

Пропаганда здорового образа жизни.



Здоровье — это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (*Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)*).

В обобщенном виде «здоровье» можно определить как способность человека приспосабливаться к окружающей среде и своим собственным возможностям, противостоять внешним и внутренним возмущениям, болезням и повреждениям, сохранить себя, расширить свои возможности, увеличить деятельность полноценной жизнедеятельности, т.е. обеспечивать свое благополучие.



Ведущим социальным институтом, ответственным за здоровье человека, является **здравоохранение** — система государственных и общественных мероприятий по предупреждению заболеваний и лечению заболевших.



Современный этап развития цивилизации привел

- с одной стороны, к резкому изменению условий существования человека

- с другой — к развитию сложных технологий, предъявляющих высокие требования к состоянию его здоровья.

Темпы социальных, технологических, экологических и даже климатических изменений все возрастают, требуя от индивида быстрой адаптации, до- и переадаптации в жизни и деятельности. Все это является большим испытанием для биологического вида Homo Sapiens.

- Снижение функциональных резервов органов, систем, всего организма в целом,
- нарушение механизмов саморегуляции, реактивности и резистентности, уменьшение количества и ухудшение качества половых клеток,
- рождение ослабленного потомства — вот далеко не полный перечень признаков, отличающих наших современников от их предков.

- Как следствие, возникают эпидемии хронических неинфекционных заболеваний.
- появляются новые виды патологии (более 30 в последние 20 лет, в т. ч. СПИД, лихорадка Эбола, атипичная пневмония и др.), возвращаются "старые" заболевания (туберкулез, малярия и т. д.).
- Кроме того, в последнее время врачи все чаще сталкиваются с патологическими состояниями, носящими характер полисиндромных.

Исходя из этих понятий следует, что здоровье человека неотделимо от его жизнедеятельности и составляет неперенное условие его эффективной деятельности, через которую достигаются благополучие и счастье. А так как каждый человек заинтересован в своем благополучии и счастье, то достичь этого он может путем постоянного укрепления своего здоровья, следуя правилам здорового образа жизни.



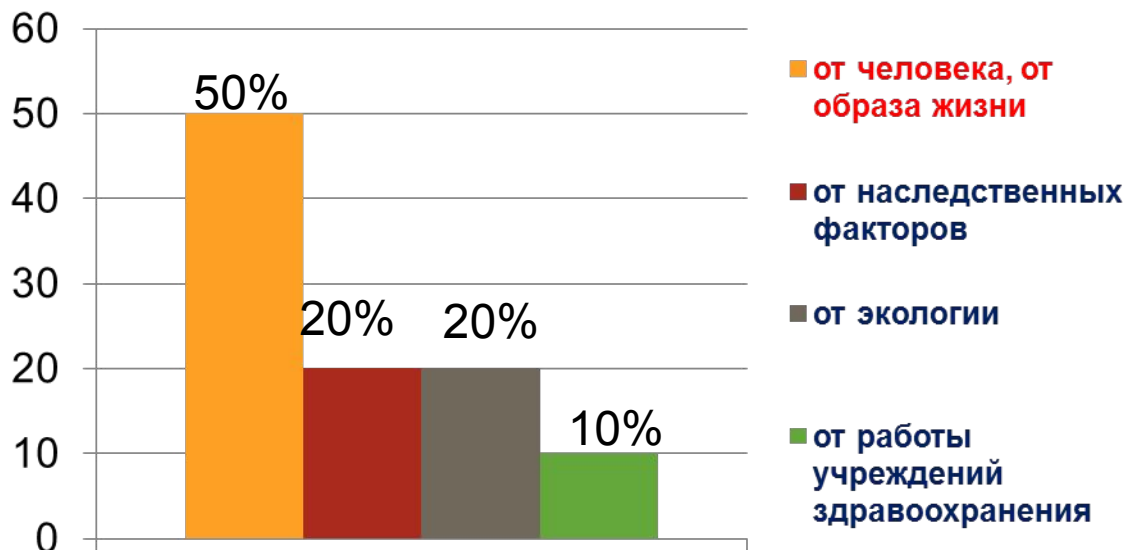
Основы здорового образа жизни



ЗОЖ — это гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Необходимо отметить, что побудить людей вести здоровый образ жизни — нелегкая задача: знать, что такое здоровый образ жизни, — это одно, а придерживаться его — совсем другое.

факторы оказывающие влияние на здоровье человека:



Образ жизни человека включает три категории: уровень жизни, качество жизни и стиль жизни.

Уровень жизни —
степень удовлетворения
материальных,
культурных, духовных
потребностей (в
основном экономическая
категория).



Качество жизни —
категория,
характеризующая комфорт
в удовлетворении
человеческих потребностей
(преимущественно
социологическая
категория).



Стиль жизни —
поведенческая особенность
жизни человека, т.е.
определенный стандарт, под
который подстраивается
психология и психофизиология
личности (социально-
психологическая категория).



Оценивая роль каждой из этих категорий в формировании здоровья, следует отметить, что при равных возможностях первых двух (уровень и качество жизни), носящих общественный характер, здоровье человека в значительной мере зависит от стиля жизни, который в большой степени имеет персонифицированный характер и определяется историческими и национальными традициями и личностными наклонностями.

Здоровый образ жизни — это индивидуальная система поведения, и выбор своего пути должен сделать каждый человек сам и стремиться выработать в себе ряд необходимых качеств он тоже должен сам.

- иметь четко сформулированную цель жизни и обладать психологической устойчивостью в различных жизненных ситуациях;
- знать формы своего поведения, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья;
- верить в то, что образ жизни, который вы ведете, даст положительные результаты;
- выработать у себя положительное отношение к жизни, воспринимать каждый день как маленькую жизнь, каждый день получать от жизни хоть маленькие радости;
- развить в себе чувство самоуважения, осознание того, что вы не зря живете, что все задачи, стоящие перед вами, вы в состоянии решить и знаете, как это сделать;



- постоянно соблюдать режим двигательной активности: удел человека — вечно двигаться, нет никаких средств, которые бы заменили движение;

- соблюдать правила и гигиену питания;

- соблюдать режим труда и отдыха и своевременно очищать организм от продуктов его деятельности;

- быть оптимистом, двигаясь по пути укрепления здоровья, ставить перед собой достижимые цели, не драматизировать неудачи, помнить, что совершенство — в принципе недостижимая вещь;

- радоваться успехам, ибо во всех человеческих начинаниях успех порождает успех.



Все это входит в содержание здорового образа жизни. Достичь высокого уровня здоровья можно при условии, если постоянно соблюдать правила здорового образа жизни.



Здоровый образ жизни создает наилучшие условия для нормального течения физиологических и психических процессов, что снижает вероятность различных заболеваний и увеличивает продолжительность жизни человека.

При рискованном образе жизни, когда человек своим поведением наносит ущерб своему здоровью, нормальное течение физиологических процессов затруднено, жизненные силы организма расходуются на компенсацию того вреда, который человек наносил здоровью своим поведением.

При этом увеличивается вероятность заболеваний, происходит ускоренное изнашивание организма, продолжительность жизни сокращается.



здоровый образ жизни индивидуальная система поведения

Здоровый Образ Жизни.

Каждый человек индивидуален и неповторим. Человек индивидуален по своим наследственным качествам, по своим стремлениям и возможностям. В определенной степени окружающая человека среда носит индивидуальный характер (дом, семья и т. д.). Это значит, что система его жизненных установок и реализация его замыслов носят индивидуальный характер. Таким образом, для сохранения и укрепления своего здоровья каждый человек создает свой образ жизни, свою индивидуальную систему поведения, которая наилучшим образом обеспечивает ему достижение физического, душевного и социального благополучия. Это и есть здоровый образ жизни. Для того чтобы сформировать систему здорового образа жизни, необходимо знать факторы, которые положительно влияют на здоровье человека.

факторы, которые положительно влияют на здоровье человека

соблюдение режима дня



рациональное питание



занятия физической культурой и спортом



закаливание



хорошие взаимоотношения с окружающими людьми.



факторы, отрицательно влияющие на здоровье

курение



употребление алкоголя,
наркотиков



неблагоприятная экологическая
обстановка в местах проживания



эмоциональная и психическая напряженность
при общении с окружающими,

Здоровый образ жизни — это динамичная система поведения человека, основанная на глубоких знаниях различных факторов, оказывающих влияние на здоровье человека, и выборе алгоритма поведения, максимально обеспечивающего сохранение и укрепление здоровья и постоянно корректируемого с учетом приобретенного опыта и возрастных особенностей. Суть такого поведения отнюдь не фанатичное следование каким-то установкам здорового образа жизни. Естественно, перестройка своего поведения всегда требует дополнительных усилий, но все должно совершаться на грани удовольствия. Приятного от затраченных усилий должно быть столько, чтобы усилия не показались напрасными.

ведение здорового образа жизни предполагает:

- стремление к физическому совершенству;



- достижение душевной, психической гармонии в жизни;

- обеспечение полноценного питания;



- исключение из жизни саморазрушающего поведения (табакокурения, алкоголизма, наркомании, гиподинамии и т. д.);

- закаливание организма.



- соблюдение правил личной гигиены

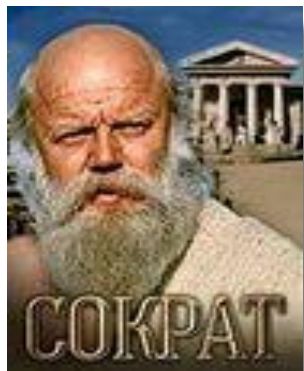


Здоровый образ жизни как система складывается из трех основных взаимосвязанных и взаимозаменяемых элементов, трех культур:

Культура питания.

Культура движения.

Культура эмоций.



“Тело не более отдельно и независимо от души” (Сократ).

Культура питания.



В здоровом образе жизни питание является определяющим, системообразующим, т.к. оказывает положительное влияние и на двигательную активность, и на эмоциональную устойчивость. При правильном питании пища наилучшим образом соответствует естественным технологиям усвоения пищевых веществ, выработавшимся в ходе эволюции. Натуральная растительная пища (овощи, фрукты, зернобобовые, зерновые, орехи, семечки, мед) в полной мере соответствует этим требованиям, а животную пищу следует отнести к аварийной.

Культура движения.



Оздоровительным эффектом обладают только аэробные (на воздухе) физические упражнения (ходьба, бег трусцой, плавание, катание на лыжах, работа на садово-огородном участке и т.д.) в природных условиях. Они включают в себя солнечные и воздушные ванны, очищающие и закаливающие водные процедуры.

Культура эмоций.



Отрицательные эмоции (зависть, страх и др.) обладают огромной разрушительной силой. Положительные эмоции (смех, радость, любовь, чувство благодарности) сохраняют здоровье, способствуют успеху.

Здоровый образ жизни должен целенаправленно и постоянно формироваться в течение жизни человека, а не зависеть от обстоятельств и жизненных ситуаций. В этом случае он будет являться рычагом первичной профилактики, укрепления и формирования здоровья, совершенствования резервных возможностей организма.



Пропаганда ЗОЖ



Пропаганду здорового образа жизни нужно начинать с семьи. Невозможно вырастить здорового ребенка с тягой к здоровому образу жизни, если родители пьют, курят и едят все подряд.

Зачастую родители плохо представляют, как же необходимо приобщать ребенка к здоровому образу жизни. Важно помнить, что основная задача родителей не только охранять детский организм от вредных влияний, но и создавать условия, которые способствуют повышению защитных сил организма и его работоспособности.



Воспитание здорового образа жизни начинается с приучения к правильной организации режима дня, который оптимально сочетает периоды бодрствования и сна детей в течение суток, удовлетворяет их потребности в пище, в деятельности, отдыхе, двигательной активности. Режим дня дисциплинирует детей, способствует формированию многих полезных навыков, приучает их к определенному ритму.

Воспитание здорового образа жизни в среде молодежи является очень тяжелым трудом, требующим активной пропаганды не только в ВУЗах и училищах, но и в общественных местах таких как кинотеатры, рестораны и клубы.



Современная молодежь, не смотря на тенденции к здоровому питанию и фитнесу, не осознает реальных последствий таких вредных привычек как нерегулярный сон, курение и употребление легких наркотиков. Бытует такая установка: Пока молод – можно все. С этим нужно активно бороться посредством адекватной пропаганды здорового образа жизни.

Основные факторы, определяющие состояние здоровья населения – адекватная система мероприятий по работе не только с детьми и подростками, но и со взрослыми гражданами нашей страны. При пропаганде ЗОЖ используются методы устной, печатной, наглядной и комбинированной пропаганды. В настоящее время достоверно установлено, что метод устной пропаганды является наиболее эффективным. Кроме того, большую роль играет пропаганда здорового образа жизни в кинематографе и на страницах модных изданий.



Мероприятия по формированию ЗОЖ реализуются на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

На популяционном уровне они осуществляются посредством активной непрерывной информационно-коммуникационной кампании и обеспечения условий для ведения ЗОЖ.

На индивидуальном и групповом уровнях - в основном в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Медицинские работники должны квалифицированно использовать все доступные и необходимые методы и средства гигиенического обучения и воспитания. Под словом «методы» в данном случае понимают три основных способа ведения пропаганды:

метод устной пропаганды

метод печатной пропаганды

изобразительный (наглядный) и их комбинации.



К средствам метода устной пропаганды относятся:

- популярная лекция,
- агитационно-информационное выступление.
- беседа (групповая, индивидуальная),
- вечер (час) вопросов и ответов,
- дискуссия,
- викторина,
- конференция,
- занятие,
- инструктаж вводный.



ВИКТОРИНА



«ЗОЖ»



Таким образом, к средствам устной пропаганды относятся:

средства, при использовании которых имеется непосредственный контакт с аудиторией (лекция, беседа, вечер вопросов и ответов, диспут, агитационные или информационные выступления)



средства, при использовании которых непосредственный контакт с аудиторией отсутствует (радио выступление, выступления по телевидению, запись выступлений, лекций на пленке, пластинке).





Лекция — наиболее распространенное средство устной пропаганды, освещающее какую-либо одну тему, один вопрос в определенный отрезок времени, имеющее форму монолога.

Беседа — эффективное средство устной пропаганды. Позволяет установить тесный контакт с аудиторией за счет небольшого числа участников (до 25—30 человек). В процессе беседы в обсуждение темы вовлекается возможно большее число слушателей.



Вечер вопросов и ответов — это та же беседа, но здесь задает вопросы аудитория, а ведущий отвечает. Успешное проведение вечера зависит от степени подготовленности ведущего. Вопросы либо собираются заранее, либо задаются на самом вечере.

Дискуссия — активная проработка темы в достаточно подготовленной группе. Может быть проведена кружковая подготовка с аудиторией, интересующейся отдельными вопросами. Она предполагает углубленное изучение материала на определенную тему.





Гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляются также посредством программ на центральном и местном радиовещании и телевидении (это лекции, беседы, выступления, час «вопросов и ответов» и т.д.). Такие передачи, как правило, проходят в определенные дни и часы.



Метод устной пропаганды является одним из ведущих и наиболее эффективным методом пропаганды здорового образа жизни. Это самый популярный, экономичный, простой и доступный в организационном отношении метод.

Метод печатной пропаганды включает средства:

- брошюра,
- буклет,
- бюллетень,
- журнал,
- календарь,
- статья,
- книга,
- листовка,
- лозунг,
- памятка,
- стенная газета.



Метод печатной пропаганды предоставляет большие возможности для пропаганды санитарно-гигиенических знаний, методов индивидуальной и групповой профилактики заболеваний, оздоровления окружающей среды и т.д. среди широких слоев населения.

Данный метод делится на две основные группы:

а) средства печатной пропаганды, создаваемые силами собственного коллектива медицинских работников (рукописные лозунги, доски вопросов и ответов, санитарные стенные газеты, санитарные бюллетени, статьи и заметки в периодических изданиях);

б) печатная продукция (печатный лозунг, брошюра, памятка, листовка, газетные и журнальные публикации).

Среди многих ценных качеств средств метода печатной пропаганды наиболее важными являются:

- а) большой тираж печатных изданий;
- б) охват широких слоев населения;
- в) возможность неоднократного прочитывания, способствующего лучшему усвоению;
- г) точность изложения.



Лозунг - это призыв выполнять те или иные советы с ярким и лаконичным текстом, выразительно освещающим самую суть проблемы.

ЗДЕСЬ ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Листовка — рассчитана на широкий круг читателей, имеет ярко выраженный агитационный характер.

Памятка — научно популярная книжка, к ней предъявляются те же требования, что и к лекции. На промышленных предприятиях большим успехом пользуются передвижные цеховые библиотечки, составленные из брошюр на медицинские темы.



Доска вопросов и ответов — состоит из вопросов читателей и ответов врачей-специалистов. При доске должен быть специальный ящик для вопросов. Ответы даются краткие, научно подготовленные.

Санитарная стенная газета — выпускается в лечебно-профилактических учреждениях, в медсанчастях промышленных предприятий, школах и др. учебных заведениях.



Санитарный бюллетень — выпускается в любых учреждениях медицинскими работниками и санитарной общественностью. Он должен быть хорошо оформлен, к нему предъявляются следующие требования: красочность, привлекательность, броскость, конкретность темы, интересное содержание.

Профилактика неинфекционных заболеваний

Научной основой профилактики НИЗ является концепция факторов риска. Среди возможных причин резких колебаний смертности в конце 20-го столетия можно выделить:

психосоциальный стресс

алкоголь

традиционные факторы риска:

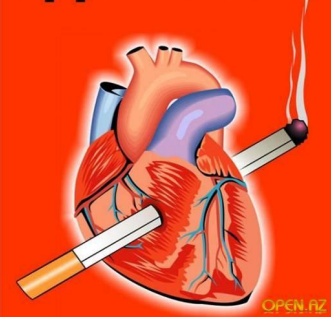
курение

Избыточная
масса
тела

артериальная
гипертония

гиперхолестеринемия

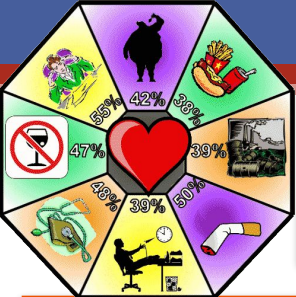
НЕ прокури своё
ЗДОРОВЬЕ!



Гипертония -
стабильно высокое
артериальное
давление



Жировые
отложения
на стенках
сосуда

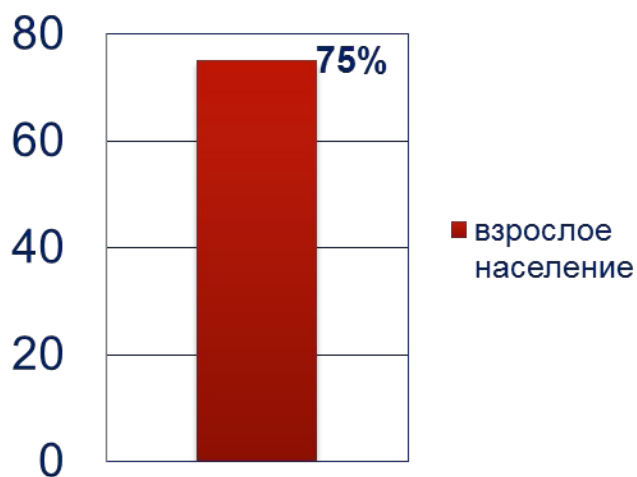


Факторы риска - факторы внешней и внутренней среды организма, поведенческие факторы, способствующие увеличению вероятности развития заболевания, его прогрессированию и неблагоприятному исходу.

Основные факторы риска неинфекционных заболеваний, увеличивающие вероятность ухудшения состояния здоровья населения, возникновения и развития заболеваний.

Во второй половине XX века произошло принципиальное изменение основных причин смерти – на первый план вышли хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), к которым относятся болезни системы кровообращения (БСК), онкологические и хронические бронхо-легочные заболевания, а также сахарный диабет.

Смертность от ХНИЗ



Экономический ущерб только от этих заболеваний составляет около 1 трлн. рублей в год (около 3% ВВП). В отличие от информации о профилактических мерах, направленных на предупреждение инфекционных заболеваний, существующие учебники и учебные пособия предоставляют недостаточно материалов для практического осуществления мер по предупреждению ХНИЗ.

Для восполнения дефицита указанной информации и подготовлены данные рекомендации, предназначенные для всех врачей и средних медицинских работников, занимающихся профилактикой ХНИЗ и прежде всего для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинского персонала отделений (кабинетов) медицинской профилактики.

общие факторы риска неинфекционных заболеваний

курение

избыточная масса тела

высокий уровень холестерина крови

повышенное артериальное давление

употребление алкоголя и наркотиков

низкая физическая активность

экологическое неблагополучие

психосоциальные расстройства



Опыт развитых стран убедительно свидетельствует: результатом энергичных мер по ограничению распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний является увеличение средней продолжительности жизни населения.

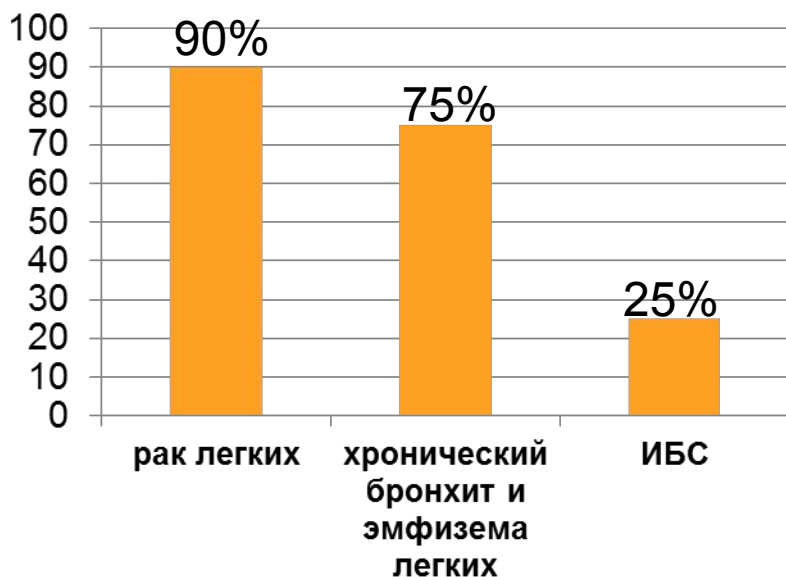


Курение



По данным ВОЗ курение табака является ведущей причиной плохого здоровья и преждевременной смертности. Курение является одним из наиболее значимых факторов риска, приводящих к развитию таких заболеваний, как сердечно-сосудистые, респираторные, некоторые формы рака.

С курением связаны:



Известно также, что смолы табака – не единственное из опасных для жизни веществ, вдыхаемых в процессе курения. Еще недавно в табачном дыме насчитывали 500, затем 1000 компонентов. Согласно современным данным, количество этих компонентов составляет 4720, в том числе наиболее ядовитых – около 200.



клинические разновидности курения

привычка

Те, кто курит лишь в силу привычки, могут стать некурящими совершенно безболезненно, без всякой медицинской помощи и со временем вообще забывают, что курили.



зависимость

Те, у которых сформировалась табачная зависимость, при всем желании не могут навсегда отказаться от курения, даже если первые дни без табака у них проходят относительно благополучно. Иногда и после длительного перерыва (в несколько месяцев и даже лет) у них наступает рецидив. Это означает, что курение оставило глубокий след в механизмах памяти, мышления, настроения и обменных процессах организма.



Согласно имеющимся данным, из 100 систематических курящих только семь курят в результате привычки, остальные 93 больны.

68% дыма горящей смолы и выдыхаемого курильщиком воздуха попадает в окружающую среду.





Если же в непроветриваемой комнате будет выкурено несколько сигарет, то за один час некурящий человек вдохнет столько вредных веществ, сколько поступает в организм человека, выкурившего **4-5** сигарет. Находясь в таком помещении, человек поглощает столько же угарного газа, как и курящий, и до 80% других веществ, содержащихся в дыме сигареты, папиросы или трубки.

Регулярное пребывание в роли "пассивного курильщика" в 2,5 раза повышает у него риск сердечных заболеваний со смертельным исходом по сравнению с теми людьми, которые не подверглись действию вторичного табачного дыма. Наиболее чувствительны к табачному дыму дети до 5 лет. Пассивное курение способствует развитию у них гиповитаминозов, ведет к потере аппетита и расстройству пищеварения. Дети становятся беспокойными, плохо спят, у них бывает длительный, плохо поддающийся лечению кашель, чаще сухой, носящий приступообразный характер. В течение года они болеют бронхитом и ОРВИ 4-8 и более раз. Гораздо чаще, чем дети некурящих родителей, они заболевают и воспалением легких.

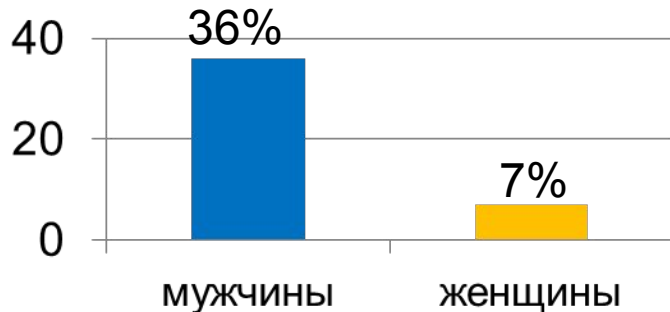




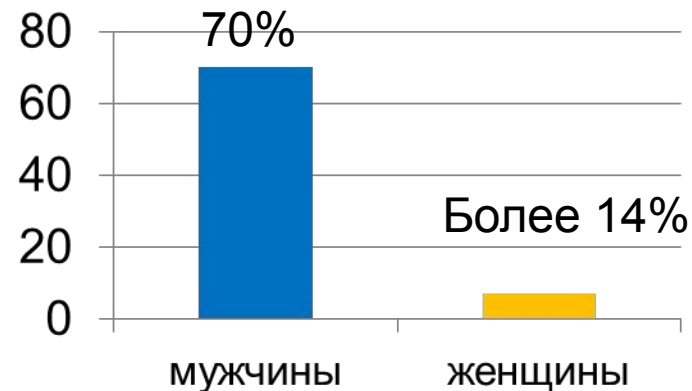
По мнению ученых, за счет избавления от никотиновой зависимости средняя продолжительность жизни землян возросла бы на 4 года. Во многих странах для снижения числа курильщиков используют экономические рычаги, например систематическое повышение цен на табачные изделия. Исследования американских специалистов показали, что люди, только начинающие курить, особенно подростки, больше всего реагируют на рост цен. **Даже 10%-ное увеличение розничной цены на сигареты приводит к сокращению их покупки более чем на 20%, а многих вообще удерживает от приобщения к курению.**

Во всем мире количество курильщиков снижается, а в России их число составляет **65 млн. человек.**

Смертность от курения в России по данным Министерства здравоохранения



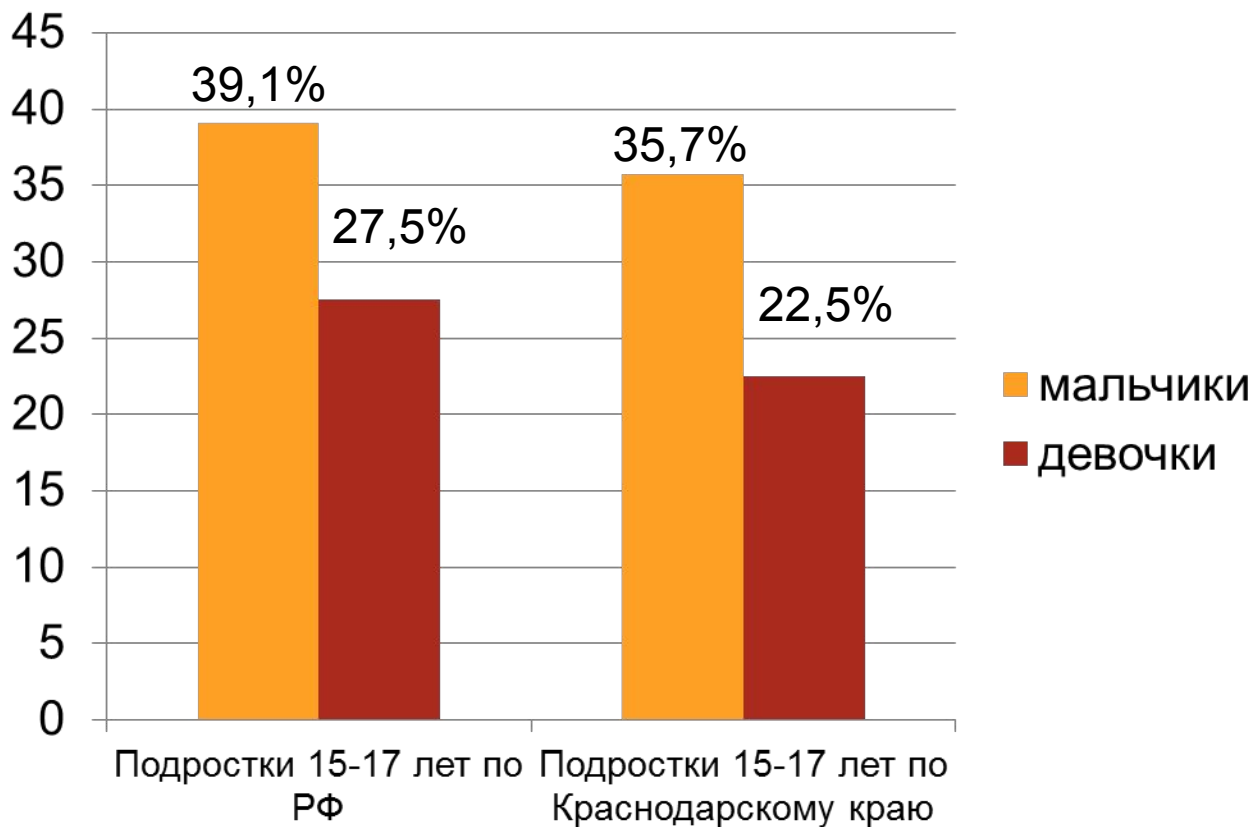
Распространенность курения в России



От причин связанных с курением в стране ежегодно умирают более **270 тысяч** человек – больше, чем от СПИДа, автокатастроф, наркомании и убийств, вместе взятых. Из-за увеличения потребления табака заболеваемость раком легких за последние 10 лет возросла на **63%**. **Ежегодно в нашей стране потребляется 280 – 290 млрд. сигарет, производство табачных изделий неуклонно растет.**

Курение среди подростков приобретает масштабы национального бедствия.

Пик приобщения к курению приходится на ранний школьный возраст
– от 8 до 10 лет.



Избыточная масса тела



Почти во всех странах (как с высокими, так и с низкими доходами) происходит эпидемия ожирения, хотя и с большими вариациями между странами и внутри стран. В странах с низкими доходами ожирение более распространено среди женщин среднего возраста, людей более высокого социально-экономического положения и людей, проживающих в городах.

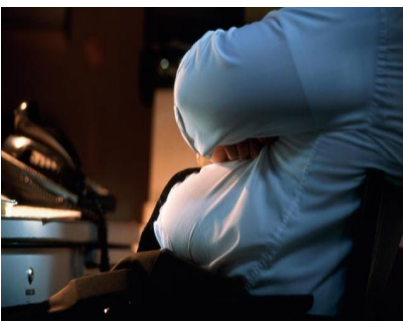


В более богатых странах ожирение не только распространено среди женщин среднего возраста, но и становится все более распространенным среди более молодых взрослых и среди детей. Кроме того, оно все чаще поражает людей более низкого социально-экономического положения, особенно женщин.



Что же касается различий между городскими и сельскими районами, то они постепенно уменьшаются или даже меняются местами.



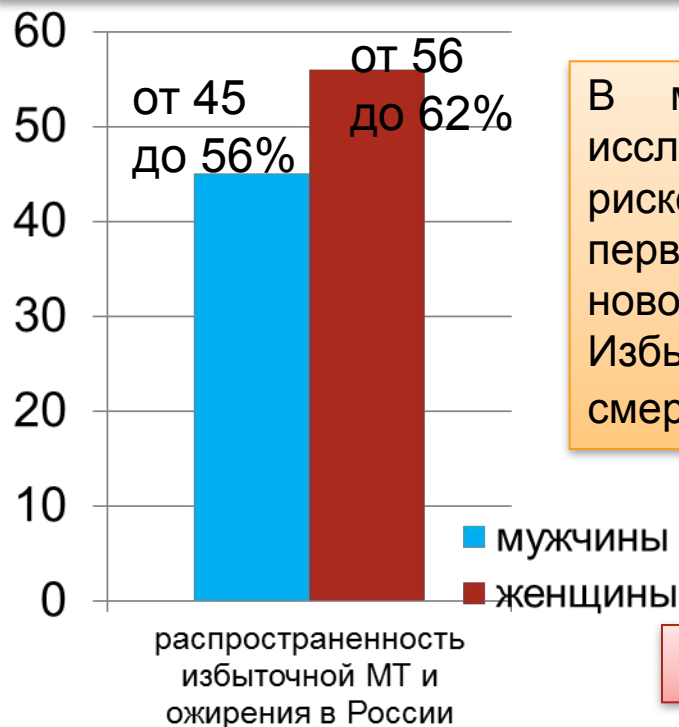


Пища и продукты питания превратились в товар, изготавливаемый и сбываемый на рынке, который в результате своего развития превратился из когда-то преимущественно "местного рынка" в постоянно растущий глобальный рынок. Изменения в мировой пищевой промышленности находят отражение в изменении рациона, например, в повышенном потреблении высококалорийных продуктов, богатых жирами, в частности, продуктов, содержащих насыщенные жиры, с низким содержанием нерафинированных углеводов.

Эти тенденции усугубляются тенденциями снижения физических энергозатрат населения, вызванных малоподвижным образом жизни, в частности, наличием автотранспорта, использованием бытовых приборов, позволяющих снизить трудоемкость работы на дому, свертыванием рабочих мест, требующих ручного физического труда, и досугом, который преимущественно представляет собой времяпрепровождение, не связанное с физической активностью.



В РФ так же, как в большинстве экономически развитых стран мира отмечается рост распространенности избыточной МТ и ожирения.

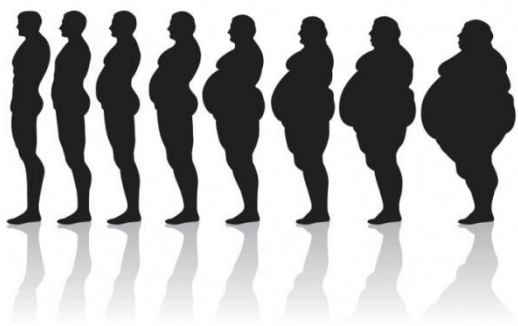


В многочисленных проспективных эпидемиологических исследованиях выявлена связь избыточной МТ и ожирения с риском развития целого ряда НИЗ и смертностью от них, в первую очередь, ССЗ, некоторых злокачественных новообразований, СД, нарушений обмена веществ и др. Избыточная МТ/ожирение связаны с более высокой общей смертностью населения.

Избыточная масса тела -



избыточное накопление жира в организме человека, развивается при превышении количества поступления энергии с пищей по энергетической ценности рациона над энергетическими тратами человека. При таком длительном дисбалансе в организме происходят качественные нарушения, характерные для хронического заболевания - ожирения.



Ожирение представляет собой обменно-алиментарное хроническое заболевание, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, являющееся независимым ФР НИЗ, в частности ССЗ, и формирующее «каскад» вторичных ФР НИЗ.

В настоящее время наиболее широко распространенным показателем для оценки степени ожирения является индекс массы тела (индекс Кетле). Расчет ИМТ по индексу Кетле рекомендован ВОЗ более 20 лет назад для оценки избыточной массы тела в практической работе врача:

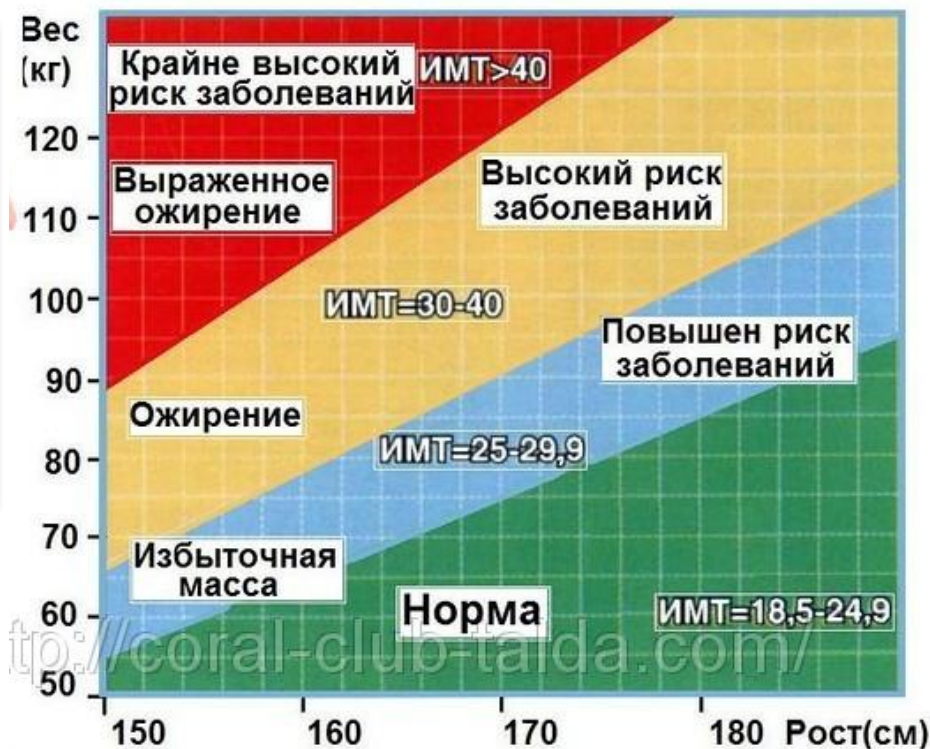
$ИМТ = \text{Масса тела (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$.

Единица измерения - кг/м

Нормальная МТ соответствует ИМТ 18,5-24,9 кг/м .

При величине индексе МТ 25,0 кг/м масса тела оценивается как избыточная, а 30,0 и более – как ожирение.

$$ИМТ = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост (м}^2\text{)}} \left(\text{кг/м}^2 \right)$$



Вследствие этих изменений в рационе питания и образе жизни хронические неинфекционные болезни - включая ожирение, сахарный диабет, сердечно-сосудистые болезни (ССБ), повышенное кровяное давление и инсульты, а также некоторые виды рака – все больше и больше становятся причинами нетрудоспособности и преждевременной смертности людей в развивающихся странах и странах, недавно достигших статуса развитых, представляя собой, таким образом, дополнительное бремя для национальных бюджетов сектора здравоохранения, которые уже и без того отягощены расходами.

Простым методом выявления пациентов с абдоминальным типом накопления жира является определение величины окружности талии:

риск ССЗ и СД возрастает уже при окружности талии 80 см у женщин



риск ССЗ и СД возрастает уже при окружности талии 94 см - у мужчин,



При 88см и выше у женщин и 102 см и выше у мужчин - риск этих заболеваний уже высокий.



Высокий уровень холестерина крови

Существует определенная взаимосвязь между повышенным уровнем холестерина крови и развитием ССЗ.

По данным ВОЗ снижение среди населения среднего уровня холестерина на 10% снижает риск развития ишемической болезни сердца на 30%.

Повышенный уровень холестерина в свою очередь определяется избыточным потреблением животных жиров, особенно мясных, колбасных, жирных молочных продуктов и молока.



Жировые
отложения
на стенках
сосуда

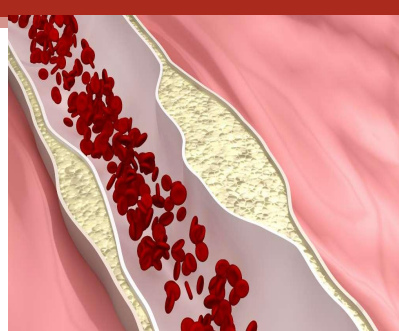
Распространенность гиперхолестеринемии в России очень высока. Так, до 30% мужчин и 26% женщин 25-64 лет имеют холестерин выше 250 мг %.



Для большинства людей в мире, особенно, в развивающихся странах, продукты животноводства остаются излюбленной пищей за их питательную ценность и вкус. Чрезмерное потребление продуктов животноводства в некоторых странах и классах общества может, однако, привести к излишнему потреблению жиров. Увеличение количества жиров в рационе питания во всем мире превышает увеличение количества белков в том же рационе питания.

Питание остается одним из самых сложных и недостаточно изученных вопросов в области укрепления здоровья населения России. До последнего времени в сфере профилактики основных неинфекционных заболеваний в российском здравоохранении культивировалась точка зрения на питание как один из аспектов лечения, как на вид терапии, лекарство. Крайне актуальной представляется задача организации системы измерения уровня холестерина в крови у населения, а также улучшения качества измерений липидов крови в лабораториях практического здравоохранения с повсеместным внедрением процедуры внутреннего и внешнего контроля качества измерений. Это даст возможность организациям, занимающимся планированием в здравоохранении объективно оценивать и мониторировать липидный профиль населения и, следовательно, направлять профилактическое вмешательство в нужное русло. Кроме того, это поможет избежать как недо-, так и переоценку численности лиц с гиперхолестеринемией и адекватно оценивать стоимость профилактических мер.

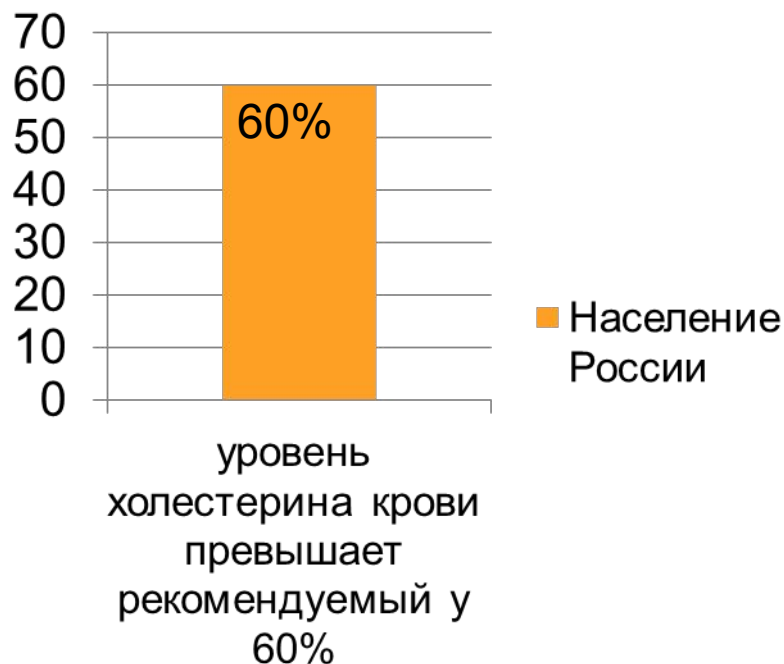




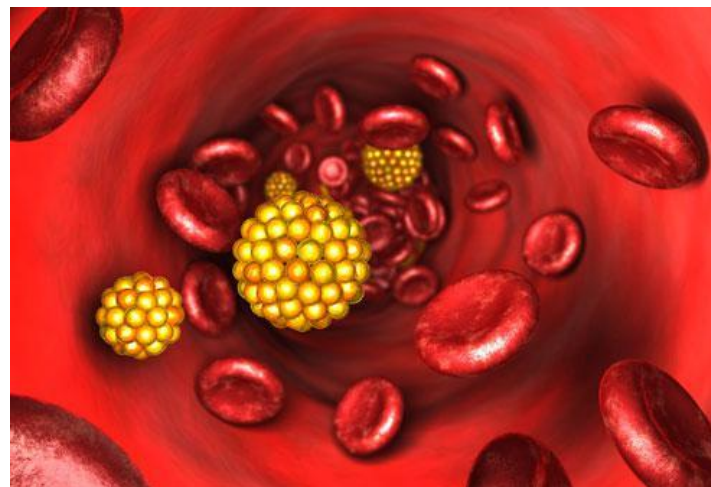
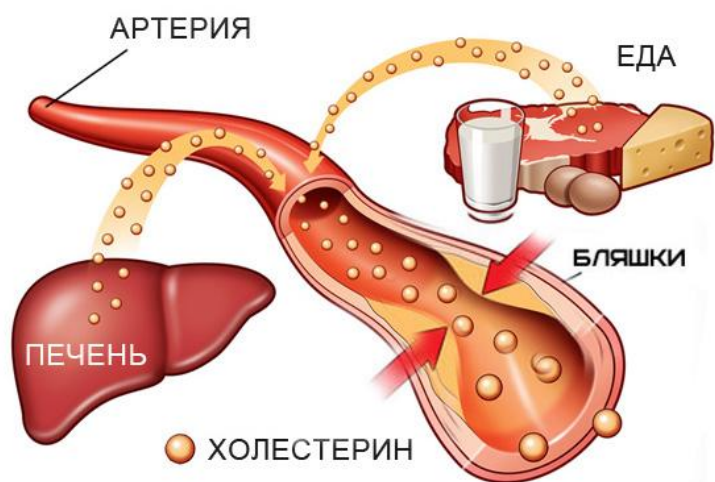
Значение питания как для сохранения и укрепления здоровья, так и для профилактики заболеваний, не вызывает сомнений. Большая часть данных, касающаяся выраженности связи между питанием и хронической патологией, накоплена в области сердечно-сосудистых заболеваний. **Наиболее хорошо исследованы взаимосвязи между диетой, уровнем липидов плазмы крови и частотой ишемической болезни сердца (ИБС), где накоплен обширный экспериментальный, клинический и эпидемиологический материал.**

В результате этих и других исследований к началу 70-х годов сложилось мнение об отрицательной роли насыщенных жирных кислот (ЖК), положительной роли полиненасыщенных ЖК.

Население России



Синтез холестерина идет непрерывно: 80% организм создает из промежуточных продуктов обмена белков, жиров и углеводов и лишь 20% получает в готовом виде – с продуктами питания животного происхождения. Если резко ограничить количество холестерина, поступающего в организм с пищей, незамедлительно включается компенсаторная реакция – усиленный синтез холестерина в самом организме. В результате количество холестерина может даже увеличиться.



Холестерин – это сложное химическое соединение, относящееся к классу жиров (липидов). В воде жиры не растворяются, а чтобы путешествовать по кровяному руслу холестерин образует соединения из водорастворимых белков – липопротеиды.

Различают две основные группы липопротеидов:

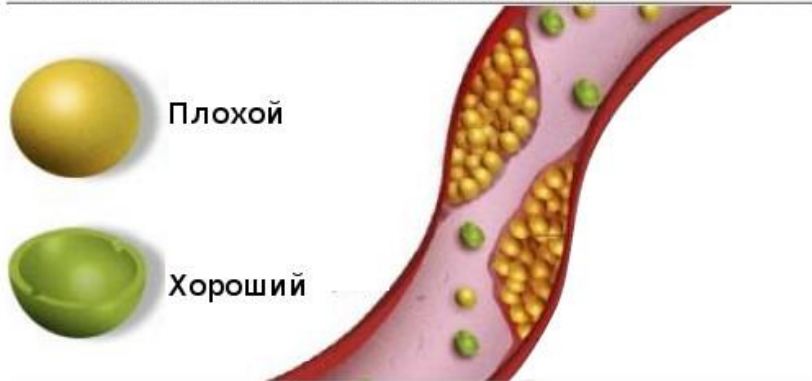
липопротеиды низкой плотности (ЛПНП)

Липопротеиды низкой плотности образуются в клетках печени. Основная их задача – доставка холестерина от печени и кишечника к каждой клетке организма. Они легко отдают холестерин. Заключенный в ЛПНП холестерин и есть тот самый, что откладывается на стенках артерий, образуя холестериновые бляшки. **Это «плохой холестерин».** Он способствует развитию атеросклероза.

липопротеиды высокой плотности (ЛПВП).

В свою очередь липопротеиды высокой плотности образуются не только в клетках печени и кишечника, но и непосредственно в плазме крови. ЛПВП способны вылавливать холестерин из крови и собирать его излишки с поверхности клеток. Поймав частицы холестерина, ЛПВП сплавляют его с током крови в печень, где он и разрушается. Некоторые из ЛПВП обладают даже способностью тормозить уже начавшийся процесс образования бляшки. **Это «хороший холестерин».** Он на стенках артерий не откладывается и к атеросклерозу приводить не может.

ПЛОХОЙ И ХОРОШИЙ ХОЛЕСТЕРИН



Некоторые показатели липидного (жирового обмена):

- Концентрация общего холестерина в сыворотке крови практически здоровых людей (в норме) – 3,6-5,0 ммоль/л;
- Незначительная гиперхолестеринемия – 5,0-6,7 ммоль/л;
- Умеренная гиперхолестеринемия – 6,7-7,8 ммоль/л;
- Тяжелая гиперхолестеринемия – более 7,8 ммоль/л;
- Для больных ишемической болезнью сердца, атеросклерозом и сахарным диабетом нормальный уровень содержания холестерина в сыворотке крови считается – 4,5-5,0 ммоль/л;
- Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП – «хороший») – 0,9-1,9 ммоль/л;
- Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП – «плохой») – менее 2,2 ммоль/л



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

Повышенное артериальное давление



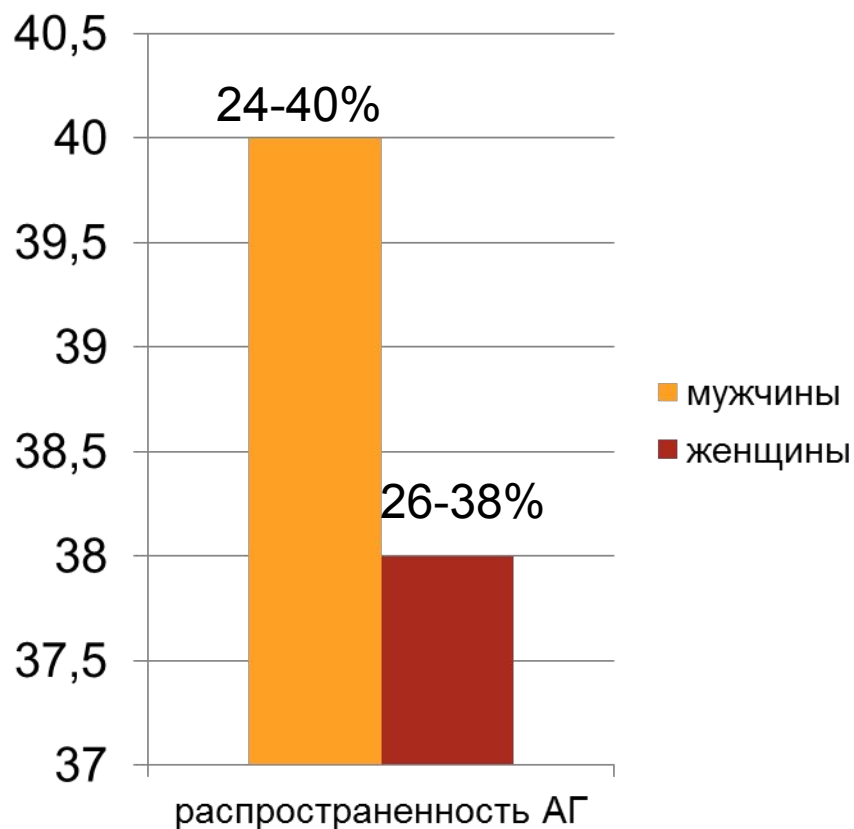
Среди сердечно-сосудистых заболеваний артериальная гипертония является одним из наиболее распространенных заболеваний. Частота ее увеличивается с возрастом. **Сердечно-сосудистые осложнения артериальной гипертонии, в первую очередь, мозговой инсульт, инфаркт миокарда являются основной причиной смерти и инвалидности населения трудоспособного возраста и наносят значительный социально-экономический ущерб.**

АГ является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Однако, этот риск резко возрастает, если гипертония сочетается с другими факторами риска развития ССЗ, особенно с такими как **дислипидемия, сахарный диабет, курение.** Поэтому, проводя программу по контролю АГ, целесообразно, кроме давления попытаться скорректировать и другие факторы риска. Тогда это значительно повысит эффективность предупреждения инфаркта миокарда и инсульта.

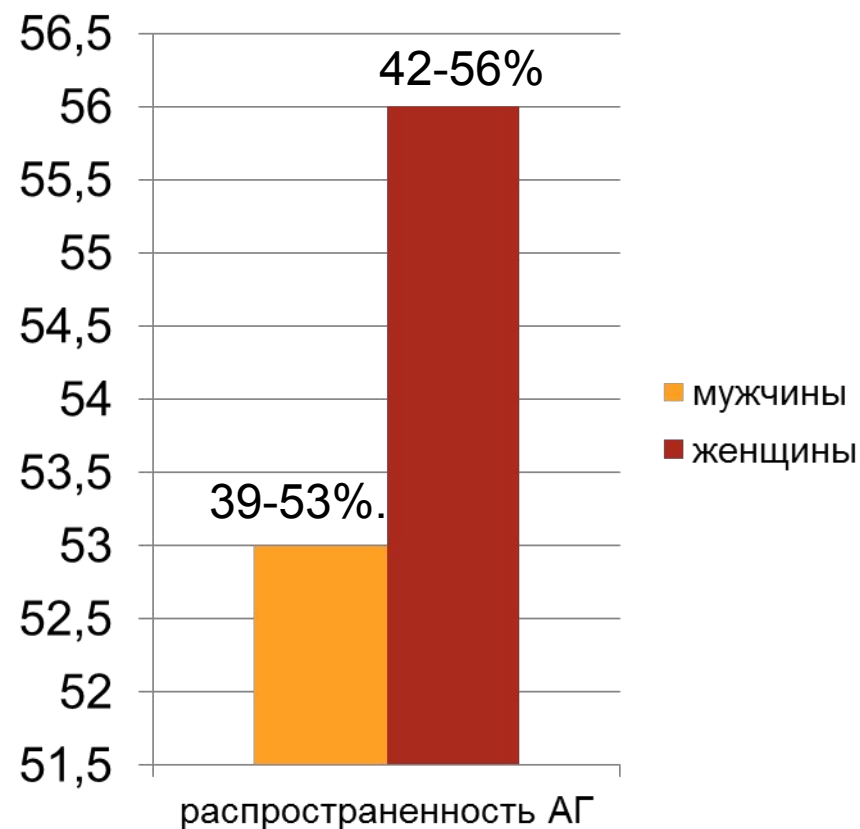
Таким образом, оценивая риск сердечно-сосудистых осложнений у лиц с АГ, необходимо учитывать не только степень повышения АД, но и другие факторы риска, т.е. оценивать глобальный или суммарный риски, исходя из его величины, определять тактику лечения конкретного больного.

В России по данным скрининговых исследований ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России распространенность артериальной гипертензии составила:

Трудоспособный возраст



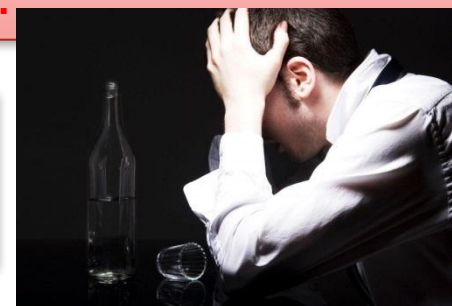
В старших возрастных группах (50-59 лет)



Потребление алкоголя

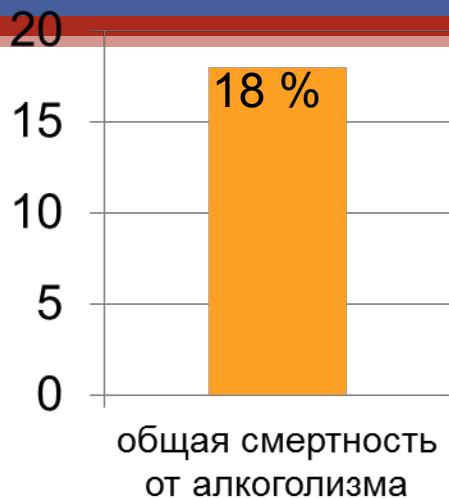


По мнению экспертов ВОЗ, основной причиной демографического кризиса в России, наряду с "крушением системы здравоохранения и психосоциальным стрессом", является чрезмерное потребление алкоголя: **на протяжении последних нескольких лет Россия становится мировым лидером по уровню потребления алкоголя на душу населения – 13 литров на человека в год, при среднеевропейском показателе – 9,8 литра.**



По масштабам ущерба, к которым приводит потребление алкоголя, на первое место следует поставить хронический алкоголизм, один из видов заболеваний, связанных с зависимостью.

Распространенность алкоголизма по данным разных источников составляет **2-20%** от численности населения. И хотя разница показателей во многом зависит от разницы критериев оценки, тем не менее, всеми признается большая величина негативных последствий, к которым приводит алкоголь. Помимо прямого вреда, причиняемого алкоголем непосредственным потребителям, его негативное влияние проявляется в виде вторичной проблемы - "созависимое" окружение из числа его близких, у которых развиваются невротические состояния, депрессии, патология личности, психосоматические страдания. Это отрицательно сказывается на качестве жизни всего населения, создает дополнительные нагрузки медицинской и социального характера.



Достоверно известно, что хроническая алкоголизация существенно повышает смертность в связи с другими причинами, в частности, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, печени, желудочно-кишечного тракта, бытовым и производственным травматизмом.

В последние годы появляются сообщения о патогенной роли этанола в развитии онкологических заболеваний. В опытах на животных было доказано, что этанол препятствует естественному разрушению попадающих в организм канцерогенных веществ.

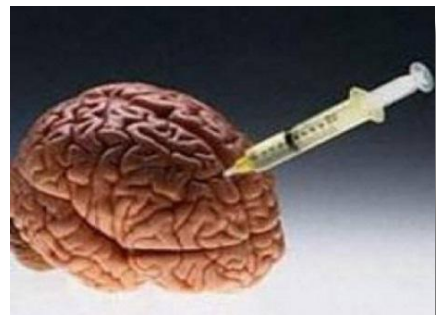
Замедляя распад некоторых канцерогенных веществ, содержащихся в табачном дыме, алкоголик значительно усугубляет онкологическую опасность табакокурения.

Злокачественные новообразования полости рта и верхних дыхательных путей у курильщиков, злоупотребляющих алкоголем, встречаются, по нашим данным, в 6 раз чаще, чем среди населения в целом; чаще наблюдается у них рак пищевода, желудка, поджелудочной железы. Особую роль играет хроническая алкогольная интоксикация, опосредованная нервно-психическими расстройствами, в качестве причины самоубийства. Развитие суицидальных тенденций и риск самоубийства у больных алкоголизмом в 200 раз выше, чем среди населения в целом.



Распространенность наркотиков

Проблема злоупотребления наркотиками определяется комплексом негативных взаимосвязанных факторов и событий, среди которых выделяются:



- глубокие разрушительные психические, и физические последствия от злоупотребления, влекущие за собой невозможность нормального функционирования человека как личности и как члена общества;



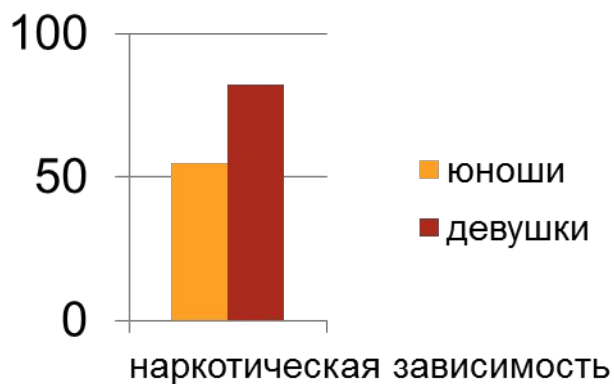
- нарастающая во всем мире распространенность наркомании, принимающая во многих обществах характер эпидемий и поражающая преимущественно людей трудоспособного возраста, молодежь и подростков;

- связанные с двумя вышеназванными факторами значительные социальные и экономические потери, нарастание криминогенных событий, разрушение национального генофонда;



- возрастание влияния наркомафии, ее проникновение в административно-управленческие и экономические структуры, правоохранительные органы, что влечет за собой обстановку аномии (дезорганизации) общества;

- разрушение атрибутов традиционной культуры, в том числе и санитарной.



По утверждению специалистов Российского государственного медицинского университета, наркотическая зависимость у подростков, в том числе психическая, формируется с первым уколом героина в 55% случаев у юношей и в 82% - у девушек. Только за последние 10 лет количество летальных исходов среди молодежи вследствие употребления наркотиков в России увеличилось в 42 раза.



Исследование распространенности "случайного" употребления наркотически действующих и токсикоманических веществ среди городских подростков-школьников 15-17 лет, проведенное методом анонимного анкетирования ГУЗ "Центр медицинской профилактики департамента здравоохранения Краснодарского края", показало, что группа "случайных" потребителей психоактивных веществ составила 14,5% у мальчиков и 7,1% у девочек на 100 подростков 15-17 лет. Полученные данные несколько ниже аналогичных среднероссийских показателей – 17,0% у мальчиков и 9,8% у девочек.

Низкая физическая активность



Низкая физическая активность или сидячий образ жизни является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых и других заболеваний, включающих ишемическую болезнь сердца, инсульт, повышенное АД, инсулиннезависимый сахарный диабет, остеопороз. У физически нетренированных людей риск развития ССЗ в 2 раза выше, чем у физически активных. Степень риска, для малоподвижных людей сравнима с относительным риском трех наиболее известных факторов, способствующих развитию ССЗ: курения, артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии.

На протяжении тысяч лет существования на Земле биологического вида "человек мыслящий" единственным источником его жизнеобеспечения был мышечный аппарат. За последние 100 лет доля физического труда в обеспечении жизнедеятельности человека снизилась в 200 раз. Это привело к тому, что у современного цивилизованного человека на физическую работу расходуется 500-750 ккал в сутки, **что в 2-2,5 раза меньше, чем это заложено в генотипе человека и необходимо для нормальной жизнедеятельности.**

физическая работа

500-750 ккал в сутки,

оздоровительная физкультура и спорт

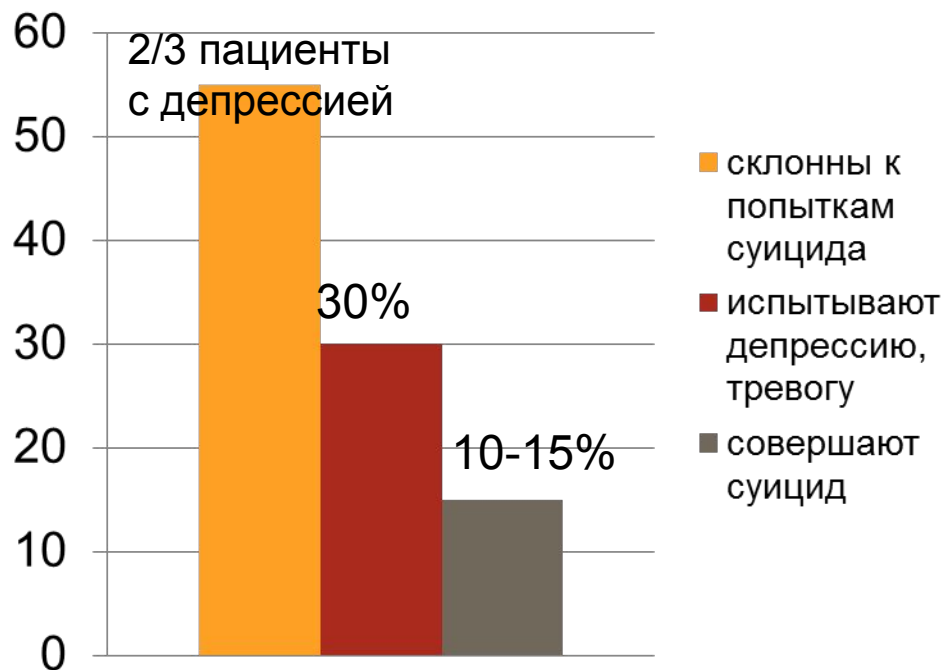
350-500 ккал энергии ежедневно или
2000-3000 ккал – еженедельно.

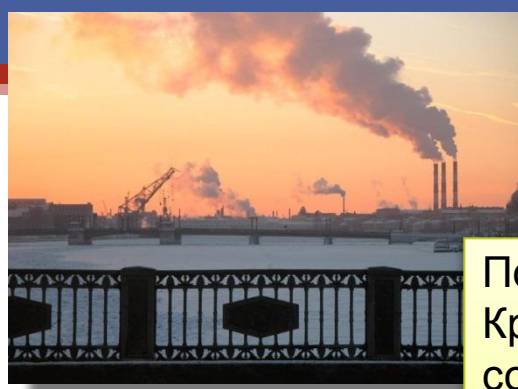
Физическая активность является важной детерминантой массы тела. Кроме того, физическая активность и физическая подготовка (которая относится к способности осуществлять физическую активность) являются важными модификаторами смертности и заболеваемости, связанных с избыточной массой тела и ожирением. Имеются безусловные свидетельства того, что физическая подготовленность от умеренного до высокого уровня обеспечивает значительно меньший риск сердечно-сосудистых болезней и смертности от всех причин. По мнению многих ученых правильно построенная система физических упражнений не только сохраняет активное долголетие, но и продлевает жизнь в среднем на 6-8 лет.



Психосоциальные расстройства

В практике первичного звена здравоохранения нередко встречаются случаи психосоциальных нарушений, которые отягощают имеющиеся у пациента физические заболевания и сами по себе представляют угрозу его здоровью. Наиболее частым и основным психосоциальным расстройством является депрессивный синдром. Необходимо помнить, что среди пациентов с депрессией $\frac{2}{3}$ склонны к попыткам суицида, а 10-15% совершают суицид. Приблизительно 30% всего взрослого населения временами испытывают депрессию и тревогу, способные влиять на их повседневную активность. Женщины в 2-3 раза чаще мужчин обращаются за помощью к врачу первичного звена здравоохранения в связи с депрессией и тревогой.





Экологическое состояние.

По данным территориального управления Роспотребнадзора по Краснодарскому краю в последние годы в Краснодарском крае сохраняется тенденция к увеличению уровня загрязнения атмосферного воздуха химическими веществами по отношению к установленным нормативам (ПДК).

Высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха на территории края обусловлен

во-первых

высокой антропогенной нагрузкой на атмосферу, связанной с эксплуатацией автотранспортных средств, объектов теплоэнергетики, нефтепродуктопроводного транспорта, предприятий топливной, химической, нефтеперерабатывающей промышленности, стройиндустрии и агропромышленного комплекса, деятельностью портов по перевалке различных грузов, в том числе нефти и нефтепродуктов;

во-вторых

особыми климатическими условиями, характеризующимися пониженной рассеивающей способностью атмосферы, что ухудшает состояние окружающей воздушной среды в регионе.



Наиболее крупным загрязнителем является транспортный комплекс, включающий автомобильный, морской, железнодорожный, авиационный и речной транспорт. Увеличение выбросов от передвижных источников обусловлено ростом количества транспорта, находящегося в пользовании граждан, в том числе прибывающего из других регионов страны, а также увеличением масштабов грузоперевалок в морских портах. Увеличение выбросов загрязняющих веществ от автотранспорта обусловлено не только его количеством, но и его техническим состоянием и качеством используемого топлива.

Автомобильный транспорт, являясь основным источником загрязнения, вместе с отработанными газами выделяет в атмосферу более 200 вредных веществ, в том числе и I-II класса опасности:



Ухудшение показателей качества атмосферного воздуха среды обитания, особенно заметное в крупных городах края, обусловлено большим количеством автомобильного транспорта, развитием и расширением перегрузок в морских портах.

Наиболее опасными загрязнителями окружающей среды для человека являются диоксины, т.к. нижнего предела безвредности диоксинов из-за их кумулятивного эффекта для природной среды не существует. Диоксины в значительных количествах формируются при сжигании мусора, твердых бытовых отходов, в составе которых накапливается хлор. Источником его образования вследствие несовершенных технологий являются также металлургические, химические и другие производства.



К сожалению, на территории Краснодарского края не существует ни одной лаборатории, способной оценивать уровень загрязнения диоксинами, что, естественно, не может служить основанием для исключения контроля за этим загрязнителем в будущем, учитывая, что зарубежные данные указывают на его опасность для здоровья населения при содержании в организме всего 10-9мг/м3.

Купание в природных водоемах, принятие солнечных ванн, прогулки в лесу, походы на байдарках и многое другое – все это сопряжено с определенным риском для человека. Но эти опасности не следует сравнивать со стихийными явлениями природы, которые уничтожают материальные ценности, созданные человеком, угрожают жизни и здоровью людей.

К особенностям природных явлений относят их внезапность и непредсказуемость, а также кратковременность их явления при высокой интенсивности. Стихийные природные явления не зависят от человека, но он не преднамеренно содействует их явлению и даже провоцирует, усиливая деструктивные процессы в ландшафтах (эрозия почвы, селевые потоки, пыльные бури и т.д.).



Изучение природных явлений, усугубляющих экологическую безопасность края, позволит оценить их угрозу жизни людей отдельных районов, определить их воздействие на функционирование отдельных ландшафтов и разработать защитные мероприятия экологического, технического и эколого-технического типов.

Анализ распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний свидетельствует о необходимости проведения целевых профилактических мероприятий, к важнейшим из которых относится гигиеническое обучение и воспитание населения с целью формирования здорового образа жизни, расширение и совершенствование психотерапевтической и психопрофилактической помощи, нормализация экологической обстановки и совершенствование природоохранных мер. Мировой опыт свидетельствует о высокой эффективности этой профилактической деятельности при условии ее непрерывности и координации усилий заинтересованных отраслей и ведомств.

Конечные цели профилактики



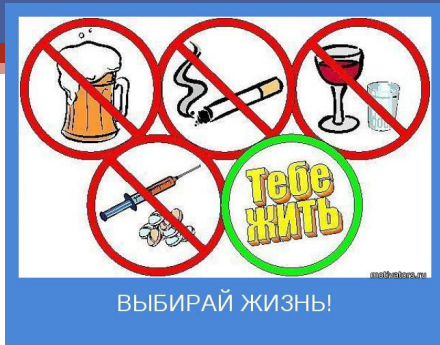
предотвращение возникновения заболевания (первичная профилактика) или изменение течения заболевания в благоприятную сторону, предотвращение его опасных проявлений и осложнений (вторичная профилактика) путем воздействия (снижения) на известные модифицируемые факторы риска у отдельных лиц или в обществе в целом.

Добиться достижения этих целей возможно с помощью широкого диапазона профилактических мероприятий, в том числе следующих:



а) разработкой политики здоровья на уровне всего общества, законодательства и организационных мер в таких важных областях, как борьба с курением, оздоровление питания населения, обеспечение безопасности на рабочих местах;

Добавь здоровья!



б) просвещением населения, повышением уровня его образованности в области здоровья, поощрением к выработке полезных для здоровья привычек и к отказу от привычек, вредных для здоровья;



в) выявлением факторов риска у отдельных лиц, своевременное применение эффективных мер по коррекции модифицируемых факторов риска, отклонений от хорошего здоровья;



г) своевременной диагностикой и лечением ранних — доклинических стадий заболеваний, снижением уровня факторов риска у больных, уже имеющих клинические проявления болезни.

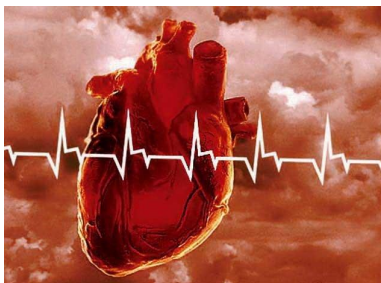
Раннее выявление заболеваний или их высокого риска может быть осуществлено как во время визитов пациентов к врачу для консультации по любой причине, так и во время организованных массовых обследований населения (**скринингов**). В обоих случаях применяются соответствующие индивидуальные тесты с ранее научно доказанной высокой чувствительностью и специфичностью.



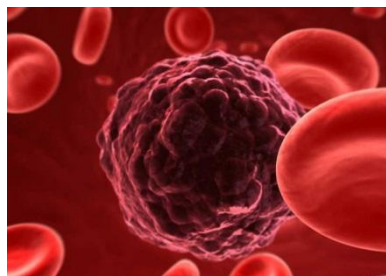
Профилактика играет огромную роль в снижении заболеваемости и смертности населения и увеличении продолжительности жизни. Мировой опыт показывает, что основные неинфекционные болезни в значительной степени могут быть предупреждены с помощью мер, направленных против основных факторов риска.

Лидирующее положение в причинах смертности населения занимают четыре группы неинфекционных заболеваний:

сердечно-сосудистые
заболевания



онкологические
болезни



хронические
обструктивные
заболевания легких



диабет



Эти заболевания объединены общими предупреждаемыми факторами риска, связанными с образом жизни: курением, неправильным питанием и недостаточной физической активностью. Поэтому профилактические мероприятия должны быть направлены на комплексную борьбу с этими факторами риска.

Заключение



Формирование ЗОЖ у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о ФР для их здоровья, создания мотивации к ведению ЗОЖ и обеспечения условий для его ведения, в том числе возможностей для поддержания достаточного уровня ФА и доступности продуктов для здорового питания.

Формирование ЗОЖ населения является важным направлением в процессе модернизации российского здравоохранения - при сохранении усилий совершенствования процесса диагностики и лечения заболеваний реальное обеспечение приоритета ЗОЖ и профилактики.

Мероприятия по формированию ЗОЖ реализуются на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях. На популяционном уровне они осуществляются посредством активной непрерывной информационно-коммуникационной кампании и обеспечения условий для ведения ЗОЖ. На индивидуальном и групповом уровнях - в основном в рамках первичной медико-санитарной помощи и в первую очередь в центрах здоровья (ЦЗ).



№1. Диагностические критерии факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний

№	Наименование	Критерии
1.	Повышенный уровень артериального давления	систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт.ст. либо проведение гипотензивной терапии.
2.	Дислипидемия	отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена (общий холестерин более 5 ммоль/л; холестерин липопротеидов высокой плотности у женщин менее 1.0 ммоль/л, у мужчин менее 1,2 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности более 3 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л) или проведение гиполипидемической терапии.
3.	Повышенный уровень глюкозы в крови	уровень глюкозы плазмы натощак более 6.1 ммоль/л или проведение гипогликемической терапии.
4.	Курение табака	ежедневное выкуривание одной сигареты и более.
5.	Нерациональное питание	избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки).
6.	Избыточная масса тела	индекс массы тела 25-29,9 кг/м ² , ожирение - индекс массы тела более 30 кг/м ² .
7.	Низкая физическая активность	ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день.

Правила активного долголетия

«Уберите солонку со стола и не подсаливайте пищу. Много соли в пище - это дорога к гипертонии»



«Контролируйте свое артериальное давление. Ваше давление не должно быть больше 140/90 мм рт. ст. В случае его повышения обращайтесь к врачу»



«Не переешьте. Употребляйте в пищу не менее 500 граммов овощей и фруктов в день, сладкое сократите до минимума. Не ешьте перед сном!»



«Следите за своим весом и своей талией. Ее окружность должна быть не больше 102 см у мужчин и 88 см у женщин»

Правила активного долголетия

«Регулярно проверяйте уровень холестерина в крови. Максимально допустимый уровень - 5 ммоль/л. В случае его превышения необходимо проконсультироваться с врачом»



«Контролируйте уровень сахара в крови. Максимально допустимый уровень натощак - 6,1 ммоль/л»



«Не злоупотребляйте алкоголем»



«Не курите. Курение сокращает жизнь более чем на 10 лет»

Правила активного долголетия

«Будьте активны.
Не теряйте интерес к
жизни»



«Чаще улыбайтесь!
Позитивное отношение к
жизни увеличивает ее
продолжительность»



«Укрепляйте иммунитет.
Употребляйте
кисломолочные продукты,
совершайте регулярные
прогулки на свежем
воздухе, проводите
оздоровительное
закаливание»



«Постоянно двигайтесь.
10 000 шагов в сутки, езда
на велосипеде, лыжные и
другие прогулки на
свежем воздухе позволят
Вам сохранить здоровье
на долгие годы»

№ 3. Суммарный сердечно-сосудистый риск (прогностическое значение и методика определения).

Систолическое АД, мм рт. ст.	Женщины										Возраст	Мужчины									
	Некурящие					Курящие						Некурящие					Курящие				
	180	160	140	120		180	160	140	120			180	160	140	120		180	160	140	120	
<																					

15% и выше; 10-14%; 5-9%; 3-4%; 2%; 1%; < 1%.

SCORE - Градация суммарного сердечно-сосудистого риска

Сравнение рисков

Рисунок 1. Шкала SCORE: 10-летний абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений (суммарный сердечно-сосудистый

риск) для граждан в возрасте от 40 до 65 лет (преобразование ммоль / л → мг / дл: 8 = 310, 7 = 270, 6 = 230, 5 = 190, 4 = 155).

Некурящие

Курящие

АД
(мм.рт.ст.)

180	3	3	4	5	6
160	2	3	3	4	4
140	1	2	2	2	3
120	1	1	1	2	2
	4	5	6	7	8

6	7	8	10	12	180
4	5	6	7	8	160
3	3	4	5	6	140
2	2	3	3	4	120
4	5	6	7	8	

Концентрация общего холестерина в крови (ммоль/л.)

АД сист., мм рт. ст.	Некурящие					Курящие				
	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10 12
	160	2	3	3	4	4	4	5	6	7 8
	140	1	2	2	2	3	3	3	4	5 6
	120	1	1	1	2	2	2	2	3	3 4
		4	5	6	7	8	4	5	6	7 8
Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л										

Рисунок 2. Относительный суммарный сердечно-сосудистый риск для лиц моложе 40 лет (преобразование ммоль / л — мг / дл: 8 = 310, 7 = 270, 6 = 230, 5 = 190, 4 = 155).

№ 4. Современная государственная политика РФ в области здоровьесбережения.

Отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, подробно формулирует **Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**

Закон определяет:

- 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- 5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Основные принципы охраны здоровья граждан и правовая деятельность в области профилактической медицины формулируют следующие статьи Закона.

Статья 4. Основные принципы охраны здоровья.

Основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.



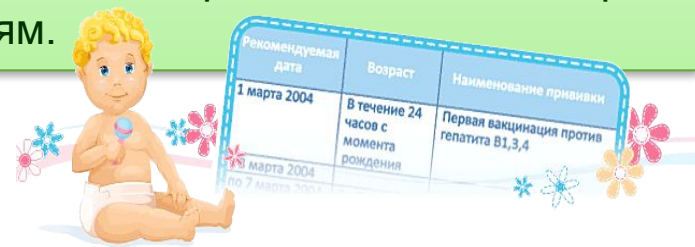
Статья 12. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

- 1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- 2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- 3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;
- 4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 30. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни

1. Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.



2. Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни.

3. Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ:



№ 5. Профилактическая деятельность медиков первичного звена

Врачи и медицинские сестры занимают идеальное положение для проведения профилактических мероприятий на индивидуальном уровне, так как они постоянно контактируют с пациентами и в течение продолжительного времени могут их наблюдать и заниматься снижением уровня факторов риска.

При этом могут быть выделены разные группы лиц для вмешательства:

1. нормальных, здоровых людей;

2. лиц с высоким общим риском;

3. лиц, кажущихся здоровыми, но имеющих доклинические формы заболевания;

4. пациентов с жалобами и симптомами определенных заболеваний.

Во время контактов врача с пациентом в лечебных учреждениях, во время визитов врача на дом возможно проведение ряда профилактических мероприятий.

Во-первых, оценка индивидуального риска, то есть определение наличия и уровня факторов риска, их сочетаний, которые резко увеличивают суммарный риск и умножают вероятность вредных последствий для здоровья в результате воздействия этих факторов. Целесообразно регистрировать в истории болезни (карте) данные, полученные при опросе пациента, например, о заболеваниях близких родственников пациента, о привычках курения и питания, а также данные обследования пациента (роста и массы тела, артериального давления, уровня холестерина в крови и т.д.).

Необходимость оценки всех имеющихся у пациентов факторов риска диктуется целесообразностью: а) оценки опасности их суммарного воздействия на здоровье, б) осуществления тактики многофакторной профилактики, в) прогнозирования развития заболеваний.



Во-вторых, выявление факторов риска должно быть непосредственно связано с рекомендациями по снижению их уровня. Например, при определении избыточной массы тела **или** **повышенного** уровня холестерина в крови пациент должен получить **советы** по снижению калорийности пищи и **изменению** ее состава в соответствии с правилами **гиполипидемической** диеты, по увеличению физической активности (расход **энергии**) **советы** должны соответствовать **социальным** условиям и обстоятельствам жизни пациента.

В-третьих, одной из основных задач является мотивация здорового поведения, изменение привычек курения, питания, потребления алкоголя, физической активности и др. **Советы** относительно изменений образа жизни должны быть индивидуально — направленными, убедительными, они **должны** даваться с учетом личных ощущений пациента и не носить характера «приказов».



В-четвертых, необходимым компонентом профилактической работы является использование оптимальных приемов (тестов) для выявления факторов риска или ранних проявлений заболевания, например, измерение артериального давления, мануальное ректальное обследование). При проведении массовых обследований (скринингов) необходимо широко их пропагандировать, объяснять пользу для каждого проходящего обследование, приглашать пациентов на такие обследования (например, флюорография, маммография и др.



Пятым видом профилактической деятельности медиков первичного звена здравоохранения является своевременное направление пациента на консультацию специалистов для уточнения диагноза и назначения соответствующего лечения.

Медики первичного звена здравоохранения должны учитывать возможность отрицательного влияния на человека процедур по выявлению у него факторов риска заболевания или начальных его стадий. Необходимо принимать все этические предосторожности, разъясняя индивидуальную пользу профилактических мер каждому обследуемому, особенно при массовом применении какого-либо специфического теста на выявление ранних проявлений заболевания. Особенно это относится к тем пациентам, которые ранее считали себя здоровыми, и чувствуют беспокойство, страх и тревогу по поводу возможного возникновения у них опасных заболеваний, даже в отдаленном будущем. Пациент должен быть информирован об ограниченной точности тестов, возможности ложноположительных результатов, чтобы избежать излишней тревоги во время ожидания результатов обследования.



В беседе с пациентом необходимо давать советы по оздоровлению образа жизни таким образом, чтобы не вызывать у него ощущение посягательства на его личную жизнь, чтобы рекомендуемые профилактические мероприятия были бы доказательными в отношении улучшения качества жизни и ее продления.

№ 6. Пирамида здорового питания



Что такое порция

- **Хлеб, каши и макаронные изделия.** 1 кусок хлеба; 90 г вареного риса, макаронных изделий или каши в готовом виде.
- **Овощи:** 50 г зеленого салата; 60 г нарезанных вареных или сырых овощей; 175 мл овощного сока.
- **Фрукты:** 1 среднее яблоко, банан, апельсин, груша или персик; 125 г вареных или замороженных фруктов; 40 г сухофруктов; 175 мл фруктового сока (100%-ного сока).
- **Молочные продукты:** 250 мл молока или йогурта; 45 г творога; 60 г сыра.
- **Белки:** 60-90 г приготовленного постного мяса без костей, рыбы или птицы (кусок размером с карточную колоду). К 30 г мяса можно приравнять следующие продукты: 90 г вареных бобов; 1 яйцо; 50 г орехов; 2 ст. ложки арахисового масла.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

A series of horizontal lines in red and white, located at the bottom of the slide. The lines vary in length and thickness, creating a modern, abstract design.