-нравственных потребностей человека, снижает творческий потенциал, физическое долголетие и работоспособность, порождает антиобщественные поступки и извращает социальные мотивации человека.

Пагубное действие психоэмоционального стресса проявляется:

- в росте алкоголизма и наркоманий;
- в росте числа случаев антиобщественного поведения;
- в повышении травматизма;

- в росте числа суицидов;
- нарастании инвалидизации общества.

Психоэмоциональный стресс, пагубно влияя на вегетативные и метаболические функции организма является одним из основных причин снижения репродуктивности, уменьшения продолжительности жизни, повышения смертности людей, в частности, внезапной смерти.

Исходя из вышеизложенного вопрос реабилитации и оздоровления лиц, находящихся в состоянии длительно сохраняющегося доминантного психоэмоционального стресса и пограничных психосоматических заболеваний приобретает социальное значение и требует неотложных мер по созданию комплексного научно обоснованного реабилитационно-оздоровительного метода.

В настоящее время для реабилитации и оздоровления указанной категории лиц широко применяются традиционные методы неспецифического лечения: витаминотерапия, рефлексотерапия, физиотерапия, ионизация воздуха в сочетании с гипобарической оксигенацией, применение ультразвука, а также санаторно-курортное лечение и др. Перечисленные разрозненные и не всегда взаимосвязанные оздоровительные методы, как правило, научно слабо обоснованы, нередко они дают кратковременный положительный эффект, не снимают психоэмоциональный стресс и не предотвращают развитие психосоматических заболеваний. После указанных оздоровительных воздействий часто требуется дополнительное, а подчас и длительное стационарное лечение.

Многолетние исследования в Центре "Диагностика здоровья" НИИ нормальной физиологии им. П.К.Анохина РАМН позволили создать научно-обоснованный метод, в основе которого лежат тепло-холодовые и физические нагрузки, осуществляемые на фоне приема высокоэффективных витаминных комплексов, микроэлементов и биологически активных веществ естественно происхождения.

Реабилитационно-оздоровительный метод состоит из 3 этапов: I этап - комплексное обследование пациента; II этап - ежедневные (по 1,5-2 часа) оздоровительные процедуры (7-10 дней) под медицинским контролем врачей-специалистов, III этап - закрепление полученных клинико-физиологических результатов (10 дней).

На заключительном третьем этапе пациенты самостоятельно по индивидуальной программе принимают витаминные комплексы, микроэлементы и биологически активные вещества естественного происхождения.

Режим индивидуальных физических нагрузок, тепло-холодовых процедур, а также состав и прием витаминно-минеральных композиций и биологически активных веществ определяется специалистами для каждого пациента индивидуально исходя из результатов комплексных медико-биологических обследований, сопутствующих заболеваний и типологических особенностей пациента.

Предложенный метод позволяет за сравнительно короткий промежуток времени снять психоэмоциональный стресс, полностью восстановить дефицит витаминов и микроэлементов в организме, очистить организм от накопившихся продуктов окисления, вредных химических реагентов, тяжелых металлов и продуктов производственного загрязнения.

Оздоровительные процедуры по предложенному методу сводят к минимуму риск нервно-психических, сердечно-сосудистых, онкологических, и других психосоматических заболеваний.

Хрусталев Ю.М.,
академик муниципальной академии,
доктор философских наук, профессор.

НРАВСТВЕННОСТЬ - ИМПЕРАТИВ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Сегодня беспрецедентное вымирание населения в России и сверхнизкая рождаемость не может не беспокоить правительственные органы и, конечно, общественность. Положение с демографией в стране если еще не трагическое, то весьма драматическое. Причин такого положения, конечно, много. И одной из главнейших называют социально-экономическую. Это справедливо, но не совсем. Есть и еще, не менее важная причина - это нравственное разрушение сознания людей. Погоня за прибылью любой ценой, стремление к личному обогащению, а точнее - созданию некой эфемерной комфортности, создают в обществе бездуховную ситуацию. Она поразила ныне фактически все сферы жизни россиян. В связи с этим встает вопрос: а есть ли выход из этого положения?

Решая социально-экономические и политические проблемы, нельзя забывать и о создании здоровой нравственной атмосферы в обществе. Во все времена и у всех народов было стремление к обеспечению счастливой и безопасной жизни. На реализацию этого естественного права людей поныне нацелены лучшие умы человечества: философы, ученые, инженеры и техники, наконец, медики. Ими достигнуты поистине грандиозные успехи в сфере науки и техники, но особенно, в области высоких биомедицинских технологий. Все это не может не радовать, но и все это не может не тревожить одновременно. Человечество почувствовало реальную угрозу своему собственному существованию, исходящую именно от достигнутого могущества.

В условиях техногенной цивилизации люди вынуждены искать и разрабатывать новые средства и методы, принципы и правила защиты своей жизни и укрепления общественного здоровья от нерегулируемой экспансии человеческого интеллекта. Для этого сам прогресс научно-технического развития мира должен (!) быть поставлен под контроль общества. Бесспорно, за прошедшие столетия человечество получило от науки, техники и технологии очень многое для улучшения своего благосостояния, но, к сожалению, мало продвинулось в нравственности. Именно поэтому весьма актуальной стала задача философского осмысления роли и значения достижений современной науки и выработки механизма общественного контроля и управления всеми научными исследованиями, техническим и технологическим процессом в интересах сохранения жизни людей и укрепления их здоровья.

Ныне как бы не страшны были наркомания, алкоголизм, травматизм, беспечность в сохранении своего здоровья, наука, техника и даже медицина представляют, как это не покажется странным, немалую демографическую опасность. Так, среди областей научной деятельности исключительно важное место занимает сегодня молекулярно-генетическое исследование человека. Внушительны успехи и в генной инженерии, а перспективы ее поистине фантастичны. В короткие сроки они прошли путь от фундаментальных начальных теоретических исследований до широкого практического применения в клиниках. Все эти научные достижения стали носителями надежд людей в области излечения от неизлечимых болезней (сердечно-сосудистых, рака, СПИДА и др.). От революционных научных открытий и современных техники и технологии возрастает зависимость развития и качественного самосовершенствования человечества. Поистине мощный рывок в научно-технологических достижениях молекулярной генетики открыл перед медиками перспективы направленного воздействия на изменение наследственности организмов.

Открываются и новые возможности в осуществлении таких медицинских процедур, которые, наконец, избавят людей от тяжелых наследственных болезней. Так, разработаны и получают массовое производство в достаточных количествах труднодоступные медикаменты как инсулин, человеческий гормон роста, новые антибиотики. После серии феноменальных открытий в области молекулярной генетики, люди уже не только в порывах безудержной фантазии, а вполне обосновано задумываются о возможности продления человеческой жизни до двухсот и более лет. Наука создает средства для активизации жизнедеятельности людей, пробуждая их потенциальные творческие способности. Но все эти благие достижения науки усугубятся, если философски критично осмыслить достижения ученых. Возникает вопрос: а не превратится ли со временем человек в объект научных манипуляций?

Парадоксальным образом научный прогресс, усиливая могущество людей, создает и угрозу их жизни, но особенно здоровью. Ушли в прошлое времена, когда науку все считали безусловным человеческим благом. А ведь наука не только одаривает людей плодами своих открытий и привлекает новыми перспективами, но и вызывает у них беспокойство за свое безопасное будущее. Философия науки, будучи комплексным исследованием мира, общества и самого человека, ориентирует политиков и ученых на диалог с природой. Тем самым она нацеливает ученых и политиков на новое, человеческое измерение научных исследований. Теперь научное общество должно быть поставлено перед необходимостью демонстрировать людям, что блага, которые оно дает им, перевешивают возможные негативные последствия.

Выдающиеся ученые сами озабочены возможностью появления серьезных негативных последствий, угрожающих безопасности людям. Так, показательным моментом стал призыв молекулярных биологов и генетиков США к объявлению моратория на все эксперименты в области генной инженерии, которые могли бы представить потенциальную опасность для генетической конституции живущих ныне организмов. Дело в том, что созданные ими в лабораториях рекомбинантные (гибридные) молекулы ДНК, способные встроиться в гены какого-либо организма и начать действовать, могли породить и совершенно невиданные в мире потенциально опасные для существующих видов формы жизни. Эти ученые сами приостановили исследования, сулившие им колоссальные успехи, но не дающие гарантий безопасности жизни людей.

Таким образом, современные научные и технологические подвижки принципиально по-новому ставят вопросы о "нравственном насыщении" науки вообще, но, прежде всего, биомедицинской и различных технологий биомедицины. До недавнего времени многие ученые были убеждены, что смысл этики науки состоит в реализации ими основных норм-условий по достижению истинности знания: беспристрастности, добросовестности во всех научно-теоретических изысканиях, высокого профессионализма и скрупулезной чистоты при проведении экспериментов на человеческом организме. Считалось даже, что научные результаты, полученные при соблюдении всех этих условий, непременно приносят людям пользу. В настоящее время стало очевидным, что следование только этим традиционным моральным нормам в научной деятельности не всегда приводит к желаемой цели.

Современное естествознание, медицинские науки интенсифицировали и значительно расширили поле исследований жизни, поставив перед учеными проблему переосмысления нравственных парадигм познания живого и его возможного радикального изменения. Среди них ключевой проблемой стало философское осознание допустимости вообще творческого созидания чего-либо нового в биосфере Земли типа клонирования, а также осознания того, насколько нравственно само по себе научное экспериментирование на людях или какое-либо генетическое манипулирование на организме человека с целью реконструкции естественно существующих генотипов. Происходящий прогресс в науке и в медицинских методиках воздействия на человека, требует выработки иных принципов и правил в моральной области.

Появилась биоэтика как междисциплинарная дисциплина, ядро которой - отношение к жизни и смерти. Это новая морально-этическая сфера при проведении исследовательских акций жизни и новых форм лечения людей. Эта философская парадигма стала этикой "благоговения перед жизнью" (Швейцер). Центральная задача биоэтики - исследование отношения людей к жизни и смерти в кризисных условиях. Это придает ей особый статус в оценке жизни для выработки новой нравственной парадигмы в человечных взаимосвязях и отношениях. В содержание биоэтики включены вопросы нравственных взаимоотношений врача и пациента, моральности экспериментов на человеке, причины самоубийств или отказа больных от лечения по жизненно-важным показаниям, проблемы эвтаназии, аборта, новых репродуктивных технологий, трансплантации органов и тканей, медицинской генетики, генной инженерии, психиатрии, прав душевнобольных и т.д.

В наше время весьма актуально и такое отношение к жизни, в котором выражена тревога за сохранение всего живого на нашей планете, жизни человеческой, так и любой другой. Эта задача все более осознается людьми не только как медицинская, и практически-политическая и научная задача. Российские ученые, но особенно медики человеческую жизнь трактуют как высшую самоценность. Врачи всегда борются за жизнь человека до конца. "Борьба со смертью, - пишет академик РАМН Ю.Л.Шевченко, - один из постулатов этики жизни, с которым связано и ценностное отношение к жизни и к биосфере, выражение в благоговении перед жизнью, в любви к жизни, в том числе и в религиозном принятии жизни как благодати" (Философия медицины. М., 2004. С. 313.).

Закрепление в современном общественном сознании гуманистических, нравственных идеалов поз-

волит разрешить ряд сложнейших проблем демографической безопасности, возникших, порой, и по воле самих же ученых, технологов, а также политиков, социологов, экономистов. Они, не всегда безупречными в нравственном отношении деяниям, поставили человеческую жизнь на край пропасти и даже самоуничтожения. Уважая приоритетность самоценности человека, его рационально-нравственных ценностей важно понять, наконец, суть философско-этического самосознания всех специалистов и в том числе управленцев. Философы науки говорят о назревшей необходимости запрета некоторых стратегических исследований и ограничении бесконтрольного экспериментирования. Ведь, действительно, в сфере биомедицинских исследований, проводимых на человеке, такого рода запреты и ограничения получат институциональное оформление и закрепление.

Представляется оправданным требовать сегодня от каждого специалиста, ученого и медика, которые еще только планируют какие-либо исследование, представлять широкой общественности доказательства о его теоретической обоснованности, методологической корректности, технической реализуемости и нравственной приемлемости. Тем самым те цели, которые обусловлены взаимосвязями между политикой, наукой и моралью, уже не остаются чем-то внешним по отношению к безопасности человека, которая превратилась в некую специфическую область биоэтики, философски осмысливающей самоценности жизни вообще и человеческой, в особенности. Нельзя считать случайным то, что ее возникновение связано с изменениями в сфере фундаментальной науки, биомедицины, медицинской науки, практического здравоохранения.

Практическое внедрение гуманистических идеалов биоэтики не только в медицину, а и во все сферы, связанные с отношением к людям, не может быть отложено на отдаленную перспективу. Они по определению - суть и смысл нравственного менталитета. А процесс развития этого менталитета ведет к росту или вызреванию гуманно-нравственных начал и у широкой общественности. Философия нравственного гуманизма необычайно остро ставит сегодня проблемы демографической безопасности в России. Она тесно связала свою судьбу с решением гуманитарной (развивающей все человеческое в человеке) задачи нравственного развития россиян, укрепления их здоровья и упреждения преждевременной смерти.

Современные научные и технологические подвижки принципиально по-новому ставят вопросы об инновации и в сфере повседневной жизни людей. Ведь до недавнего времени считалось, что смысл этики состоит в соблюдении нравственных норм жизнедеятельности достижении беспристрастности, добросовестности специалистов в научно-теоретических изысканиях, высокого профессионализма и скрупулезной чистоты при осуществлении всех служебных действий. Считалось даже, что результаты, полученные при соблюдении всех этих условий, непременно приносят людям пользу. В настоящее время стало очевидным, что следование только традиционным этическим принципам в жизни и деятельности не всегда дает позитивные результаты. Это означает, что все традиционные этические регуляторы общественного поведения людей сами нуждаются в инновационности.

Поэтому поддерживая все акции социально-экономического свойства, направленные на укрепление демографической безопасности России, ныне стало жизненно необходимо утверждать в обществе дух нравственной ответственности за создание здорового образа жизни лично своей и всех граждан страны. Сегодня пропаганда здорового образа жизни, повышения личной ответственности за все, что касается жизни и здоровья людей, должна быть тотальной и участвовать в ней призваны все нравственно обеспокоенные люди: и ученые, и медики, и предприниматели, но особенно - руководящие кадры всех уровней. Речь идет о том, чтобы именно нравственность сделать императивом в национальной, демографической и социально-экономической политике.

Особую роль в этом деле призваны играть этические комитеты. Это своего рода социальные институты, которые представляют собой многоуровневую сеть государственных учреждений, научных, общественных и медицинских организаций. Этические комитеты призваны осуществлять при муниципальных образованиях и общественных объединениях морально-правовой контроль над всеми инновационными программами, влияющими на демографическое состояние в районе. Без экспертных заключений этических комитетов властные структуры не должны по ним принимать окончательные решения. Важную роль в деятельности этих комитетов могут и должны играть представители общественности, связанные с правозащитными движениями. Целесообразно, чтобы этические комитеты возглавляли руководящие работники территориальных образований.

Чанов С.Н.,
координатор программ дополнительного профессионального образования, кандидат философских наук Московского социально-экономического института (МСЭИ)

ФАКТОРЫ ДЕМОГРАФИИ

I. Демографическое положение Российской Федерации
II. Факторы, меняющие демографическую ситуацию
III. Демография - варианты решений
IV. Демография - системность подхода

I. Демографическое положение Российской Федерации

Россия, наряду с очень немногими территориально крупными странами мира (такими как Австралия, Бразилия, Канада), относится к числу государств, для эффективного развития которых необходим весьма существенный, опережающий развитие экономики, прирост населения. И в других названных странах оно действительно увеличивается довольно высокими темпами. В целом ряде регионов мира (Западная Европа, Восточная Азия), особенно высокоразвитых, темпы прироста населения сравнительно невелики, но и потребность в его значительном увеличении там, по сути, отсутствует - в силу, прежде всего, уже достигнутой высокой численности и средней плотности населения (сотни человек на 1 кв. км).

В отличие от тех и других современная РФ представляет собой, возможно, уникальное государственное образование, которое, испытывая огромную потребность в увеличении числа своих граждан (средняя плотность населения - примерно 8 человек на 1 кв. км), имеет отрицательный прирост населения (т.е. его убыль), причём, на протяжении уже целого ряда лет - с начала 1990-х годов. В настоящее время РФ имеет на десятки процентов более низкую рождаемость по сравнению даже со странами Западной Европы (отличающимися, как известно, рождаемостью значительно меньше среднемирового уровня), при этом превосходя их в разы по смертности населения.

Очевидно, что такая ситуация совершенно ненормальна, а демографическая болезнь общества чрезвычайно запущена, что грозит уже в весьма недалёком будущем серьёзными проблемами для страны и общества.

Во-первых, в ситуации экономического роста, когда потенциал РФ достигнет в 2007 г. дореформенного уровня 1990 г., при значительно меньшей (на миллионы человек), чем в то время численности населения и примерно такой же производительности труда, будет ощущаться острая потребность экономики в трудовых ресурсах, степень обеспеченности которыми будет самым непосредственным образом влиять на возможности экономического развития России.

Во вторых, стремление обеспечить растущую экономику кадрами за счёт крупномасштабной иммиграции, существенно отличающейся в религиозно-этническом и социокультурном отношении от основной массы современного населения России (очевидно, что крупнейшими поставщиками рабочей силы предстают либо буддистский Китай, либо исламский мир), чревато в перспективе нескольких десятилетий - на фоне быстрого сокращения численности многих коренных народов РФ - кардинальным изменением этно-религиозного состава населения, а также утратой контроля нашего государства за весьма обширными территориями и, соответственно, за находящимися на этих территориях ресурсами.

Для прекращения убыли и выхода на западноевропейский уровень прироста населения РФ необходимо поднять рождаемость примерно в полтора раза. Для намного большего же увеличения численности граждан России (что весьма желательно) потребуется просто демографический взрыв.

При лечении очень важно правильно поставить диагноз. Для того, чтобы определять - по каким направлениям государству следует прилагать свои усилия с целью исправления демографической ситуации в стране - нужно ясно понимать: какие именно факторы, как и в какой степени, воздействуют на демографические процессы.

II. Факторы, меняющие демографическую ситуацию

Международный опыт решения задачи увеличения темпов прироста населения показывает, что государству следует делать главную ставку не столько на повышение средней продолжительности жизни (не упуская, разумеется, этого из вида), сколько собственно на увеличение численности населения. Объясняется сие тем, что, с одной стороны, предпринимая любые меры с целью продления жизни людей (и даже добиваясь здесь серьёзных успехов), невозможно таким образом увеличивать количество граждан государства, можно только замедлять сокращение их числа, а, с другой стороны, общество заинтересовано, прежде всего, в умножении трудоспособного (или потенциально трудоспособного) населения - стране, естественно, выгодно, чтобы эта часть её жителей как можно более превышала число пожилого населения.

Как представляется, основными социальными факторами (а именно они являются предметом рассмотрения в данной статье), влияющими на изменение демографической ситуации, могут быть определенны следующие:

1. благосостояние населения;
2. иммиграция и эмиграция;
3. пенсионное обеспечение;
4. социальный статус и роль семьи;
5. образование в качестве фактора социальной репродукции;
6. религиозность населения и традиции.

Очевидно, все эти факторы тем или иным образом взаимосвязаны и влияют один на другой. В рамках рассматриваемого вопроса следует выделить те их параметры, которые воздействуют на демографию, а, именно, способствуют увеличению или снижению темпов роста населения.

1) **Рост благосостояния населения** - взятый как факт жизни, в отличие от стремления к повышению благосостояния - практически всегда и везде способствует увеличению численности жителей той или иной страны. Прежде всего, это объясняется тем, что по мере повышения уровня и качества жизни у людей, как правило, улучшается здоровье и увеличивается продолжительность пребывания души в материальном теле. Это и неудивительно: либо здоровье человека укрепляется в результате более качественного питания и в целом образа жизни, либо он получает возможность тратить больше средств на лечение своих болезней, либо, к примеру, отказывается от потребления чересчур дешёвых и ядовитых спиртосодержащих суррогатов, уносящих в РФ десятки тысяч жизней ежегодно.

Рост благосостояния самым позитивным образом сказывается и на активизации репродуктивной функции общества. Так, например, страны Западной Европы, оказавшиеся в середине прошлого века в ситуации демографического провала, когда снижение рождаемости в результате сверхинтенсивного развития урбанистических процессов было усугублено неестественно огромной убылью населения в ходе двух мировых войн, смогли во многом выправить свою демографическую ситуацию, отнюдь не только за счёт успехов медицины в деле увеличения продолжительности жизни и привлечения мигрантов из других регионов мира.

Адресные государственные меры по повышению благосостояния населения, т.е. ориентированные именно на решение демографических вопросов (не просто рост зарплаты и борьба с инфляцией, а значимое увеличение удельного веса бесплатного медицинского обслуживания и образования, размеров пособий на детей и сроков их выплаты, эффективное содействие молодым семьям в приобретении собственного жилья и др.) позволили этим странам в последнее десятилетие XX века вернуться к ситуации превышения рождаемости над смертностью среди автохтонного населения.

Зарубежные реалии вполне подтверждаются и современным (пока, пожалуй, лишь экспериментальным) опытом в РФ. Так, например, всероссийская перепись 2002 г. зафиксировала настоящий "демографический взрыв" в Чечне. Этот "бэби-бум" вряд ли можно объяснить лишь возвратом населения республики к традиционалистским ценностям, особенно в ситуации по сути военного положения (когда люди в меньшей степени склонны заводить детей, чем обычно).

Интенсивная и фактически перманентная помощь населению со стороны сотен общественных, главным образом гуманитарных, организаций (вещи, продовольствие, деньги) и российского государства (безвозмездные ссуды на строительство или покупку недвижимости, реальные, сравнимые с зарплатой детские пособия, бесплатная для жителей Чечни газификация на-

селённых пунктов) позволили компенсировать проблемы и тяготы паравоенного существования для вайнахов, приведя к невиданным ранее темпам прироста населения.

Как представляется распространение похожих форм демографической поддержки населения со стороны государства и бизнеса во всероссийском масштабе, что, собственно говоря, и провозглашено в известной инициативе президента России В.В. Путина 10 мая 2006 г., несомненно, приведёт к солидному увеличению рождаемости в стране, если будет претворено в жизнь должным образом.

С другой стороны, серьёзное снижение уровня жизни людей, как правило, ведёт к сокращению прироста населения, в современной РФ - даже к абсолютному сокращению численности её граждан. Так, например, по данным той же всероссийской переписи в период экономического обвала 1990-х годов, когда резко снизилось благосостояние основной массы жителей страны, на десятки процентов или даже в разы упало потребление продуктов питания (особенно мяса и молока), одновременно весьма существенно сократилась рождаемость (причём, не только в результате очередного "эха войны" - спад был гораздо длиннее и глубже, чем обычно) и возросла смертность. Со второго десятилетия XXI века соответствие этих статистических сведений действительности в полной мере смогут ощутить на себе не только школы, но и вузы при наборе студентов, а также вся наша экономика.

2) Ещё одним демографическим результатом произошедшего экономического и, как следствие, социального спада стала новая волна массовой **эмиграции** из РФ именно в конце XX века. Она, правда, была компенсирована в количественном отношении масштабным притоком в страну соотечественников из бывших советских республик, уровень жизни в которых оказался существенно ниже, чем в России. При этом, отток русскоязычного населения из стран Балтии, где благосостояние населения превышает уровень РФ, практически не наблюдался, несмотря на то, что весьма значительная часть их жителей не получила даже гражданства прибалтийских государств.

Следует заметить, что в отличие от 3-х советских, волна эмиграции из РФ в 1990-е годы в наименьшей степени была вызвана политическими причинами, и мотивировалась преимущественно социально-экономической ситуацией, т.е. всё тем же резким снижением уровня жизни целых слоёв населения, причём, люди уезжали за рубеж, как правило, в страны с более высоким благосостоянием.

Очевидно, что миграция как таковая находится в прямой и очень сильной зависимости от уровня благосостояния того или иного государства, и описанные выше процессы свойственны не только России, а представляют собой общемировую закономерность: люди переселяются туда, где лучше перспективы повысить свой уровень жизни, и, наоборот, стремятся покинуть депрессивные страны или регионы.

Отсюда следует, что миграция может рассматриваться как весьма действенное средство для решения демографических проблем того или иного государства. Применительно к демографическим задачам России это означает - сведение на нет эмиграции и, напротив, стимулирование иммиграционных процессов. Правда, при этом важно использовать фактор иммиграции так, чтобы избежать значимого проявления возможных иных проблем.

Ведь, как известно, понятие национальная безопасность включает в себя не только защиту территории страны, но и её населения, и свойственного этому населению образа жизни. Поэтому использование фактора иммиграции при сложившейся в настоящее время демографии России, безусловно, весьма желательно, однако, столь же очевидно, имеет естественные ограничители этнокультурного, религиозного и, в связи с этим, количественного параметров.

Поскольку массовый приток в любую страну людей этнически, культурно или религиозно слишком существенно отличающихся от основной массы жителей государства неизбежно влечёт за собой нарушение сложившегося баланса в межнациональных отношениях, то это чревато развитием серьёзных внутригосударственных конфликтов на данной основе.

Чтобы избежать такого развития ситуации, государству, принимающему иммигрантов очевидно, целесообразно:

- не просто отслеживать миграционные процессы, а эффективно их регулировать - чтобы сохранять контроль за внутриполитической обстановкой;
- создать условия для сведения к минимуму эмиграционных процессов;
- поощрять дружественную иммиграцию, т.е. въезд граждан, по возможности, из цивилизационно близких стран, возвращение ранее эмигрировавших соотечественников и пр.;

- препятствовать недружественной иммиграции, т.е. обоснованию на территории страны враждебно относящихся к ней лиц, террористов и уголовных преступников из других государств;

- контролировать и регулировать количество "гастарбайтеров" (а тем более иммигрантов, получающих гражданство), как с учётом интересов национального трудового контингента, так и вышеназванных факторов;

- стремиться адаптировать иммигрантов к социокультурной среде принимающей страны.

3) **Пенсионное обеспечение.** Наличие в том или ином государстве системы пенсионного обеспечения представляется, несомненно, действенным фактором, подавляющим рождаемость. Эта закономерность легко прослеживается при сопоставлении темпов роста населения и степени развитости пенсионной системы практически во всех регионах планеты. Объясняется она очевидным снижением заинтересованности людей в рождении детей в случае существования в стране хоть какой-то пенсионной системы, поскольку она перенимает от более молодого поколения (детей) на себя заботу о финансовом обеспечении нетрудоспособных пожилых людей.

Правда, такое государство, как современная КНР несколько выбивается из данного ряда: по сути, отсутствие в этой стране системы пенсионного обеспечения не сопровождается в последние десятилетия бурным ростом рождаемости (по крайней мере, официально). Однако, сие объясняется, как известно, очень жёсткими специальными мерами китайского государства по регулированию рождаемости, в отсутствие которых в прошлом Китай добился наибольшей в мире численности населения.

Как представляется, именно фактор пенсионного обеспечения оказывает весьма серьёзное влияние на демографию в плане снижения рождаемости в ходе процесса урбанизации. Конечно, развитие урбанизации на планете сопровождается довольно частым параллельным распространением во всё новых государствах систем пенсионного обеспечения, которые, собственно, и вызывают снижение темпов прироста населения. Однако было бы, пожалуй, правильным разделять воздействие этих факторов на демографию.

Во-первых, потому, что сам по себе рост городского населения, его удельного веса по сравнению с сельским далеко не всегда сопровождается складыванием систем пенсионного обеспечения и, соответственно, снижением рождаемости. Это подтверждается многочисленными примерами в развивающихся странах в различных регионах мира.

Во-вторых, изменение образа жизни людей с перемещением из села в город, хотя действительно воздействует на рождаемость в направлении её снижения (по другой, так сказать, линии - не через пенсионную систему), однако порождается опять-таки не собственно этим перемещением, а изменением личностных ролей детей и родителей в семье и общественного статуса самой семьи в результате перехода от традиционного к индустриальному производству, которое в свою очередь возможно, как известно, не только в городах, но и в весях (правда в городах индустриальное производство обычно оказывается эффективнее, чем на селе, поэтому развивается там интенсивнее и, соответственно, представлено в урбанистических центрах в гораздо большей мере).

4)-5) Что же происходит с социальным статусом и ролью семьи в демографическом процессе в результате смены **традиционного** производства на **индустриальное**? В семье традиционного, иначе говоря, **патриархального** типа, осуществляется не только биологическая, но и полноценная (если не сказать всеобъемлющая) социальная репродукция человека. В том числе и овладение знаниями, умениями и навыками той или иной, чаще всего связанной с сельским хозяйством, профессии. Происходит это постепенно, на протяжении ряда лет, начинаясь, порой, в весьма юном возрасте.

Причём этот процесс социализации развивается хотя и не полностью, естественно, в рамках семьи, но всегда при её определяющем влиянии и участии. Особенно важно здесь то, что овладение делом, профессией, которая будет кормить человека (и его будущую семью) всю жизнь, не требует, как правило, отрыва её молодого поколения от родителей, которые собственно и занимаются перманентно воспитанием и образованием своих детей. Речь идёт, конечно, об образовании профессиональном, прежде всего. Образование в смысле традиционной грамотности, т.е. школьное обучение довольно мало развито, не требует от семьи больших, постоянных и долговременных затрат, сравнительно ненадолго отвлекает детей от семьи. Тем не менее, происходит вполне полноценная социализация человека.

Профессиональное же образование в индустриальном обществе - это образование, которое, человек обычно получает не от своих родителей, а в специально созданных для этого учебных заведениях. Причём, в отличие от патриархального профессионального образования, за профобразование подрастающего поколения в индустриальном обществе семья должна платить.

Сие связано, прежде всего, с тем, что по сравнению с традиционным (преимущественно сельскохозяйственным, в меньшей степени кустарным ремесленным) производством промышленность представляет собой сплошные инновации, с которыми огромное большинство в старших поколениях незнакомо, а значит, просто не может обучить им молодёжь в рамках семьи даже, если захочет.

Вплоть до настоящего (в историческом масштабе) времени индустриальное производство и общество развивались, увеличивали свой удельный вес в экономике и жизнедеятельности социума, вовлекая в свою орбиту всё больше людей и, тем самым, не только постепенно вытесняя патриархальное профессиональное образование, но и кардинально меняя как внутрисемейные взаимоотношения, так и функции семьи в процессе социализации подрастающего поколения.

В индустриальном обществе личности для того, чтобы состояться, необходимо проходить эту социализацию, прежде всего, получать профессиональное образование (т.е. базовые жизненные умения и навыки), как правило, вне семьи, часто в другой местности, на протяжении всё более длительного времени оказываясь вне непосредственного воздействия родителей. Связи между поколениями семьи (когда-то патриархальной) ослабляются, а затем и рвутся всё быстрее с каждым десятилетием промышленного развития. Статус семьи в жизни людей резко снижается - вплоть до отказа заметных масс населения вообще создавать такую ячейку общества.

Причём, если уровень профессионального образования в индустриальном обществе постоянно повышается, а значение семейного образования и воспитания падает, то происходит это не только в профессиональном аспекте, но и собственно в семейном плане - в смысле семьеведения. У вступающих в жизнь поколений индустриального социума в качественно меньшей степени (чем в патриархальном обществе) формируются навыки семейного поведения, в том числе, и желание обзаводиться детьми.

Весьма важную роль здесь играет и финансовый фактор. В традиционном обществе дети с довольно раннего возраста становятся помощниками родителей, выполняют значительные производственные функции. Это увеличивает возможности и доходы семьи, а молодёжь уже в процессе производственного обучения и социализации постепенно переходит на самоокупаемость (как минимум).

В индустриальном социуме функция детей как помощников родителей, по сути, утрачивается, они не только не увеличивают доход семьи, как правило, вплоть до завершения профессионального образования (т.к. только после этого могут начать работать и получать за это оплату), но наоборот, выступают в качестве причины дополнительных, весьма значительных и, главное, долговременных расходов семьи (особенно на их образование). Разумеется, это отнюдь не способствует желанию родителей обзавестись новым ребёнком.

Очевидно, что эти фундаментальные перемены носят объективный исторический характер, повернуть назад к традиционному типу хозяйства и общества невозможно, такой поворот едва ли будет сколь либо значимо востребован в российском обществе, да и с точки зрения интересов развития страны, едва ли это представляется целесообразным. Вместе с тем, учесть и по возможности нейтрализовать негативное воздействие индустриального фактора на демографическую ситуацию в РФ, думается, возможно.

6) Во всяком случае, опыт сохранения духовных (особенно **религиозного** характера) **традиций** патриархального периода в эпоху современную вполне однозначно указывает в пользу данного подхода. Связано это, прежде всего, с тем обстоятельством, что практически все ведущие религии и национальные традиции однозначно осуждают аборты, более того, не приветствуют (как минимум) любые другие меры по ограничению рождаемости.

Статистика рождаемости в религиозных семьях, как известно, намного выше, чем в светских. Более высокая религиозность и приверженность населения традициям в развивающихся странах, несомненно, вносят свой вклад в гораздо более высокие темпы прироста населения в этих государствах по сравнению с преимущественно светским высокоразвитым Западом. Причём, наблюдается такое, даже несмотря на массовую иммиграцию и гораздо большую среднюю продолжительность жизни в последних - благодаря лучшему качеству жизни и достижениям здравоохранения.

Это позволяет рассматривать фактор приверженности религии и народным традициям, наряду с другими рассмотренными выше, как весьма значимый по своему воздействию на демографические процессы.

Информация по РФ подтверждает обозначенную закономерность. По данным всероссийской переписи 2002 г. в регионах, где сильно проявляются патриархальные обычаи и велико влияние религии, не только не произошло (в отличие от РФ в целом) сокращения численности населения в 1990-е годы, но и наблюдался довольно существенный прирост населения (рекордный уровень - 43 % за период с 1989 по 2002 г.г. в Дагестане), вопреки серьёзному социально-экономическому спаду.

III. Демография - варианты решений

1) Относительно использования фактора повышения благосостояния населения, как позитивно влияющего на увеличение рождаемости, весьма важна, во-первых, обязательная адресность мер по стимулированию желания людей обзаводиться детьми. В противном случае, в ситуации сравнительно невысокого уровня жизни большинства населения страны, а также, с учётом того обстоятельства, что индустриальное общество (как показано выше) побуждает людей к ограничению числа детей в семье или к отказу от них, либо даже к отказу от создания семьи - как от обузы, препятствующей их карьере и росту уровня жизни, следует ожидать, что, оказываемая государством и обществом, поддержка родителям будет уходить не по назначению.

Во-вторых, размер оказываемой адресной помощи должен быть достаточно значим для большинства населения, чтобы перевешивать издержки обзаведения детьми в условиях современного общества. Разумеется, это находится в прямой зависимости от экономического развития и финансового богатства страны. Как представляется, сверхблагоприятные цены на основные товары российского экспорта (энергоносители, металлы, продукция ВПК), а, главное - весьма долгосрочная перспектива сохранения или даже увеличения этих цен, создают весомые материально-финансовые предпосылки для того, чтобы размер такой поддержки оказался на требуемом уровне.

Часть возможных мер адресной помощи семьям по стимулированию рождаемости (увеличение пособий по рождению и уходу за детьми, так называемый, "материнский капитал") была проработана в рамках Национальной программы демографического развития (экспертами преимущественно РАН и МГУ под эгидой Общероссийской общественной организации "Деловая Россия"), названа президентом России в Послании Федеральному собранию весной 2006 г. и, как известно, вступила в силу с начала 2007 г. В дальнейшем можно ожидать корректировки объёмов данной поддержки, очевидно, в сторону её увеличения.

Среди других мер по адресному стимулированию рождаемости можно перечислить следующие:

- серьёзная пролонгация периода выплаты (ныне установленный - в полтора года, очевидно, слишком короток) ежемесячных детских пособий, вероятно, поэтапная, но желательно вплоть до наступления совершеннолетия, т.е. до приобретения возможности самостоятельно зарабатывать - возможно, под названием пособия по воспитанию детей или пособия по социальной репродукции;
- полная оплата содержания ребёнка в детском саде за счёт государства (а, возможно, и работодателя) - иное нелогично при бесплатном школьном образовании, а также и выделение достаточных бюджетных средств на строительство новых дошкольных заведений (и, разумеется, возврат прежде нелегитимно перепрофилированных);
- компенсация государством всех платежей работодателей (включая частных), связанных с беременностью их сотрудниц и отпусками по уходу за ребёнком - иначе не преодолеть тотальную дискриминацию женщин, связанную с их намерением обзавестись ребёнком (ведь это огромное количество потенциальных матерей);
- переход от выплаты материнского капитала лишь на одного (не первого) ребёнка в семье к выплате материнского капитала на каждого ребёнка в семье, начиная со второго, в т.ч. и семьям, уже имеющим детей (до 18 лет включительно).

Очевидно, что постановка и решение (хотя бы частичное) вышеназванных вопросов наиболее целесообразны именно в нынешнем - предвыборном - году.

Вероятно, осуществление этих (и других) мер может различаться по времени (в зависимости, например, от экономической ситуации в стране и регионе, от пребывания у власти той или иной политической силы), или предлагаться на выбор семьям (к примеру: либо пособие по воспитанию, либо бесплатный садик).

Видимо, финансирование демографических программ будет разнесено по разным бюджетам: частично - из федерального, частично - из региональных. В общем-то, это вполне целесообразно, учитывая разную потребность субъектов федерации в трудовых ресурсах, всё же в РФ есть ряд регионов (главным образом на юге страны) с высокой рождаемостью и трудоизбыточным населением.

Разумеется, реализация любых социальных программ чревата опасным раздуванием инфляции, если её темпы серьёзно и длительно превышают темпы роста экономики. В такой ситуации позиция Минфина РФ по жёсткому ограничению социальных расходов имеет свои резоны. Однако на эту уже традиционную аргументацию вполне можно привести контраргументы.

Во-первых, осуществление социальных проектов может стимулировать инфляцию не абстрактно, не саму по себе, а через возрастание спроса на самый широкий спектр товаров и услуг (продукты питания, одежда, бытовая техника, жильё, образование, медицинские услуги). И если экономико-финансовые ведомства государства умеют обеспечить достаточно высокие темпы экономического роста, т.е. производства всех этих товаров и услуг, то инфляционные процессы не приобретают (по законам экономики) опасного масштаба. В 2006 г. темпы роста экономики РФ уступили практически всем своим соседям из СНГ, даже Украине (8 % годовых) со всеми её политическими бифуркациями. Это наглядно свидетельствует о том, что резервы для обуздания инфляции при масштабной реализации социально-демографических проектов в России имеются.

Во-вторых, борьбу с инфляцией можно вести разными способами, не только путём жёсткого лимитирования доходов основной массы населения (и без того весьма небогатого). Можно, например, перестать планировать ежегодный рост цен на горючее на уровне 10% и более, ведь цена бензина в нефтедобывающей РФ и так уже вышла на мировой уровень. В результате же, превалирование узко корпоративных интересов ТЭКа над общенациональными приводит не просто к получению нефтяным картелем в РФ сверхприбылей, но и, например, к беспрецедентному взлёту цен на жильё в российских мегаполисах. По оценкам риэлтеров более половины жилья в Москве в 2006 г. приобреталось совсем не для проживания в нём, а в так называемых инвестиционных целях, иначе говоря - в качестве выгодного вложения нефтедолларов с целью защиты их от инфляции.

Очевидно, что безудержный рост цен на жильё может поставить под сомнение реализацию национальной программы доступного жилья, что, в свою очередь, неизбежно негативно скажется и на решении демографического вопроса в РФ. Не секрет, что сегодня, даже получив ипотечный кредит, оба супруга вынуждены работать - только на то, чтобы отдать деньги. И зачастую именно поэтому они откладывают рождение детей.

В связи с вышеизложенным представляется весьма желательным:

- перенесение акцента в борьбе с инфляцией на обуздании роста цен на энергоносители внутри России (возможно, даже на их снижение);
- более эффективное изъятие государством сверхдохода, получаемого экспортёрами

энергоресурсов на внешнем рынке, или хотя бы его более эффективная локализация, например, в развитие той же строительной отрасли;

- крупномасштабные и срочные государственные инвестиции в производство строительных материалов, да, пожалуй, и собственно в строительство жилья.

Во всяком случае, в ситуации огромного профицита госбюджета логично отказаться от подавления инфляции за счёт чрезмерного ограничения социальных расходов, особенно затрат по реализации жизненно важного для России демографического проекта. По сути дела, в силу значимости демографического вопроса для нашей страны, должны быть произведены любые, необходимые для его успешного разрешения, расходы, по крайней мере, со стороны государства, и, в сущности, при любых экономических условиях, тем более, при наличии у России вполне достаточных для этого материальных ресурсов и финансовых возможностей. Если, разумеется, исходить из интересов российского общества.

Помимо прочего не следует забывать, что для РФ в обозримом будущем одним из наиболее важных средств обеспечения трудовыми ресурсами будет иммиграция, причём, иммиграция дружественная, т.е. преимущественно из СНГ. Страной же, привлекательной для украинцев и армян, например, Россия сможет оставаться только в том случае, если её руководство сумеет обеспечить более быстрое экономическое развитие и, соответственно, более высокий уровень жизни, чем у наших соседей. От этого же фактора будет напрямую зависеть и желание или нежелание россиян покинуть свою страну или, наоборот, вернуться на Родину из эмиграции.

Во всяком случае, можно вполне определённо говорить о том, что реализация новой демографической политики, начало которой было положено Президентским посланием В.В. Путина Федеральному Собранию РФ 10 мая 2006 г., в огромной, скорее всего - в решающей степени зависит именно от мер по обеспечению благосостояния российских граждан, однако этими мерами не исчерпывается.

2) Учитывая то обстоятельство, что разрешение демографической проблемы за счёт реализации программы по серьёзному увеличению рождаемости среди собственных граждан, хотя и представляется основным подходом, однако носит отложенный по времени характер - с точки зрения обеспечения страны трудовыми ресурсами, а потребность в таковых весьма велика уже ныне - то наиболее актуальным способом по разрешению демографических трудностей в данном аспекте может оказаться иммиграция, наряду, естественно, с прекращением сколь либо масштабной эмиграции из РФ.

В связи с этим важно отменить, принятый в развитие майской инициативы, июньский Указ Президента России 637 "О мерах по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом", призванный посредством государственной финансовой поддержки стимулировать переселение на историческую Родину соплеменников, являющихся в настоящее время гражданами других государств или лицами без гражданства.

На основе данного указа президента Путина В.В. в 2006 г., как известно, разработана и принята соответствующая государственная программа, ориентированная на обеспечение в течение 2007-2012 г.г. трудовыми ресурсами соотечественников, прежде всего, приграничных территорий России, характеризующихся сокращением численности населения, а также регионов с демографической нагрузкой ниже среднероссийской.

Принимая во внимание, изложенные в предыдущем разделе "Что влияет на демографию", ограничители в области использования миграционных процессов для разрешения демографических затруднений РФ, можно предложить и другие меры в данной сфере, например:

- по возможности быстрое создание единого экономического пространства России с Беларусью и Казахстаном, с возможным увеличением количества членов этого интеграционного объединения в последующем;

- предоставление российского гражданства соотечественникам с паспортами других государств (в т.ч. и бывшего СССР) не в разрешительном, как ныне, а в заявительном порядке.

Беларусь, Казахстан и Россия находятся на завершающей стадии перехода на новый уровень интеграции в рамках Единого экономического пространства (ЕЭП), который тормозится, правда, двойственной позицией Украины, также изначально выражавшей намерение принять участие в ЕЭП.

В связи с этим, следует пожелать скорейшего завершения процесса создания нового наднационального объединения даже трёх государств, что, очевидно, самым благоприятным образом скажется как на экономическом развитии стран-участниц, так и на демографической ситуации в России.

Действительно, можно ожидать дополнительного ускорения роста экономики внутри единого таможенного пространства (за счёт преимуществ большего рынка и пр.), а, следовательно, и роста благосостояния населения, что, в свою очередь, будет стимулировать увеличение рождаемости. При этом Россия может рассчитывать на дополнительный приток мигрантов, если не из Казахстана (где плотность населения ещё ниже российской), то, наверняка, из Беларуси - до сих пор оттуда приезжают в Россию на постоянное место жительства многие тысячи людей ежегодно.

Кроме того, успех этой интеграция в состоянии подать пример и для других стран, особенно для Украины, имеющей в настоящее время несколько миллионов человек трудоизбыточного

населения, причём населения, родственного русскому народу в этническом отношении и максимально близкого и по религиозным, и по всем другим социокультурным параметрам. Собственно говоря, порядка 20% населения Украины составляют те её граждане, которые считают русский язык родным.

Правда, в настоящее время получение российского гражданства (в качестве второго) гражданами Украины и их последующая миграция в РФ сдерживаются нынешним законодательством этого государства, запрещающим второе гражданство, т.е. связывающим получение гражданства другой страны с выходом из гражданства Украины. Как представляется, достижение соглашения России и Украины о допустимости для украинских граждан российского гражданства в качестве второго (совсем не обязательно на взаимной основе) становится одной из важнейших дипломатических задач РФ.

Создание режима наибольшего благоприятствования в получении российского гражданства всем пожелавшим этого соотечественникам, пока не имеющих паспортов РФ, может дать даже гораздо больший позитивный эффект для демографии России, чем реализация проекта единого экономического пространства с Беларусью и Казахстаном. Ведь общее количество соотечественников за рубежом РФ и этих стран составляет десятки миллионов человек, больше всего - на Украине. Уже сейчас ясно, что очень многие из соотечественников за границей желали бы получить российское гражданство, а многие, из получивших, постарались бы переселиться в Россию. Причём, как и в случае с гражданами Беларуси и Казахстана, это была бы практически полностью дружественная для россиян иммиграция.

В связи с вышеизложенным представляется достаточно существенным и адекватное определение понятия "соотечественники".

К категории соотечественников должны быть, очевидно, отнесены как собственно этнически русские, так и представители всех тех народов, для которых Россия - тоже Родина, т.е. для которых территория РФ является местом обитания их этнического ядра - при условии, разумеется, что эти народы не имеют своих национальных государств за пределами России.

Такое определение термина "соотечественники" вероятно логично в формате постоянной, долговременной классификации. Однако на современном этапе постсоветских миграционных процессов было бы, видимо, правильным, отвечающим интересам и страны-России, и людей претендующих на её гражданство, включение в состав соотечественников также лиц без гражданства из числа бывших граждан СССР даже, если они не относятся к категории соотечественников в вышеизложенном понимании. Ведь юридически именно РФ является правопреемником Советского Союза, да и в социокультурном плане люди с паспортами СССР достаточно близки россиянам, что подтверждается как отсутствием у них гражданства другого государства, так и стремлением получить гражданство России, где многие из них уже проживают.

Очевидно, что другим критерием отнесения того или иного человека к российским соотечественникам должно быть знание им, в достаточной степени, русского языка: во-первых, как государственного языка России, что требуется от всех граждан страны; во-вторых, как подтверждение связи кандидата на российское гражданство со своей исторической Родиной, в-третьих, во избежание обмана и возможных, излишне многочисленных претензий иностранцев на получение гражданства РФ.

При выполнении только этих, вышеобоснованных, критериев гражданин любой страны мира (либо лицо без гражданства) должен автоматически получать российский паспорт в течение предельно короткого времени, сугубо технически необходимого (максимум, одного месяца), с момента самостоятельного написания им заявления на получение гражданства России в любом, уполномоченном для этого государственном органе РФ.

Естественно, для соотечественников за рубежом получение российского паспорта не должно быть связано с уплатой сколь либо значимых денежных сумм.

Как представляется, отдача от таких мер в сфере миграции в демографическом плане может быть весьма весомой, ведь только количество лиц без гражданства из числа бывших граждан СССР, всё ещё, исчисляется миллионами, многие из них стремятся получить именно российское гражданство.

3) Утверждение в устройстве социума пенсионной системы коренным образом меняет взаимосвязи и взаимоотношения "отцов" и "детей" в семье. В обществах без пенсионной системы изначально дети, разумеется, находятся в зависимости (прежде всего, финансовой) от родителей,

но со временем ситуация естественным образом меняется на прямо противоположную: в зависимости от выросших и "ставших на ноги" ближайших потомков оказываются их состарившиеся предки. При такой модели жизни стремление людей обеспечить себе достойную старость неизбежно превращается в закономерность - обзавестись как можно большим количеством детей.

В социумах же с достаточно значимой пенсионной системой зависимость детей от отцов не превращается в обратную после потери последними трудоспособности - этому препятствует получаемая пожилыми родителями пенсия. В свою очередь уверенность в более или менее обеспеченной старости, благодаря системе социального, прежде всего, пенсионного обеспечения, лишает людей мощнейшего стимула обзаводиться детьми, особенно при индустриальной парадигме функционирования общества, когда дети (как показано ранее) не только не являются помощниками родителей, но, наоборот, представляются обузой и помехой в жизни и карьере. Как следствие, проявляется другая закономерность - падает рождаемость и уменьшается процент прироста населения (со временем превращаясь в его убыль, как ныне в РФ), если этому не противодействовать достаточно эффективно.

Нетрудно заметить, что преодоление столь негативной (для нашей страны) тенденции формально логически достигается отказом от пенсионной системы в частности и системы социального обеспечения в целом.

Однако, очевидно, что для современного российского общества неприемлем не только отказ от пенсионной системы, но даже снижение уровня пенсионного обеспечения. Наоборот, учитывая явно неадекватные социально-экономическим реалиям размеры большинства пенсий в РФ (всего лишь в среднем на уровне ? от средней зарплаты), следует вести речь об их увеличении.

Скорее следует говорить о переносе жизненных приоритетов с карьеры на семью и детей, что вполне может стать привлекательным для части (причём, весьма значительной) граждан России. Здесь свою роль может и должна сыграть соответствующая пиар-политика государства и общественных структур (особенно важна позиция образовательных и религиозных институтов, средств массовой информации). Важен также характер восприятия такой политики различными возрастными группами. Вероятно, семейные ценности в большей мере присущи пожилым людям, нежели современной молодёжи, что можно соответствующим образом использовать, например, в качестве фактора общественного мнения.

В целом же следует, очевидно, сделать вывод о целесообразности материально-финансового стимулирования рождаемости в нашей стране, не ущемляя при этом интересы пенсионеров, для чего в России необходимые финансово-экономические предпосылки имеются даже в избытке и можно вполне определённо рассчитывать на долговременное сохранение такой ситуации в перспективе.

Социальный статус семьи, степень привлекательности её создания и развития для каждого, вступающего во взрослую жизнь, поколения, естественно, весьма существенно влияет на эффективность её демографической функции. Между тем, в результате перехода от семьи традиционного типа к современной семье индустриального общества её социальный статус (как показано ранее) падает до такой степени, что сколь либо важным для жизнедеятельности страны институтом эта ячейка общества продолжает оставаться, пожалуй, лишь в силу собственно факта своего существования, всё в большей мере утрачивая функции социальной и биологической репродукции.

Согласно статистике, в настоящее время только 15% из 41 млн. российских семей имеют двух детей, третьего ребенка воспитывают менее 3% семей и почти у половины семей детей нет. По переписи 2002 г. в нашей стране численность лиц в возрасте 16 лет и более, никогда не состоявших в браке увеличилась до 25 млн. человек.

Поскольку престиж института семьи в обществе прямо влияет на темпы рождаемости и соответственно прироста (либо убыли) населения, то любые меры по укреплению этого престижа будут способствовать увеличению рождаемости в стране. Спектр таких усилий может быть самым разнообразным: от повсеместного преподавания в учебных (и не только) заведениях предмета типа "Семьеведение", до активной пропаганды семейных ценностей при помощи СМИ.

Однако следует заметить, что в обществе финансово-экономического детерминизма едва ли разумно делать основную ставку на духовно-эмоциональные средства. Как свидетельствует и российский, и международный опыт ключевыми в решении демографических проблем современного государства являются материальные и финансовые аргументы. Целевая (демографиче-

ской направленности) помощь семье в таком плане, несомненно, не просто позитивно влияет на престиж данного общественного института, но и эффективно способствует (как показано выше) решению демографической проблемы.

Важно подчеркнуть, что наряду с анализом новых, теперь уже законодательно принятых, инициатив по повышению престижа и дееспособности семьи, было бы полезно вернутся к рассмотрению вопросов, решения госорганов по которым несут негативный для демографии страны результат.

Так, совершенно не в духе новой демографической политики выглядит исключение из пенсионного периода времени связанного у женщины с беременностью, родами и последующим уходом за младенцем. Также как и возобновление призыва в армию отцов двух и более детей. Очевидно, что возврат к существовавшим ранее законодательным положениям в этих сферах способствовал бы заметному поднятию престижа семьи, и стремлению молодёжи к обзаведению детьми.

Правда, можно отметить, что призыв на военную службу многодетных (по нынешним меркам) отцов государство обещает смягчить выплатой за это компенсации его супруге (по 6 тысяч рублей в месяц). Тем не менее, даже оставляя в стороне моральную сторону вопроса, следует указать как на сомнительную достаточность такой суммы для содержания 3-х безработных членов семьи военнослужащего, так и на то обстоятельство, что в результате призыва в армию главы обременённого детьми семейства, оно, в соответствии с юридическими и финансовыми реалиями в РФ, фактически однозначно выпадает на период службы из любого режима ипотечного кредитования молодых семей, что, опять-таки находится совсем не в русле новой политики России в сфере демографии.

Причём, если не решить в исторически обозримый период времени демографическую проблему РФ должным образом, то основным вопросом для страны в плане обеспечения военной безопасности через пару десятилетий вполне может стать отсутствие в необходимом объёме призывного контингента как такового.

Весьма серьёзной представляется ситуация в РФ с детьми из интернатов и детских домов. Во-первых, поскольку количество их воспитанников, как известно, огромно и постоянно пополняется. Во-вторых, судьба выпускников этих заведений в последующем чаще всего, как показывает жизнь, печальна. И связано это, видимо, в решающей степени с отсутствием у них опыта нормальной социализации, такого, который подрастающее поколение получает в семьях.

Осознание данного обстоятельства побуждает наше общество перенести акцент в деле социализации детей-сирот на их воспитание не в детдомах, а в семьях, к сожалению, весьма часто - в зарубежных. Некоторое повышение благосостояния российских граждан в последние годы, наряду с привлечением к данной проблеме общественного внимания СМИ, позволило, правда, переломить здесь ситуацию в пользу отечественных семей, сохраняя, тем самым, их питомцев для родной страны.

Вместе с тем, было бы логично сделать в этой области следующий шаг и исправить несколько своеобразное противоречие между условиями усыновления детей и условиями опеки или патроната над ними. В настоящее время государство как бы торгует сиротами из детских домов. Если та или иная семья берёт опеку или патронат над юным созданием, то наше государство готово ежемесячно платить ей за это довольно приличное (4 000 рублей ежемесячно) по российским меркам пособие. Но если семья хочет усыновить сироту, то государство уже отказывает ей в пособии такого размера.

А ведь усыновление, не менее (скорее даже более) естественный акт милосердия, чем опекунство или патронат. Во всяком случае, оно воспринимается и детьми, и усыновителями психологически наиболее комфортно. Более того, совершенно очевидно, что число усыновителей, к которым ныне относятся только те, кто хочет усыновлять и уверен в своей финансовой способности "поставить ребёнка на ноги", намного возрастёт за счёт тех, кто усыновлять хочет, однако может на это пойти при условии достаточно значимой поддержки со стороны государства.

Как представляется, в современной ситуации повышение уровня финансовой поддержки семей-усыновителей со стороны государства до уровня поддержки приёмных семей стало бы не только актом справедливости, но и существенным фактором в разрешении демографических трудностей страны.

Естественно, весьма важны для улучшения демографической ситуации всевозможные и активные усилия по укреплению здоровья населения как медицинского, так и иного характера.

Опыт различных стран показывает, что такие усилия могут привести к увеличению рождаемости примерно на 10%. Особенно, если они непосредственно связаны с демографической сферой. С этой точки зрения не только недопустимо, например, сокращение отделений педиатрии, наоборот, необходимо увеличение внимания и ней, и к гинекологии, и к акушерству, и даже развитие нетрадиционных для нашей страны форм укрепления здоровья, например, западной андрологии или индийской аюрведа-терапии. Однако поскольку эта серьёзнейшая проблематика выходит за рамки данной статьи, то следует, видимо, лишь подчеркнуть важность профилактических мер и усиления внимания к социально-психологическому аспекту действий здесь государства и общества (помимо, разумеется, материально-финансового).

Как было показано в предшествующем разделе переход от традиционного общества к индустриальному вызывает фундаментальные изменения в системе образования социума как института социальной репродукции: из преимущественно внутрисемейного и бесплатного она превращается в самостоятельную общественную структуру и становится всё более тяжёлым финансовым бременем для родителей. Очевидно, такая перспектива не только не стимулирует их к рождению детей, а действует в прямо противоположном направлении.

Вероятно, все, кто стремятся к обзаведению потомством, желают ему счастливой жизни, что в современном обществе обычно связано с успешной профессиональной карьерой, а это - в свою очередь - обусловлено, как правило, получением адекватного образования. Неудивительно, что резкое падение жизненного уровня населения РФ в результате экономического обвала 1990-х годов сопровождалось и резким спадом рождаемости, и снижением образовательного уровня граждан страны.

В результате, доходы основной массы жителей РФ, хотя и стали расти с началом XXI века, пока не достигли такого уровня, когда среднестатистическая семья могла бы себе позволить дать образование (равнозначно - поставить на ноги) более, чем одному ребёнку. Возможно, именно это обстоятельство сыграло решающую роль в складывании нынешней (весьма тревожной) демографии государства в целом.

Очевидно, что в такой ситуации сегодняшняя среднестатистическая российская семья может решиться на обзаведение несколькими детьми только тогда, когда она уверена в соответствующей (финансово адекватной) поддержке государства не только в вопросах деторождения, но и образования своего многочисленного потомства.

Представляется, что вопрос образования детей для современной семьи даже более важен, чем решение для них жилищной проблемы: обзаведение недвижимостью часто можно отложить, как говорится, на потом, и, в значительной мере, переложить на плечи уже самих выросших наследников. Причём, способность последних решать свои жилищные задачи находится в непосредственной зависимости от качества получаемого ими профессионального образования.

В связи с этим право использовать материнский (семейный) капитал на цели образования детей представляется весьма выверенной мерой по стимулированию рождаемости, которую можно лишь приветствовать. При этом важно, чтобы она была должным образом воплощена в жизнь. Расширение потенциала семьи благодаря поддержке государства в области образования будет, несомненно, способствовать и повышению её социального статуса, что, в свою очередь, стимулирует рост рождаемости.

Таким образом, общий курс российского государства на компенсацию расходов семье, связанных с обзаведением и социальной репродукцией детей, особенно справедлив в сфере образования, которое, собственно, и является важнейшим инструментом социализации человека. Вопрос лишь в том, в какой степени государство в состоянии обеспечивать образовательные потребности российских семей и каким образом в этой сфере лучше использовать имеющиеся ресурсы - на прямую адресную помощь семьям, на повышение зарплаты преподавателям, на строительство и оснащение образовательных заведений.

Всё вышеперечисленное (и кое-что ещё), разумеется, необходимо делать, в т.ч. и развивая один из приоритетных национальных проектов "Образование". Применительно же к решению демографических задач наиболее существенным представляется адекватная компенсация со стороны государственных, а также бизнес структур расходов семьи на получение образования её воспитанниками. Очевидно, что степень адекватности таких компенсаций находится в прямой зависимости от финансовых возможностей страны и от политической воли государства и населения эти возможности использовать.

Между тем, некоторые вопросы в образовательной сфере, которые могут оказать серьёзное влияние на демографические процессы в России, можно вполне успешно решать и не затрачивая большие финансовые ресурсы.

Как известно, процент рождаемости в сельских семьях в России (как, впрочем, и везде в мире) выше, чем в городских, что, очевидно, объясняется более традиционным жизненным укладом на селе. Несмотря на это, в настоящую эпоху общенациональной депопуляции убыль сельского населения в РФ идёт даже более быстрыми темпами по сравнению с горожанами, в связи с тем, что контингент последних отчасти восполняется за счёт притока сельчан на заработки.

Согласно статистике ежегодно сотни российских деревень прекращают существование по демографическим причинам, и также в сотнях сельских населённых пунктов ежегодно закрываются школы - что автоматически служит прологом к их вымиранию. Ведь ни одна семья, имеющая детей (или собирающаяся завести ребёнка), очевидно, не останется жить там, где её потомки не могут получить образование.

К сожалению, в нашей стране де-факто сформировалась такая недобрая тенденция. Как известно, ещё в советское время, в эпоху застоя начала проводиться государственная политика ликвидации, так называемых, "неперспективных" (т.е. малых) деревень. И ликвидация таких деревень гарантированно обеспечивалась, даже вопреки желанию жителей, как только там закрывались школы. После этого из подобных населённых пунктов разъезжалось население репродуктивного возраста, и они превращались в общины пенсионеров, со временем, в силу естественных причин, прекращая своё существование.

В настоящее время (финансового изобилия государства!) экономические ведомства РФ почему-то возобновили данную практику под предлогом минимизации государственных расходов для борьбы с инфляцией. Теперь малокомплектные школы закрывают в обмен на предоставление сельской администрации автобуса, весьма нужного и для перевозки школьников, и для других транспортных потребностей жителей деревни. Неясно, сэкономит ли такой обмен хоть какие-то деньги государству (расчёты не публикуют), но в любом случае он стимулирует отъезд из лишившихся школ населённых пунктов семей с детьми - со всеми вышеописанными последствиями.

Насколько морален этот размен автобусов на школы (сёла!)? Разве финансовые возможности современной России не позволяют, одновременно, и содержать малокомплектные школы, и обеспечивать автобусами сельские администрации? Разве нет иных способов борьбы с инфляцией? Зачем же приносить в жертву идеологии (в данном случае либеральным подходам) насущные, жизненно важные интересы страны и общества? Даже если бы таких возможностей и способов действительно не существовало, есть вещи, на которых, что называется, не экономят. Совершенно очевидно, что демографическая политика в России относится к их числу.

Тесно связан с рассмотренной ситуацией (хотя возможно и менее значим) вопрос о разрешении призыва в армию сельских учителей, в соответствии с принятыми в прошлом году поправками в закон о воинской обязанности. Учителей мужчин и так не много в наших школах, в т.ч. и в сельских, что однозначно оценивается специалистами как сугубо негативное явление для данной сферы общественной деятельности. Принятая поправка, стимулируя вымывание учителей мужчин из сельских школ, работает, к сожалению, в том же направлении, что и прямое закрытие этих учебных заведений, т.е. вопреки принимаемым мерам по выправлению демографической ситуации в стране. А ведь в таком выправлении наши Вооружённые Силы заинтересованы самым непосредственным образом, о чём уже говорилось выше.

В связи с системой образования можно остановиться ещё на одном вопросе, имеющем значение для демографии. Как известно, в укреплении здоровья людей, в т.ч. и репродуктивного, важную роль играют занятия физической культурой. Разумеется, её следует активно развивать, в настоящее время особого внимания заслуживает спортивная инфраструктура, прежде всего в образовательных учреждениях, поскольку только через них реально осуществим всеобщий охват хотя бы молодого поколения такими занятиями.

Вместе с тем, в пробуждении и стимулировании интереса к физкультуре в школах и вузах серьёзную роль, с точки зрения социальной психологии, может сыграть переход от, ныне применяемой в нашей системе образования, балльной системы оценок к соревновательной (применительно только к данному предмету), когда не ставятся отметки, а определяются места, кото-

рые занимают учащиеся, студенты, слушатели в группе, в классе, школе, институте и т.д. Свойственное человеку стремление побеждать, быть первым (или хотя бы не хуже всех) может и в нашем государстве стать практически для всей молодёжи мощнейшим средством заботы и тренировки собственного здоровья.

Вообще, если иметь в виду реформу системы образования (о чём много говорится в последние годы), то, очевидно, просто необходимо в её рамках учесть и демографические потребности страны, выразив это, например, посредством распространения новых предметов, типа "Семьеведения" за счёт сокращения часов по некоторым другим, ориентированным исключительно на карьерный результат, курсам (сохранив, вероятно, такие часы в учебных заведениях соответствующей специализации).

Использование религиозной идеологии и народных традиций практически однозначно следует отнести к факторам, существенно помогающим в решении демографической проблемы РФ. Причём, к факторам, носящим не финансово-экономический, а духовно-нравственный характер.

Прежде всего, речь здесь идёт о весьма болезненной для нашего государства проблеме абортов, по числу которых РФ является мировым лидером - до сих пор счёт, к большому сожалению, идёт на миллионы потерянных жизней ежегодно! Правда, в последние годы, в т.ч. благодаря довольно широкому распространению современных средств контрацепции, уровень абортов весьма заметно снизился, тем не менее, он всё ещё многократно превосходит уровень стран, например, Западной Европы.

Вполне вероятно, что такое положение дел во многом объясняется явно заниженной, не соответствующей общественному статусу заработной платой медиков (во всяком случае, в государственных учреждениях здравоохранения) в постсоветской России. Именно данное обстоятельство побуждает, судя по всему, врачей-гинекологов в массовом порядке настоятельно рекомендовать пациенткам, используя свой авторитет врача в качестве средства убеждения, проведение платных абортов даже когда для этого нет медицинских оснований.

Конечно, на серьёзное сокращение таких рекомендаций и абортов можно повлиять посредством соответствующего повышения зарплаты медработников, а также принятием - в конце концов - законодательных ограничений на искусственное прерывание беременности как минимум на уровне обычно принятой международной практики. Однако, в условиях нынешней РФ подобные меры на высшем государственном уровне, несомненно, требуют значительных лоббистских усилий, при том, что светские организации гражданского общества, как правило, даже не проявляют существенного интереса к данной проблематике.

С другой стороны, фактически все конфессии, как уже отмечалось, однозначно осуждают аборты. В России, несмотря на слабую по сравнению с западными странами общую развитость гражданского общества, его религиозные составляющие вполне основательно организованы и в последние годы всё активнее проявляют себя как выразители и носители различных социальных инициатив. Весьма ярко об этом свидетельствуют, например, проведённые под эгидой Русской Православной Церкви, Всемирные Русские Народные Соборы 2006 г. и 2007 г., посвящённые таким важным для гражданского общества проблемам, как права человека и благосостояние народа.

В связи с вышеизложенным, и принимая во внимание растущую в настоящее время религиозность российского общества, можно ожидать, что именно под воздействием религиозных организаций, проблема абортов в РФ получит своё адекватное разрешение. Причём, не только (а, возможно, и не столько) вследствие принятия соответствующих решений законодательных и исполнительных властей, сколько в результате распространения среди населения, предлагаемых церковью поведенческих стандартов.

Возрождение и всё более широкое распространение, например, православных поведенческих стандартов (одновременно воспринимаемых населением как народные традиции) могло бы привести, например, к крупномасштабному внедрению и утверждению в жизни современного российского общества института крёстных родителей. Преимущественно символические в настоящее время в РФ "крёстный отец" и "крёстная мать" исторически играли весьма важную демографическую роль, по сути исключавшую существование сиротства, обеспечивавшую нормальную - т.е. в формате семьи - социализацию ребёнка, даже потерявшего обоих родителей.

Очевидно, что польза цивилизационных достижений основной религии российского общества (как впрочем, и других конфессий) для новой демографической политики нашего государ-

ства) далеко не исчерпывается приведённой традицией. Для полноценного ознакомления всех желающих с подобными культурными артефактами (а, возможно, учитывая демографическую ситуацию в стране, и для их активной пропаганды) следует устранять излишние препятствия для доступа людей к таким ценностям.

Религиозные организации РФ уже предложили государству свои услуги такого плана. В текущем учебном году руководство ряда регионов России, идя навстречу пожеланиям жителей данных областей, ввело преподавание основ православной культуры в своих средних школах, в предыдущие годы нечто подобное было сделано в школах Татарстана и Чечни в отношении ислама.

Среди российской общественности это вызвало не только одобрение, но и опасения - не следует отказываться от светского характера государственного образования, вместе с религией в учебные заведения может проникнуть нетерпимость, ксенофобия и даже экстремизм.

XI Всемирный Русский Народный Собор, состоявшийся в начале марта 2007 г. в Москве, одновременно от лица духовенства и мирян РПЦ, предложил более широко преподавать в государственных учебных заведениях основы православной культуры, вместе с тем, не навязывая данный предмет всем в обязательном порядке. Критикуя нынешнюю позицию государства за препятствия в реализации права на выбор мировоззрения, за идентификацию светского образования с атеистическим, Собор в своей резолюции "О преподавании Основ православной культуры в школе" высказался за передачу знаний по истории и культуре конкретных религий в рамках регионального компонента общего среднего образования в качестве предметов по выбору. С аналогичных позиций выступила и Общественная палата России. Правомерно было бы ожидать (с учётом всего вышесказанного о демографии в России), чтобы Минобрнауки РФ более активно переходило от режима "вооружённого нейтралитета" во взаимоотношениях с церковью к практике плодотворного (для сбережения и умножения народонаселения) сотрудничества.

Важным фактором, способствующим решению демографических проблем страны, представляется корректировка законодательства РФ в отношении благотворительной деятельности, приведение его в соответствие с международными стандартами, возможно, с некоторыми российскими особенностями. До 2007 г. законодательные акты благотворительность у нас не столько поощряли, сколько запрещали, что связано с опасениями госорганов (не безосновательными) в отношении отмывания денег и ухода от уплаты налогов через благотворительные организации.

С принятием в конце прошлого года закона "О порядке формирования и использования целевого капитала некоммерческих организаций" положение дел здесь начало меняться. Серьёзным подспорьем в стимулировании благотворительной деятельности могло бы стать и освобождение от налогообложения финансовых и иных средств, направляемых коммерческими организациями благотворительным и соответствующее сокращении налогооблагаемой базы жертвователей.

Такой режим наибольшего благоприятствования мог бы, как представляется, стать катализатором развития благотворительности в России, в т.ч. демографической направленности, позволил бы привлечь для этого гораздо большие средства частных лиц и организаций, активизировать и намного увеличить масштаб работы семейных, монастырских и иных приютов, детских садов, дать толчок развитию бесплатного частного школьного образования и т.п.

А действенным средством контроля за расходованием средств могло бы стать ежегодно обновляемое определение перечня некоммерческих организаций, строго соблюдающих российское законодательство в области благотворительности, что являлось бы основанием для освобождения направляемых им средств от налогообложения. Пожалуй, очевидно, религиозные организации оказались бы весьма вероятными кандидатами на включение в список наиболее добросовестных благотворителей.

IV. Демография - системность подхода

Как показывает международный опыт, при решении задачи увеличения темпов

прироста населения необходим всесторонний учёт факторов, влияющих на демографические процессы, системное применение выбранных мер, определение способности государства эти меры реализовать и их приемлемость для общества.

О демографической ситуации в России, о факторах, тем или иным образом влияющих на количество населения, о предпринятых и целесообразных социально-демографических действиях

государства, о возможностях страны по их реализации, об их приемлемости для российского социума уже шла речь в предыдущих разделах.

Представляется также полезным оценить, уже реализуемую в общенациональном масштабе, новую демографическую политику России с позиций соответствия и достаточности предложенных мер демографическим задачам страны.

Тем более, что демографическая политика РФ, как отметил В.В. Путин на заседании Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 7 марта 2007 г., как раз находится на стадии своей разработки (одновременно с реализацией - из-за необходимости немедленных действий), а значит есть ценная возможность её оптимального формулирования изначально, ведь, как известно, нет ничего практичнее хорошей теории.

Отмечая, безусловно, принципиальную новизну и чрезвычайную важность, осуществляемых демографических мер государства (что, собственно, и позволяет определить их именно как новую демографическую политику), вместе с тем, следует обратить внимание на довольно значительную фрагментарность первых шагов на данном поприще. Не хватает системности как в стыковке предлагаемых мер друг с другом, так и с рядом положений российского законодательства, касающихся демографии, которые порой прямо противоречат новому подходу в данной сфере.

А) Так, можно только приветствовать увеличение до более-менее приличного, по среднероссийским меркам, размера ежемесячного пособия по уходу за ребёнком (от полутора до 6 тысяч и более рублей в зависимости от социального статуса и места проживания матери) на протяжении полутора лет после родов. Однако по прошествии этого срока семьи снова оказываются в той же, совсем незавидной ситуации, что и до 2007 года.

Цены за услуги яслей и детсадов для многих представляются чрезмерными, при том, что устроить туда своё дитя не очень просто (общенациональная очередь составляет сотни тысяч человек), бабушки часто не жаждут посидеть с внуками (либо по состоянию здоровья, либо из-за воздействия пенсионного фактора), получить работу для молодой мамаши - проблема, особенно, если родам предшествовала учёба, безработица, либо труд в частной структуре. В итоге после прекращения выплаты пособия по уходу за ребёнком родителям нужно будет, как и до 2007 года, озаботиться изысканием средств на дальнейшее существование своего дитя.

Как представляется, устранить столь серьёзный недостаток - способный существенно снизить (или даже поставить под вопрос) стимулирующее воздействие реализуемых демографических мер - целесообразно, пожалуй, двояким способом. С одной стороны, следует продлить матерям оплачиваемый отпуск по уходу за ребёнком до достижения им возраста 3 лет, что потребует, по оценкам разработчиков национальной программы демографического развития России, ежегодных затрат порядка 30 млрд. рублей при современном уровне рождаемости - сумма, очевидно, вполне посильная для нашей страны со всех позиций, а значит может быть предусмотрена в соответствующих расходах, начиная уже со следующего года.

Подобное продление весьма важно и с социально-психологической точки зрения: рождение второго ребёнка обычно приходится именно на первые три года после появления в семье первенца, а для многих матерей и, как говориться, по жизни удобно, и психологически комфортно, когда вторые роды происходят в период отпуска по уходу за первым младенцем.

Вместе с тем, после достижения ребёнком возраста 3-х лет и прекращения выплаты пособия по уходу за ним родителям нужно будет снова думать о средствах компенсации выпадающих из семейного бюджета доходов по данному пособию. Было бы логично разрешить расходовать материнский (семейный) капитал на оплату содержания ребёнка в дошкольном образовательном учреждении (детсаде), ограничив, конечно, размер регулярно используемой в этих целях суммы сложившимся уровнем цен.

Прежде всего, эта мера государства мотивировала бы семьи на обзаведение ещё одним ребёнком, поскольку только в этом случае у неё по закону возникает право на материнский (семейный) капитал. Причём, для установления именно такого варианта его использования, судя по тексту Федерального закона 256 от 29 декабря 2006 г. "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей" (Ст.11, п.п. 2-4), не требуется проведения каких-либо законодательных поправок, а достаточно соответствующего распоряжения правительства России.

Кроме того, гарантированно оплачиваемый "госзаказ" на услуги детских садов будет стимулировать массовое строительство или создание дошкольных учреждений, в том числе частных детсадов. Оплата расходов на детсад со стороны государства на уровне 100 % среднерегиональной цены позволит формировать соревновательную среду по предоставлению услуг образовательных дошкольных заведений, особенно, если распространить эту оплату и на негосударственные, в т.ч. и семейные детские сады. Создание здесь конкуренции позволит государству переложить в большой степени заботу о помещениях для детсадов на частный сектор и станет способствовать повышению качества их услуг.

Представляется, такой подход к данному вопросу позволит резко ускорить и довольно быстро решить задачу обеспечения дошкольными учреждениями всего контингента российских детей - даже с учётом их существенного умножения в перспективе. Кроме того, оказалась бы закрыта прореха юридического плана: ведь по нынешней Конституции РФ (Ст.43, п.2) государство гарантирует своим гражданам получение полностью бесплатного дошкольного образования в государственных и муниципальных детсадах.

Разумеется, возмещение родителям затрат на дошкольные заведения для их потомства возможно и не из средств материнского капитала, а просто посредством адекватного увеличения нынешних компенсаций родительской оплаты государством за содержание их детей в детских садах. Установление права использовать именно материнский капитал для расчетов за услуги детсадов целесообразно лишь в случае отказа со стороны Минфина РФ пойти на соответствующий рост вышеуказанных компенсаций, начиная с бюджета следующего года.

Естественно, более справедливым представляется именно вариант таких компенсаций. Ведь в этом случае охват детей, чьё пребывание в детском саду практически целиком оплачивается государством, мог бы распространиться на всё подрастающее поколение соответствующего возраста (а не только на тех, кто может использовать сертификат на семейный капитал), да и размер материнского капитала, направляемого на иные цели, оказался бы больше.

В результате тех или иных вышеназванных мер закрывалось бы самое большое "окно уязвимости" в принятых в 2006 г. решениях государства по поддержке семей с детьми - в период жизни ребёнка с полутора лет до школьного возраста.

Б) Бросается в глаза противоречие реализуемых мер новой демографической политики государства целому ряду законодательных положений в других сферах - 1) исключение из пенсионного периода времени связанного у женщины с беременностью, родами и последующим уходом за младенцем, 2) возобновление призыва в армию отцов двух и более детей и 3) сельских учителей призывного возраста, 4) возврат к политике закрытия малокомплектных сельских школ. Разумеется, подобные несуразности - весьма негативно, особенно суммарно, сказывающиеся на демографическом состоянии страны (о чём подробнее говорилось выше) должны подлежать скорейшему исправлению.

Формат, существующей в РФ системы налогообложения, также пока не приведён в соответствие с новым подходом государства в демографической политике, несмотря на то, что финансовое положение страны, как известно, вполне позволяет воспользоваться инструментом налоговых вычетов из НДФЛ (налог на доходы физических лиц) для семей с детьми с целью стимулирования рождаемости.

Обращает на себя внимание разнобой в базовых суммах ежемесячных пособий, выделяемых в расчёте на одного ребёнка в разных случаях - от полутора тысяч рублей на первого новорождённого в семье, от трёх тысяч на второго, по 4 тысячи за каждого ребёнка приёмной семье, в среднем 19 тысяч рублей на содержание ребёнка в детдоме и пр. Целесообразно ли подобное разделение (или дискриминация)? Продуманность осуществляемых затрат вызывает серьёзные сомнения, особенно, учитывая весьма различную личностную и социальную отдачу, например, от усыновления по сравнению с "выращиванием" детей в детдомах. Видимо, нужна серьёзная научная проработка обозначенной тематики с целью внесения адекватных корректив в государственную политику по данному направлению.

В) В процессе реализации, такой существенной для улучшения демографической ситуации в РФ, меры как обеспечение семей, особенно молодых, жильём явным диссонансом выглядит нежелание федерального правительства активно участвовать (посредством прямых государственных и совместных инвестиций) в крупномасштабном возведении жилья или, хотя бы, в производстве стройматериалов.

На фоне беспрецедентно высокого роста цен на квадратные метры, вызванного во многом мощным давлением избыточной массы нефтедолларов (в результате весьма высоких и растущих цен на энергоносители), отказ государства принимать участие в увеличении производства и предложении на рынок данных товаров (что, очевидно, самым позитивным для потребителей - особенно, имеющих детей - образом сказалось бы на ценах), вызывает - по меньшей мере - недоумение. Своеобразно выглядит и обоснование такой позиции правительства идеологическими (!) принципами - в данном случае либеральными (мол, чем меньше участие государства в экономике, тем всегда лучше). Но ведь давно известно: не важно - какого цвета кошка, главное чтобы она ловила мышей.

Отказ государства инвестировать в производство строительных материалов будет стимулировать - неизбежно - рост цен на них и, соответственно, оправдывать увеличение стоимости жилья. Ведь в ситуации высокомонополизированного рынка стройматериалов, у компаний-производителей нет побудительных причин к наращиванию производства темпами, опережающими рост объёмов жилищного строительства - которому всё в большей степени будет конкурентом в потреблении стройматериалов (в связи с активизировавшимся промышленным инвестированием в основные средства) производственная сфера.

С точки зрения политической стабильности следует не упускать из вида, что предпринимаемые в области демографии акции не должны вызвать разочарования россиян ограниченностью охвата репродуктивной части населения или недостаточностью выделяемых на это средств по сравнению с ресурсами страны. В настоящее время граждане России, планирующие (или уже осуществляющие) прибавление семейства в качестве гарантий государственной поддержки полагаются преимущественно на авторитет действующего президента, но в принципе их уверенность в помощи государства должна основываться на законодательно принятых решениях.

Всё, изложенное выше в данном материале, указывает на то, что первые позитивные шаги, предпринятые в 2006 г. в демографической сфере целесообразно продолжить в виде серии мер различного характера, которые следует превратить в новую демографическую политику России.

Сводя воедино иные, уже рассматривавшиеся шаги социального плана, которые могут быть реализованы в рамках новой демографической политики России, целесообразно, пожалуй, разделить их на меры, не требующие больших финансовых вложений, содержанием которых является, главным образом, техническая, организационная работа, а потому потенциально сравнительно быстро реализуемые, и на меры, требующие серьёзных и постоянных финансовых затрат, реализация которых находится в непосредственной зависимости от экономического развития и финансового состояния страны, а потому их можно определить как долгосрочные.

Быстро реализуемые меры для новой демографической политики (НДП) России:

- принятие, законодательных ограничений на осуществление абортов на уровне обычно принятой международной практики (легитимность только абортов по медицинским показателям), включая полный запрет на взимание платы за искусственное прерывание беременности, с установлением за это (как и за рекомендацию на аборт без наличия медицинских показаний) административной и уголовной ответственности, естественно, одномоментно с существенным повышением зарплаты гинеколого-акушерскому составу медработников - по типу прибавки зарплаты участковым врачам;

- принятие мер по широкому распространению культурно-религиозных поведенческих стандартов (институт крёстных родителей и др.), ориентированных на активный демографический рост:

а) в рамках реформы системы образования Минобрнауки РФ приступить к совместной с религиозными конфессиями разработке учебных программ и подготовке преподавательских кадров по дисциплинам формата "Семьеведение", "Основы православной культуры" для их изучения в государственных образовательных учреждениях в качестве предметов по выбору;

б) учреждение и формирование Общественно-государственных советов по управлению ведущими федеральными (и региональными) телевизионными каналами и радиостанциями, включая представителей правительства РФ, парламента, Общественной палаты, религиозных конфессий, профсоюзов, творческих, предпринимательских и иных общественных структур;

- установление налоговых освобождений на средства коммерческих организаций, направляемые на благотворительную деятельность, для увеличения финансирования семейных, монастыр-

ских и иных приютов, детских садов, частного дошкольного и школьного образования, медико-оздоровительных и физкультурно-спортивных учреждений и т.п.;

- принятие законодательного решения о предоставлении российского гражданства соотечественникам с паспортами других государств (в т.ч. и бывшего СССР) не в разрешительном, как ныне, а в заявительном порядке - для стимулирования дружественной иммиграции.

Возможно, важнейшей мерой в области демографии представляется создание механизма перманентной проработки и реализации новой демографической политики России и формирование структур для координации усилий различных органов на федеральном и региональном уровне в данной сфере - это, наряду с уже функционирующим Советом по приоритетным национальным проектам и демографической политике при Президенте, могут быть и комитеты по демографической политике в обеих палатах российского парламента и в региональных представительных органах, а также в Общественных палатах федерального, окружного, регионального и местного уровней, и соответствующие межведомственные комиссии в правительстве РФ и на местах.

Долгосрочные меры для новой демографической политики России.

Для того, чтобы прекратить убыль населения в РФ необходимо примерно в полтора раза поднять рождаемость в нашей стране, а для увеличения, явно недостаточной для занимаемой территории, численности граждан России необходимы ещё более высокие темпы прироста населения.

Решение первой задачи, видимо, позволит РФ выйти в основном на уровень стран Западной Европы в плане демографического развития. Страны ЕС для поддержания прироста населения на уровне 1-2 % ежегодно направляют на программы, стимулирующие рождаемость (среди автохтонных, главным образом, жителей), порядка 2-3 % своего ВВП. Для РФ образца 2006 г. 2-3% ВВП соответствуют примерно 550-800 млрд. рублей.

Поскольку проблем с увеличением рождаемости социально-психологического характера в России (в отличие, например, от ряда стран Запада) не существует - абсолютное большинство россиян хотело бы иметь двух или более детей (очевидно, это связано с меньшей степенью индустриализации РФ по сравнению с ЕС) - то можно рассчитывать даже на более значительные темпы прироста населения в нашей стране при выходе России на европейский уровень финансирования демографических программ.

Учитывая крупномасштабность задач по увеличению численности населения РФ, можно вполне определённо говорить о том, что даже для достижении, так сказать, евроуровня в финансировании и разрешении демографического вопроса (насущные потребности страны-России в населении и, соответственно, в средствах реализации демографических проектов гораздо больше) потребуется достаточно длительный период времени.

Причём, не из-за отсутствия денежных ресурсов в достаточном объёме (при размере золотовалютных резервов и Стабфонда суммарно порядка полутриллиона долларов Россия уже в состоянии тратить дополнительно не менее 20 млрд. д. ежегодно на протяжении более, чем 20 лет), а, главным образом, из-за отсутствия достаточного количества основательно подготовленных демографических проектов, а также структур и механизмов по их реализации на практике. В связи с этим, логично обозначить, представляющиеся важными, направления разработки таких проектов.

Прежде всего, целесообразно вести речь о регулярном увеличении в реальном (т.е., превышающем уровень инфляции) исчислении размеров всех видов уже существующих демографических пособий или иных видов господдержки, расширении перечня лиц, на которые они распространяются, и/или продлении периода их применения.

Представляется целесообразным в первую очередь вести речь о пролонгации выплаты пособий по уходу за ребёнком и после достижения им возраста 3 лет - вероятно, со сменой названия на пособие по воспитанию или социальной репродукции. Существующий уровень финансово-экономического развития РФ едва ли позволяет продлить этот период за пределы дошкольного возраста (т.е., примерно, 6 лет) даже в нынешних суммах. Однако, по сути дела (как это показано во втором и третьем разделах данных материалов), выплату такого пособия в перспективе - по мере роста экономики России - следует распространить вплоть до 16-18-летнего возраста, т.е., в принципе, до того момента, когда юный гражданин РФ получит право самостоятельно зарабатывать себе на жизнь и приобретёт некоторые, необходимые для этого навыки, через систему образования.

Продление выплаты данных пособий по времени представляется, пожалуй, даже более значимым, чем увеличение размеров выплачиваемых сумм (кроме ежегодной инфляционной индексации) - с точки зрения демографической эффективности (а также социальной справедливости).

В отношении материнского (семейного) капитала в долгосрочном перспективе допустимо как увеличение его размеров (видимо, в формате региональных добавлений - чтобы не возникало спорных вопросов), так и распространение права на семейный капитал на более широкий контингент граждан России. Здесь можно вести речь и о переходе от выплаты материнского капитала лишь на одного - не первого - ребёнка (по действующему закону) к его выплате на каждого ребёнка в семье, начиная со второго, и даже о распространении этого права на несовершеннолетних, родившихся до 2007 г. Скорее всего, подобные меры могут стать реальностью лишь в отношении жителей тех регионов, где острая нехватка населения дополняется слабым развитием социальной инфраструктуры.

Рассматривая возможные новые перспективные шаги по улучшению демографической ситуации в России, можно выделить следующие.

Поскольку заработная плата женщины-матери является одним из основных (а нередко и единственным) источников средств на содержание ребёнка, то представляется весьма желательным в как можно большей степени гарантировать возможность его использования. Имеется в виду не только приближение размеров пособий на детей к размерам зарплаты матери (как известно - не более 40% ныне), но и обеспечение самой возможности эту заработную плату получать.

В современной экономике РФ десятки процентов трудоспособных женщин репродуктивного возраста заняты в частных организациях и фирмах на условиях недопущения беременности (не говоря уж о рождении ребёнка). Чтобы преодолеть тотальную дискриминацию (де-факто - не только в частных структурах) женщин, связанную с их намерением обзавестись ребёнком, государство могло бы компенсировать все платежи работодателей, связанные с беременностью их сотрудниц и отпусками по уходу за ребёнком.

Возможно, наиболее подходящим средством демографического стимулирования работодателей (особенно частных) представляется соответствующее сокращение их налогооблагаемой базы в зависимости от количества беременных сотрудниц и сотрудниц-матерей. Разумеется, нормативы таких сокращений должны быть достаточными для того, чтобы побуждать работодателей к реализации своей части демографической программы страны. Можно эту систему развивать - посредством дополнительного увеличения размеров сокращений - в зависимости от количества детей в семьях сотрудников и общего количества детей у работающих в той или иной организации.

В такой северной стране с преимущественно суровыми условиями обитания, как Россия, вопросы обеспечения населения (причём, в перспективе - растущего) жильём, очевидно, имеют существенное значение для развития демографических процессов.

На современном этапе (при большом неудовлетворённом спросе на недвижимость) прямое крупномасштабное включение госпредприятий в производство стройматериалов и собственно в возведение жилых строений представляется, как уже отмечалось выше, тем фактором, который позволит быстро и в необходимом объёме увеличить предложение жилья, что, в свою очередь, остановив рост цен и установив стабильность на рынке недвижимости, равновесие спроса и предложения, создаст предпосылки для успешного решения жилищного вопроса в стране.

Тем не менее, и после этого, т.е. как перманентно действующий объективный фактор, будет проявляться отставание молодёжи (в смысле категории граждан репродуктивного возраста) от более старших социальных страт допенсионного возраста по уровню дохода (в среднем), а, соответственно, и по способности приобретать жильё - которое именно молодёжи особенно необходимо с демографической точки зрения. В связи с чем, логично осуществлять специальные и весомые шаги государственной поддержки по обеспечению семей, обзаводящихся детьми, адекватной жилплощадью - по мере возрастания финансовых возможностей страны.

Собственно говоря, на уровне субъектов федерации такая жилищная политика уже реализуется регионами, имеющими для этого собственные ресурсы. В дальнейшем можно ожидать расширения и увеличения объёмов данной практики в самых разнообразных формах. Федеральный центр, видимо, будет акцентировать свою помощь подобного рода там, где

это целесообразно с точки зрения общегосударственных интересов, наиболее вероятно - в восточной части России.

Вообще, региональный, так сказать, аспект неизбежно имеет важное значение для столь большой страны, каковой является Россия. Очевидно, что серьёзные меры для решения демографических вопросов будут предприниматься и финансироваться не только федеральным центром, но и регионами, как потому, что власти на местах, естественно, лучше ориентируются в ситуации, так и потому, что положение дел в регионах имеет свои весьма существенные особенности демографического характера: всё же в РФ есть субъекты федерации и с трудоизбыточным населением, и регионы, испытывающие дефицит рабочей силы, и приграничные области, уже подвергающиеся сильному демографическому давлению из-за рубежа. Поэтому территориальная дифференциация в реализации новых подходов с целью охвата соответствующими мерами, прежде всего, субъектов Российской Федерации с наиболее неблагоприятной демографической обстановкой вполне адекватна ситуации.

Меры медико-оздоровительного и физкультурно-спортивного характера (как, впрочем, и ряд других) почти не затрагивались в подготовленном материале, поскольку выходят за пределы заявленной темы. Вместе с тем, очевидно их серьёзное влияние на демографические процессы. Как уже отмечалось, за счёт усилий в области здравоохранения возможно добиться роста рождаемости примерно на 10%. В связи с этим, должное внимание и, соответственно, финансирование со стороны государства по этим вопросам будет востребовано в рамках новой демографической политики России на постоянной, долговременной основе.

Легко заметить, что почти все рассматривавшиеся (особенно - долгосрочные) меры по выправлению демографической ситуации в РФ носят отчётливо выраженный социально ориентированный характер, что, в общем-то, и естественно. Ведь не только мировые цены на основные товары российского экспорта и сейчас, и в перспективе способствуют этому, но и в действующей Конституции Россия определена как социальное государство.

Материально-финансовые предпосылки для того, чтобы в достаточно значимой степени воплотить такую характеристику в жизнь у РФ налицо. Проявление же соответствующей политической воли во многом зависит от российского общества, его структур и активности их деятельности.

Чернобровкина Т.В.,
доктор медицинских наук, профессор

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ СПАДА РОЖДАЕМОСТИ

Прежде всего хотелось бы отметить, что поставленный вопрос имеет несколько измерений: правовое, этическое, медико-биологическое и демографическое, экономическое и социально-политическое. Все аспекты имеют неоспоримо важное значение и должны быть учтены для конструктивного обсуждения и принятия решений.

Тема и ее обсуждение носят мультидисциплинарный характер ввиду:

1) множественности причин и механизмов спада рождаемости, во-первых;

2) множественности следствий спада рождаемости, которые, в свою очередь, запускают вторичный механизм спада рождаемости (и замыкают цикл).

Известно, что демографическая динамика носит волнообразный характер и прямо или косвенно связана в разные исторические периоды с множеством определяющих факторов, часть из которых носит временами доминирующий характер, то есть является "управляющими параметрами" ситуации. Решить (разрулить) ситуацию демографического криза можно только зная управляющие параметры конкретного момента. Для этого нужен грамотный подход к методологии изучения и управления ситуацией - и по профессиональному критерию и по использованию математического аппарата для вероятностных расчетов.

Что мы имеем на сегодняшний день с комплексной точки зрения?

Во-первых, надо отметить, что рождение детей - неотъемлемый процесс эволюции живого, естественный биологический инстинкт выживания и сохранения рода и популяции в целом. Значит речь идет о нарушении воспроизводства - биологического закона выживания. Это вносит серьезные изменения во всю глобальную экосистему биогеоценоза - баланса генетического, прежде всего, и рождает новый каскад проблем - этнографических, транскультуральных, политико-экономических. Отсюда следует, что ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ - не частные проблемы одной страны или одного более мелкого региона, а серьезные комплексные проблемы мирового и даже космического масштаба.

Каковы причины сниженного деторождения?

1) нарушение здоровья (психического, физического), в том числе: здоровья мужчин, женщин, обоих партнеров;

2)изменение целеполагающего поведения, в том числе желания иметь детей;

3)изменение сексуального поведения;

4)трудности создания семьи (экономические, психологические, другие);

5)гендерный дисбаланс (неадекватное соотношение численности мужчин и женщин в населении в России в целом и по отдельным регионам - промышленным, сельским, в урбанизированных центрах, мегаполисах).

Теперь логически стоит разобрать механизмы вышеперечисленных причин.

1) В ряду множественных причин Нарушения (изменения) психического (физического) здоровья одного или обоих потенциальных родителей следующие:

- нарушение гармонического развития личности, эмоциональная незрелость в отношении самостоятельной ответственной жизни по сравнению с опережающей гормональной акселерацией;
- нарушение функционального состояния органов репродуктивной сферы (хронические недолеченные или нелеченные (скрываемые или скрыто протекающие) инфекционныве заболевания мочеполовых органов;
- бесплодие как осложнение перенесенных ранее заболеваний мочеполовой сферы;
- аборты (осложнения как после медицинских, так и немедицинских операций);
- посттравматическое состояние (вследствие пережитых потрясений и травм вследствие военных событий, бытовых травм психического и физического характера, включая семейные драмы и домашнее насилие, детство в семье алкоголиков);

- психогенные состояния (вследствие тяжелого детства, тяжелых эмоциональных потрясений, тяжелых перенесенных заболеваний и операций). Доказано нарушение процессов сперматогенеза, оплодотворения, нормального вынашивания беременности при психогениях, после перенесенного посттравматического расстройства.

2) Сознательное изменение (нарушение) целеполагающего поведения - то есть нежелание иметь детей вероятно, может происходить по причинам:

- экономической нестабильности в стране и в семьях;
- неуверенности в будущем из-за болезни супруга (соматической, психической, комплексной);
- неуверенности в завтрашнем дней из-за нестабильности трудозанятости, боязни потерять работу при отсутствии социальных гарантий помощи;
- вследствие перегруженности, сверхнормальной занятости вне дома и семьи из-за вынужденной сверхурочной работы или работы в нескольких местах с неадекватной зарплатой , работы, связанной с переменой места жительства и частыми командировками;
- из-за эгоистических установок (м.б. связано с личностной незрелостью, инфантильностью);
- из-за часто встречающегося в современных семьях отсутствия общих интересов между супругами, уверенности во взаимной поддержке, ответственности друг перед другом.

3) Изменение сексуального поведения возможно:

- при психических и пограничных нервнопсихических расстройствах, связанных с причинами, перечисленными в пункте 1;
- под воздействием "модных" течений (гомофилии, группового секса, др);
- вследствие применения каких-либо лекарственных средств, адаптогенов, стимуляторов, широко рекламируемых и используемых в порядке самолечения под воздействием рекламы.

4) Трудности создания и поддержания семейных отношений могут иметь причины как субъективные (личностные особенности) так и объективные (перечислены в пункте 2).

РЕЗЮМЕ (особенно принимая во внимание мои впечатления от работы в Ростове-на-Дону крупной научно-практической конференции психиатров и наркологов Южного Федерального округа (с международным участием).

В целом в современном обществе отмечается снижение духовно-нравственного потенциала, снижение адаптационного потенциала (как индивидуального, так и популяционного).

По признанию ведущих психиатров страны в обществе в настоящее время значительно увеличилось число людей с психическими расстройствами (главным образом, за счет пограничных психических расстройств и коморбидно протекающих психосоматических заболеваний, которые специалистами расцениваются как значительный фактор риска в снижении качества жизни.

Кроме того, значительно выросло число детей с врожденными нервно-психическими расстройствами (синдром дефицита внимания и гиперпактивности), которые при невылечивании до 12 -летнего возраста дают огромный пласт других наслаивающихся патологий, включая девиантное поведение со склонностью к аутоагрессии, злобным аффектам (специалисты отмечают, что участившиеся случаи "дедовщины", самоповреждений в армии - именно за счет таких членов общества, нераспознанных и нелеченных в детстве), депрессиям, аддикциям, включая алкоголизм, наркомании, токсикомании. Все такие невылеченные дети отличаются трудностями адаптации в обществе (а соответственно и высоким риском дезадаптации в семьях родительских и собственных). Кроме того, эти заболевания носят наследственный характер (среди причин - на одном из ведущих мест пьянство родителей), следовательно они "прирастают" с каждым новым поколением. Общество инвалидизируется смолоду, затем отравляется алкоголем, и плодит себе подобных потенциальных инвалидов со сниженной способностью воспроизводства полноценного поколения.

Шабалин В.Н.
директор Российского научно-исследовательского института геронтологии Росздрава, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор

ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА МЕТОДОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ

Уважаемый Владимир Борисович, уважаемые коллеги!

Сегодня мы обсуждаем одну из самых актуальных проблем развития нашей страны. Что может быть важнее, чем сохранение народа - основной производительной силы общества. Я поддерживаю идеи, высказанные Владимиром Борисовичем в его выступлении, и, в частности, по вопросу продления возрастных сроков трудовой деятельности.

Рассмотрим некоторые примеры. Сегодня гражданин старше 60 лет почему-то не может находиться на государственной службе, хотя средний возраст у нас по стране 65 лет. Полковник в самом расцвете сил в 45 лет увольняется в запас, а женщины в 55 лет уходят на пенсию. Они, обладая богатым, творческим и производственным опытом, могли бы еще плодотворно трудиться. В академии наук сейчас обсуждается вопрос о том, что после 70 лет ученый может и должен продолжать руководить лабораторией, так как в этом возрасте он только приобрёл ту базу и опыт, который позволяет ему комплексно и всесторонне анализировать проблемы в науке и пути их решения, а следовательно видеть адекватные пути их решения. Поэтому этот вопрос мы должны поднимать и обсуждать в обществе, дабы пресечь такое явление как возрастная дискриминация. Обращаюсь к Правительству города Москвы с предложением ввести для обозначения этого понятие термин "возрастная дискриминация".

Далее автор освятил технологию диагностики физиологических и патологических состояний человека методом морфологического анализа биологических жидкостей. Презентацию по данной проблеме "Функциональная морфология биологических жидкостей" в объеме 93 страницы можно посмотреть на сайте префектуры ЮВАО г. Москвы в разделе "Демографическая безопасность" в подразделе "Всероссийская научно-практическая конференция "Демографическая безопасность России: программа неотложных действий".

Югай М.И.,
центр прикладных медицинских исследований

ЗАДАЧИ ОРГАНОВ ВЛАСТИ В СОКРАЩЕНИИ СМЕРТНОСТИ И В УКРЕПЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

О научном открытии "Закономерности патологий организма"
О МЕТОДЕ :"Комплексная, кумулятивная система омоложения и восстановления функций организма"
О способе восстановления общего здоровья приборами серии "Световид"
Об изобретениях.
Программа действий.

До настоящего времени, в медицинской науке, представлений о наличии Закономерностей патологий внутренних органов и систем и преждевременного старения организма не существовало. Более того, одним из центральных вопросов геронтологической науки, являлся поиск первичного пускового момента начала нарушения внутренних связей и старения клеток. Закономерностями жизни живого организма на Земле предполагается, что продолжительность жизни живого организма равняется 7-10 кратному сроку с момента рождения и до прекращения развития. Такой срок у человека равняется 25 годам. Значит человек, теоретически может жить 170-250 лет.

Марк Югай впервые установил наличие Закономерностей возникновения патологий внутренних органов и систем и преждевременного старения организма. Они изложены в монографии "Внимание, копчик. Закономерности патологий организма. Научная гипотеза о механизмах развития и образования опухоли".

Эти закономерности заключаются в следующем. Организм человека, как совершенная, самообновляющаяся биологическая система, постоянно самообновляется, и примерно через 7 лет практически должен иметь совершенно новую структуру. Таким образом, постоянно обновляясь, каждые 7 лет, человек мог бы жить достаточно долго - 170-250 лет. На самом деле, средняя продолжительность жизни в развитых странах равна 80-85 лет, в России - 69-70 лет. Почему это происходит? Ведь, при тех же условиях жизни на Земле, в развитых странах произошел скачек продолжительности жизни. Это увеличение среднего срока жизни объясняется в основном улучшением комфортности жизни. В то же время, надо отметить, что в этих странах, ничего нового и существенного, в области решения проблем внутриорганизменных проблем, не открыто.

Таким образом, при теоретически средней продолжительности жизни 170-250 лет, любая патология функций внутренних органов и систем организма человека и преждевременное старение, являются закономерным следствием какой-либо причины (фактора).

Фактически открыты Закономерности, устанавливающие первопричину и пусковой момент всех патологий организма.

Они заключаются в следующем:

1. "Закономерности образования и развития патологий внутренних органов и систем в зависимости от деформации нормы геометрических форм физиологических изгибов позвоночника - кифозов и лордозов";
2. "Закономерности образования и развития деформаций нормы геометрических форм физиологических изгибов позвоночника - лордозов и кифозов, в зависимости от деформации крестца и копчика".

Первичной причиной и пусковым моментом начала образования и развития патологий внутренних органов и систем и преждевременного старения организма, является деформация нормы всех физиологических изгибов позвоночника - кифозов и лордозов, основной причиной которого, является в первую очередь деформация крестца и копчика. Другими, дополняющими причинами деформации нормы кифозов и лордозов, являются однотипные движения и травмы,

разрушающие норму геометрических форм кифозов и лордозов.

Деформации крестца и копчика, изменяют расстояние между точками прикрепления волокон больших ягодичных мышц в дорсальной области и бедренными костями. Это, вызывает изометрические и изотонические сокращения волокон больших ягодичных мышц являющиеся причиной изменения строго вертикального положения таза вместе с 1-м крестцовым позвонком. Изменение нормы горизонтального положения 1-го крестцового позвонка (основания позвоночника), вызывает, посредством мышечных спазмов, компенсационные изменения положений всех без исключения позвонков в ряду, составляющем в совокупности кифозы и лордозы. Компенсационные изменения положений позвонков сопровождаются неравномерным перераспределением нагрузок на межпозвоночные диски, вызывающих их аномальное развитие или разрушение. Это уменьшает их высоту, соответственно сечение межпозвоночного отверстия. Уменьшение сечения межпозвоночного отверстия вызывает деформацию нервной ткани, что является причиной нарушения внутренних связей организма, преждевременного старения клеток и развития всех патологий функционального характера.

Названные выше закономерности являются основополагающими и образуют другие закономерности. Например, они закономерно вызывают патологии лимфатической и вегето-сосудистой систем и многие другие.

С открытием Закономерностей патологий внутренних органов и систем, представилась возможность устанавливать причины любых патологий функций внутренних органов и систем и преждевременного старения организма, как закономерного следствия. В том числе болезни репродуктивной системы человека в первую очередь, так как с деформацией крестца и копчика, прежде всего, деформируется пояснично-крестцовая область- область, где иннервируются органы репродуктивной системы. Отсюда снижение либидо (полового влечения), патологии функций половых органов с органическими изменениями (миомы, аденомы простаты, рак, и т.д.), преждевременное угасание репродуктивной сферы человека. В конечном счете и ускоренное старение человека и сокращение длительности жизни.

Эти причины (факторы), последовательно влияющие и усиливающие друг друга, подразделяются на группы:

1. Внутриорганизменные - нарушения структуры позвоночника и связанные с этим комплекс нарушений функций внутренних органов и систем.

2. Социально-психологические - прямо или косвенно влияющие, прежде всего на состояние структуры позвоночника и ведущие к его разрушению.

3. Природно-климатические - в основном связанные с переохлаждениями участков тела.

Все эти патогенные факторы и можно причислить к составляющим комфортность жизни.

Не случайно, в развитых странах, уже давно, причем это доступно всем, пользуются ортопедическими кроватями и матрасами, эргономичными офисными стульями, в автомобилях где человек проводит полжизни, регулируемые сидения.

У нас все это либо очень дорого и не доступно, либо дешевая и грубая подделка. К примеру, настоящая кровать с ортопедическим эффектом стоит около 120-200 тыс. рублей, наши подделки под названием ортопедический матрас стоит около 12-15 тысяч рублей.

В многих семьях, не все дети имеют собственную удобную кровать, спят где придется - на диванах, креслах, раскладушках- а ведь это и есть главный патогенных фактор.

За одним и тем же столом, на одних и тех же стульях, сидят дети ростом 150 см. и 180 см.

А ведь именно в детском возрасте закладывается будущее здоровье и долголетие.

99 % школьников имеют деформации позвоночника, тем не менее, эти деформации выявляются в лучшем случае перед призывом в Армию. Девочки вообще де диагностируются, так как им не служить в Армии. Более того, в нашей ортодоксальной медицине не научились быстро и эффективно устранять патологии позвоночника - нет диагностики, нет и методики. Для того чтобы выявить патологии позвоночника, требуются дорогостоящие приборы и оборудования.

Имеется масса других патогенных факторов.

В методике Комплексного омоложения и восстановления функций организма, все они имеют подробное описание.

Метод, позволяет визуально, быстро диагностировать, устанавливать весь комплекс патологий и вызвавших их патогенных факторов. После тщательной диагностики, прежде всего, принимаются меры по устранению всех без исключения патогенных факторов. После этого приступают к комплексному восстановлению функций всех внутренних органов и систем.

Такие серьезные патологии позвоночника у детей, как сколиозы и нарушения осанки, авторским методом лечения быстро устраняются, тем самым предупреждаются будущие патологий детского организма.

С совокупности, все приемы и способы лечебного воздействия, можно назвать рефлексотерапией.

Авторский метод имеет Свидетельство о регистрации и депонировании в РАО.

Данный метод вполне может, быть применен в массовом порядке путем подготовки специалистов.

К обучению могут быть приглашены главные врачи, заведующие отделениями, врачи-геронтологи, общей практики, семейной медицины, педиатрического направления, специалисты в области реабилитологии, курортологии и восстановительной медицины, преподаватели и научные работники в области возрастной физиологии, биологии старения, сотрудники центров здоровья и санпросвета, специалисты в области профилактической медицины, организаторы здравоохранения и другие.

Главной целью обучения является освоение Закономерностей патологий функций внутренних органов и систем человека, привитие практических навыков по выявлению комплекса причинно-следственных связей патогенных факторов с болезнями и процессами старения, умению комплексно диагностировать. А также освоение метода комплексного лечебного воздействия на организм по восстановлению функций организма, его омоложению и поддержанию в биологически молодом состоянии на протяжении длительного времени.

В результате обучения будут подготовлены универсальные специалисты, умеющие быстро установить весь комплекс патологий организма являющийся следствием действия комплекса патогенных факторов. Они смогут существенно повлиять на патологии человека, приостановить их развитие и взаимное влияние, восстановить в течение определенного периода времени функции организма до идеального уровня, близкого к нормальному физиологическому и обеспечить человеку максимально долгий срок жизни. Специалисты руководящего состава смогут организовать работу учреждений с наивысшими лечебными результатами.

Она защищена авторским свидетельством и не имеет аналогов.

По оценке специалистов Национального Геронтологического Центра, методика является Средством Медицины Антистарения. Применение метода, в сочетании с применением изобретений по восстановлению структур позвоночника, приборов серии "Световид" позволит решить вопросы общего оздоровления населения и улучшению репродуктивного здоровья в частности.

Кратко о приборах серии "Световид".

Пояснительная записка

О принципе действий приборов "Световид"

Эффективность лечебного действия серии приборов "Световид" достаточно высока по ряду причин.

1. Известно, что радужка глаз - сетчатка, именуемая еще "Ирисом", имеет прямое отношение к корковым структурам головного мозга, представляющая все внутренние органы и системы человека. Насколько точно зоны сетчатки глаз отражают внутренние органы, свидетельствует особая форма диагностики - "Иридодиагностика". То есть, состояние этих зон отражает состояние функций организма. Корковые структуры головного мозга осуществляют руководство функциями организма человека. Поэтому, воздействие таким сильным раздражителем как свет, причем дозированным и настроенным на определенную длину, возбуждает эти корковые структуры головного мозга, тем самым стимулирует связи и функции внутренних органов и систем.

2. Другим, существенным, лечебным действием приборов "Световид", является то, что воздействие светом, рефлекторно влияет на состояние глазодвигательных мышц, что в свою очередь влияет на вестибулярный аппарат, поскольку все жизненные функции человека связаны с вертикальностью тела. А это значит, что автоматически осуществляется коррекция мышц шеи а через это нормализуются структуры всего позвоночника. Главным, нормализующим действием всего комплекса функций организма, является восстановление нормы геометрических форм физиологических изгибов позвоночика.

Таким образом, серия приборов "Световид", в сочетании с методикой лечения "Комплексная, кумулятивная система омоложения и восстановления функций организма Марка Югай", в основе которой лежит восстановление структур позвоночника и ликвидация последствий патологий организма, является наиболее универсальным, эффективным лечебно-восстановительным инструментом, который можно использовать самостоятельно.

Имеется Программа подготовки специалистов рассчитанная на 148 учебных часов. В программе подготовки основное внимание уделяется практическим занятиям и привитию навыков. Подготовленные специалисты могли бы работать в Центрах омоложения и долголетия.

Увеличение числа Центров омоложения и долголетия позволит охватить большое число населения. Благодаря этому, представится возможность проводить массовый профилактический осмотр населения, и что очень важно детей. Выявление на ранних стадиях деформации позвоночника, позволить и осуществить раннее предупреждение развитие заболевания.

Кроме того, Марк Югай имеет три изобретения: "Устройство для вытяжения позвоночника", "Ортопедический лечебно-восстановительный стул", "Ортопедическое лечебно-восстановительное ложе". Эти изобретения не имеют аналогов и по своим лечебно-реабилитационным свойствам значительно превосходят зарубежные аналоги. Решения о выдаче патентов на изобретения приняты ФИПСОМ в ноябре 2006 г. Массовое применение изобретений, позволит значительно улучшить здоровье населения, в том числе детей, увеличить продолжительность репродуктивного здоровья и в целом жизни человека, поскольку, главным условием продления жизни человека и сохранения репродуктивного здоровья человека является сохранения в здоровом виде структуры позвоночника.

Предлагаемый метод омоложения и восстановления функций организма, может стать альтернативой традиционному лечению, которое находится в тупике. И какие бы решения не принимались на высшем уровне, вопрос оздоровления нации традиционным путем не может быть решен положительно. Известно, что отечественная медицина находится на 127 месте в мире. И это не только из-за недостатка финансирования, но и методологического и научного подхода к здоровью человека.

Активное внедрение и применение авторского метода лечения и диагностики "Комплексная, кумулятивная система омоложения и восстановления функций организма Марка Югай", изобретений, аппаратов серии "Световид", позволит в целом значительно увеличить продолжительность репродуктивного здоровья и жизни населения, и уменьшить заболеваемость.

Предложения автора по сокращению смертности населения, улучшению репродуктивного здоровья человека:

1. Подготовка центров комплексного омоложения и восстановления функций организма.
2. Подготовка специалистов рефлексотерапии по данному методу.
3. Работа этих специалистов по диагностике и выявлению комплекса патологий с населением.
4. Специальная диагностическая и профилактическая работа этих специалистов в школьных и других детских лечебных учреждениях.
5. Организация просветительской деятельности среди населения, внедрение в школьную программу основ знаний комплексного функционирования организма человека и безопасных условий жизни и самостоятельной помощи (ребенок, заканчивая школу в совершенстве знает математику, иногда и высшую, компьютер и интернет, географию, историю и др. предметы) а о том что такое лимфатическая система, или когда можно купаться, на чем можно спать - они не знают. Так как можно управлять своим здоровьем, когда нет элементарных знаний. Прежде чем пользоваться автомашиной, или сложным прибором, мы должны обучиться, пройти инструктаж. Организм человека и умение сохранить жизнь куда более сложные знания, чем автомобиль или кухонный комбайн.
6. Принятие мер по осуществлению контроля на соответствие безопасным условиям для человека, бытовых условий- мебель, автомобили, санитарные и климатические условия, качество пищи.
7. Массовое производство изобретений по восстановлению структур позвоночника.
8. Учитывая простоту и эффективность приборов "Световид", обеспечить ими все учреждения, школы, семьи.

Ахрамович В.А.,
главный специалист префектуры ЮВАО г. Москвы,
ответственный координатор форума

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: "ЖИТЕЛИ ЮГО-ВОСТОЧНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА г. МОСКВЫ О ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ"

Анализ результатов проведенного социологического исследования в апреле 2006 года "Жители Юго-Восточного административного округа г. Москвы о демографических проблемах"(1) позволяет сделать следующие выводы.

1. Подавляющее большинство опрошенных жителей полагает, что на сегодняшний день проблема рождаемости и смертности стоит достаточно остро: 72,5% респондентов указали позицию "очень актуальна" (максимальный показатель отмечен в районе Лефортово (78,7%)), 17,3% - "актуальна лишь незначительно" (значительная часть участников опроса, выбравших данный вариант ответа, проживает в районе Некрасовка (42,9%)). Противоположной точки зрения придерживаются лишь 4,1% респондентов (показатель позиции "не актуальна" колеблется от 1,4% - в Южнопортовом районе до 7,1% - в районе Некрасовка).

2. Наиболее актуальными демографическими проблемами являются ухудшение здоровья населения (54,6%), снижение уровня рождаемости (40,9%) и увеличение уровня смертности (32,2%). Показатели таких позиций, как "увеличение числа приезжих", "сокращение продолжительности жизни мужчин" и "уменьшение числа официальных браков (их вытеснение гражданскими браками)", составляют соответственно 14,6%, 11,3% и 8,0%.

3. Основной фактор, влияющий на снижение уровня рождаемости, - ухудшение материального положения из-за рождения ребенка (58,3%). Особенно данный факт подчеркивали участники опроса 30 лет и старше, а также респонденты, живущие "от зарплаты до зарплаты". Более четверти опрошенных полагают, что негативные изменения в рассматриваемой сфере вызваны ухудшением состояния здоровья населения (28,0%). Далее следуют позиции "снижение ценностей семейной жизни" (18,5%) и "невозможность совмещения воспитания детей с профессиональной деятельностью" (16,1%). При этом такие причины как рождение детей у зрелых родителей (что не оставляет времени для рождения второго ребенка) и снижение способности к зачатию у мужчин и женщин, по мнению подавляющего большинства участников опроса, не являются в указанном направлении определяющими.

4. Большинство респондентов (59,2%) полагает, что главной мерой по повышению уровня рождаемости является улучшение жилищных условий молодой семьи. Значительная часть участников опроса (42,6%) в этой связи указывает на материальные стимулы в связи с рождением ребенка. Мнение о том, что необходимо улучшить экономическую и политическую ситуацию в стране, разделяет каждый четвертый опрошенный житель. Варианты ответов "доступное качественное медицинское обслуживание" и "социальная поддержка семей в зависимости от числа детей в них" популярны среди 18,8% и 16,3% респондентов соответственно.

5. Широкое распространение алкоголизма и наркомании (47,0%), а также низкий уровень бесплатного медицинского обслуживания (43,0%), по мнению значительной части опрошенных жителей, - основные причины высокой смертности в Москве. Каждый третий полагает, что такой причиной являются отрицательные изменения экологической обстановки в городе (особенно данная проблема актуальна в районах Капотня (44,4%) и Печатники (45,6%)). Наиболее редко в данной связи указывались позиции "недоступность для значительной части населения спортивно-оздоровительных учреждений" (6,2%) и "высокий уровень производственного травматизма" (4,8%).

6. Значительная часть респондентов в качестве мер по снижению смертности указала следующие варианты ответов: "ужесточение наказания за распространение наркотиков и некачественной алкогольной продукции" (37,2%), "улучшение материального положения людей" (31,1%),

"улучшение экологической ситуации" (26,9%). Около пятой части опрошенных жителей заявили о необходимости доступности для широких слоев населения качественного медицинского обслуживания (20,3%) и строгого соблюдения законодательства о запрещении продажи алкогольной продукции и сигарет лицам до 18 лет (19,0%).

7. О том, что деятельность Правительства Москвы должна быть направлена на решение демографических проблем, заявила значительная часть опрошенных жителей (42,4%). Далее следует позиция "Московская городская Дума" (14,5%). Мнение респондентов об участии в решении подобных вопросов префектуры округа, управы района и органов местного самоуправления (муниципалитета) разделилось практически поровну и не превысило 8-процентного показателя: 7,9%, 6,4% и 6,0% соответственно.

8. Каждый второй респондент (50,6%) полагает, что приезжие из других регионов не смогут решить демографические проблемы Москвы. В той или иной степени противоположной точки зрения придерживаются 44,5% опрошенных жителей: 17,8% участников опроса заявляют о том, что данная социально-демографическая группа значительно улучшит демографическую ситуацию в городе, 26,7% указали позицию "улучшит, но незначительно".

9. В конце необходимо отметить, что на практике демографические проблемы являются одними из самых важных на сегодняшний день, так как безопасность Москвы и страны в целом не может быть эффективной без демографической составляющей. Поэтому решение данных проблем, формирование общественного мнения, гражданской позиции у населения, пропаганда здорового образа жизни, популяризация традиционных ценностей (семья, брак и т.п.) должны стать ведущими направлениями социальной политики как на федеральном, так и на городском, окружном и районном уровнях.

(1) Опрошено 1400 респондентов

ВЫВОДЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ТЕМУ: "ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ ЮГО-ВОСТОЧНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА г. МОСКВЫ"

В рамках данного изучения общественного мнения были решены следующие задачи:
- выявлена группа респондентов, состоящих в браке;
- определена группа участников опроса, имеющих детей;
- выявлена группа опрошенных жителей, применяющих контрацепцию;
- изучены причины отсутствия детей в семье;
- определена группа респондентов, обращающихся для решения проблемы отсутствия детей, за консультацией к врачу.

Социально-демографическая характеристика респондентов

Опрос населения (2000 респондентов) проходил на основании выборки по трем определяющим характеристикам: район проживания, пол и возраст (Таблица 1). При этом в представленном исследовании принимали участие жители в возрасте 18-45 лет, так как именно данная категория населения является в силу различных причин (физиологических, социальных и т.п.) наиболее репродуктивно активной, и именно мнение этой социально-демографической группы наиболее важно при разработке рекомендаций и программ, направленных на решение проблем в рассматриваемой сфере.

Анализ результатов исследования оценки репродуктивного потенциала жителей Юго-Восточного административного округа г. Москвы позволяет сделать следующие выводы:

1. В опросе принимали участие 73,3% респондентов, которые состоят в браке (официальном или гражданском) впервые. Повторный брак у 15,0% участников опроса. Более десятой части опрошенных жителей сейчас в браке не состоят, но состояли ранее 5 и более лет (11,6%).

Таблица 1

Распределение респондентов по району проживания

Район	Кол-во человек	%
Выхино-Жулебино	282	14,1
Капотня	86	4,3
Кузьминки	204	10,2
Лефортово	158	7,9
Люблино	216	10,8
Марьино	304	15,2
Нижегородский	100	5,0
Печатники	140	7,0
Рязанский	162	8,1
Текстильщики	160	8,0
Южнопортовый	124	6,2
Некрасовка	64	3,2
Итого по ЮВАО	**2000**	**100,0**

В первом браке состоит абсолютное большинство участников опроса в возрасте 18-24 лет (96,1%), в повторном - более пятой части опрошенных жителей 35-45 лет (35-39 лет - 20,7%, 40-45 лет - 21,3%). При этом существует определенная зависимость между возрастом респондентов и распределением их ответов на данный вопрос. Так, чем моложе участники опроса, тем чаще они указывали вариант ответа "да, первый раз"; и, наоборот, чем старше опрошенные жители округа, тем чаще они отмечали позиции "да, повторный брак" и "нет, но состоял в браке 5 лет и более".

2. Практически треть респондентов состоят (или состояли) в браке от 5 до 10 лет: 5-7 лет - 16,3%, 8-10 лет - 13,5%. Около десятой части опрошенных жителей женаты/замужем 11-12 лет (9,0%), 13-15 лет (9,7%), 16-20 лет (10,1%). До 1 года в браке состоят лишь 4,0% участников опроса.

Время нахождения в браке обусловлено возрастом респондентов. Так, чем моложе участники опроса, тем меньше продолжительность их семейной жизни (до 1 года: 18-24 года - 22,5%, 40-45 лет - 1,0%). Соответственно, на долю "старших" опрошенных жителей приходится основное количество более длительных браков (от 16 до 20 лет: 18-24 года - 0,0%, 40-45 лет - 23,9%, от 21 до 25 лет: 18-24 года - 0,0%, 40-45 лет - 30,8%).

3. Лишь 3,4% респондентов (от тех, кто находится сейчас в повторном браке или вообще не состоит в браке) отметили, что причиной распада их семьи являлось отсутствие детей. Подавляющее большинство участников опроса отметило, что причиной развода были другие обстоятельства (96,6%).

4. Практически у половины респондентов есть ребенок от настоящего брака. Четверть опрошенных жителей имеет двоих детей (24,1%). Позицию "три ребенка" указали 3,3% участников опроса, "четыре и более" - 0,5%, "дети усыновлены, удочерены" - 0,5%. При этом дети от предыдущего брака есть у 7,7% респондентов. Вообще не имеют детей 16,6% участников опроса.

Большинство участников опроса со средним специальным образованием, указали, что у них есть один ребенок (53,1%). Около трети опрошенных жителей со средним образованием отметили позицию "2 ребенка" (30,1%). Каждый пятый респондент с высшим, незаконченным высшим образованием заявил, что у него вообще нет детей (20,1%). Таким образом, высокий образовательный уровень в той или иной степени является одним из факторов, сдерживающим процесс повышения уровня рождаемости.

5. Около половины участников опроса отметили, что первый ребенок у них появился на первом году совместной жизни: в настоящем браке - 44,5%, в предыдущем браке - 53,0%. Треть респондентов указала на то, что ребенок родился на втором году совместной жизни: в настоящем браке - 35,4%, в предыдущем браке - 33,0%. Позицию "на третьем году" указали 11,5% и 14,0%[1] опрошенных жителей соответственно.

6. Более шестой части респондентов отметили, что в их жизни были периоды жизни, когда они хотели иметь детей, но у них "не получалось" (17,3%). В основном данную группу составляют более пятой части опрошенных женщин (21,7%), а также каждый третий безработный (33,3%), каждый пятый рабочий (19,4%) и служащий (19,1%). К данной группе присоединяются и респонденты в возрасте 40-45 лет (19,3%).

7. Большинство участников опроса (60,5%) с той или иной регулярностью пользуются противозачаточными средствами: 19,5% - постоянно, 11,3% - часто, 29,8% - время от времени. Вообще не применяют контрацепцию 39,5% респондентов. При этом необходимо отметить, что постоянно применяют противозачаточные средства более четверти респондентов, у которых детей нет (28,3%). И именно в этой группе самый низкий показатель позиции "не пользуюсь" (35,5%).

8. Практически половина респондентов мотивировали отсутствие у них детей следующим образом: "мы не планировали ребенка и предохранялись" (45,2%). Более десятой части опрошенных жителей не могли забеременеть по неизвестным причинам (12,1%) (возможно именно в данной группе участников опроса основной причиной бесплодия (в том числе временного) являются психологические факторы). Показатели таких обстоятельств отсутствия детей как "из-за заболевания детородных органов одного из супругов", "был(и) выкидыш(и)" и "из-за общего заболевания одного из супругов" не превышают 8,0%: 7,9%, 5,2% и 3,1% соответственно.

9. При отсутствии беременности обращались за консультацией 22,9% респондентов. В основном данную группу составляют женщины (30,0%), а также участники опроса в возрасте 30-34 лет (32,3%) и 40-45 лет (35,2%).

10. Подавляющее большинство опрошенных жителей при отсутствии беременности обращались за помощью в женскую консультацию (86,8%). Такие позиции как "уролог" и "андролог" имеют соответственно показатели 2,5% и 0,8%. К сексопатологу и психотерапевту для решения подобных проблем никто из участников опроса не обращался.

11. При этом каждый второй респондент, из тех, кто обращался с рассматриваемыми проблемами к спе-

циалистам, отметил, что реальной помощи он не получил (51,6%). Четверть участников опроса указала, что содействие в решении указанных вопросов было оказано в женской консультации (25,4%). Позиции "в центре планирования семьи" и "в научно-исследовательском центре" в данной связи указали 7,4% респондентов (в обоих случаях).

В целом, результаты проведенного социологического исследования показали, что в представлении подавляющего большинства респондентов идеальная семья - это семья с одним или двумя детьми. При этом первый ребенок чаще всего появляется на первом-третьем году совместной жизни родителей. Вследствие чего, можно предположить, что семьи, которые откладывают рождение первого ребенка "на потом" с большой долей вероятности могут остаться бездетными. На сокращения уровня рождаемости может повлиять и тот факт, что большинство участников опроса, у которых нет детей, с той или иной регулярностью используют противозачаточные средства, когда в других группах опрошенных жителей (и уже имеющих детей) данный показатель ниже. Таким образом, для увеличения ценностей семьи с детьми представляется необходимым проводить широкомасштабную информационную кампанию, направленную на молодежную аудиторию и имеющую своей целью, во-первых, убедить молодых людей в правильности поведения - иметь детей (двух и более), во-вторых, более бережно относиться к своему здоровью как физическому, так и психическому.

[1] В случае с предыдущем браком данный показатель соответствует позиции "на 3-ем и более лет".

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРНЕТ-ОПРОСА: "МНЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ЮВАО г. МОСКВЫ О ЦЕЛЕВОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ДОВРАЧЕБНЫХ КАБИНЕТАХ"

Анализ результатов социологического опроса на сайте префектуры на тему: "Мнение жителей ЮВАО г. Москвы о целевой диспансеризации в доврачебных кабинетах" позволил сделать следующие выводы:

1. Большинство опрошенных жителей округа (64%) не знают о том, что они могут пройти целевую диспансеризацию (определить давление, уровень сахара и халестерина в крови, рост, вес и где выяснят их отношение к курению) в поликлинике по месту проживания в кабинете доврачебного контроля. Только одна треть (36%) опрошенных осведомлены об этом.

2. Из числа опрошенных прошли диспансеризацию 36% населения, при этом в поликлиниках по месту жительства обследовано только 13% респондентов и практически в два раза больше (23%) в поликлинике по месту работы или службы. Большинство участников опроса последние три года целевой диспансеризации не проходили.

3. Лучше всего налажена диспансеризация среди детей: 43% опрошенных указали, что с детьми в их семьях проведена такая работа. Каждый пятый (22%) респондент отметил, что муж или жена прошли целевую диспансеризацию.

4. Опрос лиц, которые не прошли целевую диспансеризацию, показал, что 44% из них не желают сидеть в очередях, 21% - хотели бы обследоваться, но не знали о такой возможности, 15% указали, что у них нет времени на проведение осмотров и 7% считают, что они в ней не нуждаются и столько же высказались о не желании этим заниматься без объяснения причин.

5. Большинство прошедших диспансеризацию (59%) считают, что их она в той или иной мере устраивает, противоположной точки зрения придерживается 39% респондентов.

6. Практически каждого третьего (29%) прошедшего диспансеризацию не устраивают очереди в поликлиниках. Каждый пятый (23%) из них считает, что необходимо расширить список видов обследования, а 11% хотели бы пройти полную диспансеризацию. 15% жалуются на некачественное обслуживание медицинского персонала и еще 11% респондентов считают, что их не устраивает отношение к работе медицинского персонала. Каждого десятого не устраивает время приемов в кабинетах доврачебного контроля.

7. В опросе приняли участие 127 человек: из них 29% в возрасте до 29 лет, 70% в возрасте от 30 до 59 лет и 1% свыше 60 лет.

"МНЕНИЕ АКТИВА ЖИТЕЛЕЙ ЮГО-ВОСТОЧНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА г. МОСКВЫ О НАЦИОНАЛЬНОМ ПРОЕКТЕ "ЗДОРОВЬЕ" (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА)

1. Значительное большинство опрошенных экспертов (62%) знает о приоритетных национальных проектах и каждый седьмой из их числа (14,2%) не знает о существовании этих документов, а каждый пятый (23,8%) затруднился ответить на поставленный вопрос.

2. Более половины респондентов (63,4%) в той или иной мере знают суть национального проекта "Здоровье", 37,6% из них не имеют представления о содержании и сути названного проекта.

3. Большинство экспертов (69,5%) положительно относятся к национальному проекту "Здоровье", у 2,5% респондентов отрицательное отношение к нему, а 28% из них затруднились в определении своей позиции.

4. Практически каждый третий опрошенный (32,4%) достаточно часто посещает медицинские учреждения.

5. Две третьих из числа респондентов (75,!%) обращаются в государственные поликлиники, 11,6% - обслуживаются в ведомственных медицинских учреждениях, а 4,5% - в частных. Каждый одиннадцатый респондент (8,8%) вообще не посещает эти учреждения.

6. Практически две третьих (74,6%) из числа опрошенных предпочитают обращаться в учреждения, где существует бесплатное медицинское обслуживание. Платное обслуживание предпочитают 9,9% респондентов. Затруднились ответить на поставленный вопрос 15,5% из числа опрошенных.

7. Четвертая часть (25%) экспертов указала, что в медицинских учреждениях хорошее обслуживание, при этом такой точки зрения придерживается каждый седьмой посетитель государственных поликлиник, 69% посетителей ведомственных поликлиник и 89% - частных. Удовлетворительно оценили качество обслуживания 41,5% из числа опрошенных, при этом каждый второй посетитель государственных поликлиник, каждый третий - ведомственных и каждый четвертый - частных. Плохую оценку выставил только каждый третий (31,0%) респондент посещающий государственные поликлиники. В определении качества обслуживания в медицинских учреждениях затруднились ответить 3,5% опрошенных.

8. Анализируя работу детских районных поликлиник, 13,7% опрошенных экспертов считают, что они работают хорошо, 38,0% - удовлетворительно и 15,2% - плохо. Затруднились ответить 9,6%. 23,5% респондента на вопрос не отвечали так как не имеют детей.

9. Основные нарекания у экспертов, оценивших работу медицинских учреждений как неудовлетворительную, - это большие очереди и трудности записаться к врачу, так считают 58,8 % и 49,7%, соответственно. Практически каждый третий из них указал на недостаточную квалификацию врачей (31%), плохое техническое оснащение (30%) и недостаток вспомогательных материалов (одноразовых шприцов, других медицинских инструментов) (4,5%), а каждый пятый - на невежливое отношение персонала к пациентам.

10. Из-за невозможности оказать те или иные услуги в медицинском учреждении 43,1% респондентов направлялись в другие медицинские учреждения на консультации к специалистам, 36,5% направлялись на обследование (УЗИ, ЭКГ, гастроскопию и т.п.), 24,8% - для сдачи анализов и 3% - на другие обследования. Из числа опрошенных только каждый пятый (21,8%) полностью провел необходимые обследования в своей поликлинике.

11. Большинство опрошенных экспертов (71,2%) претензий своих не высказывали. Однако, каждый пятый из них (21,8%) вынужден был обратиться с жалобой к главному врачу лечебного учреждения, 2,5% - в управу района, 2% в департамент здравоохранения и 1,5% - к депутату.

12. По мнению экспертов, качество медицинского обслуживания в первую очередь зависит от главного врача поликлиники (58,8%) и от управления здравоохранения (36,5%). Практически каждый пятый респондент (18,2%) указал, что - от Правительства города Москвы. От префектуры и управы района -7,1 % и 6% , соответственно, и от депутатов - только 1 %.

13. Каждый седьмой эксперт (13,7%) постоянно оплачивает медицинские услуги. Большинство из них (65%) делают это иногда и 14,7% - никогда не оплачивают медицинские услуги.

14. При этом одна треть из них (31%) на оплату медицинских услуг тратит незначительную часть своего бюджета, 12,1% из них тратят примерно одну треть своего бюджета, 3% - примерно половину и 2% - большую его часть. У 8,6% - вообще не нет такой статьи расходов, а 43% затруднились с ответом.

15. Каждый второй респондент (50,7%) или члены его семьи за последние три года прошли диспансеризацию. У 17,7% опрошенных прошли диспансерное обследование только дети. И практически в каждой третей семье среди ее членов вообще не было никакого диспансерного обследования.

16. По мнению 44,1% экспертов за последние два года качество медицинского обслуживания в районах осталось на прежнем уровне, а каждый пятый (20,3%) отмечает ухудшение и только 17,2 % отметили улучшение в работе медицинских учреждений. Столько же (17,2%) затруднились с ответом.

17. По мнению опрошенных для улучшения работы в сфере медицинского обслуживания населения в первую очередь должны быть решены: вопрос технического оснащения поликлиник (69%) и обеспечение медицинских учреждений квалифицированными кадрами (67,5%). Вторую группу первоочередных вопросов составляют: улучшение организации приема населения врачами-специалистами (35,5%), культура обслуживания населения (30,4%) и профилактика заболеваемости (28,9%). И третью группу составляют: строительство государственных медицинских учреждений (27,4%), предотвращение вымогательства со стороны медицинского персонала (16,7%) и контроль качества медицинской помощи социально незащищенным группам населения (16,2%). Указали позицию "другое" и затруднились с ответом 1,5% респондентов.

18. В опросе приняли участие 300 экспертов.

Приложение 1

АНКЕТА

Дорогой эксперт! Мы проводим экспертный опрос о качестве медицинского обслуживания и просим Вас принять в нем участие. Ваши откровенные ответы на вопросы анкеты помогут разработать рекомендации по эффективности работы медицинских учреждений округа.

1. Знаете ли Вы приоритетные национальные проекты?
1.1. да - 62%
1.2. нет -14,2%
1.3. затрудняюсь ответить - 23,8%

2. Знаете ли Вы, в чем суть национального проекта "Здоровье"?
2.1. да - 34,4%
2.2 .скорее да - 29%
2.3. скорее нет - 7,6%
2.4. нет - 30%
2.5. затрудняюсь ответить - 0

3. Ваше отношение к проекту "Здоровье":
3.1 Положительное - 69,5%
3.2 Отрицательное - 2,5%
3.3 Затрудняюсь ответить - 28%
4. Часто ли Вам приходится посещать медицинские учреждения?
4.1. Да - 32,4%
4.2. Нет - 67,6%

5. В какой поликлинике Вы обслуживаетесь? (можно указать несколько вариантов ответа)
5.1. В государственной (укажите № поликлиники) - 75,1%
5.2. В ведомственной - 11,6%
5.3. В частной - 4,5%
5.4. Ни в какой - 8,8%

6. В каком медицинском учреждении Вы хотели бы обслуживаться?
6.1 В бесплатном - 74,6%
6.2 В платном - 9,9%
6.3 Затрудняюсь ответить - 15,5%

7. По Вашему мнению, обслуживание в поликлинике, которую Вы посещаете:
(заполняются только те варианты ответа, которые Вы указали в ответах вопроса №5)

	Государственная	**Ведомственная**	**Частная**
7.1. Хорошее	13,0%	8,0%	4,0%
7.2. Удовлетворительное	35,0%	4,5%	1%
7.3. Плохос	31,0%	0	0
7.4. Затрудняюсь ответить	3,0%	0,5%	0

8. Если Вы неудовлетворенны обслуживанием в поликлинике, то каковы Ваши основные нарекания к ее работе?
8.1.Большие очереди - 58,8%
8.2.Трудно записаться к нужному специалисту- 49,7%
8.3.Недостаточная квалификация врачей - 31%
8.4.Невежливое обращение персонала - 22,8%
8.5.Плохое техническое оснащение - 30%
8.6.Недостаток вспомогательных материалов (одноразовых шприцов, др. медицинских инструментов) - 4,5%
8.7.Другое (укажите) - 3 %
8.8.Затрудняюсь ответить - 4,5%

9 Случалось ли, что в Вашей поликлинике из-за невозможности оказания тех или иных услуг Вас направляли в другую поликлинику или диагностический центр?
9.1.Да, для сдачи анализов - 24,8%
9.2.Да, на обследование (УЗИ, ЭКГ, гастроскопия и т.п.) - 36,5%
9.3.Да, для посещения специалиста - 43,1%
9.4.Другое (укажите) - 3%
9.5.Нет, никогда - 21,8%

10. Приходилось ли Вам обращаться с жалобами на работу поликлиники?
10.1. Да, к главному врачу - 21,8%
10.2. Да, в департамент здравоохранения - 2 %
10. 3. Да, в МГФО медицинского страхования - 0
10.4. Да, в Управу района - 2,5%
10.5. Да, в префектуру - 0
10.6. Да, к депутату - 1,5%
10.7. Да, другое - 1%
10.8. Нет - 71,2%

11. От кого, по Вашему мнению, в первую очередь зависит качество медицинского обслуживания в районной поликлинике?
11.1.От главного врача поликлиники - 58,8%
11.2.От Управы района - 6%
11.3.От префектуры - 7,1%
11.4.От Мэрии г. Москвы - 18,2%
11.5.От управления здравоохранения - 36,5%

11.4.От депутатов - 1%
11.5.Другое (укажите) - 7,1%
11.6. Затрудняюсь ответить - 5%

12. Если у Вас есть дети, то, как Вы оцениваете работу детской районной поликлиники?
12.1. Хорошо - 13,7%
12.2. Удовлетворительно - 38%
12.3 Плохо - 15,2%
12.4.Затрудняюсь ответить - 9,6%
12.5.Нет детей - 23,5%

13. Приходилось ли Вам оплачивать медицинские услуги?
13.1. Да, всегда - 13,7%
13.2.Да, иногда - 65%
13.3.Нет, никогда - 14,7%
13.4.Отказ от ответа - 6,6%

14. Какую часть Вашего бюджета Вы тратите на медицинские услуги?
14.1. Незначительную часть - 31%
14.2.Примерно одну треть - 12,1%
14.3.Примерно половину - 3%
14.4.Большую часть - 2%
14.5.Никакую (вообще нет такой статьи расходов) - 8,6%
14.6. Затрудняюсь ответить - 43,3 %

15. Как Вы считаете, изменилось ли за последние два года качество медицинского обслуживания в Вашем районе?
15.1. Улучшилось - 17,2%
15.2.Осталось на прежнем уровне - 44,1%
15.3.Ухудшилось - 20,3%
15.4. Затрудняюсь ответить - 18,4%

16. Какие вопросы в сфере медицинского обслуживания, по Вашему мнению, должны быть решены в первую очередь? (укажите не более трех вариантов ответа)
16.1. Строительство государственных медицинских учреждений - 27,4%
16.2. Обеспечение медицинских учреждений квалифицированными кадрами - 67,5%
16.3. Техническое оснащение поликлиник - 69%
16.4. Предотвращение вымогательства со стороны медицинского персонала -16,7%
16.5. Культура обслуживания - 30,4%
16.6. Улучшение процесса организации приема населения врачами специалистами в поликлиниках - 35,5%
16.7. Контроль за оказанием медицинской помощи социально незащищенным группам населения - 16,2%
16.8. Профилактика заболеваемости -28,9%
16.9. Другое (укажите) -1%
16.10. Затрудняюсь ответить - 0,5%

17. Проходили ли Вы или члены Вашей семьи за последние три года диспансеризацию?
17.1. Да, все члены семьи - 32%
17.2. Да, только дети - 17,7%
17.3. Да, только взрослые - 18,7%
17.4. Нет, никто из членов семьи - 28%
17.5. Затрудняюсь ответить - 3,6%

18.Ваши личные пожелания или замечания по национальному проекту "Здоровье" (напишите) - Бесплатное медицинское обслуживание, обеспечение лечебных учреждений новейшим медицинским оборудованием, повышение профессиональной подготовки медицинского персонала, исключить вздоимство медицинского персонала.

В заключение сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе:

19. Пол:
19.1. Мужской - 29%
19.2. Женский - 71%

20. Возраст:
20.1. 18-24 года - 2,5%
20.2. 25-29 лет - 9,1%
20.3. 30-39 лет - 15,1%
20.4. 40-49 лет - 29%
20.5. 50-54 лет - 10,1%
20.6. 55-59 лет - 11,1%
20.7. 60 лет и старше - 19,7%

21. Образование:
21.1. Высшее, - 48,7%
21.2. н/высшее - 36,7%
21.3. Среднее специальное - 9,1%
21.3. Среднее - 4,5%
21.4. Незаконченное среднее - 1%

Составители сборника

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РОССИИ

Арт-директор	**Виктор Руденко**
Выпускающий	**Григорий Мерлин**
Корректура	**Анна Курочкина**
Оригинал-макет, верстка	**Виктор Грегори**

Лицензия ЛР №071788 от 10 января 1999 года
Сдано в набор 1.10.2007
Подписано в печать
Формат 60x84/8. Бумага офсетная. Гарнитура "Peterburg".
Печать офсетная. Усл. печ. л. 52

Издательский дом НП

Тираж 1000