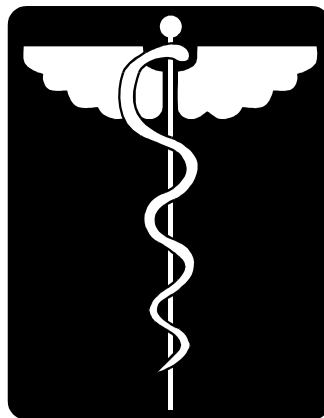


Петровская академия наук и искусств
Отделение социальных технологий и общественной безопасности
Институт образования взрослых ПАНИ
Лаборатория медицинского просвещения

СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ВЗРОСЛЫХ

Аналитические материалы



Санкт-Петербург
2009

УДК 378:001
ББК 74.04
Ю-46

Юнацкевич П.И., Гагин Д.Е., Гальцев Ю.В., Ведмецкая Л.В.
Специфика медицинского просвещения различных категорий взрослых:
аналитические материалы. – СПб.: ИОВ ПАНИ, 2009. – 32 с.

Серия книг: теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых

Рецензенты:

Хавинсон В.Х., член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор
Михайлова О.Н., кандидат биологических наук

Работа является научным результатом по теме фундаментального исследования ИОВ ПАНИ «Медицинское просвещение в системе образования взрослых» (2009-2012 гг.) за 2009 год.

Развитие образования взрослых в направлении увеличения грамотности взрослого населения в области здравоохранения позволяет оказать положительное влияние на продолжительность жизни населения, улучшения состояния его здоровья (через проекты и просветительские мероприятия государственных учреждений здравоохранения, некоммерческих организаций и медицинских сообществ).

Спецификой медицинского просвещения выступает направленность просветительской деятельности на воспитание гражданина, ответственного за свое здоровье и здоровье окружающих гражданина через пропаганду здорового образа жизни, распространению информации о вреде курения, алкоголя и др.

Важной категорией взрослых, наиболее нуждающихся в медицинском просвещении выступают граждане, у которых наблюдаются признаки ускоренного старения и маразматические проявления. Профилактика возрастной патологии и ускоренного старения, снижение преждевременной смертности от биологических причин, продление трудоспособного периода жизни взрослого населения России может осуществляться через распространение информации о врезном и здоровом питании, об использовании средств, замедляющих ускоренное старение. В отношении профилактики маразматических проявлений у лиц пожилого возраста наиболее адекватным средством выступают комплексные педагогические, психологические и медицинские воздействия.

ISSN 5-7199-0258-9

© ОСБ ПАНИ, 2009

Подписано в печать 30.12.2009.

Тираж 1000 экз. Заказ № 11. 5 п.л.

Отпечатано в Гуманитарном фонде «Фонд нравственных инвестиций»
Санкт-Петербург, ул. Сестрорецкая, д.6, помещение 5-Н

Оглавление

Специфика медицинского просвещения различных категорий взрослых	4
Анализ алкогольной и наркотической угрозы населению	11
Теоретическое обеспечение медицинского просвещения на основе концепции интегративной медицины	16
Философские и методологические аспекты медицинского просвещения на основе принципов интегративной медицины.....	21
Проблемы интегративной подготовки медицинских кадров как педагогических субъектов медицинского просвещения.....	23
Концепция интегративной подготовки медицинских кадров как педагогических субъектов медицинского просвещения.....	26
Заключение.....	32
Библиография.....	34

Специфика медицинского просвещения различных категорий взрослых

Здравоохранение является особой сферой деятельности государства по обеспечению прав граждан на жизнь и здоровье и в связи с этим должно стать одним из самых приоритетных направлений в политической, экономической и социальной жизни страны и общества. Одним из важнейших разделов здравоохранения является медицинское просвещение различных категорий взрослого населения. Медицинское просвещение в Российской Федерации направлено на решение актуальной педагогической, социально-экономической и медицинской проблемы:

- увеличение грамотности взрослого населения Российского государства в области здравоохранения с целью положительного влияния на продолжительность жизни населения, улучшения состояния его здоровья (через проекты и просветительские мероприятия представителей государственной власти, сферы здравоохранения, некоммерческих организаций и др.);
- воспитание ответственного за свое здоровье и здоровье окружающих гражданина (через пропаганду здорового образа жизни, распространению информации о вреде курения, алкоголя и др.)
- профилактика возрастной патологии и ускоренного старения, снижение преждевременной смертности от биологических причин, продление трудоспособного периода жизни взрослого населения России (через распространение информации о врезном и здоровом питании, о вреде биоактивных добавок и др.).

Современная медико-демографическая ситуация в России характеризуется высокой преждевременной смертностью, сверхсмертностью трудоспособного населения от разных причин, в том числе и биологических, уменьшением рождаемости, снижением средней продолжительности жизни, что в сочетании с ростом числа лиц пожилого и старческого возраста ведет к депопуляции населения и дефициту трудового потенциала.

Закономерности изменения демографических показателей сформировали специфические особенности постарения российского населения, связанные с увеличением доли пожилых людей и биологическим постарением лиц, формально не относящихся к категории людей пожилого возраста. Указанные негативные демографические тенденции тесно связаны также с ростом заболеваемости работающих во вредных производственных условиях: в угольной, энергетической, нефтяной, газовой, атомной промышленности, машиностроении, металлургии и др.

В 1991 г. численность населения России составляла 148,5 млн. человек, смертность – 11,4 на 1000 жителей. В 2005 г. численность населения составила уже 142,7 млн. человек, а смертность - 16,1 на 1000 жителей (Д.Д. Венедиктов, 2007). Смертность населения России в начале XXI века значительно превышает аналогичные показатели в развитых странах. С 1992 г. по 2004 г. в России преждевременно умерли 11 млн. мужчин и 4 млн. женщин в возрасте 15-69 лет. Если бы смертность в России оставалась на уровне 1991 г., то между 1992 и 2004 г.г. мы бы потеряли меньше на 2,8 млн. мужчин и 800 тыс. женщин в этой возрастной группе (М.И. Давыдов и др., 2007).

Естественная убыль населения России происходит под двойным давлением: с одной стороны, за счёт низкой даже по меркам развитых стран рождаемости, а с другой – высокой смертности, наблюдаемой в России с 1990-х годов. При сохранении подобной тенденции предполагается значительное увеличение численности пожилых людей в структуре населения страны (Г.Л. Сафарова, С. И. Пирожков, 2002).

По среднему варианту прогноза Отдела экономики и социальных вопросов секретариата ООН численность населения России в 2025 г. составит 129,23 млн. человек, а в 2050 г. – 111,75 млн. человек. Ожидаемая продолжительность жизни в России (мужчины и женщины) в 2005 г. составила 65,4 года, в 2025 г. составит 68,2 года, а в 2050 г. – 72,9 года. Доля населения пожилого возраста (65 лет и старше) в России в 2005 г. составила 13,8%, в 2025 г. составит уже 17,6%, а в 2050 г. – 23,0% (С.И. Пирожков и др., 2007). Статистика свидетельствует, что с 1992 г. в России общая смертность населения впервые в мирное время превысила рождаемость, и этот «русский крест» становится всё более тяжёлым (Д.Д. Венедиктов, 2007).

Правительство Российской Федерации выделяет следующие проблемы¹:

- высокий уровень общей смертности населения (16,0 случаев на 1000 человек), особенно среди мужчин трудоспособного возраста;
- ежегодно в России признаются инвалидами более 1,1 млн. человек;
- остается низкой ожидаемая продолжительность жизни, которая в 2004 году составила 65,5 года, в т.ч. у мужчин - 59 лет, женщин - 72 года. По этому показателю Россия занимает 134-е место в мире;

¹ Заседание президиума Государственного совета «О повышении доступности и качества медицинской помощи» // <http://archive.kremlin.ru/text/appears/2005/10/95349.shtml>

- укомплектованность первичного звена здравоохранения составляет 56 %, при среднем возрасте врачей 52 года. Проблему усугубляет низкая зарплата - почти у 40 % врачей она ниже прожиточного минимума. Изношенность основных фондов учреждений здравоохранения достигла уровня почти 60 %.

- высокий износ оборудования и санитарного транспорта (около 65 %) станций и отделений скорой медицинской помощи, на балансе которых находится 39000 автомобилей «Скорой помощи».

Повлиять на сложившуюся ситуацию может ведение активного медицинского просвещения, направленного на формирование у населения навыков культуры здоровья, снижение масштабов алкоголизма и наркомании; принятие на государственном уровне мер по укреплению основ здорового образа жизни; развитию физической культуры, спорта и созданию условий, благоприятствующих росту рождаемости улучшению воспитания детей, повышению престижа материнства и отцовства, а также по обеспечению доступности и высокого качества медицинской помощи и возрождению профилактики заболеваний².

Следует отметить, что между состоянием здоровья и экономическим ростом существует двусторонняя связь. Экономическое развитие приводит к улучшению здоровья населения, а здоровое население в свою очередь способствует экономическому росту. На каждого работающего человека в РФ приходится в среднем 10 дней отсутствия на рабочем месте по больничному листу, в то время как средняя цифра в странах ЕС составляет 8 дней. Отсутствие на работе по болезни приводит к прямым дополнительным затратам (оплата по больничному листу) и также косвенным расходам (потеря продуктивности).

Медицинское просвещение и предупреждение заболеваний помогает увеличить продолжительность жизни человека, улучшить состояние его здоровья, а значит, увеличить его экономическую и социальную активность. Необходимо указать на значительные достижения современной генетики, которая открывает возможности для целенаправленного воздействия на геном человека, в том числе на гены, связанные с регуляцией старения (В.С. Баранов, Е.В. Баранова, 2007). В связи с этим, большое значение приобретает новое направление – предиктивная медицина, цель которой – раннее выявление наследственной предрасположенности человека к различным заболеваниям, что может позволить своевременно проводить профилактические мероприятия и тем самым отодвинуть болезни старения (О.С. Глотов, В.С. Баранов, 2007).

Крайне актуальной в мире является проблема остеопороза у лиц пожилого и старческого возраста, так как этому заболеванию принадлежит одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности населения. Снижение плотности костной ткани у этой группы населения приводит к значительному увеличению частоты переломов костей, что влечёт за собой нетрудоспособность и длительное лечение. Около 30% женщин в климактерическом периоде и более 50% в возрасте 75-80 лет страдают остеопорозом. Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами позвонков и трубчатых костей. Эти данные свидетельствуют о важности проведения своевременной диагностики и профилактики остеопороза с использованием самых современных методик и препаратов для предотвращения возникновения переломов (Е.Е. Михайлов, Л.И. Беневоленская, 2003).

Большое внимание в мировой науке в последнее десятилетие уделяется роли мелатонина в организме, особенно в аспекте старения. Известно, что мелатонин является универсальным регулятором нейроэндокринной системы, регулирует суточные и сезонные ритмы, а это является ключевым фактором жизнедеятельности всех организмов. Установлено, что по мере старения уровень мелатонина у ряда людей значительно снижается. Это дало основание использовать этот показатель в качестве одного из наиболее достоверных маркеров ускоренного старения.

Анализ этих проблем приводит к выводу о необходимости немедленного поиска путей в области медицинского обслуживания, социального обеспечения и экономики для повышения уровня здоровья населения как для профилактики преждевременного старения лиц трудоспособного возраста, так и для увеличения продолжительности активного периода жизни людей пожилого и старческого возраста. Большое внимание поиску эффективных решений в этом направлении уделяет Комиссия Общественной палаты РФ по формированию здорового образа жизни (Л.А. Бокерия, 2006).

Для российского населения зачастую бывает характерно пренебрежительное отношение к собственному здоровью. Материальное благополучие оценивается в сравнении с ним куда как приоритетнее. Отсюда отсутствие традиции страховать свою жизнь и здоровье и непонимание преимуществ добровольного и обязательного медицинского страхования.

Проведение информационно-просветительской и разъяснительной работы по вопросам, относящимся к функционированию системы обязательного медицинского страхования (ОМС), является одной из основных законодательно определенных функций территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Несовременное обеспечение этой функции, наряду с

² Приоритетные национальные проекты России. Проект «Здоровье» // <http://national.invr.ru/index.php?id=116>

прочим, определяет наибольшую долю негативного отношения населения и отдельных социальных групп к вводимой системе ОМС и ее современному состоянию³.

Изучая исторический опыт функционирования учреждений санитарно-просветительной работы периода советского здравоохранения, приходим к выводу, что их структура была адекватна государственной системе здравоохранения, а деятельность в определенной степени обеспечивала задачи медицинского просвещения в обществе.

С ослаблением государственного регулирования системы охраны здоровья, при условиях формирования региональной модели здравоохранения и с введением системы ОМС, с одной стороны, не произошло желаемого развития и интеграции существующих методов, форм и учреждений санитарного просвещения и преобразованных социально-экономических структур. С другой - складывающиеся современные формы взаимоотношений субъектов системы здравоохранения пока не выработали адекватной изменившимся условиям формы и содержания информационной деятельности.

Та же информационно-просветительская деятельность, которая ведется фондами ОМС, как правило, не носит комплексного характера, научно не ориентирована на определенные социальные слои населения, т.е. не вычленяется целевая аудитория, порою не учитываются стратегические цели системы ОМС, не прорабатываются в должной степени пути достижения поставленных стратегических целей через реализацию тактических задач, не обосновывается выбор тех либо иных форм информационных каналов.

Кроме того, сама суть информации в рамках информационно-просветительской и разъяснительной работы системы ОМС коренным образом отличается от используемой в классической системе медицинского просвещения и имеет свою объективную специфику.

Ослабление внимания к вопросам просвещения в период становления отечественной системы обязательного медицинского страхования, необеспечение должной подготовки общественного мнения, без популярного разъяснения целей и задач страховой медицины, ее роли в создании условий функционирования и развитии медицины, в обеспечении здоровья нации - является одной в ряду причин, которые привели к образованию в обществе устойчивых "патологических мотивационных узлов" и, соответственно, конфликтам интересов.

В связи с тем, что для широких слоев населения деятельность и терминология кредитно-финансовых организаций, подобных фондам ОМС, достаточно сложна для восприятия, общественное мнение по источникам местных СМИ, высказываниям медицинских работников, работодателей-плательщиков взносов, по собственному опыту получения медицинского обслуживания составило довольно упрощенный образ (имидж) системы ОМС и организаций этой системы.

Как показывают результаты и анализ неоднократно проводимых социологических исследований, даже спустя столько лет с момента начала введения системы ОМС абсолютное большинство источников информации о системе ОМС и территориальных фондах являются активными оппонентами самому факту существования системы ОМС, и в целом поддерживают социальный миф о фондах, как "закрытых для общества организациях, собирающих огромные деньги якобы для оплаты лечения застрахованных, но фактически расходующих их на содержание офисов, машин, огромного штата и, главное, гигантские оклады руководства; при этом больные вынуждены сами приобретать большую часть медикаментов". Информационный аспект деятельности фондов либо полностью отсутствует, либо крайне скромен. Борьба за положительный корпоративный образ на сегодняшний день проиграна полностью.

Необходимо затронуть еще один немаловажный аспект информационного просвещения в системе обязательного медицинского страхования - это реализация прав застрахованных. Логично предположить, что реализация тех либо иных прав граждан, в частности прав застрахованных, невозможна без соответствующей информации (знаний) в целях решения на конкретном уровне системы конкретных задач по обеспечению таких прав. Несвершенство форм и методов просветительской работы в системе ОМС, с одной стороны, ограничивает реализацию в полном объеме прав застрахованных, с другой - ведет к необоснованному росту заявлений, жалоб и судебных исков. Как показывают исследования, одним из основополагающих факторов, способствующих успешному обеспечению прав застрахованного в системе ОМС, является информированность участников инновационного процесса.

Кроме того, информационная деятельность в системе ОМС напрямую связана с обеспечением качества предоставляемых медицинских услуг. Решение проблем информационной деятельности территориальных фондов ОМС, с одной стороны, видится в определении стратегических и тактических целей фондов в области Public Relation, с другой - в наличии организационных форм, обеспечивающих основные пути достижения поставленных задач.

³ И.А. Тогунов, С.В. Кобелев // Информационная стратегия обязательного медицинского страхования: проблемы и реалии // <http://medi.ru/doc/8290903.htm>

Формирование организационных структур в рамках системы ОМС, реализующих информационно-просветительскую деятельность, представляется экономически нецелесообразным и малоперспективным. По всей видимости, современная функция просвещения в системе здравоохранения маркетинговых отношений, в том числе в рамках обязательного медицинского страхования, адекватна деятельности PR (связям с общественностью). Подобную деятельность профессионально могли бы обеспечивать рекламные агентства и PR-агентства.

К примеру, такая организация разрабатывает стратегические и тактические цели территориального фонда ОМС в области Public Relation, определяет основные пути достижения поставленных стратегических целей через реализацию тактических направлений, определяет целевые аудитории, намечает пути реализации, формирует номенклатуру официальной символики, программирует мероприятия по конкретной тактической цели. Подобные агентства могли бы учитывать на определенной территории свой уровень насыщения информационными материалами, зависящий от численности и социально-демографического состава населения, сложившихся традиционных способов распространения информации и уровней развития информационного и рекламного рынков.

С целью оптимального планирования проводимых информационно-просветительных мероприятий и экономного расходования средств, такие структуры могли бы в каждом регионе организовывать и проводить предварительные опросы общественного мнения. На основе анализа результатов расставлять смысловые и психологические акценты, подбирать контраргументы для публичных выступлений, готовить тексты, аудио- и видеоматериалы для размещения в СМИ. Так же крайне важным фактором может стать личная подготовка к публичным выступлениям и демонстрация ожидаемых и предпочитаемых населением качеств официальных лиц системы здравоохранения. Немаловажным направлением в формировании определенного имиджа явилась бы разработка механизма взаимодействия со структурами власти, особенно на муниципальном уровне, для создания оптимальных условий обеспечения нормальной деятельности, в частности субъектов системы ОМС.

Понятно, что взаимодействия с такими структурами, обеспечивающих информационно-просветительскую деятельность конкретных учреждений, должно строиться на цивилизованных маркетинговых отношениях в рамках договорных обязательств.

Регулярные опросы общественного мнения позволяют отслеживать динамику изменений социально-экономической ситуации конкретной территории и в определенной степени оценить результативность информационно-просветительской деятельности.

Спецификой российского населения, как мы уже отмечали, в том, что здоровье для многих не является первоочередной ценностью. Согласно отчету о социологическом опросе населения субъектов Российской Федерации о совершенствовании возможностей улучшения окружающей среды и здоровья населения, развития экобизнеса и укрепления гражданского общества, из трех приоритетов «здоровье», «экономический рост и экобизнес» и «широкое участие общественности в принятии решений» наиболее важным приоритетом подавляющее число опрошенных назвали категорию «Экономический рост и экобизнес»⁴. На первое место эту категорию поставили 48% респондентов. Категория «Здоровье» на первое место была поставлена 31% опрошенных, а «Широкое участие общественности в принятии решений» - примерно одной пятой частью всех опрошенных (табл.1).

Таблица 1.

Приоритеты	Вся выборка 600 чел /100%
Здоровье	188чел. / 31.3 %
Экономический рост и экобизнес	290чел. / 48.3 %
Широкое участие общественности в принятии решений	122чел. / 20.3%

В наиболее крупных городах ориентация на собственное здоровье значительно возрастает - в 47% случаев был указан экономический рост и развитие экологически ориентированного бизнеса, на втором месте – в 44% случаев – здоровье населения. В Москве и Московской области, а также в Брянской области такое же выделение приоритетов, в С-Петербурге и Ленинградской области, а также на Вологодчине – голоса разделились поровну и оба этих приоритета делят первое место; в Тверской области -75% голосов высказались в пользу здоровья населения.

⁴ Отчет о социологическом опросе населения субъектов Российской Федерации о совершенствовании возможностей улучшения окружающей среды и здоровья населения, развития экобизнеса и укрепления гражданского общества // http://www.iscmoscow.ru/statistics/RC_Report.htm

Для улучшения качества просвещения в области здравоохранения у различных категорий населения активно используется *санитарное просвещение*.

Санитарное просвещение – раздел здравоохранения и медицинской науки, разрабатывающий вопросы теории и практики повышения санитарной культуры населения. Под последней понимают совокупность знаний в области гигиены, профилактической медицины и выполнение соответствующих гигиенических или профилактических правил. С. п. как научная отрасль опирается на опыт не только медицинских дисциплин, но и социологии, психологии, педагогики. В практике санитарное просвещение используются: устное слово, печать, радио, кино, телевидение, народные университеты, "школы" здоровья и т.п.⁵ Санитарное просвещение – это все методы просвещения, направленные на убеждение людей (индивидуальное или коллективное) о необходимости соблюдения здорового образа жизни и отказа от вредных привычек, которые могут нанести ущерб их здоровью или привести к сокращению продолжительности жизни. Данный термин применяется также в более широком смысле по отношению к инструктажу по поводу строения и функционирования различных органов человека и т.д., так чтобы население было лучше информировано о том, как на долгие годы сохранить и укрепить свое здоровье.

В том или ином объеме санитарное просвещение проводится во всех развитых странах. Как часть государственной системы здравоохранения санитарное просвещение сформировалось впервые в СССР в 1920-е гг.; оно играло важную роль в решении очередных медико-санитарных задач (борьба с эпидемиями, охрана материнства и младенчества, борьба с так называемыми социальными болезнями, оздоровление условий труда и быта в городе и на селе, профилактика профессиональных заболеваний и травматизма в 20—30-е гг.; подготовка населения по вопросам санитарной обороны, пропаганда донорства в годы Великой Отечественной войны 1941—1945; ликвидация санитарных последствий войны, и т.д.). Санитарное просвещение. в СССР — обязательный раздел деятельности каждого лечебно-профилактического и санитарно-эпидемиологического учреждения и каждого медицинского работника.

Республиканские, краевые, областные и городские дома санитарного просвещения осуществляли организационно-методические функции и вместе с соответствующими кабинетами в санитарно-эпидемиологических станциях составляли специальную службу санитарного просвещения. Кроме органов здравоохранения, распространением медицинских и гигиенических знаний занимались культурно-просветительские учреждения Советов депутатов трудящихся и профессиональных союзов, обществ «Знание», Красного Креста и Красного Полумесяца, органы просвещения и другие организации.

Для координации их работы по санитарному просвещению были созданы межведомственный Всесоюзный и республиканские советы санитарного просвещения. Научно-исследовательскую и научно-методическую деятельность возглавлял Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения Министерства здравоохранения СССР (основан в 1928 в Москве).

За рубежом научно-исследовательские институты санитарного просвещения были открыты в Праге и Братиславе, Белграде, на базе гигиенического музея в Дрездене. Как научно-исследовательские учреждения или крупные дома санитарного просвещения функционировали также национальные и региональные центры в ряде европейских государств. С 1949 в системе Всемирной организации здравоохранения существует секция санитарного просвещения, которая работает в контакте с ЮНЕСКО и Международным союзом санитарного просвещения (МССП; основан в 1951; ВССП вошел в его состав в 1957).

В настоящее время большой вклад в санитарное просвещение вносят Дома санитарного просвещения, которые организуют свою работу на обслуживаемой ими территории, учитывая и отражая важнейшие задачи и мероприятия здравоохранения. Они координируют планы санитарного просвещения медицинских и других учреждений и организаций, помогают проведению их в жизнь, организуют снабжение их методической и научно-популярной литературой, наглядными пособиями, проводят учет работы, составляют отчеты⁶.

Дома санитарного просвещения организуют курсы, семинары, конференции, лекции для повышения квалификации по методике санитарного просвещения, разрабатывают методические материалы по вопросам санитарного просвещения для медицинских работников, педагогов, работников культурно-просветительных учреждений, общественных организаций, организуют через различные издательства выпуск разработанных ими брошюр, листовок, памяток, участвуют в радио- и телепередачах.

⁵ Л. В. Барановский, И. С. Соколов // Санитарное просвещение // <http://slovari.yandex.ru/dict/bse/article/00068/57200.htm>

⁶ Дома санитарного просвещения // <http://www.medkurs.ru/terap/polik/section3189/27092.htm>

Дома санитарного просвещения привлекают различных специалистов для проведения эпизодических и цикловых лекций, научно-практических конференций, курсов, кружков (школ), университетов (факультетов) здоровья. При некоторых Домах санитарного просвещения организованы методические кабинеты в помощь лекторам и другим работникам, осуществляющим санитарное просвещение.

Во всех регионах Российской Федерации проводятся всевозможные мероприятия и программы по медицинскому просвещению различных категорий взрослого населения. К примеру, в Ярославской области в 2010-2011 гг. более 50 млн руб. будет направлено на противодействие злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту

По словам первого заместителя губернатора области Владимира Ковальчука, выполнение антинаркотических мероприятий в регионе необходимо продолжать, поскольку это способствует снижению количества потребителей наркотиков и уровня преступности. «В целом ситуация в области с наркопотреблением более благоприятная, чем в среднем по России, и этому в значительной мере способствует реализация программных мероприятий. За последние пять лет в 2,4 раза уменьшилось количество наркопотребителей с пагубными последствиями, общее число состоящих на учете наркоманов уменьшилось на 18%, - пояснил первый заместитель губернатора. - Финансирование планируется обеспечить как из областного, так и из местных бюджетов – в целом оно должно составить более 50 млн. рублей».

Средства предполагается, прежде всего, направить на подготовку и повышение квалификации наркологов и специалистов в сфере профилактики наркомании; на проведение мониторинговых исследований по выявлению подростков «группы риска», на укрепление материально-технической базы областной наркологической службы.

А 23 июля 2008 года на заседании Правительства Самарской области была принята «Региональная стратегия по снижению уровня табакокурения». Самарская область приняла стратегию одной из первых в России. И в Москве в НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН прошло расширенное заседание Президиума Лиги здоровья нации и Комиссии Общественной палаты РФ по формированию здорового образа жизни, спорту и туризму, посвященное принятию Правительством Самарской области «Региональной стратегии по снижению уровня табакокурения на 2008 – 2013 г.г.»⁷

В 2008 году Лига здоровья нации совместно с Российским союзом ректоров объявила Первый открытый Всероссийский студенческий конкурс социальной рекламы и социальных проектов «Россия без табака».

Во время встреч ведущие эксперты страны обсуждали и предлагали свои методы борьбы с табакокурением в России. Причем, с их внедрением стоит поторопиться. Россия несет колоссальные потери из-за пристрастия своих граждан к табуку. Ежегодно никотин и вызванные им болезни убивают свыше 300 тысяч почти треть миллиона россиян. Многие дети, например, привыкают к сигарете уже в 7-8 лет. При этом Федеральный закон об ограничении курения табака пока не действует. Поэтому ряд регионов уже принимает свои собственные "программы выживания".

Министр здравоохранения и социального развития Самарской области Вадим Куличенко представил экспертам региональную стратегию и обозначил ее основные направления: создание системы информационного обеспечения населения по различным аспектам борьбы с табакокурением, организация работы по повышению квалификации специалистов, совершенствование помощи по отказу от табакокурения, а также защита населения от воздействия табачного дыма. Стратегия, во многом, основана на рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака, к которой Россия присоединилась в 2008 году.

В Челябинской и Ярославской областях также проводятся антитабачные мероприятия. Приоритетной задачей этой «антитабачной кампании» является образовательная программа среди разных слоев населения. Эксперты считают, что необходимо запретить рекламу табачных изделий и курения в общественных местах.

Президент Лиги здоровья нации, академик РАМН Лео Бокерия считает, что СМИ играет огромную роль в жизни современного человека, поэтому СМИ необходимо постоянно проводить просветительские программы о вреде курения. Л.А. Бокерия отмечал: «Ситуация в России, связанная с табакокурением, была и остается очень напряженной. Курение глубоко вошло в быт многих людей, стало повседневным явлением. Численность курящего населения ежегодно растет. Кроме того, в России изготавливается огромное количество табачных изделий. Нам трудно, но мы очень образованная нация и у нас есть все предпосылки, чтобы справиться с этой проблемой. Если обществу систематически говорить о вреде курения и проводить разъяснительные работы среди разных слоев населения и возрастных групп, то проблема табакокурения в России исчезнет».

Директор Государственного научно-исследовательского Центра профилактической медицины РАМН Рафаэль Оганов отмечает, что в борьбе с табакокурением основную роль необходимо уделять

⁷ Медицинский вестник // http://medvestnik.ru/0/1/22980/view/global_search.html

трем основным блокам. Это просвещение общества, законодательно-административные мероприятия, а также оказание помощи по отказу от табакокурения.

В свою очередь, член комиссии Общественной Палаты РФ, трехкратная олимпийская чемпионка Мария Киселева считает, что в обществе нужно создать мнение, что человек без вредных привычек, который ведет активный и здоровый образ жизни может легко добиться успеха в своих делах.

Для успешной реализации антитабачной стратегии также необходима и серьезная поддержка профессиональных юристов. В связи с этим, Лига здоровья нации подписала соглашение о сотрудничестве и взаимодействии с правозащитной организацией «Человек и закон». Основным направлением совместной работы станет обеспечение правовой защиты граждан России в их исках к табачным компаниям. В свою очередь Российское психологическое общество присоединилось к данной инициативе и предложило свои услуги в психолого-лингвистической экспертизе рекламной информации и видеопродукции на предмет соответствия антитабачному законодательству.

Медицинское просвещение также затрагивает проблемы здорового питания. Медицинское просвещение добилось того, что человек отдает себе отчет о вреде для здоровья, когда зажигает сигарету. Однако еще очень многие не осознают, что еще большее влияние на самочувствие и продолжительность жизни оказывает то, что находится у каждого в тарелке за обеденным столом. Австралийские ученые подтвердили, что постоянное употребление в пищу мяса - такая же вредная привычка, как и курение, и каждый второй случай раковых заболеваний человека вызван неправильным питанием⁸.

По сообщению мельбурнской газеты "Эйдж", у вегетарианцев раковые заболевания наблюдаются на 35 процентов реже, чем у людей, для которых основу питания составляет животная пища. Научное общество по изучению проблем рака и питания в Австралии утверждает, что онкологические заболевания желудка, кишечника и пищевода, а также проблемы с сердцем и диабет прямо связаны с диетой человека. Ученые собираются составить специальное Диетическое руководство "Жизненный путь-2000" с рекомендациями для людей о том, как улучшить свое питание в соответствии с естественными особенностями человеческого организма, а не приобретенными привычками.

Курение становится причиной 30 процентов случаев рака, тогда как питанию обязаны от 40 до 60 процентов онкологических заболеваний. Их распространение в разных странах мира также связано с диетой. Например, жители Японии в связи с особенностями национальной кухни в наименьшей степени страдают от рака, но среди японцев, живущих на Гавайях, наоборот - самая высокая в мире степень заболеваемости в области онкологии.

В последнее время ученые сделали ряд наблюдений, которым пока не найдено точных объяснений. К примеру, установлено, что вещество, дающее помидорам красный цвет, способно сократить риск рака простаты, но механизм такой защиты еще предстоит изучить. Но если ученых ждут дела в их лабораториях, остальным людям следует задуматься над тем, что они едят. Ведь еще мало кто знает, сколько и каких именно овощей, дающих необходимые организму углеводы, микроэлементы и витамины следует съедать каждый день. Ведущий в Австралии специалист по проблемам питания Розмари Стэнтон призывает людей есть как можно больше растительной пищи.

Медицинское просвещение, направленное на укрепление здоровья и здорового образа жизни, на развитие чувства личной ответственности за свое здоровье; обеспечение общего доступа к медицинским специалистам и оборудованию; предотвращение загрязнения окружающей среды; санитарный контроль качества пищи, водоснабжения; профилактику алкоголизма, наркомании.

Кроме того, серьезные медицинские центры и клиники, практикующие европейскую медицину (EuroFemme и др.), наряду с консультациями и диагностиками болезней берут на себя медицинское просвещение пациентов. Есть и другая отличительная черта европейской медицины. Это принципы работы врача и его взаимоотношений с каждым, кто обращается к нему за помощью: доверие, максимальная открытость и осведомленность пациента во всех аспектах своего здоровья, возможностях и особенностях обследования и лечения. Доказательная, строго научная и поэтому эффективная медицина, ответственность врачей и постоянный контроль качества медицинской помощи. Высокая культура и этика отношений врача и пациента, основанная на знании и доверии. Медицинское просвещение, ознакомление с новыми достижениями и технологиями, разъяснение принципов современной медицины, всех возможных ошибок и различий - входят в число главных задач таких клиник.

Также медицинскому просвещению различных категорий взрослого населения способствует популяризация этого знания через средства массовой информации, а так же создание музеев и экспозиций, посвященных здравоохранению. К примеру, в Санкт-Петербурге существует Музей гигиены Городского центра медицинской профилактики. Экспозиция музея рассказывает об анатомии и физиологии человека, борьбе с вредными привычками, о половом воспитании, профилактике СПИДа, радиационной гигиене. Среди экспонатов музея - уникальная коллекция анатомических препаратов,

⁸ http://my.online.ru/med/news/98/07/28_202.htm

электрофизический макет "стеклянный человек", искусственное сердце. Здесь можно посетить следующие экспозиции: Здоровый образ жизни; Профилактика вредных привычек; СПИД и заболевания, передающиеся половым путем; Анатомия и физиология человека; Охрана материнства и детства; Проблемы сексуального воспитания; Влияние животных на распространение инфекционных заболеваний; Личная гигиена и гигиена питания.

Анализ алкогольной и наркотической угрозы населению

По оценкам международных экспертов в мире насчитывается **62 миллиона** **алкоголизованных**.

Реальная цифра алкоголиков в России сейчас составляет, по данным члена-корреспондента РАМН Н.З.Герасименко **20 миллионов человек**.

Это почти каждый **7-й житель страны**. До **50% населения России алкоголизованы**.

В 1998 году употребление в год чистого алкоголя на душу населения в России превысило **15 литров**. Эксперты Всемирного общества здравоохранения считают, что превышение данного показателя **выше 8 литров** уже угрожает нации и её генофонду.

С 1992 по 1997 гг. численность населения России сократилась (без учёта миграции) на **4,3 миллиона человек**, то есть ежегодно население России уменьшается почти на **1 миллион**. Уже сейчас в России в результате пьяных зачатий **17% новорождённых - дебилы**. Алкоголь повинен в смерти **3/4 погибших пациентов** общемедицинских стационаров в возрастной группе **30-40 лет**. По показателям средней продолжительности жизни **мужчины России стоят на 135-м, женщины на 130-м месте в мире**. Алкогольные психозы за последние 10 лет возросли в **5 раз**. В России **40% погибших** от нес-частных случаев находились в состоянии алкогольного опьянения. Число лиц, допускающих немеди-цинское потребление наркотиков в стране уже превышает **2 миллиона человек**.

За последние 10 лет число случаев смерти от потребления наркотиков увеличилось в **12 раз**, а среди детей в **42 раза**. Число больных наркоманией подростков возросло в **10 раз**.

Рождаемость в России снижается с конца 1920 года, особенно ускоренное снижение отмечается с 1988 года (на всех территориях страны!). Почти **половина мужчин и треть женщин** трудоспособно-го возраста в России страдают от неумеренного потребления алкоголя. В стране учитывается лишь каждый **9-й алкоголик**.

Прибыль криминальных структур в алкогольном бизнесе достигла более **1 триллиона рублей** в месяц.

Более **90%** таких тяжёлых заболеваний, как СПИД, вирусный гепатит, сифилис - выявляются у наркоманов.

96% приобщаются к алкоголю в России в **возрасте до 15 лет, около 1/3 до 10 лет**. На одного зарегистрированного наркомана приходится **9-10 незарегистрированных**. Каждый наркоман вовлекает не менее **6-10 человек**.

В 1997 году органами внутренних дел выявлено около **185 тысяч** преступлений, связанных с наркотиками. Число смертельных случаев от потребления алкоголя в 1996 году в России составило **325 тысяч**. В 1997 году в России было задержано на улицах и в общественных местах более **4,5 миллиона** пьяных лиц, своим видом и поведением оскорбляющих человеческое достоинство окружающих.

Первая волна антиалкогольных бунтов прошла в 1858-1860 годах. Н.А.Добролюбов писал: *«Сотни тысяч народа в каких-нибудь 5-6 месяцев без всяких предварительных возбуждений и прокламаций, в разных концах обширного царства отказались от водки»*. Народ не только отказался от водки, но и громил шинки торговцев сивушной отравой. Только за один 1858 год за бойкот алкоголя и разгром шинков было брошено в тюрьмы более 110 тысяч только крестьян (не считая представителей других социальных слоёв общества).

Вторая волна трезвеннического движения прокатилась по России в 1885 году. Начали создаваться общества трезвости. Одно из них называлось «Согласие против пьянства». Им руководил Л.Н.Толстой, из под пера которого выходят такие работы: «Пора опомниться», «Для чего люди одурманиваются?», «Богу или Мамоне?», «К молодым людям». В мае 1885 года царское правительство, под давлением общественного мнения, вынуждено было издать закон «О предоставлении сельским обществам права закрывать в пределах своих территорий кабаки». Этим правом незамедлительно воспользовались десятки тысяч сельских обществ.

Это была третья волна трезвеннического движения в России. При этом, наши соотечественники били тревогу при потреблении абсолютного спирта на душу населения 3,13 литра в год! Сейчас эта цифра балансирует на отметке около 19 литров!

В 1916 году Государственная дума рассматривала вопрос «Об установлении трезвости в Российской Империи на веки вечные».

Народ не мог терпеть более. По стране прокатилась четвёртая волна трезвеннического движения. В 1928 году было создано «Общество борьбы с алкоголизмом», был учреждён журнал «Трезвость и культура».

В 1929 году были приняты серьёзные противоалкогольные законы. Школьники устраивали митинги и демонстрации. Они пикетировали в дни зарплаты проходные фабрик и заводов с плакатами: «Папа, принеси полочку домой!», «Мы требуем трезвых отцов!». Это принесло осязаемый эффект. Государство снизило производство алкогольных напитков. Стали закрываться точки торговли спиртным. На страницах «Известий» М.Г. Кржижановский заявил о том, что во второй пятилетке предлагается вообще не планировать производство алкогольных изделий.

По данным заведующего кафедрой наркологии ХМАТО Сосина И.К., озабоченность повышением в последние годы потребления молодежью слабоалкогольных напитков вызывают не только общественные организации, а и научные работники, медики, социологи. Типичным и очень распространенным представителем слабоалкогольных напитков, которые с большим желанием употребляет молодежь, есть пиво. В нашей стране, говорят про "пивную революцию". Уже невозможно вообразить себе общение подростков и молодежи без пива. В последнее время все чаще на улицах, на стадионах, в кафе, в парках появляются несовершеннолетние ребята и девочки, которые держат в руках бутылку с пивом. Пиво активно употребляют девушки и женщины. По данным опрашиваний, школьники систематически пьют пиво, начиная с 10-13 лет. Для употребления пива никакого особого повода, по мнению пивных потребителей, не нужно. Взрослые и подростки пьют его по дороге домой, на улице, "для поддержки разговора" во время встречи, во время просмотра телевизионных передач, в том числе спортивных, дегустируют и сравнивают вкусовые и опьяняющие свойства разных сортов и т.д. Часто пиво считают почти безалкогольным напитком, не только не вредным, но и полезным. Ещё в 1927 году выдающийся психиатр В.М.Бехтерев писал: **"К сожалению, вопросы о громадном вреде, приносимом алкоголем, недостаточно ясны для малокультурных масс, да и большинству интеллигентов не представляется очевидным, что алкоголь есть безусловный яд. Даже, наоборот, господствуют всюду мнения о полезности малых и умеренных доз алкоголя, хотя попытки некоторых ученых доказать эту «полезность» потерпели полное крушение с позднейшими научными исследованиями**". Но и сегодня распространяется мысль, что выпить бутылку пива для преодоления жажды более полезно, чем стакан лимонада. Само утверждение о пользе пива есть одно из обстоятельств, которые оказывают содействие распространению его распространения.

Этим поясняется приобщение к употреблению пива детей для «повышения аппетита», «рекомендации» потреблять пиво беременным и для улучшения лактации, при гиповитаминозах вместо пивных дрожжей, поливитаминов. Осуществляется своего рода культ пива.

Научно доказано, что алкогольная зависимость наступает не только при регулярном употреблении крепких спиртных напитков. **Алкоголизм - заболевание, в основе которого лежит систематическое употребление алкогольных напитков, вырастает с обычного употребления алкоголя.** Болезнь формируется постепенно, незаметно для окружающих и самого будущего алкоголика. Систематическое употребление пива может вызвать алкоголизм равно как вино, водка, коньяк ("пивной алкоголизм"). Пивной алкоголизм развивается по законам обычного алкоголизма. Алкоголь - это яд, который обладает наркотическим действием. Пиво становится необходимым элементом отдыха, успокоения. Со временем человек без "пивного допинга" не способен чувствовать себя нормально, ухудшается самочувствие, снижается расположение духа, появляется напряженность, ухудшается сон, ухудшаются взаимоотношения с близкими. Пиво становится привычкой. Одной бутылки пива обнаруживается недостаточно, нарастают дозы пива, появляются алкогольные эксцессы, возникают провалы памяти, появляется похмельный синдром - первая за день выпивка переносится на все более ранний срок - на ранний вечер, на полдень, и, в конце концов, на утро. Так формируется пивной алкоголизм. Среди тех, кто обращается за помощью к наркологам, приблизительно 15-20% болеют пивным алкоголизмом.

По мнению ученых, для формирования алкоголизма пиво даже более опасно и коварно, чем крепкие алкогольные напитки. Научные данные свидетельствуют, что риск становления трудного или чрезмерного пьянства выше в тех, кто отдавал предпочтение пиву, в сравнении с лицами, которые отдавали предпочтение вину, как среди мужчин, так и среди женщин, которая служит дополнительным объяснением факта более высокого риска заболеваемости и смертности среди лиц, которые предоставляли преимущество пиву. Пиво благодаря своему быстрому всасыванию в желудочно-кишечном тракте вызовет даже более выраженное опьянение, чем водка.

Действие пива обусловлено компонентами, которые оно содержит - алкоголем и продуктами брожения солода. Пиво готовится из ячменя, хмеля, которые содержат белки, жиры, углеводы, витамины. Микробы брожения поедают эти продукты для роста и размножения, а их фекалии и есть алкоголь. Свое пагубное действие предоставляет спирт, который помещается в пиво. На этикетке пивной бутылки напечатанное число, которое показывает, сколько объемных процентов этилового спирта помещается в пиве (например, 5,0% об.) объемный процент алкоголя немного больше, чем тяжелого. Значит, в этом пиве - 4,35% тяжелого алкоголя.

Другими словами в пол-литровой бутылке слабоалкогольного пива помещается 20 мл чистого спирта. Таким образом, бутылка пива крепостью 5% об. адекватная приблизительно 60 мл водки. Если пиво крепкое (удерживающее, например, 8% об.), бутылка адекватная 100 мл водки, а две бутылки крепкого пива - это уже стакан водки. Между тем, много кто из современных 16-17-летних подростков выпивают большее 3-х л пива в день, что эквивалентно приблизительно 400 мл водки в день.

Большинство исследователей свидетельствуют об отрицательном влиянии пива на организм, считая его клеточным ядом, который приводит при употреблении больших количеств не только к алкоголизму, но и к трудным соматическим последствиям. Необходимо отметить, что пиво содержит в своем составе трудные (токсичные) металлы, такие как кобальт, кадмий, свинец, ртуть, медь, цинк. Накопление тяжелых металлов в организме человека приводит постепенно к симптомам хронического отравления. В ряде токсичных металлов в пиве кадмий, как добавка для сохранности пены, занимает особое место, так как имеет особые биологические свойства и механизм впечатляющего действия. Установлено, что большие дозы кадмия при непомерном употреблении пива могут вызвать в организме явления острого отравления, а постоянное поступление небольших его количеств - хроническое отравления. Так, соли кадмия влияют на всасывание и обмен ряда необходимых микроэлементов, в том числе меди, железа и цинка. Кадмий поднимает передачу сигналов в нервных и эндокринных клетках регулирующих системы организма: угнетает изготовление гормонов, удручает условные рефлексы. Соли кадмия наносят мутагенное действие, влияют на сперматогенез, поражают почки и сердце, угнетают ферменты. Кадмий известный как вещество, которое угнетает продукцию ряда гормонов: мужских половых гормонов, инсулина. Условно временно переносимым предельным поступлением кадмия в организм за одну неделю принятая величина 400-500 мкг (0,4-0,5 мг). Как безопасная суточная доза поступления кадмия с пищевым рационом, (включая весь набор продуктов), принятая доза 1 мкг/ кг массы тела.

В пиве помещаются моноамины, которые получаются в результате брожения хмеля, которые, влияя на главный мозг, вызовут в опьяневшего состоянии какой-то ошеломленности, отупения. Среди моноаминов в пиве присутствует и трупный яд - кадаверин. В пиве помещаются и растительные аналоги женских половых гормонов. В ответ на принятие пива печень синтезирует вещество, которое подавляет секрецию метилтестостерона (основного мужского полового гормона). Именно поэтому у мужчин, что чрезмерно восхищаются пивом, формируется похожая на женскую фигура: становится шире таз, увеличиваются грудные железы, жир откладывается на бедрах и животе ("пивной живот"). У женщин пропорционально количества потребляемого пива возрастает вероятность заболевания раком молочной железы.

Еще в конце 19 столетия известный врач Bollinger описал связанную с употреблением пива мужчинами молодого и среднего возраста патологию, которая проявляется в увеличении сердца и расширении его камер - "алкогольное праздничное сердце". Данное состояние более поздно стало известно как "Мюнхенское пивное сердце". Алкогольная кардиопатия (современное название данного заболевания) представляет и на данный момент очень важную медицинскую проблему для людей, которые злоупотребляют пивом. Мировыми исследованиями доказана положительная связь между употреблением пива и сердечно-сосудистой болезнью, которой противопоставляется существующее среди населения представление о том, что питье пива защищает сердце. Отмечается неблагоприятное влияние пива на ожирение, уровень артериального давления и выделения с мочой натрия и калия. Смертность среди людей, которые злоупотребляют пивом, выше, чем среди редко пьющих. Пиво, как и другие алкогольные напитки, влияет на желудочно-кишечный тракт, сначала возбуждая его секрецию, а потом удручая её, что приводит к гастритам, язвенной болезни, панкреатита, колита. Пиво может вызвать цирроз печени, как и другие алкогольные напитки. Прием пива вне приема пищи увеличивает риск развития алкогольного повреждения печени и поджелудочной железы.

Даже небольшие дозы пива влияют на потомство пьющих, как мужчин, так и женщин, которые вырабатывают под влиянием алкоголя неполноценные половые клетки, следствием чего есть выкидыши, рождение неполноценных или мертвых детей. Дети, которые родились с алкогольным синдромом плода, но без грубых увечий, отстают в физическом и психическом развитии. Крайне опасным есть употребление пива матерью, которая кормит ребенка грудным молоком потому, что ребенок таким образом получает и алкоголь, растет слабым, беспомощным, подвластным инфекциям и нервно-психическим расстройствам.

Мысль отечественных и иностранных ученых относительно недопустимости употребления слабо-алкогольных напитков, в том числе пива, детьми и подростками единая. Доказано, что наиболее опасно для возникновения зависимости употребление алкоголя молодыми людьми до 18-20 лет, так как в период интенсивного возрастания клетки мозга и других органов наиболее чувствительны к вредным влияниям. Пивной алкоголизм в особенности распространен среди молодых людей. Так, за последние 7 лет значительно выросло количество больных алкоголизмом в возрасте до 25 лет. Заболевание у этих пациентов, как правило, прогрессирует очень быстро, сопровождается тяжелыми психическими расстройствами, деградацией личности, тяжело поддается лечению. Учеными установлено, что чем в более раннем возрасте начато систематическое употребление алкоголя, тем чаще встречаются случаи тяжелых социальных и медицинских последствий, быстрее развивается алкоголизм, независимо от образования, этнической

принадлежности, семейного положения, наследственности. Доказанной есть высокая ассоциация между употреблением слабоалкогольных напитков детьми и детской преступностью в связи с быстрой трансформацией поведения (которая отклоняется от нормальной) в делинквентную (с нарушением общественного порядка) в среднем в 61% случаев. Подростки, которые употребляют слабоалкогольные напитки, демонстрируют более бедное функционирование в важных областях личной и общественной жизни через 4-5 лет после начала употребления, чем лица, которые не употребляют алкоголь.

Кроме того, важным есть и то, что знакомство с слабоалкогольными напитками для ребенка очень часто является началом к употреблению других психоактивных веществ. Состояние измененного сознания под влиянием пива становится известным а потом и привлекательным для подростка. Это может стать началом «экспериментов по изменению сознания» с другими психоактивными веществами - крепким алкоголем или, даже наркотиками.

Между тем условия свободного рынка и конкуренции принуждают производителей пива проводить наступательную политику. Слабоалкогольных напитков вырабатывается все больше. Производители вынуждены формировать рынок потребителей. Вот, например, в статье «Обзор рынка слабоалкогольных напитков» в газете «Официальные ведомости» от 27.11.2003 г № 47 (270) - 48 (271) говорится, что для иностранных компаний рынок Украины и России в категории слабоалкогольных напитков наиболее перспективный. При этом, для запуска производства "слабоалкоголки" нужны минимальные капитальные вложения. Все это сделало производство "слабоалкоголки" одним из наиболее привлекательных направлений развития бизнеса, уже в 2004 году украинский рынок подойдет к границе насыщения. "Особую пикантность украинскому рынку предоставляет то, что игроков на нем с каждым сезоном прибавляется, а конкуренция, которая еще недавно была практически неощутимая, становится все жестче. ...Производители заинтересованы в появлении слабоалкогольного продукта с более высокой рентабельностью. Кроме того, рынок слабоалкогольной продукции постепенно "стареет". Верхняя вековая граница активных потребителей продукта постоянно ползет вверх. Это значит, что основными потребителями слабоалкогольных напитков становятся не тинэйджеры, а финансово независимые молодые люди. Интересно, что перспективным автор считает производство слабоалкогольных напитков с большим содержанием спирта (14-16%), а также под известными водочными (или коньячными) брэндами, что "могло бы расширить потребительскую аудиторию крепкого "материнского" напитка". Прогнозируется и расширение рынка за счет производства слабоалкогольных молочных коктейлей - "молочная "слабоалкоголка" имеет шансы стать соответствующей действительности "сливками" рынка, крепко закрепив за собой элитную нишу". Таким образом, кроме пива, "неисто-вого сока" и пр. нас ожидает атака молочных алкогольных коктейлей, которые у детей могут вызвать вопрос: "что может быть более невинное, чем молоко?!"

То есть выгодность, экономическая привлекательность производства и продажи слабоалкогольных напитков, условия жесткой конкуренции принуждают производителей проводить наступательную маркетинговую политику, использовать разнообразные, уточненные формы привлечения широчайших слоев населения к потреблению своей продукции. Одной из причин массового распространения употребления пива среди детей, подростков, молодых большинство ученых всего мира считают массивную, наступательную рекламу пива, которое делает употребление пива социально приемлемым и даже одобряемым. Питьевые обычаи и «привлекательные» свойства слабоалкогольных напитков навязываются не только рекламными роликами на телевидении, а их пропаганда идет также в художественных фильмах, разных телепередачах, в печати, на рекламных щитах и пр.

Ведущим средством массовой информации в современных условиях является телевидение. Много отечественных и зарубежных авторов считают, что телевизор в семье стал как бы "соучастником употребления алкоголя", при этом в особенности вредным обнаруживается его влияние на детей. В это время ни одного рекламного блока на телевидении не обходится без пивной рекламы, ориентированной в основном на молодых людей в возрасте 14-30 лет. Из рекламы вытекает, что пиво - это безалкогольный, безопасный напиток, почти что компот или сок, который пить модно и полезно, а тот, кто не потребляет этот напиток, лишает себя радости, силы, успеха. *Основной целью пивной рекламы есть внедрение в массовое сознание стереотипа о необходимости потребления пива.*

В 2001 в Канаде состоялся симпозиум Общества Исследования Алкоголизма, на котором были представлены работы, которые отображают влияние рекламы алкоголя на молодежь 15-26 лет и школьников средних классов, ее запоминание и эффекты. Отмечено важное влияние средств массовой информации (телевидение, кино, популярная музыка, компьютерные/видео игры и Интернет), в которых демонстрируется насилие, опасное половое поведение, употребление алкоголя и наркотиков, на физическое и психическое здоровья детей и подростков. Исследователи демонстрировали детям 8-11 лет на протяжении 5,5 минут отрывки из популярной телепередачи, узловыми моментами которой было употребление алкогольных напитков взрослыми. В дальнейшем с помощью специальной методики оценивали усвоения детьми стереотипов "алкогольного поведения". Авторы показали прямую связь соединения между употреблением

алкоголя взрослыми в телепередачах и восприятием детьми алкогольных обычаев. Доказано, что положительное восприятие рекламы пива коррелирует с повышением частоты употребления пива в настоящем и будущем среди этой вековой группы. Реклама пива не влияла на частоту употребления других видов алкоголя. Много кто из самых молодых людей ощущали, что реклама пива заставляет подростков пить. Это в особенности имело место среди 10-13-летних ребят, которые наиболее образно принимали рекламное изображение пива.

Распространенной, «модной» рекламной акцией, направленной на распространение аудитории потребителей, эффективное широкомасштабное привлечение молодежи и подростков к употреблению алкогольных напитков, прежде всего пива, есть так называемые «праздники пива», «праздники пива и табака». В обществе существуют разные точки зрения на безопасность этих мероприятий. К сожалению сегодня средства массовой информации наиболее часто занимают невзвешенную позицию, которая противоречит научно-обоснованным фактам, откровенно внедряют "алкогольное воспитание". Вот, например, выдержки из статьи "Даже красивое пиво умеет пить красиво" ("Комсомольская правда в Украине" от 31 августа 2001): "Тысячи киевлян и гостей столицы День Независимости Украины отметили бокалом *красивого ободряющего* (подчеркнуто нами) напитка на площади старинного Подола. Добротные, как в заморских пабах, магазинах, скамьи и столы под открытым небом, уютные торговые павильончики, вежливые надсмотрщики порядка. И, конечно ж, море музыки, песен и... пива. ...Кто еще совсем не остыл от праздничных эмоций, с удовлетворением унимает жажду прохладой в фирменных бокалах "Славутича" то ли пивом, то ли безалкогольными напитками. Благо есть выбор и для детей, и для взрослых. Рядом детвора с удовлетворением катались на мини-транспорте. ...Некоторые утверждают, что от непомерного употребления пива вырастают такие большие животы. Но, специалисты считают - янтарный напиток обогнали целиком незаслуженно. На самом деле пиво на 90% состоит из совсем некалорийной воды. Все другое - ячмень, хмель, дрожжи. Даже крепкое пиво не слишком калорийное: выпить бутылку - всё равно, что съесть толстый ломоть хлеба или полпачки творога. Мальтоза и глюкоза, которая помещаются в пиве, - отнюдь не та сладость, от которых толстеют. Они не откладываются в организме и не вызовут ожирения. И вдобавок в пиве нет жиров, и "пивному животу" взяться просто неоткуда. Поэтому пей, и соблюдай меру - одна-две кружки пива вреда организму не принесут... Прививая европейскую культуру питья, торговая марка "Славутич" активно **формирует новую психологию относительно пива**. Ведь оно отучает от пьянства, западные компании давно это поняли, и в этом направлении работают уже не один год. В отличие от крепких спиртных напитков, пиво - **творческий, цивилизованный напиток**» - конец цитаты».

К сожалению, эта статья есть не одиноким типичным примером распространенной печатной неоправданной рекламы. Приведенные «доводы» на защиту пива противоречат научно-обоснованным фактам, которые изложены выше. Кроме того кроткая, заманчивая, искусительная картина, которая нарисована в статье под привлекательной вывеской «европейской культуры питья», не отвечает реалиям, которые можно наблюдать во время «праздников пива» в городе Харькове. В одном можно согласиться безусловно с автором статьи: такие «праздники» действительно «формируют новую психологию относительно пива». На эти «праздники» собирается, в основном молодежь, в том числе с маленькими детьми. Большой процент посетителей составляют подростки. В их возрасте присущи тенденции к общению в компании, наследование поведению ровесников, стремление ощущать себя взрослее, эмансипационные тенденции. «Праздники пива» делают алкоголь легко доступным для юношества. Их привлекает праздничный антураж, возможность бесплатного употребления пива во время разнообразных конкурсов, которые проводятся, между прочим, и на «победителя в количестве выпитого». Часто такой «героизм» заканчивается отравлением, или развязностью, неадекватным, агрессивным поведением. Во время «праздника» родители дают пиво 3-4-летним детям. Пиво пьют беременные женщины. Подростки в группах, ориентируясь на поведение ровесников. В следствие того, что эти «мероприятия» проводятся публично, открыто, активно рекламируются, у юношества складывается впечатление, что «праздник» официально разрешен, одобрен, а пиво пить безопасно и полезно. Вне сознания не только подростка, а и ребенка, который пришел с родителями, формируется стойкое положительное отношение к употреблению алкоголя, усваивается привлекательный, легкий способ структурирования, проведение времени, возникает ассоциация употребления алкоголя с праздником, которое очень легко создать для себя когда, приобрел бутылку пива. Учитывая приведенные выше факты, которые свидетельствуют про выраженное токсичное влияние алкоголя, в том числе слабоалкогольных напитков, на организм тяжелые социальные, медицинские, психологические следствия алкоголизации, быстрое формирование алкоголизма у детей, подростков, молодежи, мы считаем недопустимым сознательное, направленное привлечение этого контингента к потреблению алкоголя.

В связи с приведенными обстоятельствами для предотвращения проблем в жизни, ученые разных стран считают умным стремление искоренять употребление алкоголя, предлагают направлять усилие общества (юридические, медицинские, образовательные), чтобы предотвратить алкоголизацию людей.

Анализ вышеприведенных данных позволяет сделать вывод об актуальности воспитания у граждан бережного отношения к своему здоровью. Синтез педагогического, психологического и медицинского подходов, реализуемый через медицинское просвещение, на наш взгляд, выступает адекватным средством противодействия алкогольной и наркотической угрозы населению.

Теоретическое обеспечение медицинского просвещения на основе концепции интегративной медицины

Теоретическое обеспечение медицинского просвещения может быть построено на основе концепции интегративной медицины, разработанной Ю.Л. Шевченко, С.А. Парцерняком, П.И. Юнацкевичем, А.В. Шабровым, Ю.К. Яновым, Н.П. Ванчаковой и апробированной (в клиниках ВМедА, СПбГМУ им. И.П. Павлова, СПбГМА им. И.И. Мечникова, 28-й, 32-й городских больницах Санкт-Петербурга, Межрегиональной Ассоциации интегративной медицины) концепцию интегративной медицины - систему диагностики, лечения и профилактики «проблемных больных» – лиц с комплексной патологией, позволяющую достигнуть 15-25% экономии бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, в результате оптимизации педагогического, психолого-медицинского диагностического и лечебного процесса

Анализ опыта оказания интегративной педагогической, психологической и медицинской помощи взрослым

Для внедрения принципов интегративной медицины в систему медицинского просвещения и работе медицинских учреждений Северо-Западного Федерального округа была создана инициативная группа: руководитель группы А.В. Шабров; члены группы: С.А. Парцерняк, Ю.К. Янов; секретарь группы П.И. Юнацкевич.

Основываясь на одобренных научной общественностью России теоретических разработках в области интегративной медицины, опубликованных в виде статей в сборнике тезисов докладов на Всероссийской конференции «Кардиология – XXI век»:

Александровский Ю.А. Интегративная оценка психосоматических и соматических расстройств.

Алехин А.Н., Юнацкевич П.И. Возможности применения автоматизированных систем диагностики и коррекции в практике врача-кардиолога.

Парцерняк С.А. Интегративная патология и психосоматика в кардиологии.

Парцерняк С.А., Юнацкевич П.И. Интегративная диагностика и лечение при комплексной патологии.

Парцерняк С.А., Юнацкевич П.И., Ванчакова Н.П. Интегративная подготовка врача-кардиолога.

Рубина Л.П., Парцерняк С.А., Юнацкевич П.И., Ванчакова Н.П., Чирковский С.Ф., Иванова Г.А., Пирумов П.А., Лучин А.В., Фигурин И.С. Реализация принципов интегративного подхода в работе психосоматических отделений городских больниц №№ 32, 28 Санкт-Петербурга (первые результаты).

Юнацкевич П.И., Парцерняк С.А., Юнацкевич Р.И. Математическое обоснование интегративного подхода в диагностике кардиологической патологии,

принято считать целесообразным проведение ряда мероприятий для внедрения концепции интегративной медицины в здравоохранение Северо-Западного Федерального округа.

На базе 32 городской больницы на общественных началах создана Межрегиональная Ассоциация интегративной медицины, психосоматическое отделение интегративной направленности для «проблемных больных» с преимущественной патологией сердечно-сосудистой системы. Планируется создание отделения интегративной медицины для «проблемных больных» с преимущественной патологией органов дыхания.

На базе 32 больницы на общественных началах происходит регулярное (1 раз в неделю) заседание постоянно-действующего консультативного центра по массовому приему «проблемных больных» и их консультированию. Интегративно обследовано и выданы рекомендации более 500 жителям Санкт-Петербурга. Существует очередь на прием – более 1500 горожан, относящихся к категории «проблемных больных».

На базе 32 городской больницы на общественных началах происходят заседания постоянно-действующего консилиума по клиническому разбору «проблемных больных». В состав консилиума включены специалисты (доктора наук, профессора) с комплексной подготовкой в области терапии, хирургии, психиатрии, психологии и д.р.

АКТУАЛЬНОСТЬ КОНЦЕПЦИИ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Актуальность концепции интегративной медицины обусловлена следующими факторами:

Рост числа «проблемных» больных (лиц с комплексной патологией, а также с психосоматическими, соматопсихиатрическими и соматоформными расстройствами) в России. Это более 50% лиц, обращающихся за медицинской помощью по стране.

Рост числа «проблемных» больных в России, что подтверждают данные ВОЗ и результаты анализа информационных источников в России и за рубежом.

Комплексные расстройства разной степени выраженности наблюдаются в 90% случаев заболеваний, встречаемых в терапевтических, психиатрических и неврологических стационарах, а также у 60-80% участников войн и локальных конфликтов, массовых жертв стихийных бедствий.

Проблемы интегративной медицины представлены в общехирургической, урологической, гинекологической, оториноларингологической, дерматологической и других практиках. Средние затраты на диагностику и лечение «проблемных» больных значительны, что требует организации оказания эффективной комплексной медицинской помощи в интересах оптимизации финансовых затрат.

«Проблемные» больные вынуждены годами ходить от специалиста к специалисту, не находя решения своих проблем. При этом страдают сами больные, их семья и общество в целом, с учетом того, что умственная и физическая работоспособность снижена у них в среднем на 40-50%.

Применяемые методы профилактики соматических, психосоматических, соматопсихиатрических и соматоформных расстройств в России и за рубежом не дают достаточного эффекта. В современных условиях реформирования системы здравоохранения тенденция в направлении комплексной диагностики и эффективного лечения становится ведущей.

Лица с комплексными расстройствами, являются по сути, медико-социальной проблемой, требующей особого подхода к своему решению. Очевидно, что диагностикой, лечением и профилактикой этих заболеваний должны заниматься специалисты, имеющие интегративную (комплексную) подготовку в области терапии, хирургии, психиатрии, психологии, неврологии, социальной педагогики и т.д.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ КОНЦЕПЦИИ

Интегративная медицина – новое направление оказания медицинской помощи больным с позиции системного подхода к диагностике, лечению и профилактике комплексной патологии. Комплексная патология – заболевание, сопровождающееся вовлечением в патологический процесс различных регуляторных и эффекторных систем организма. «Проблемный больной» – лицо с комплексной патологией.

Объект интегративной медицины – здоровье человека.

Предмет – закономерности и условия диагностики, лечения и профилактики комплексной патологии.

Принципы интегративной диагностики и лечения при комплексной патологии:

1. Системный подход к диагностике здоровья человека.

2. Комплексное исследование экономического, социально-психологического, психического и соматического состояния пациента и среды его обитания, определение актуального расстройства и их иерархии, выявление взаимосвязей и взаимообусловленности экономических, социально-психологических проблем, психических и соматических расстройств.

3. Разработка динамичной лечебной тактики, основанной на результатах комплексной диагностики и ориентированной на системный подход к лечению патологии.

4. Лечение комплексной патологии через терапию различных нарушений в регуляторных и эффекторных системах организма, а также повышение экономического и социально-психологического статуса личности и референтной группы.

5. Коррекция экономического и социально-психологического статуса на фоне терапии комплексной патологии.

6. Использование информационных технологий в диагностике и лечении комплексной патологии - виртуальная диагностика и терапия.

7. Комплексная подготовка врачей в области терапии, хирургии, психиатрии, психологии, неврологии, социальной педагогики и т.д.

8. Оптимизация финансовых и временных затрат на диагностику и лечение комплексной патологии.

9. Комплексная реабилитация «проблемного больного»: экономическая, социально-психологическая, психическая, соматическая.

Источники (теории) развития концепции интегративной медицины:

взгляды Гиппократ (лечить не болезнь, а больного);
 канон врачебной науки (Абу Али Ибн Сина);
 канон медицины «Ней цзин»;
 труды Авла Корнелия Цельса;
 взгляды Галена, Абу Бакр Мухаммед бен Закария Рази, Аверроэса Пьетро д'Абано, Григориса, Франсуа Рабле, Паральцесса, Мигель Серверта, Уарте, И.И. Бехера, Б. Мандевилля, М.А. Вейкарда, У. Коварда, Ф. Гоффмана, А. Галлера, К. Гуфеланда, И.Е. Дядьковского, П. Жане, А. Швейцера, И.М. Сеченова, В.М. Бехтерева и др.
 антропатология (Д.Д. Плетнев, Р.А. Лурия);
 теория функциональных систем как замкнутого контура автоматической регуляции (П.К. Анохин);
 вегетативные дисфункции (вегетозов) (С.А. Парцерняк);
 психосоматические расстройства (А.Е. Bennet, M. Brant, E. Bleuler, L. Levi, E. Kra-epelin, D.K. Henderson, С.П. Боткин, В.М. Коган-Ясный, Д.Д. Плетнев, В.Д. То-полянский, М.В. Струковская, Т.И. Юдин, Е.К. Краснушкин и др.);
 пограничные психические расстройства (Ю.А. Александровский);
 психиатрия взаимодействия и консультирования (Н.П. Ванчакова);
 концепция холизма ВОЗ;
 психоанализ (Месмер, Пюиссегюр, Делёз, Де Виллер, Виге, Наузе, Фария, Бертран, Шарпиньен, Брейд, Льебо и Бернгейм, Шарко, Фрейд, У. Буллит и др.);
 системный подход (М.Д. Месарович, Б.М. Кедров, О. Ланге, Р. Акоф, Ф. Эрми);
 теория мультикомплексного, мультипараметрического обеспечения отдельных физиологических функций, функциональных систем (П.К. Анохин, В.А. Шидловский, Е.А. Юматов);
 суицидология (Э Дюркгейм, А.Г. Амбрумова, Я.И. Гилинский, П.Ю. Юнацкевич и др.)
 теория формирования антисуицидального, антинаркотического, антиалкогольного и социально-эффективного поведения (П.И. Юнацкевич) и т.д. теории и концепции интегративной направленности;

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НА ОСНОВЕ КОНЦЕПЦИИ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Создание системы медицинского просвещения и комплексного педагогического, психологического и медицинского воздействия на различные категории взрослых, страдающих сочетанной патологией.

I этап - создание 3-5 отделений в стационарах города (32, 28 городская больницы и т.д.);

Начиная с первого этапа реализации концепции осуществляется разработка стандартов и алгоритмов медицинского просвещения и комплексного педагогического, психологического и медицинского воздействия и лечения для эффективного взаимодействия со страховыми компаниями, а также **обучение и переподготовка** специалистов (создание специалистов по интегративной медицине из соматического и психиатрического направлений);

II этап - переориентирование 15-17 поликлиник (по одной поликлинике в каждом из районов Санкт-Петербурга) на работу в условиях интегративной диагностики и лечения, а также массового медицинского просвещения;

III этап – создание в стационарах пригородной зоны санаторно-реабилитационных отделений (в городах Пушкине, Сестрорецке, Зеленогорске); организация элитных 1-3 отделений в санаториях курортной зоны «Дюны», «Северная Ривьера», «Белые ночи»;

IV этап - создание Центра «проблемных больных», в который войдет поликлиника, многопрофильный стационар на 800-1000 коек, санаторий, учебно-методическое и научно-исследовательские подразделения.

ОЖИДАЕМЫЕ КОНЕЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

Воспитание у граждан бережного отношения к собственному здоровью, выздоровление и улучшение самочувствия «проблемных больных» в 60-90% случаев при сокращении сроков лечения с 6-18 до 1-2 месяцев.

Уменьшение числа рецидивов в 2-3 раза.

Сокращение затрат на диагностику и лечение этих больных на 40-50%. **Обоснование** сокращения и реорганизации коечного фонда и штатов, определенных Законом Санкт-Петербурга «О развитии здравоохранения Санкт-Петербурга до 2004 года», за счет исключения повторных (повторяющихся, дублируемых) исследований и методик лечения.

Улучшение качества жизни «проблемных» больных и увеличение продолжительности их жизни.

Подготовка врачей по интегративной медицине.

Медицинская помощь населению становится комплексной и эффективной.

Концепция интегративной медицины становится теоретическим обоснованием реорганизационных мероприятий здравоохранения Северо-Запада России.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ.

В последнее десятилетие XX века в России на фоне значительного «омоложения» ряда заболеваний в клинике внутренних болезней наблюдается резкое сокращение продолжительности жизни населения. Так, возраст лиц с сосудистыми катастрофами (инфарктами и инсультами) стал колебаться в пределах 35-50 лет, при том, что в середине 80-х эти осложнения ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальных гипертензий (ГБ) возникали в основном у пациентов в 50-65 лет. Вне сомнений актуальны эти проблемы и для Вооруженных Сил РФ в целом, и для Военно-Морского флота РФ в частности.

Общепризнано, что на начальном этапе внутренние болезни протекают под маской психовегетативных нарушений, с одной стороны; с другой стороны, психовегетативные дисфункции способствуют преждевременному старению и прогрессированию органической патологии в важнейших эффекторных системах организма человека (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и др.).

По современным представлениям психовегетативные дисфункции являются начальной платой за адаптацию в условиях ломки сложившихся стереотипов (социальных, профессиональных, семейных и др.) у самых трудоспособных и перспективных возрастных групп населения. Для военно-профессиональной деятельности моряков состояния кратковременного или продолжительного психозомоционального стресса является типичным. Поэтому с такими «проблемными пациентами» практически ежедневно сталкиваются в своей повседневной работе врачи всех специальностей. Так частота выявления различных форм психовегетативных нарушений у военнослужащих в мирное время составляет от 30 до 60%, а опыт оказания медицинской помощи в экстремальных ситуациях (аварии на военных объектах, контртеррористические операции и т.п.) свидетельствует о почти стопроцентной встречаемости психовегетативных нарушений у участвовавшего в них личного состава. Трудности объективизации внутреннего патологического процесса при многих формах психовегетативных расстройств приводят к тому, что эти больные не получая адекватной своевременной помощи «блуждают по медицинским учреждениям, скитаются от врача к врачу в поисках действенной помощи», оказывают существенное влияние на обращаемость и трудопотери. Неоправданно велики затраты на диагностику и лечение этих больных.

Исходя из интересов клинической практики, нами рекомендуется методология эффективной диагностики и лечения психовегетативных нарушений на начальном этапе проявлений органической внутренней патологии, позволяющая сократить объем лабораторных и специальных исследований в 2-3 раза, уменьшить сроки лечения больных с 6-18 до 1-2 месяцев и приостанавливать рецидивирование основного заболевания.

Таким образом, зачастую в клинике внутренних болезней мы имеем дело с комплексной патологией, специфика которой определяет необходимость внедрения в практику медицинской службы двух основополагающих принципов:

1. Проведение интегрального исследования соматического и психического состояния пациента с выявлением взаимосвязей и взаимообусловленности соматических и психических нарушений, определением их иерархии и актуального расстройства.

2. Выработка динамичной лечебной тактики ориентированной на индивидуализацию комплекса педагогических и медико-психологических мероприятий конкретному пациенту.

Нозологические единицы с позиций терапевта: психовегетативные дисфункции по типу нейроциркуляторных дистоний; психовегетативные дисфункции по типу гипервентиляционного синдрома; психовегетативные дисфункции по типу функциональных расстройств желудка (неязвенные диспепсии); психовегетативные дисфункции по типу дискинезий желчевыводящих путей; хронический гастродуоденит; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; синдром раздраженной кишки; пограничные артериальные гипертензии; начальные формы ишемической болезни сердца и др.

С позиций хирурга: кардиохирургия (состояния после кардиохирургических операций – имплантации электрокардиостимулятора; баллонной дилатации с вальвулопластикой; аортокоронарного шунтирования); общая хирургия (психовегетативные нарушения с иммунодефицитом, реализующимся в виде ранних и отдаленных гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений); оториноларингология (вестибулопатии, нейросенсорная тугоухость, логоневрозы); урология (психогенные формы импотенции, сочетающиеся с минимальными органическими изменениями мочеполовой системы); гинекология (фригидность, вагинозы, дисменореи) и др.

С позиции врача психиатра, психотерапевта: соматоформные вегетативные дисфункции (нейроциркуляторная дистония, неязвенная диспепсия, дискинезия желчевыводящих путей, синдром раздраженной кишки); психические расстройства у кардиологических, пульмонологических и гастроэнтерологических больных; тереотоксикоз; нейродермит, экзема; психосоматические расстройства у больных онкологического профиля и у лиц, находящихся на хроническом гемодиализе и т.д.

С позиции клинического психолога: посттравматические стрессовые расстройства; хроническая эмоциональная неудовлетворенность;

С позиций педагога, социального работника: девиантное поведение; дезадаптация психическая, социальная; профессиональная дезадаптация; нарушения процесса социализации личности и т.д.

Интегративная подготовка врача XXI века

Существующая на сегодняшний день в Министерстве здравоохранения практика подготовки врачей ориентирована преимущественно на специальный блок. Это не является эффективным условием подготовки медицинских кадров в современных условиях, так как обследование и лечение больных носит не комплексный, а односторонний характер. В рамках концепции интегративной медицины предусмотрены пути решения данной проблемы. В ходе обучения и повышения квалификации врачей представляется целесообразным изучение комплексной патологии, нарушений в различных регуляторных и эффекторных системах организма.

Медико-педагогические принципы интегративной подготовки врача:

Формирование системы взглядов и представлений на комплексный подход к диагностике, лечению и профилактике патологии.

Привитие навыков исследования патогенного влияния экономических, социально-психологических, экологических, психических и соматических факторов на состояние пациента.

Обучение методике определения актуальных расстройств и их иерархии, выявления взаимосвязей и взаимообусловленности экономических, экологических, социально-психологических проблем и психических и соматических расстройств.

Формирование навыков разработки динамичной лечебной тактики, основанной на результатах комплексной диагностики и ориентированной на системный подход к лечению патологии.

Формирование навыков лечения комплексной патологии через терапию различных нарушений в регуляторных и эффекторных системах организма.

Развитие способности выработки врачом адекватных рекомендаций по экономической и социально-психологической реабилитации больного.

Комплексная подготовка врачей в области терапии, хирургии, психологии, неврологии, социальной педагогике, экономике и т.д.

Обучение практическому использованию информационных технологий в диагностике и лечении комплексной патологии – виртуальной диагностике и терапии.

Формирование медико-экономического мышления врача, позволяющего оптимизировать финансовые и временные затраты на диагностику и лечение комплексной патологии, повышение собственного уровня материально-технического обеспечения.

Решение проблем интегративной подготовки врачей в ключе разработанной методологии интегративной диагностики и лечения позволит, по нашему мнению, существенно повысить эффективность оказания медицинской помощи.

Как свидетельствует опыт работы ВМедА, СПбГМУ им. И.П. Павлова, СПбГМА им. И.И. Мечникова, 22-й, 32-й городских больницах Санкт-Петербурга, Межрегиональной Ассоциации интегративной медицины только комплексный подход к диагностике, лечению и профилактике этой патологии у заинтересованных специалистов (терапевтов, психиатров, психотерапевтов, неврологов, хирургов, урологов, гинекологов, оториноларингологов и др.), при ключевой роли терапевта, подготовленного по вопросам пограничной психиатрии, неврологии, психотерапии и коррекции функциональных состояний, позволит эффективно решать задачи лечения «проблемных больных».

Общественная научная поддержка концепции

Предлагаемую модель оказания интегративной помощи проблемным больным поддерживают психиатры: Руководитель Федерального Центра пограничной психиатрии МЗ РФ профессор Ю.А.Александровский; Заведующая курсом психосоматической медицины и психотерапии кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова профессор Н.П.Ванчакова; Заведующий кафедрой психиатрии Санкт-Петербургской МАПО профессор Б.С.Фролов и др.; терапевты: Директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса МЗ РФ академик РАН и РАМН профессор Е.И.Чазов; Директор Санкт-Петербургского НИИ кардиологии МЗ РФ профессор Е.В.Шляхто; Председатель Санкт-Петербургского терапевтического общества им.С.П.Боткина член-корреспондент РАМН профессор Г.Б.Федосеев; Проректор Санкт-Петербургской Медицинской Академии Последипломного образования член-корреспондент РАМН профессор В.И.Мазуров; Директор Санкт-Петербургского

НИИ гастроэнтерологии профессор Е.И.Ткаченко; клинические психологи: Заведующий кафедрой медицинской психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета член-корреспондент РАМН профессор Г.М.Яковлев и др.; хирурги: академик РАМН профессор Ф.Г.Углов; Главный нейрохирург Санкт-Петербурга академик РАМН профессор В.А.Хилько; Директор НИИ заболеваний уха, горла и носа МЗ РФ профессор Ю.К.Янов; Главный уролог МО РФ профессор С.Б.Петров; Главный гинеколог МО РФ профессор Е.Ф.Кира; Главный врач 32 городской больницы Санкт-Петербурга доцент И.С.Фигурин, Главный врач Медицинского центра «Лекарь», заведующий отделением неотложной пульмонологии 32 городской больницы Санкт-Петербурга, Заслуженный врач Российской Федерации П.А. Пирумов; Главный врач 28 городской больницы («Максимилиановская») Санкт-Петербурга А.В. Лучин.

Решение проблем воспитания бережного отношения к собственному здоровью, профилактики соматических и психических заболеваний, организация комплексного медицинского просвещения для больных с комплексными расстройствами, в ключе разработанной методологии, позволит, по нашему мнению, поднять престиж медицинского просвещения различных категорий взрослых на качественно новый уровень.

Философские и методологические аспекты медицинского просвещения на основе принципов интегративной медицины

Говорить о методологии в отношении такой разнородной сферы научного знания, какой является современное образование и медицинская наука, дело чрезвычайно сложное и неблагодарное, уже потому хотя бы, что для большинства действующих научных работников слово методология прочно ассоциировано с предметом марксистско - ленинской диалектики. Но не говорить о методологии, приступая к синтезу нового знания, а интегративная медицина претендует на такой именно синтез, значит просто переозначивать уже существующие понятия.

В современной науке, несмотря на существующую дифференциацию областей знания и узкую специализацию всё более настойчиво декларируется принцип целостности познаваемой действительности. Реализацией этого принципа становится методология системного исследования, разрабатывающая методы целостного и непротиворечивого описания и моделирования.

В медико-биологических, психологических исследованиях, в силу сложности изучаемого объекта-жизнедеятельности человека, продолжает господствовать частно-множественный подход, основанный на расчленении исходной целостности "системы человек" на составляющие элементы: организм, психика, биологическое, социальное и т.д.

Этот методический подход, оправданный в исследовании частных закономерностей, обнаруживает свою несостоятельность при попытках представить полную картину таких системных процессов, как гомеостаз, адаптация, стресс, болезнь. Эта совокупность эмпирических данных не сводима в модель целостного процесса. Иллюстрируется это тем, что в соответствии со специализацией исследователей предлагаются концепции психологической, социально-психологической, физиологической, психофизиологической и т.д. адаптации человека.

Обилие частных феноменов не укладывается в единую систему представлений, при том, что общее направление развития науки определяется целью, которую сформулировал ещё Ньютон: - объяснить как можно большее количество фактов как можно меньшим числом исходных положений.

Неадекватность используемого метода объекту исследования ведёт к умножению противоречий, существующих между теорией медицины и её практикой, неадекватным и неэффективным решениям в области организации здравоохранения и лечебно-профилактического дела. Исходная целостность человека подменяется дуальным теоретическим представлением "психического" и "соматического", целостность организма - системами органов и тканей, уникальность субъекта нивелируется типологией, классификациями и усреднением. А фиксация состояний в непрерывном процессе естественного развития и саморегуляции ограничивает исследование закономерностей жизни человека. Органическая включенность человека в изменяющуюся среду обитания отражается концепциями влияния и воздействия "факторов среды" на "психику", "организм", "системы организма".

Частные теории не находят применения в практике и доверие к научным разработкам среди практиков здравоохранения падает.

Так, известно более 70 определений здоровья, ни одно из которых не может быть признано удовлетворительным.

Издавна известна связь "душевных переживаний" с физиологическими реакциями, формируется психосоматическая медицина, но теоретический анализ в этой предметной

области сводится к фрагментарным описаниям корреляционных связей совокупностей разнородных показателей.

Актуальность научной проблемы определяется выявляемыми противоречиями существующих теоретических представлений практическому опыту. Такие противоречия свидетельствуют об ограниченности методических подходов, которые используются в разработке теории. Выявление этих ограничений - задача методологического анализа научных представлений о предметной области исследований. Разработка методов системного исследования жизнедеятельности человека-насуцная проблема теории медицины.

Поэтому понятие интегративности своевременно и призвано отразить интуитивное понимание целостности: организма, здоровья, патологического процесса-болезни. Целое - больше, чем сумма частей. Множество частных не образует целого. В этом суть проблемы. Но мало того, что в построении медицинского знания участвуют на равных правах биология, физика, химия, психология и т.д., располагающие собственными модельными представлениями и оперирующие собственной системой понятий, дело усугубляется тем, что весь объём этих частных знаний не может уложиться в представлениях практикующего врача, тем более узкого специалиста. Поэтому необходима система знаний, позволяющая непротиворечиво увязать весь комплекс частного знания о функциях и строении организма. Попытки такой систематизации производятся постоянно, но, как показывает опыт, они сводятся к использованию известных или менее известных моделей математической статистики с целью упорядочивания множества доступных переменных. Но такое упорядочивание лишь создаёт иллюзию системности, уже потому, что оперирует большими множествами, в то время как декларируется сугубая индивидуальность любого человеческого организма. Статистика слепа к таким противоречиям, и, в принципе допускает обработку любых данных, описанных количественно. А данные, без понимания сути процесса, избираются произвольно, и выводы, полученные с помощью процедур статистического анализа, не представляют практической ценности и не отражают реального положения дел. Другая методологическая иллюзия научных медицинских изысканий - перенос закономерностей процессов, наблюдаемых *in vitro*, на процессы *in vivo*. Простые расчёты показывают, например, что биоэнергетические процессы живого организма не описываются законами физической и биологической химии. Известный методолог науки - П.Фейерабенд усматривает истоки различий западной и восточной медицины в первоначальном отношении к мёртвому телу: на Востоке членение его рассматривалось как кощунство, в то время как прагматичный Запад двинулся по пути исследования частей человеческого тела. Вопрос об эффективности того или другого способа познания остаётся дискуссионным, хотя очевидно, что мёртвое и живое - суть разные вещи. Описывать живое с точки зрения видимых морфологических структур, по-видимому, также наивно, как и оперировать понятиями жизненной энергии и каналов её продвижения, а о практической эффективности западных и восточных медицинских практик остаются лишь предположения. Следовательно, проблема состоит не только и не столько в том, чтобы каким-то образом расширять совокупность биологических и медицинских знаний, сколько в том, чтобы разработать методы систематизации уже достаточных объёмов эмпирических данных. А это - работа сугубо методологическая.

Элементы такой работы есть, они содержатся в таких фундаментальных концепциях, как рефлекторная деятельность (Сеченов И.М., Павлов И.П.), теории доминанты (Ухтомский А.А.), теории функциональных систем (Анохин П.К.), теории стресса (Г.Селье) и адаптации, понятия о гомеостазисе, висцеро-висцеральных рефлекссах (Быков К.М.), информационной теории психических процессов (Л.М. Веккер), психологической теории отношений личности (В.Н. Мясищев). Конечно, эти концепции не самодостаточны, они описывают различные аспекты жизнедеятельности, но в них есть системность, и они могут быть положены в фундамент теории интегративной медицины. Изучение с позиций этих концепций содержания и динамики патологических процессов, особенно в случаях комплексной патологии, манифестирующей полиморфной и малоспецифической симптоматикой, на наш взгляд перспективный путь системного исследования этиологии и патогенеза подобных состояний. А это, в свою очередь, перспектива патогенетической терапии, то есть решения задач интегративной медицины, выступающей философской и методологической базой медицинского просвещения.

Проблемы интегративной подготовки медицинских кадров как педагогических субъектов медицинского просвещения

Изменения государственной политики в области медицинского образования ориентирует деятельность медицинских вузов на модернизацию всех компонентов медико-педагогических систем. Стратегические задачи модернизации зафиксированы государственной доктриной, «Концепцией модернизации содержания образования РФ на период до 2010 года», «Стратегией модернизации содержания образования РФ», новыми законодательными актами в области медицинского образования, концепцией интегративной медицины, предложенной Ю.Л. Шевченко, А.В. Шабровым, С.А. Парцерняком, П.И. Юнацкевичем, Ю.К. Яновым, Н.П. Ванчаковой (2001). Они затрагивают общественно-необходимый уровень государственного медицинского образования, уровневую структуру медицинского образования, систему финансирования образования, государственные образовательные стандарты, механизмы аттестации и аккредитации, систему подготовки кадров для сферы медицинского образования, включающей структуру, содержание, деятельность, ценностно-целевые установки, требования к компетенции врачей и педагогов.

В настоящее время комплексная и глубокая модернизация системы медицинского образования - это императив образовательной политики России, ее главное стратегическое направление. В современном медицинском образовании отмечается необходимость ориентации на интеграцию медицинских и других профессий, увеличения их финансирования, особенно в аспектах создания учебно-методической и информационной базы интегративного обучения врачей, расширения НИР за пределы узкой специализации, издания учебной литературы для комплексной подготовки медицинских кадров. В свою очередь, система медицинского образования, ориентируясь на реальные запросы потребителей медицинских образовательных услуг, должна создать основу для привлечения дополнительных финансовых и материально-технических ресурсов.

Модернизация системы медицинского образования не возможна без повышения профессионализма педагогов, изменений в подготовке и формировании педагогического корпуса системы здравоохранения, соответствующего запросам современной жизни, что в свою очередь не может осуществляться без инновационных и интегративных процессов. Инновационные и интеграционные изменения должны касаться всех основных направлений подготовки медицинских кадров, а именно:

- повышение статуса преподавателя медицинского образовательного учреждения;
- усиление финансирования, государственной и частной поддержки профессорско-преподавательского состава медицинских вузов;
- интегративная подготовка преподавателей медицинских вузов.

Проблемы подготовки медицинских кадров

Подготовка врачей – это одна из важнейших задач в укреплении обороноспособности России и укрепления здравоохранения нашей страны. Врач занимает особое место в строительстве нового здравоохранения России.

Российский врач должен сочетать в себе патриотизм с глубокой компетентностью, широким медицинским кругозором, дисциплинированностью с инициативой и творческим подходом к делу. Вместе с тем, на любом участке врач обязан учитывать социально-экономические, медицинские и психологические аспекты, быть чутким к больным, к их нуждам и запросам, служить примером в лечебном деле. Исключительно важно, чтобы эти качества были присущи всем выпускникам медицинских вузов.

На сегодняшний день система подготовки медицинских кадров испытывает определенные трудности в своем развитии.

Некоторые проблемы социально-экономического развития медицинского образования в Санкт-Петербурге.

В лечебно-профилактические учреждения Санкт-Петербурга перестает поступать новейшая медицинская техника. Ресурсы медико-инженерных систем и техники давно выработаны. Речь идет о продлении эксплуатационного периода медицинской техники и инженерных сооружений. Учебно-материальная база подготовки врачей нуждается в серьезных инвестициях. Образовательный и культурный уровень студентов, курсантов и слушателей медицинских вузов оставляет желать лучшего. В последнее время возрастает число «педагогически запущенных», «невротизированных» молодых людей. Растет число девиантного поведения среди молодых врачей, курсантов и слушателей.

Одной из важнейших проблем социально-экономического развития медицинского образования Санкт-Петербурга остается низкий уровень доходов врачей, членов их семей.

По уровню среднедушевых денежных доходов врачей (по данным на июнь 2001 года) Санкт-Петербург занимал только 12 место среди всех регионов России. При этом денежные доходы врачей-петербуржцев составляли лишь 32% от уровня денежных доходов москвичей.

За последнее десятилетие в расходах семей врачей существенно возросла доля затрат на продовольствие, в меньшей степени на услуги, в то время как доля затрат на покупку непродовольственных товаров сократилась.

Численность врачей с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума постепенно снижается, но все равно остается достаточно высокой. В четвертом квартале 2000 года численность врачей с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума составила 18,8%.

Около 32% полных семей врачей с двумя работающими взрослыми и с двумя детьми находятся за чертой бедности, и даже среди полных семей врачей с одним ребенком до 16 лет доля бедных составляет около 20%. В число бедных попала и значительная часть технического медицинского персонала. Более трети работников этой сферы устойчиво имеют зарплату ниже прожиточного минимума.

Учитывая существование достаточно высокой доли врачей с доходами ниже прожиточного минимума, переход деятельности медицинских образовательных учреждений на работу в условиях рынка образовательных услуг, конкуренции может привести к падению престижности лечебного дела при всей его востребованности.

Ухудшение качества профессиональной подготовки врачей

Объем государственного финансирования медицинского образования за последние годы сократился. Существенно снизилась доступность платных образовательных услуг для врачей и членов их семей. В сложном положении оказались пенсионеры здравоохранения, попавшие в наименее обеспеченные группы населения.

Неблагополучное состояние медицинского образования проявляется в оттоке (увольнении) медицинских кадров, снижении научной и педагогической активности в медицинских вузах, снижении числа самостоятельных публикаций молодых ученых-врачей.

Среди причин, негативно влияющих на состояние медицинского образования - снижение качества жизни врачей:

- низкий уровень заработной платы и пенсионного обеспечения;
- ухудшение условий жизни, труда, отдыха, состояния окружающей среды, качества и структуры питания, и т.д.;
- чрезмерные стрессовые нагрузки;
- снижение общего уровня культуры, в том числе санитарно-гигиенической, что способствует распространению вредных привычек и нездорового образа жизни;
- низкий уровень экономической подготовки врачей, способствующий низкоэффективной деятельности в условиях рынка и д.р.

Существующая система медицинского образования в настоящее время не может обеспечить предоставление студентам, курсантам и слушателям города качественных образовательных услуг, а также предоставление в полном объеме льгот для профессорско-преподавательского состава, предусмотренных действующим законодательством.

Система оплаты деятельности профессорско-преподавательского состава медицинских вузов не стимулирует эффективное оказание образовательных услуг, в результате чего врач получает менее конкурентоспособное и узкое (специализированное) медицинское образование.

Недостаточное развитие педагогических технологий приводит к нерациональному использованию средств вузов. Это требует изменения существующей системы медицинского образования. Качественная и многогранная подготовка врача, повышение конкурентоспособности диплома медицинского вуза позволит поднять престиж медицинского образования.

Перспективы развития медицинского образования

Вашему вниманию предлагается к внедрению в образовательную практику медицинских учебных заведений России разработанную на базе концепции интегративной медицины (Ю.Л. Шевченко, А.В. Шабров, С.А. Парцерняк, П.И. Юнацкевич, В.Я. Янов, Н.П. Ванчакова, 2002) систему комплексной (интегративной) профессиональной подготовки врача.

Внедрение концепции позволяет достигнуть 15-25% экономии бюджетных средств, выделяемых на медицинское образование, в результате оптимизации образовательного процесса.

Актуальность концепции комплексной (интегративной) подготовки врачей России обусловлена следующими факторами:

1. Усиление оттока медицинских кадров из здравоохранения.
2. Дефицит комплексной (интегративной) подготовки врачей в области комплексной патологии, работы с проблемным больным, организации взаимодействия врачей разных специализаций в терапевтическом процессе.
3. Проблемы комплексной (интегративной) профессиональной подготовки представлены в медицинских вузах России. Средние затраты на подготовку узкого специалиста значительны, что требует организации оказания эффективной комплексной профессиональной подготовки в интересах оптимизации финансовых затрат.
4. Врачи живут ниже уровня прожиточного минимума в России. По данным экономических исследований, социальный статус врача приравнен к среднему низшему. Врачебная деятельность для многих врачей перестает выступать в качестве основного вида деятельности. Профессиональные врачи вынуждены годами искать дополнительный заработок, не находя решения своих проблем. При этом страдают сами врачи, их семья и здравоохранение в целом, с учетом того, что умственная и физическая работоспособность в интересах лечебной деятельности снижена у них в среднем на 40-50%.
5. Мотивация на обучение в медицинском вузе у абитуриентов зачастую представлена в виде желания приобрести государственное образование. При этом о дальнейшей профессиональной врачебной деятельности задумываются 50-60% выпускников.
6. Сегодняшний медицинский вуз готовит врача для лечебного профилактического учреждения вчерашнего дня.
7. Выпускники медицинских вузов, получившие специализированное образование оказываются (падают) на низшей ступени социальной лестницы или на «социальном дне», так как их материальный доход чрезвычайно низок, они не способны получить более качественное образование, сделать научную карьеру, они не могут подняться по социальной лестнице.

В современных условиях реформирования системы медицинского образования тенденция в направлении комплексной подготовки становится ведущей.

Врачи с узкой специализированной подготовкой, являются, по сути, социальной проблемой, требующей особого подхода к своему решению. В условиях рынка и конкуренции среди частных и государственных образовательных учреждений остро встает вопрос о завоевании своего сегмента – подготовки профессионального врача, комплексного специалиста, способного обеспечить себе достойный уровень жизни.

Очевидно, что комплексной подготовкой врачей в современных условиях должны заниматься специалисты, имеющие интегративную подготовку в области соматики, психиатрии, психотерапии, психосоматики, психологии, педагогики, экономики, права и т.д.

Концепция интегративной подготовки медицинских кадров как педагогических субъектов медицинского просвещения

Основные понятия концепции

Интегративная профессиональная подготовка врача как педагогических субъектов медицинского просвещения – новое направление образовательной деятельности медицинских учебных заведений с позиции системного подхода к обучению и воспитанию, медико-профессиональной деятельности. Комплексная подготовка – профессиональное обучение и воспитание, вовлекающее студента, курсанта, слушателя в процесс лечебной деятельности, обеспечивающая живучесть (выживаемость) медицинских кадров в условиях дефицита государственного финансирования здравоохранения. «Врач» – лицо с комплексной подготовкой.

Объект интегративной медико-профессиональной подготовки - процесс формирования и развития медико-профессионального поведения, интегрирующего в себя наиболее социально эффективные технологии взаимодействия и консультирования.

Предмет – закономерности и условия комплексной медико-профессиональной подготовки.

Принципы интегративной подготовки:

1. Системный подход к обучению и воспитанию медицинских кадров России.
2. Комплексное обучение и воспитание эффективному экономическому, социально-психологическому, медико-профессиональному поведению, определение актуального направления медико-профессиональной подготовки, иерархии направлений обучения и воспитания, выявление взаимосвязей и взаимообусловленности экономических, социально-психологических, медико-профессиональных проблем.
3. Разработка динамичной тактики обучения и воспитания, основанной на результатах комплексной психолого-педагогической диагностики обучаемых, ориентированной на системный подход к образовательному процессу в медицинских вузах.
4. Обучение и воспитание медицинских кадров через повышение экономического, социально-психологического, медико-профессионального статуса личности врача и его референтной группы.
5. Психолого-педагогическая коррекция экономического, социально-психологического, медико-профессионального, правового, нравственного статуса врача на фоне комплексной медико-профессиональной подготовки.
6. Использование информационных технологий в обучении и воспитании медицинских кадров: виртуальное обучение, диагностика и коррекция.
7. Комплексная подготовка врачей в области лечебного дела, пограничной психиатрии, медицинской психологии, педагогики, экономики, права и т.д.
8. Оптимизация финансовых и временных затрат на обучение и воспитание комплексного специалиста для системы здравоохранения.

9. Комплексная переподготовка медицинских кадров: соматическая, психосоматическая, психотерапевтическая, экономическая, социально-психологическая, психическая, педагогическая и т.п.

Источники (теории) развития концепции интегративной подготовки:

- взгляды Петра I (учить врачей всему нужному для лечебного дела);
- профессиональная подготовка в условиях противоречивого развития и реформирования России по П.И. Пестелю, Н.А. Добролюбову, Н.Г. Чернышевскому, Н.И. Пирогову, К.Д. Ушинскому, Л.Н. Толстому;
- система обучения и воспитания русских педагогов Ф.П. Поликарпова, Л.Ф. Магницкого, Ф. Прокоповича, Ф.С. Салтыкова, И.Т. Посошкова, В.Н. Татищева, М.В. Ломоносова, А.А. Барсова, Д.С. Аничкова, Н.Н. Поповского, И.Ф. Богдановича, И.И. Бецкова, Г.Н. Теплова, Ф.И. Янкович де Мириево, Н.Г. Курганова, М.Е. Головина, В.Ф. Зуева, Е.Б. Сырейщикова, Е.Р. Дашковой, Н.И. Новикова, А.А. Прокопович-Антоского, М.М. Снегирева, Х.А. Чеботарева, В.В. Крестинина, А.Н. Радищева, Ф.В. Кречетова, П.А. Сохацкого, А.В. Бестужева и др.
- теории управления и развития профессиональной деятельности (Ю.А. Шаранов);
- личностного и индивидуального ориентированного воспитания и управления (В.Л. Васильев, В.Я. Слепов, В.И. Хальзов, В.А. Щеголев, В.А. Якунин);
- концепция интегративной медицины (Ю.Л. Шевченко, С.А. Парцерняк, П.И. Юнацкевич, А.В. Шабров, Ю.К. Янов, Н.П. Ванчакова);
- теория формирования антисуицидального, антинаркотического, антиалкогольного и социально-эффективного поведения (П.И. Юнацкевич);
- психовегетативных дисфункций (С.А. Парцерняк);
- инновационная педагогика (Н.Н. Суртаева, А.А. Макареня, Т.А. Татуйко, В.В. Шапкин и др.) и др.

Перечень основных этапов реализации концепции интегративной подготовки врачей

Создание системы интегративной медико-профессиональной подготовки медицинских кадров:

I этап - создание факультетов комплексной подготовки в медицинских учебных заведениях;

Начиная с первого этапа реализации концепции осуществляется разработка стандартов и алгоритмов обучения и воспитания для эффективного лечения, а также обучение и переподготовка профессорско-преподавательского состава (создание специалистов по комплексной подготовке из соматического, психосоматического, психологического, педагогического, правового и экономического направлений);

II этап - переориентирование медицинских вузов на комплексную подготовку кадров;

III этап – создание в медицинских университетах факультетов по экономике и праву, педагогике и психологии;

IV этап - создание диссертационных советов в медицинских вузах по экономике, праву, педагогике и психологии. Создание учебно-методических и научно-исследовательских подразделений проблем комплексной подготовки и переподготовки медицинских кадров.

Ожидаемые конечные результаты внедрения концепции

1. Уменьшение оттока медицинских кадров.
2. Повышение конкурентоспособности медицинских вузов в условиях последствий демографического спада.
3. Сокращение затрат на подготовку врачей на 20-30%.
4. Обоснование сокращения и реорганизации медицинских вузов, за счет исключения повторяющихся, дублируемых специальностей.
5. Улучшение качества жизни выпускников медицинских вузов и увеличение продолжительности их медико-профессиональной деятельности.
6. Подготовка специалистов по интегративной медицине.
7. Медико-профессиональная деятельность врачей становится комплексной и эффективной.
8. Концепция интегративной подготовки становится теоретическим обоснованием реорганизационных мероприятий Министерства образования и здравоохранения России.
9. Повышается международный престиж медицинского образования России. Возникают объективные предпосылки для увеличения экспорта медицинских услуг. Социально-экономический эффект Российского медицинского образования может обеспечить приток значительных инвестиций из-за рубежа в систему здравоохранения.

Комплексная подготовка врача создаст объективные условия для формирования нового имиджа медицинского специалиста, способного выполнять любые лечебные задачи и готового к самообразованию и саморазвитию в избранной области. Это серьезное условие обеспечения привлекательности медицинского образования для молодежи, которое обеспечит приток наиболее прогрессивной его части в систему здравоохранения. Естественно, что такая подготовка отразится и на самом характере медицинской деятельности, наполнив его новым содержанием и перспективами развития.

Интегративная подготовка преподавателя медицинского образовательного учреждения XXI века

Существующая на сегодняшний день в Министерстве здравоохранения практика подготовки преподавателей ориентирована преимущественно на специальный блок. Это не является

эффективным условием подготовки медико-педагогических кадров в современных условиях, так как обучение и воспитание носит не комплексный, а односторонний характер. В рамках концепции интегративной медико-профессиональной и переподготовки подготовки медицинских кадров предусмотрены пути решения данной проблемы. В ходе обучения и повышения квалификации преподавателей медицинских вузов представляется целесообразным систематическое изучение медико-профессиональной деятельности.

Заключение

Медицинские кадры с интегративным содержанием своей профессиональной деятельности, осмыслением своей миссии как носителя комплексных образовательных ценностей, выступающих педагогическими субъектами медицинского просвещения, способны преобразовывать, модернизировать и решать новые задачи, стоящие перед здравоохранением и обществом России.

Как свидетельствует наш опыт работы, только комплексный подход к обучению и воспитанию медицинских кадров, при ключевой роли педагога, подготовленного по вопросам интегративной медицины, позволит эффективно решать задачи медицинского просвещения различных категорий взрослого населения.

Интегративная профилактика: универсальные методы профилактического контроля за состоянием здоровья

Группой специалистов (Ю.Л.Шевченко, А.С.Шабров, С.А.Парцерняк, П.И.Юнацкевич, Ю.К.Янов, Н.П.Ванчакова, 2001) выдвинута перспективная методология интегративной диагностики и лечения комплексной патологии. Она продуктивна даже потому, что из нее вытекает много конкретных вопросов. Назовем только два из них.

Первый носит более общий характер и звучит в виде альтернативы: нужно ли вообще противопоставлять или, может быть, лучше сопоставить интегративный и узкоспециальный подходы? А если противопоставление необходимо, то каким оно должно быть без ущерба для развития медицины?

Нам представляется, что целостная и узкоспециализированная стратегии (или тенденции) могут сосуществовать, дополняя и обогащая друг друга, при непереносимом развитии каждой и при определенном их балансе. С позиций научной методологии их противопоставление и сопоставление выглядит как взаимоотношение общего и конкретного, синтетического и аналитического, целостного и локального, неспецифического и специфического (типического) в норме и при патологии. Ни одна из этих стратегий не должна существенно страдать за счет другой, хотя на разных этапах развития медицины или в каких-то ее областях какая-то из них, по-видимому, может временно доминировать. Более того, по-видимому, могут существовать переходы и разные уровни интеграции, разные степени реализации комплексного (многомерного, многоосевого, холистического) подхода к человеку в медицине.

Цель интегративной медицины усматривается прежде всего в усилении тенденции целостного медицинского видения человека и его жизнедеятельности, интеграции, взаимопроникновения, взаимообогащения разных медицинских знаний и дисциплин. Это не исключает, а предполагает разносторонний и комплексный характер обследования (диагностики) и лечения с учетом как общих закономерностей целостной функции организма, так и локальных, и узкоспециальных результатов.

Проявлением интегративного подхода может быть, например, поиск или создание универсальных технологий (методов, приемов, способов), позволяющих решать многочисленные диагностические задачи, важные одновременно для разных специальностей. Сюда, в частности, может быть отнесена диагностическая задача оценки функционального состояния целостного организма с одновременным контролем за динамикой разных его систем, в которой нуждаются подчас и «узкие» специалисты. С задачей интегрирования в медицине связаны возможности ряда неспецифических методов профилактической, ранней и прогностической диагностики.

В связи с этим встает другой вопрос, который может быть сформулирован следующим образом: должна ли интегративная медицина включать интегративную профилактическую составляющую? Другими словами, можно ли говорить об интегративной медицинской профилактике? Не является ли ныне существующее положение в медицинской профилактике (первичной, вторичной или третичной) таким же многоаспектным, узкоспециализированным, подчас раздробленным и разобщенным, какое

авторы интегративного подхода справедливо усматривают в современной «лечебно-диагностической» медицине?

Мы считаем, что и здесь ответ должен быть подобен ответу на первый вопрос. По нашему мнению, правомерно и перспективно утверждение целостного подхода и в медицинской профилактике, наряду с сохранением и совершенствованием множества частных разновидностей профилактики тех или иных заболеваний и расстройств. В медицинской профилактике интегративный компонент представлен достаточно широко в виде утверждения важности ее общих закономерностей – здорового образа жизни, создания необходимых социальных экологических, экономических, политических, психологических, медицинских и других предпосылок для сохранения и улучшения индивидуального здоровья или здоровья популяции.

В практической интегративной профилактической диагностике, с нашей точки зрения, весьма актуален вопрос о создании универсальных прогностических профилактических методов для постоянного контроля за психическим и соматическим состоянием, во-первых, здоровья одного человека, и, во вторых, здоровья группы (контингента, популяции). Дело в том, что существующая система методов и показателей индивидуального или группового (популяционного) здоровья не всегда подходит для целого ряда ситуаций. Речь здесь идет о создании возможности оценивать состояние здоровья в непрерывном динамическом профилактическом режиме в любых условиях современной усложняющейся жизнедеятельности человека. Особенно актуальна разработка универсальных удобных для пользователя объективных способов интегральной экспресс-оценки и мониторинга текущего состояния психического и соматического здоровья. При этом речь идет о дискретном и непрерывном, об индивидуальном и групповом его мониторинге.

Такие методы нужны для разных целей. Среди них: установление стандартов оценок текущего состояния здоровья (повторим, индивидуального и популяции); профилактические периодические скрининг-обследования и непрерывный медицинский контроль за состоянием, если не поголовным, то, хотя бы отдельных групп, при повышенном риске или при высокой цене всевозможных декомпенсаций и ухудшений состояния здоровья; выработка критериев не только долговременной (относящейся к большим срокам), но и кратковременной (оперативной, краткосрочной) экспертизы, например, при допуске к исполнению обязанностей лиц, связанных с особо ответственной работой; определение группы риска психических и соматических заболеваний (или расстройств) и их последствий, в том числе риска совершения самоубийств, убийств, насилий, других видов агрессии; оценка медицинского (психофизиологического) аспекта успешности деятельности в различных областях; принятие организационных решений при всевозможных профессиональных и других отборах; выбор профилактических мероприятий; оценка влияния широкого спектра воздействий на текущее состояние организма и на психическое состояние и, в том числе, эффекта терапии и для других задач.

К таким методам могут быть предъявлены разные требования, касающиеся границ их универсальности, объективности, возможности автоматизации, валидности, чувствительности, простоты применения, уровня необходимой квалификации специалистов (доступности их только для специалистов или и, в ряде случаев, для широкого круга пользователей). Сюда относятся требования к скорости получения результатов, к диагностической надежности, к возможности применения методов в разных условиях и при решении различных задач, к их ориентированию преимущественно на функциональный, морфологический или информационный аспекты жизнедеятельности «системы организм», к выбору физиологических и психических функций-маркеров, выбору параметров для оценки состояния, к возможности применения таких методов для дискретного или для непрерывного мониторинга состояния, к помехоустойчивости, их стоимости, а также другие. Каждое из требований – это специальная область проработки.

Многoletний (1968-1992 г.г.) опыт массовых психопрофилактических и военно-экспертных обследований и динамического наблюдения за состоянием психического здоровья больших армейских контингентов и за текущим состоянием психики в различных экстремальных обстоятельствах привел к созданию системы универсальных методов ранней диагностики и профилактики преимущественно психических расстройств (но при этом нередко и соматических заболеваний), а также их последствий (самоубийств, агрессии и других) в организованном коллективе. Подобные методы могут быть распространены и на «неорганизованное» население.

По результатам применения таких методов было выполнено немало научных отчетов, докторских (Б.С.Фролов, О.Н.Кузнецов, В.К.Шамрей, А.В.Рустанович, С.Л.Соловьева, В.А.Линде) и кандидатских диссертационных исследований (В.М.Воробьев, В.Б.Дутов, Ю.В.Яценко, В.А.Дехерт, Д.В.Щербаков, Н.А.Помазкин и другие).

Среди результатов, к примеру, - новая форма профилактической оценки и прогнозирования состояния психического здоровья (принята министерством здравоохранения и центральной военно-врачебной комиссией министерства обороны еще в 1986 году для допризывных и призывных контингентов, но, которая, как правило, не используется в связи с тем, что была... засекречена от врачей-исполнителей). В числе результатов разработанные представления о необходимых этапах системы профилактики, о разнообразных методах скрининга, предназначенных для этих этапов, многолетние итоги индивидуальных или популяционных профилактических обследований и

длительного их катанеза, новые широко апробированные организационные формы психопрофилактической работы.

Здесь напомним только о двух универсальных оригинальных методических подходах к ранней прогностической и профилактической диагностике состояния здоровья как соматического, так и психического, которые были разработаны и успешно применялись для профилактических обследований и скрининга. Их универсальность определяется прежде всего тем, что они, во-первых, имеют многоцелевой характер, то есть решают разные задачи, а во-вторых, этими методиками и их результатами могут пользоваться в разных областях и разные медицинские и немедицинские специалисты - организаторы, психологи, воспитатели, педагоги и другие.

Один из подходов был реализован в бланковых методиках - опросниках «Проблемы-1» (для обследуемых) и «Проблемы-2» (для младшего звена руководителей). Методы направлены на раннюю диагностику и на выявление группы повышенного риска психических и соматических расстройств, самоубийств, агрессии, низкой служебной эффективности с помощью выявления у обследуемых тех проблем, которые вызывают трудности, конфликты и страдания (психотравмирующие переживания). Проблемы касаются разных аспектов жизни - состояния здоровья, настроения, сна, системы отношений с окружением, отношения к службе, профессии, перспективе жизни и т.д. Выявленные проблемы ранжируются по степени выраженности, по проекции вины и перспективности разрешения. Обнаруженные с помощью этих методов заболевания, расстройства психики, служебное отставание или неполноценность, суицидные или агрессивные тенденции нередко раскрывались через призму и в контексте проблемных переживаний.

Как показал многолетний опыт применения, методы позволяют получить данные не только на одного обследуемого, но также установить «проблемный фон» («спектр проблем») в любой по объему выборке и, следовательно, если обследуется организованная группа, то получить представления об особенностях психологического климата в коллективе. Методы включают социометрию – то есть при анализе каждой проблемы одновременно учитываются не только позиция обследуемого, но и его командира (руководителя) или окружения. Это позволяет объемно и достаточно достоверно вскрывать существо конфликтных переживаний, их остроту, направленность на агрессию или аутоагрессию, оценить уровень знания и понимания ситуации командиром-руководителем, наличие и адекватность коррекции, принять соответствующие целенаправленные психопрофилактические меры - медицинские, психологические, педагогические организационные и т.д.

Этот метод универсален, автоматизирован, позволяет получить большую и диагностически весьма значимую информацию. Метод чувствителен, прост, его применение не требует специальной квалификации и он доступен их только для специалистов но для широкого круга пользователей (организаторов, командиров, менеджеров, воспитателей, врачей, психологов), отличается высокой скоростью получения результатов в любых по количеству группах (в зависимости от модификации требует для выполнения 20-30 минут), его можно применять в разных условиях (в полевых и даже в боевой обстановке), при решении различных задач, он ориентирован преимущественно на функциональный и информационный аспекты жизнедеятельности человека, на психологические маркеры и параметры при оценке состояния., его можно использовать для дискретного мониторинга состояния, он помехоустойчив, отличается дешевизной. Достоинство этого метода состоит в том, что он становится способом, осуществляющим «обратную связь» между управляемым и управляющим звеньями и снабжает звено управления (организаторов, медиков, воспитателей, психологов, кадровиков и других) обильной информацией, необходимой для принятия разнообразных решений. Методики легко адаптируются для различных задач.

Другой метод, который в течение длительного времени разрабатывался при сотрудничестве представителей ряда научных учреждений Санкт-Петербурга, также универсален и предназначен для экспресс-оценки и непрерывного мониторинга текущего (актуального) психического и соматического состояния человека в реальном времени по данным кардиоритма. Им могут воспользоваться не только специалисты, но и самый широкий круг лиц, не обладающих специальными познаниями в кардиологии, психологии или психиатрии.

В основу метода положены представления о текущем психическом состоянии как о минимальном и строго фиксированном во времени «срезе» целостной психической жизни (который был нами назван, в отличие от традиционного клинического понятия «status praesens», «психическим микростатусом»), о его физиологическом эквиваленте, о свойствах психического состояния, о способе получения свойств состояния путем проекции масштабных клинических феноменологических расстройств (стандартов) на текущее состояние и об их соотношении в общей картине состояния.

Физиологический аспект метода был опубликован (Б.С.Фролов, 1980, 1982, 1988).

Первая особенность применявшейся методики состоит в том, что для оценки текущего состояния психики обследуемого привлекаются клинические феноменологические стандарты (или эталоны) психической нормы и вариантов ее патологии. Состояние исследуемого непрерывно и многократно в процессе обследования сопоставляется с ними.

Вторая особенность методики в том, что феноменологические эталоны-стандарты психической нормы и патологии заменены на их физиологические эквиваленты и сопоставление психического состояния обследуемого в компьютерной программе производится не прямо (как это принято в клинической практике), а опосредованно - через их физиологические аналоги. Оценка состояния психики осуществляется по значениям соответствующих шкал и стоящих за ними свойств и параметров психики.

При создании методики оценки состояния психики по кардиоритмограмме для создания эталонных выборок были обследованы свыше 10 тысяч человек. Было подобрано пятнадцать групп, служивших эталонами: 1) психически здоровые; 2) обобщенная выборка психически больных; выборки, состоящие из пациентов с 3) невротическими, 4) аффективными, 5) органическими расстройствами (эпилепсией), 6) шизофренией, а также на выборки, состоящими из больных с разными синдромами: 7) депрессией, 8) манией, 9) тревогой, 10) бредом, 11) навязчивостью, 12) ипохондрией, 13) деменцией, 14) истерией, 15) изменениями личности эпилептического типа.

Перечисленные эталоны (феноменологические стандарты) служили базой для получения физиологических эквивалентов и для построения соответствующих шкал, которые служили для определения значений соответствующих свойств текущего состояния психики.

Метод был реализован в портативном программно-аппаратном компьютерном комплексе, на дисплее представлены окно визуального контроля за кардиоритмом обследуемого и его характеристиками, а также пятнадцать шкал для оценки психического состояния и его свойств по данным ритмограммы. 1-я шкала - отражает представленность в исследуемом состоянии эталона психической нормы и характеризует свойство психической адаптивности, 2-я - показывает степень погруженности человека в свои переживания, иначе, шкала интроверсии (или шкала шизоидности), 3-я - уровень чувствительности психики к внутренним и внешним раздражителям (или шкала невротичности), 4-я - степень скорости, лабильности-ригидности психических процессов (или шкала эпилептоидности), 5-я шкала - степень отклонения в настроении, или шкала аффективности, 6-я - уровень текущей «депрессивности», 7-я - текущей «маниакальности», и далее - шкалы тревоги, ипохондрии, астении, параноидности, obsессивности и другие.

Полюс каждой шкалы представляет собой крайние проявления из диапазона (континуума) значений свойств: 1) адаптивности-дезадаптивности, 2) интроверсии-экстраверсии, 3) раздражительности-защищенности, 4) ригидности-лабильности, 5) эмоциональной уравновешенности-отклонения эмоций, 6) покоя-угнетения эмоций, 7) покоя - эмоционального возбуждения и т.д.

Изучаемые характеристики психики измеряются в условных единицах, показывающих степень близости свойства психики обследуемого к соответствующему клинко-феноменологическому эталону шкалы или удаленности от него.

Названные параметры одновременно соединяют в себе физиологический и феноменологический аспекты психического состояния. Феноменологическая трактовка выявленных свойств психики имеет традиционный психологический и клинический смысл, но особенности и ограничения трактовки связаны с кратковременностью оцениваемых состояний.

Применявшаяся методика позволяет по изменениям кардиоритма в течение 5-10 минут определить значения названных параметров, качественно и количественно с разных сторон охарактеризовать состояние психики и, в конечном итоге, получить его объективную экспресс-оценку в привычных для врача и психолога феноменологических понятиях, осуществлять его непрерывный мониторинг любой длительности.

Список областей применения метода и программно-аппаратного комплекса обширен и касается всех сфер жизнедеятельности человека. К настоящему времени накоплен успешный опыт отработки навыков индивидуального самоконтроля состояния и профилактического контроля за состоянием различных категорий больных и раненых в процессе лечения в соматических и психиатрических стационарах, оценки эффекта различных лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий (действия фармакологических препаратов и психотерапевтических сеансов), отслеживания состояния космонавтов во время длительного космического полета, состояния спортсменов до и после соревнований, абитуриентов при отборе в высшие военные учебные заведения. Получен опыт скрининговых профилактических, экспертных и социокультуральных обследований больших популяций, определения групп риска по состоянию психики (операторы АЭС, операторы центра управления полетами, абитуриенты и слушатели высших военных учебных заведений, личный состав подразделений МВД, студенты, сотрудники банка, школьники, дети из детских садов, женщины с токсикозом беременности); определения влияния на психику различных профессиональных и природных экстремальных воздействий (факторов длительного космического полета и длительного автономного плавания на подводной лодке, факторов пребывания в экспедициях в Антарктиде), оценки психического здоровья выборок из разных региональных популяций населения и других.

Создание методов, которые направлены на профилактический контроль за состоянием, на раннюю диагностику широкого спектра патологии, методов, охватывающих все более расширяющийся круг областей применения, востребованность их разными специалистами для разных целей, по нашему мнению, служит интегративным тенденциям в медицине, объединению

усилий специалистов из разных областей при решении многочисленных медицинских задач с учетом целостного представления о человеке. Остаются недостаточно решенными вопросы правовые, организационные, экономические, информированности лиц, принимающих решения - не только медиков, но и других руководителей.

Заключение

Развитие образования взрослых в направлении увеличения грамотности взрослого населения в области здравоохранения позволяет оказать положительное влияние на продолжительность жизни населения, улучшения состояния его здоровья (через проекты и просветительские мероприятия государственных учреждений здравоохранения, некоммерческих организаций и медицинских сообществ.

Спецификой медицинского просвещения выступает направленность просветительской деятельности на воспитание гражданина, ответственного за свое здоровье и здоровье окружающих гражданина через пропаганду здорового образа жизни, распространению информации о вреде курения, алкоголя и др.

Методологической основой медицинского просвещения выступает концепция интегративной медицины.

Библиография

1. Заседание президиума Государственного совета «О повышении доступности и качества медицинской помощи» // <http://archive.kremlin.ru/text/appears/2005/10/95349.shtml>
2. Приоритетные национальные проекты России. Проект «Здоровье» // <http://national.invur.ru/index.php?id=116>
3. И.А. Тогунов, С.В. Кобелев // Информационная стратегия обязательного медицинского страхования: проблемы и реалии // <http://medi.ru/doc/8290903.htm>
4. Отчет о социологическом опросе населения субъектов Российской Федерации о совершенствовании возможностей улучшения окружающей среды и здоровья населения, развития экобизнеса и укрепления гражданского общества // http://www.iscmoscow.ru/statistics/RC_Report.htm

5. Л. В. Барановский, И. С. Соколов // Санитарное просвещение // <http://slovari.yandex.ru/dict/bse/article/00068/57200.htm>
6. Дома санитарного просвещения // <http://www.medkurs.ru/terap/polik/section3189/27092.htm>
7. Медицинский вестник // http://medvestnik.ru/0/1/22980/view/global_search.html
8. http://my.online.ru/med/news/98/07/28_202.htm
9. Интегративная медицина: новое содержание и перспективы развития. 28 мая 2002 года. Материалы межрегиональной научно-практической конференции / Под общ. Ред. А.В. Шаброва, С.А. Парцерняка, П.И. Юнацкевича. – СПб.: Межрегиональная ассоциация интегративной медицины 2002 год. – 99 с.