

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Кафедра «Социологии и социальной работы»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

Основы социальной медицины

Направление подготовки 39.03.02 Социальная работа

Профиль образовательной программы «Социальная работа в системе социальных служб»

Форма обучения *очная*

СОДЕРЖАНИЕ

1. Конспект лекций	3
1.1 Лекция № 1 Здоровье как комплексная категория и личностная ценность	3
1.2 Лекция № 2 Социальная и генетическая обусловленность здоровья	5
1.3 Лекция № 3 Система здравоохранения в России.....	8
1.4 Лекция №4 Санитарное законодательство.....	12
1.5 Лекция №5 Инфекционные и неинфекционные заболевания.....	16
1.6 Лекция №6 ВИЧ-инфекция и СПИД.....	19
1.7 Лекция №7 Здоровый образ жизни и факторы, формирующие здоровье населения.....	22
1.8 Лекция №8 Факторы, разрушающие здоровье населения.....	27
1.9 Лекция №9 Психическое здоровье населения. Психиатрическая помощь.....	31
2. Методические указания по проведению семинарских занятий	36
2.1 Семинарское занятие № С-1 История развития социальной медицины.....	36
2.2 Семинарское занятие № С-2 Индивидуальное и общественное здоровье.....	36
2.3 Семинарское занятие № С-3 Влияние неблагоприятных экологических факторов на здоровье человека.....	36
2.4 Семинарское занятие № С-4 Факторы, разрушающие здоровье населения. Здоровый образ жизни и факторы, формирующие здоровье населения.....	37
2.5 Семинарское занятие № С-5,6 Правовой механизм обеспечения здоровья населения.....	37
2.6 Семинарское занятие № С-7,8 Медицинское страхование как форма социальной защиты граждан в охране здоровья.....	37
2.7 Семинарское занятие № С-9 Туберкулез.....	38
2.6 Семинарское занятие № С-10 Вирусные гепатиты. Болезни, передаваемые половым путем.....	38
2.9 Семинарское занятие № С-11 Болезни органов дыхания.....	38
2.10 Семинарское занятие № С-12 Сердечнососудистые заболевания.....	39
2.11 Семинарское занятие № С-13 Медико-социальные проблемы наркотизма.....	39
2.12 Семинарское занятие № С-14 Аборт как медико-социальная проблема. Планирование семьи.....	39
2.13 Семинарское занятие № С-15 Медико-социальная работа с больными онкологического профиля.....	39
2.14 Семинарское занятие № С-16 Медицинская этика и деонтология.....	40
2.15 Семинарское занятие № С-17,18,19 Неотложная медицинская помощь.....	40

1. КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

1.1 Лекция №1 (2 часа).

Тема: «Здоровье как комплексная категория и личностная ценность»

1.1.1 Вопросы лекции:

1. Понятие социальной медицины.
2. Понятия здоровья и болезни.
3. Показатели здоровья населения

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1 Понятие социальной медицины

Социальная медицина — наука о закономерностях развития здоровья общества и здравоохранения. Социальная медицина (общественная гигиена) находится на стыке различных наук — медицины, социологии, гигиены, естествознания и др. Гигиена (от греч. здоровый) — наука, изучающая влияние разнообразных факторов окружающей среды (в том числе и производственной) на здоровье человека, его работоспособность, продолжительность жизни.

До недавнего времени синонимом понятия «социальная медицина» являлось понятие «социальная гигиена». Существовало еще несколько названий: «социальная гигиена и организация здравоохранения», «медицинская социология», «профилактическая медицина», «общественное здравоохранение» и т. д.

Социальная медицина непосредственно связана с социальными процессами в обществе, медициной и здравоохранением; она занимает промежуточное положение между социологией и медициной. Поэтому социальная медицина изучает социальные проблемы в медицине и медицинские проблемы в других науках.

Главным направлением в социальной медицине является изучение социальных отношений в обществе, которые связаны с жизнедеятельностью человека, его образом жизни; социальных факторов, влияющих на здоровье. Это определяет разработку мер по охране здоровья населения и повышению уровня общественного здоровья.

Социальная медицина изучает проблемы здоровья населения, организацию, формы и методы медико-социальной помощи населению, социальную и экономическую роль здравоохранения в обществе, теорию и историю общественного здравоохранения, организационно-управленческие основы и принципы экономики планирования и финансирования медико-социальной помощи населению.

Объектом медицинского направления социальной работы являются люди, социально дезадаптированные, как правило, страдающие каким-либо хроническим заболеванием, имеющие физические недостатки или социально-значимые болезни.

Клиентами специалиста по социальной работе чаще всего являются инвалиды и престарелые, которые кроме социальных услуг нуждаются и в медицинских, но эти услуги особые и отличаются от той помощи, которую оказывают медицинские работники практического здравоохранения. Как правило, именно клиентам специалистов по социальной работе необходима соци-ально-медицинская помощь.

2 Понятия здоровья и болезни

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения *болезнь* — это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функции организма под влиянием внешних и внутренних факторов при мобилизации его компенсаторно-приспособительных механизмов. Болезнь характеризуется общим или частным снижением приспособленности к среде и ограничениями свободы жизнедеятельности больного.

Соотношение социального и биологического в человеке является главным в понимании характера здоровья и болезни.

Определение соотношений социального и биологического начал в человеке позволяет выявить их влияние на здоровье человека. Как в сущности самого человека нельзя оторвать биологического от социального, так нельзя разорвать биологическую и социальную составляющие здоровья. Здоровье и болезнь отдельного человека в основе своей биологические. Но общебиологические качества не являются основополагающими, они опосредуются социальными условиями его жизни, которые являются определяющими. Не только в трудах отдельных исследователей, но и в документах международных медицинских организаций говорится о социальной обусловленности здоровья, т. е. о первостепенном воздействии на здоровье социальных условий и факторов.

Социальные условия — это форма проявлений производственных отношений, способ общественного производства, социально-экономического строя и политической структуры общества.

Социальные факторы — это проявление социальных условий для конкретного человека: условия труда, отдыха, жилье, питание, образование, воспитание и т. д.

Индивидуальное здоровье — здоровье отдельного человека. Его оценивают по персональному самочувствию, наличию или отсутствию заболеваний, физическому состоянию и т. д.

Групповое здоровье - здоровье отдельных сообществ людей возрастных, профессиональных и т. д.

Здоровье населения — здоровье людей, живущих на определенной территории.

Потенциал общественного здоровья — мера количества и качества здоровья людей и его резервов, накопленных обществом.

Индекс общественного здоровья — соотношение здорового и нездорового образа жизни населения.

3 Показатели здоровья населения

К показателям здоровья населения относятся: медико-демографические, показатели заболеваемости и распространения болезней (болезненность), инвалидности и физического развития населения.

Медико-демографические, в свою очередь, разделяются на показатели естественного движения населения (рождаемость, смертность, естественный прирост населения, средняя продолжительность предстоящей жизни, брачность, плодовитость и т. д.) и показатели механического движения населения (миграция населения: эмиграция, иммиграция).

Показатели естественного движения населения — рождаемость и смертность — исчисляются на основе регистрации каждого случая рождения и смерти в отделах записи актов гражданского состояния (ЗАГС). Рождение и смерть регистрируются на специальных бланках «Акт о рождении», «Акт о смерти», которые, в свою очередь, составляются на основании Справки о рождении и Врачебном свидетельстве о смерти.

Термин «перинатальная смертность» означает смертность «вокруг» родов. Различают антенатальную смертность (до родов), интранатальную смертность (в родах), постнатальную смертность (после родов), неонатальную (в течение 1-го месяца жизни) и раннюю неонатальную (в течение 1-й недели жизни) смертности.

Антенатальная и интранатальная смертности составляют мертворождаемость.

Важнейшим показателем здоровья населения является *младенческая смертность* — смертность детей в возрасте до 1 года, рассчитываемая на 1000 рожденных живыми в течение

одного года. Она определяет большую часть детской смертности, влияет на все демографические показатели. Низкий показатель младенческой смертности составляет 5—15 детей на 1000 чел. населения, средний — 16—30, высокий — 30—60 и более.

Естественный прирост населения — разность между рождаемостью и смертностью населения из расчета на 1000 чел. населения.

В настоящее время в странах Европы наблюдается снижение естественного прироста населения за счет снижения рождаемости.

Средняя продолжительность предстоящей жизни — число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся или числу сверстников определенного возраста, если предположить, что на всем протяжении их жизни смертность будет такой же, как в год исчисления. *Показателем постарения населения* является доля лиц 60 лет и старше. Высоким уровнем постарения населения считается, если такая возрастная категория составляет 20 % населения и более, умеренным постарением — 5—10 %, низким — 3—5 %.

Показатели механического движения населения. Механическое движение населения — передвижение (миграция) отдельных групп людей из одного района в другой или за пределы страны.

Показатели заболеваемости. Заболеваемость имеет важнейшее значение в изучении состояния здоровья населения. Заболеваемость изучается на основании анализа медицинской документации амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений: листков нетрудоспособности; карт больных, выбывших из стационара; статистических талонов для регистрации уточненных диагнозов; экстренных извещений об инфекционных заболеваниях; свидетельств о смерти и т. д. Изучение заболеваемости включает в себя также количественную (уровень заболеваемости), качественную (структура заболеваемости) и индивидуальную (кратность перенесенных за год заболеваний) оценку.

Различают: *собственно заболеваемость* — вновь возникшее заболевание в данном году; *распространенность заболевания (болезненность)* — заболевания, вновь возникшие в данном году и перешедшие из предыдущего года на данный момент.

Заболеваемость населения показывает уровень, частоту, распространенность всех болезней вместе взятых и каждой в отдельности среди населения в целом и его отдельных группах по возрасту, полу, профессии и т. д.

1. 1 Лекция №2 (2 часа).

Тема: «Социальная и генетическая обусловленность здоровья»

1.1.1 Вопросы лекции:

1. Наследственность.
2. Социальные факторы, обуславливающие здоровье.
3. Здоровый образ жизни.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1 Наследственность

Здоровье, как правило, имеет первоначально генетическую (онтогенез), а затем и социальную (филогенез) обусловленность. В жизни человека состояние его здоровья определяют и через болезнь. О здоровье населения судят, в частности, по количеству

заболеваний на 1000 чел. — той или иной природы (острых, хронических, инфекционных, неинфекционных и т.д.).

К числу биологических факторов, оказывающих влияние на здоровье, относятся: пол, возраст, наследственность, конституция личности. Присущее всем организмам свойство сохранять и передавать потомству характерные для них признаки, особенности строения, функционирования и индивидуального развития. Генетика — наука о наследственности и ее изменчивости. Изучение закономерностей и механизмов передачи информации лежит в основе профилактики и лечения наследственных болезней.

В конце XIX — начале XX в. было установлено, что передача наследственных свойств связана со специальными структурами клетки — хромосомами, которые являются носителями генетической информации. Основным химическим компонентом хромосомы является ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота. Участок хромосомы (молекулы ДНК), определяющий какой-либо признак или группу признаков организма, называют геном. Отдельная хромосома — это группа последовательно расположенных генов, каждый из которых занимает на ней строго определенное место (локус). Совокупность генов организма — его *генотип*, а совокупность всех признаков организма, проявляющихся на протяжении жизни, называется *фенотипом*.

Наследственные болезни обусловлены, как правило, наследственно закрепленными изменениями наследственной информации — *мутациями*. Мутации могут возникать как в результате действия факторов окружающей среды, так и спонтанно, без видимых причин. Генетический фонд нации есть ее главное сокровище. При поражении генетического кода происходит потеря этих достижений — как в развитии формы, так и сознания, причем эти процессы могут быть не связаны между собой. Очень часто при интеллектуальной геноослабленности форма почти невелика, определенный способ социальной активности личности или группы населения в материальной и нематериальной (духовной) сферах их жизнедеятельности. В настоящее время *поведению* придают все большее значение представители различных специальностей: психологи, психиатры, философы, юристы, социологи и др.

2. Социальные факторы, обуславливающие здоровье.

В настоящее время, на основании комплексных социально-гигиенических и клинко-социальных исследований, установлена прямая связь социальных условий и образа жизни человека с показателями состояния здоровья населения. Эти исследования позволили выделить основные критерии, оказывающие наибольшее влияние на здоровье человека. Их совокупное влияние составляет в среднем 83,1 — 72,6 % от общего влияния факторов образа жизни. К ним относятся: социально-медицинская активность (26,6 — 21,8 %); медико-социальная активность (24,8 — 19,8 %); деятельность в быту (13,1 — 11,6 %); социально-культурная активность (12,4 — 6,2 %); производственно-трудова активность (11,2 — 8,2 %).

Иными словами, наиболее сильное влияние на формирование здоровья населения оказывает *социально-медицинская активность*, под которой понимают наиболее типичные и характерные виды и формы активности людей в области охраны индивидуального и общественного здоровья. Социально-медицинская активность включает в себя деятельность отдельных лиц, групп, населения в целом, работу органов и учреждений здравоохранения, направленную на охрану здоровья. При этом социально-медицинская активность складывается из *поведения личности, характеризующего отношение к своему здоровью и к здоровью других*

людей, к выполнению медицинских предписаний и назначений, к своевременности посещения лечебно-профилактических учреждений.

Как и сам образ жизни, медицинская активность может быть разделена на различные ее аспекты или элементы: санитарная (медицинская грамотность, гигиенические и антигигиенические привычки); обращаемость в медицинские учреждения за советами, в том числе — профилактическими; выполнение медицинских рекомендаций (в том числе по диспансеризации); общий уровень медицинских знаний; участие в охране общественного здоровья и в работе системы здравоохранения. Критериями социально-медицинской активности являются: соблюдение режима питания; физическая активность; употребление алкоголя и табакокурение; своевременное обращение за медицинской помощью; соблюдение гигиенических норм. Эти и другие проявления социально-медицинской активности во многом зависят от общего уровня культуры и образования, от психологической установки, условий жизни, состояния здравоохранения и др. Так, своевременность и частота обращения беременной женщины к участковому врачу акушеру-гинекологу почти в 6 раз снижает уровень пренатальной смертности. Результаты фундаментальных исследований образа жизни и здоровья людей, полученные в последние годы, показали, что медицинская активность населения обуславливает более 30 % всех факторов здоровья, а от ее низкого уровня зависит не менее 50 % случаев заболеваемости.

3 Здоровый образ жизни

Здоровый образ жизни — наиболее характерная, типичная деятельность человека в конкретных социально-экономических, политических, экологических и прочих условиях, направленная на сохранение, улучшение и укрепление здоровья людей. В это понятие входит, с одной стороны, формирование позитивного поведения личности, а с другой — преодоление факторов риска. Ключом к способам, методам и формам формирования здорового образа жизни является социально-медицинская активность, т.е. деятельность людей, связанная с состоянием личного и общественного здоровья, и направленная на его охрану, укрепление и поддержание.

Научные исследования позволили установить, что между состоянием здоровья взрослого населения и характером его образа жизни имеется прямая, вполне достоверная зависимость. При этом среди населения, имеющего 1-ю группу здоровья, около 70% ведут здоровый образ жизни, и лишь 3 — 4% — нездоровый. Среди людей с 3, 4 и 5 группами здоровья около 30% ведут нездоровый образ жизни, и лишь 4 — 5% — здоровый. В целом удельный вес людей, ведущих здоровый или близкий к нему образ жизни, составляет не более 45 — 50%, а примерно у 11 — 12 % взрослого населения имеет место преимущественно нездоровый образ жизни.

Гигиеническое воспитание населения должно быть направлено на устранение в поведении человека вредных, неблагоприятных факторов образа жизни и поддержание благоприятных для здоровья личностных характеристик образа жизни. Иными словами, формирование здорового образа жизни становится основой, универсальным средством первичной профилактики и, следовательно, базой в стратегии охраны и укрепления здоровья, а точнее — оно должно стать основным стержнем для разработки и реализации профилактических территориальных и отраслевых программ по охране и развитию здоровья. Само собой разумеется то, что основная забота об охране здоровья населения находится в руках государства. Именно оно обеспечивает условия для повышения жизненного уровня людей, для увеличения рабочих мест, для улучшения производственной среды, условий обучения, качества питания, отдыха и т.д. Тем самым государство создает предпосылки для укрепления физического, психического и

социального благополучия населения, увеличения продолжительности жизни, творческого долголетия, полноценного и всестороннего развития людей.

Следует подчеркнуть, что вопрос охраны здоровья населения является задачей не только органов здравоохранения. Он решается как комплексная государственная проблема, включающая социальные меры по улучшению благосостояния народа (вопросы качества жилья, питания, роста заработной платы и т.д.) и систему мероприятий по улучшению воспитания и образования подрастающего поколения, а также развитие условий для занятий людей физкультурой и спортом. Здоровье формируется под влиянием факторов экологической среды (воздух, тепло, свет, питание, мебель и т.д.). Все экологические факторы можно объединить в две группы. В одну группу входят те из них, что регламентируются государственным законодательством, и требования к ним отражены в нормативных документах. Факторы этой группы (гигиенические требования) направлены на охрану экологичной среды и здоровья населения.

В том случае, если для восстановления постоянства внутренней среды собственных сил и внутренних резервов организма оказывается недостаточно, организм включает осознанные поведенческие реакции, протекающие на базе условных рефлексов.

Кроме биологических, существуют и социальные константы. Под *социальными константами* понимаются требования общества, которые оно предъявляет к своим членам на данном этапе развития, заложенные в его законах, обычаях, традициях, морали и т.д. Поведение человека всегда связано с обучением (приобретением условных рефлексов) в меняющихся условиях среды обитания.

1.1 Лекция №3 (2 часа).

Тема: «Система здравоохранения в России»

1.1.1 Вопросы лекции:

- 1.1 Принципы организации системы здравоохранения в Российской Федерации.
- 1.2 Система здравоохранения.
- 1.3 Организация и структура Система здравоохранения РФ.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

- 1 Принципы организации системы здравоохранения в Российской Федерации

В понятие «здравоохранение» входит деятельность медицинских учреждений, связанная с охраной здоровья граждан, с диагностикой, лечением и профилактикой болезней.

Здравоохранение и социальное развитие — это социальная и медицинская функции общества по укреплению здоровья населения.

История развития здравоохранения указывает на то, что оно происходило не

К основным принципам работы органов здравоохранения в Российской Федерации относятся следующие:

1) их государственный характер — т.е. ответственность общества и государства за охрану и укрепление здоровья населения;

2) профилактическое направление работы — сохранение и развитие социально-профилактического направления работы органов здравоохранения на основе принятия необходимых санитарно-гигиенических, противоэпидемических, общественных и индивидуальных мер, направленных на охрану и укрепление здоровья населения. Личная

(персональная) ответственность каждого работника системы за свое здоровье и здоровье окружающих общедоступность — обеспечение всех граждан общедоступной, квалифицированной медицинской помощью, бесплатной по ее основным видам;

3) единство медицинской науки и практики — интеграция достижений науки в практику работы органов здравоохранения, использование последних достижений науки в практике работы органов здравоохранения;

создание общественной системы здравоохранения, интегрирующей в своей работе деятельность учреждений и организаций всех форм собственности (государственных, муниципальных, частных, страховых и др.) и структур, гарантирующих охрану и укрепление здоровья населения;

2) активное участие широких слоев населения в осуществлении программ по охране здоровья;

3) подготовка медицинских кадров, соблюдающих нормы и правила врачебной этики и медицинской деонтологии.

2 Система здравоохранения

Структура и форма системы здравоохранения определяются в первую очередь социально-экономическими факторами жизни общества. Среди этих факторов первостепенное значение приобретают следующие: ресурсы, средства обеспечения работы органов здравоохранения, иными словами, источники, из которых складывается бюджет данной отрасли (государственный бюджет, страховые фонды, частные ассигнования, общественные средства и др.). Ориентируясь на названный критерий (источники средств обеспечения работы органов системы здравоохранения), имеющиеся системы здравоохранения можно разделить на три группы: преимущественно государственная система; преимущественно страховая система; преимущественно частная система здравоохранения.

Главным законодательным документом страны является Конституция Российской Федерации 1993 г., статья 41 которой гласит:

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Основой реформы правовой системы здравоохранения являются следующие законы: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487— 1 от 22 июля 1993 г. с изменениями и дополнениями от 1993, 1998, 1999 и 2000 гг., закон о медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 1499— 1 от 28 июня 1991 г. с изменениями и дополнениями от 1993, 1994 г., и закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» №52-ФЗ от 30 марта 1999г.

«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22 июля 1993 г.

В данном разделе приводятся извлечения из «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487— 1 от 22 июля 1993 с изменениями и дополнениями от 1993, 1998, 1999 и 2000 гг.

Охрана здоровья граждан— это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, противоэпидемического и санитарно-гигиенического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья в соответствии с Конституцией РФ и иными законодательными актами.

Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье. Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, в соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. (Извлечения из статьи 19.)

Права пациента (Статья 30). При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала,

2) выбор врача, в том числе семейного и лечащим врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

3) обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья;

10) получение медицинских и других услуг в рамках программы добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя. В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобами непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

Право граждан на информацию о состоянии своего здоровья. Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Отказ от медицинского вмешательства. Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий

оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником. (Извлечения из статьи 33.)

Раздел VIII настоящих Основ посвящен гарантиям осуществления медико-социальной помощи гражданам.

Первичная медико-санитарная помощь. Скорая медицинская помощь (статья 39), Специализированная медицинская помощь (статья 40), медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями (статья 41), медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (статья 42), порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований (статья 43), обеспечение населения лекарственными средствами (статья 44), запрещение эвтаназии (статья 45), определение момента смерти человека (статья 46), изъятие органов или тканей человека для трансплантации (статья 47).

Врачебная тайна. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья граждан, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетними в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий. (Извлечение статьи 61.)

Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан. В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством РФ. ... Вред, причиненный здоровью граждан в результате загрязнения окружающей природной среды, возмещается государством, юридическим и физическим лицом, причинившим вред, в порядке, установленном законодательством РФ. (Извлечение статьи 66.)

Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья (статья 69). Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан, определенные настоящими Основами, в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

3 Организация и структура Система здравоохранения РФ

Организация и структура Система здравоохранения Российской Федерации включает в себя:

- **государственные организации здравоохранения** учредителями которых является федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения, другие федеральные органы исполнительной власти, имеющие медицинские службы, или медицинские структуры для оказания медицинской помощи работникам таких

организаций, и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, имущество которых находится в государственной собственности.

- **муниципальные организации здравоохранения, учредителями которых являются органы местного самоуправления, имущество которых находится в муниципальной собственности;**

- **частные организации здравоохранения**, имущество которых находится на праве частной собственности, а также граждане, осуществляющие медицинскую деятельность и (или) фармацевтическую деятельность без образования юридического лица;

- **органы управления здравоохранением, Российскую академию медицинских наук**, которые в пределах своей компетенции осуществляют меры по реализации государственной политики в области здравоохранения, выполнению программ охраны и укрепления здоровья граждан и программ развития медицинской науки, регулируют и координируют деятельность системы здравоохранения.

Среди органов управления здравоохранением следует выделять центральные (республиканские) и местные, краевые, областные, городские, районные органы здравоохранения. К центральным органам относятся Министерства здравоохранения, которые несут ответственность за состояние и развитие медицинской помощи. К местным органам относятся комитеты по здравоохранению при областной, городской и районной ВИ(пк)графии.

В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения существуют следующие их виды:

- лечебно-профилактические учреждения (амбулатории, поликлиники, больницы, диспансеры, учреждения по охране материнства и детства, учреждения скорой и неотложной помощи, санаторно-курортные учреждения);

- санитарно-противоэпидемические учреждения;

- учреждения судебно-медицинской экспертизы;

- аптечные учреждения.

На современном этапе здравоохранение РФ представлено четырехуровневой системой лечебно-профилактической помощи.

Первый уровень — учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению в городах и сельской местности. Это поликлиники, лечебные амбулатории, участковые сельские больницы, женские консультации, фельдшерско-акушерские пункты, а также служба скорой медицинской помощи. **Второй уровень** - условно можно обозначить как медицинскую помощь в учреждениях города или района. Это преимущественно учреждения больничной типа: центр, районная больница, городские больницы, диспансеры, родильные дома общего профиля, учреждения реабилитационно-восстановительного назначения, санатории, стационары дневного пребывания, специализированные образовательные учреждения.

Третий уровень — региональные медицинские учреждения республиканского, краевого, областного значения. **Четвертый уровень**— учреждения федерального и межрегионального значения, оказывающие наиболее сложные и дорогостоящие виды медицинской помощи. Они функционируют в составе научных центров МЗ, Академии медицинских наук, клиник медицинских ВУЗов, федеральных клинических учреждений.

Кроме того, функционируют специализированные диспансеры, ведущие динамическое наблюдение за хроническими больными: противотуберкулезные, онкологические, кожно-венерологические, психоневрологические, наркологические.

1. 1 Лекция № 4 (2 часа).

Тема: «Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения. Санитарное законодательство»

1.1.1 Вопросы лекции:

1. 1. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.
1. 2. Структура, функции, задачи санитарно-эпидемиологической службы.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.

Необходимыми компонентами социальных направлений работы по сохранению здоровья граждан являются:

- обеспечение безопасности среды обитания людей;
- обеспечение населения экологически чистыми и полноценными продуктами питания;
- соблюдение нормативных требований медицины к условиям жизни и труда граждан;
- обеспечение постоянного наблюдения за состоянием здоровья населения;
- оказание гражданам первичной медико-санитарной помощи; своевременная иммунизация;
- обеспечение социальной защиты граждан и др.

Под *санитарно-эпидемиологическим* понимается такое состояние обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние факторов окружающей среды на организм человека и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается разработкой целевых программ по профилактике заболеваний; осуществлением государственного эпидемиологического надзора за состоянием окружающей среды; выполнением комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий; созданием экономической заинтересованности граждан в сохранении благополучного состояния окружающей среды.

Под *средой обитания(экологической средой)* человека следует понимать совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющих условия жизнедеятельности детей и взрослых. Различают следующие факторы среды обитания:

биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и др.);

химические (они регламентируются ПДК – предельно-допустимыми концентрациями);

физические (регламентируются ПДУ – предельно-допустимыми уровнями);

социальные (качество питания, водоснабжения, условий быта, обучения, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания которые оказывают или могут оказывать воздействия на состояния здоровья населения и будущих поколений.

Вредное воздействие на человека факторов среды обитания создает угрозу жизни или здоровью взрослых и детей, либо угрозу жизни или здоровью женщин и будущих поколений.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор – это деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья взрослых и детей.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор включает в себя:

- контроль за выполнением санитарного законодательства, санитарно-противоэпидемических мероприятий, предписаний и постановлений должностных лиц,

осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор окружающей средой;

- санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации;

- меры пресечения нарушений санитарного законодательства, выдачу предписаний и вынесение постановлений о факторах нарушения санитарного законодательства, а также привлечение к ответственности лиц, их совершивших;

- проведение санитарно-эпидемиологических расследований, направленных на установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) среди граждан;

- статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на федеральном уровне, государственный учет инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в связи с вредным воздействием фактором среды обитания в целях формирования государственных информационных ресурсов.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации.

2. Структура, функции, задачи санитарно-эпидемиологической службы

Федеральная служба является уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющей функции по Контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Структура государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, ее задачи, функции, порядок осуществления деятельности, порядок назначения руководителей органов и учреждений указанной службы устанавливаются Положением о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации, утвержденным Правительством Российской Федерации.

Основными задачами Федеральной службы по надзору в сфере Защиты прав потребителей и благополучия человека являются:

- осуществление предупредительного и текущего санэпиднадзора;

- изучение, оценка и прогнозирование состояния здоровья населения, в т. ч. детей;

- динамическое наблюдение за факторами окружающей среды, оказывающими вредное и опасное воздействие на организм человека;

- санитарный надзор за условиями развития и воспитания детей и подростков, включающий контроль за санитарным состоянием детских учреждений, школ, средних учебных заведений;

- выявление причин и условий возникновения инфекционных и неинфекционных заболеваний и отравлений населения;

- координация усилий органов государственной власти и управления, хозяйственных субъектов и граждан при разработке государственных, региональных и местных программ охраны здоровья и среды обитания человека;

- учетно-отчетная работа в области гигиены и эпидемиологии.

Федеральная служба Роспотребнадзора выполняет следующие функции:

- подготавливает предложения по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения для принятия решений органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления;
- разрабатывает и утверждает в установленном порядке санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы;
- осуществляет государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарного законодательства Российской Федерации.

Административная ответственность устанавливается за следующие нарушения норм санитарного законодательства:

- санитарно-эпидемиологических требований к жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта — эти нарушения влекут за собой предупреждение или наложение штрафа на граждан, индивидуальных предпринимателей, должностных и юридических лиц;

- санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения; продукции, ввозимой на территорию Российской Федерации; продукции производственно-технического назначения; химическим, биологическим веществам и отдельным видам продукции, потенциально опасным для человека; товарам для личных и бытовых нужд; пищевым продуктам; пищевым добавкам; продовольственному сырью, а также контактирующим с ними материалам и изделиям, новым технологиям производства — эти нарушения влекут за собой предупреждение или наложение штрафа на граждан (в размере от десяти до пятнадцати минимальных размеров оплаты труда), такие же меры взыскания предусмотрены для индивидуальных предпринимателей, должностных и юридических лиц;

- санитарно-эпидемиологических требований к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению населения; атмосферному воздуху в городских и сельских поселениях; воздуху в местах постоянного или временного пребывания человека; качеству почв; содержанию территорий городских, сельских поселений и промышленных площадок; сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке, хранению и захоронению отходов производства и потребления; планировке и застройке городских и сельских поселений — эти нарушения влекут за собой предупреждение или наложение штрафа на граждан, на индивидуальных предпринимателей, должностных и юридических лиц;

- санитарно-эпидемиологических требований к условиям труда, воспитания и обучения, а также работы с источниками физических факторов воздействия на человека; работы с биологическими веществами, биологическими и микробиологическими организмами и их токсинами — эти нарушения влекут за собой предупреждение или наложение штрафа на граждан, индивидуальных предпринимателей, должностных и юридических лиц;

За невыполнение предписанных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий следует предупреждение или наложение штрафа на индивидуальных предпринимателей, должностных и юридических лиц.

Административные взыскания за нарушение санитарного законодательства налагаются постановлениями должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с полномочиями, предусмотренными статьей 51-й настоящего Федерального закона. Производство по делам об административных

правонарушений осуществляется в установленном порядке. Дисциплинарная уголовная ответственность за нарушение санитарного законодательства устанавливается законодательством Российской Федерации.

1. 1 Лекция №5 (2 часа).

Тема: «Инфекционные и неинфекционные заболевания»

1.1.1 Вопросы лекции:

1. Инфекционные заболевания.
2. Заболевания с воздушно-капельным механизмом передачи.
3. Неинфекционные болезни.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1. Инфекционные заболевания.

По номенклатуре ВОЗ в мире насчитывается около 1,5 тыс. различных инфекционных заболеваний, причем, по мнению Президента РАМН академика В.И.Покровского, мы сегодня знаем не более 1 % существующих микроорганизмов, вызывающих эти и другие заболевания. В процессе эволюции человечества возникали все новые, ранее неизвестные инфекционные болезни. Сегодня доказана инфекционная природа многих, ранее считавшихся неинфекционными, заболеваний. Поэтому бытовавшее в 80-х гг. мнение о том, что инфекции отошли на второй план — явное заблуждение.

В настоящее время в России многие инфекционные заболевания, о ликвидации которых уже было объявлено, вновь заговори- ли о себе. Антипрививочная компания 80-х гг. создала большую прослойку не привитых, а, следовательно, восприимчивых к инфекциям детей, что привело к росту заболеваемости детскими инфекциями в начале 90-х гг.

Нельзя забывать о том, что инфекция — основной компонент еще существующего в мире бактериологического оружия. Таким образом, инфекционные заболевания все еще несут в себе большую угрозу для человечества.

В структуре смертности населения всего земного шара, по данным ВОЗ, инфекционные заболевания составляют около 25 %. В мире каждый день только от кори, коклюша и столбняка погибает примерно 8 000 детей. В России от инфекционных и паразитарных болезней в 2000 г. умерло 27 796 чел., в том числе — 1 335 детей и возрасте до 1 года. Среди детей, умерших в возрасте до 1 года, около 36% умерли от сепсиса и около 34,5% — от кишечных инфекций.

Инфекционная болезнь может протекать в легкой, средней и тяжелой форме. Течение инфекционного процесса отличается от течения других болезней рядом существенных признаков. Основное отличие заключается в цикличности течения и строгой закономерности развития болезненных явлений.

Инфекционная болезнь характеризуется, прежде всего, наличием *инкубационного*, или *скрытого*, *периода*, т.е. тем, что между моментом внедрения инфекции и видимым проявлением болезни проходит некоторый, весьма различный для разных болезней, но характерный для данной болезни промежуток времени. В период инкубации микроорганизм, попадая на чувствительную ткань и находя в ней благоприятные условия для своего развития, размножается и накапливает вредные специфические вещества. В то же время организм реагирует на эти новые для него вещества, приспособляясь к ним свои защитные механизмы и

вступая с ними во взаимодействие, что проявляется, помимо неспецифических реакций (воспаление и др.), в специфической перестройке организма и в специфических реакциях. Доказательством активности организма в течение инкубационного периода служит наличие изменений в крови, сыворотке крови и различных тканях организма. Эти изменения выявляются в конце скрытого периода и при первом проявлении болезненных симптомов.

Период инкубации сменяется периодом *предвестников болезни*, или *продромальным периодом*, когда появляются первые симптомы болезни, еще не всегда специфические - для данной инфекции (слабость, головная боль, повышение температуры). Это лишь предвестники наступающего специфического инфекционного заболевания. Продолжительность продромы невелика и исчисляется 1—2 днями; иногда этот период мало заметен и даже отсутствует.

Продромальным периодом заканчивается подготовительный период развития инфекционного процесса, и инфекционная болезнь, т.е. сумма общих специфических реакций человеческого организма на жизнедеятельность патогенного инфекционного агента, т.е. сумма общих специфических реакций человеческого организма на жизнедеятельность патогенного микроба, вступает в период наивысшего развития — *разгар болезни*. Этот период характеризуется болезненными симптомами, общими для инфекционных заболеваний и специфичными для данной болезни.

Проследившая общую закономерность развития инфекционной болезни, мы наблюдаем, что достигнув высшего развития, болезнь, если не наступает смерть, вступает в фазу затихания патологических явлений и заканчивается *периодом реконвалесценции* — выздоровления. Это затихание может происходить медленно, с постепенным падением температуры (лизис), или же быстро, когда все симптомы исчезают и температура падает в течение 1—2 дней или даже нескольких часов (кризис), сменяясь периодом реконвалесценции.

2 Заболевания с воздушно-капельным механизмом передачи.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ).

Термином ОРВИ обозначается большая группа заболеваний вирусной природы, поражающих дыхательный тракт. Предрасполагающим фактором к возникновению ОРВИ является переохлаждение. После перенесенного заболевания формируется лишь кратковременный иммунитет, поэтому возможны повторные заболевания.

Наиболее распространенными возбудителями ОРВИ являются вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы. Тесный контакт детей в коллективах нередко приводит к возникновению болезней смешанной этиологии.

Возбудители ОРВИ некоторое время сохраняются в слизи, слюне, мокроте, выделяемых больным, но быстро погибают под воздействием солнечного света, дезинфицирующих средств и при высушивании.

Источник инфекции — больной человек. Заражение происходит воздушно-капельным путем, когда вирус при кашле, чихании, разговоре попадает в окружающую среду; не исключен и контактный путь заражения.

Инкубационный период — от нескольких часов до 7 дней. Заболевание начинается остро: повышается температура, нарушается сон, аппетит. ОРВИ часто вызывает воспаления, как верхних дыхательных путей, так и самих легких, проявляющиеся в различных клинических формах. Это — риниты, фарингиты, тонзиллиты, ларингиты, бронхиты, пневмонии. Любая из этих форм может возникнуть с момента заболевания в виде ограниченного процесса. Течение ОРВИ преимущественно непродолжительно. Температура держится 1—2 дня.

Риниты и назофарингиты сопровождаются серозными выделениями. При тонзиллитах возникает боль при глотании. Ларингиты и ларинготрахеиты при ОРВИ могут сопровождаться стенозами гортани и протекать по типу крупа (приступ затрудненного дыхания).

Грипп — острое вирусное заболевание, которое характеризуется повреждением верхних дыхательных путей и протекает с явлениями общей интоксикации.

Возбудителем гриппа является вирус. Различают три типа вируса гриппа: А, В и С, которые в свою очередь имеют подтипы. При этом с вирусом А связывают пандемии, В — эпидемии, С — спорадические (одиночные) заболевания.

Источник инфекции — больной человек. Вирус выделяется во внешнюю среду при кашле, чихании, разговоре. Наибольшую опасность представляет больной в первые дни заболевания.

Характерной особенностью гриппа является его сезонность. Для эпидемий гриппа характерны сезонные вспышки в осенне-зимний и осенне-весенний периоды. Однако редкие случаи заболевания гриппом возможны в любое время года.

Вирус гриппа попадает в верхние дыхательные пути и повреждает клетки эпителия, чаще всего трахеи. Здесь вирус размножается, вызывая воспалительные и некротические изменения клеток и их гибель. В результате этого вирус частично выделяется во внешнюю среду, частично попадает в кровь. В организме развивается общая интоксикация с повреждением иммунной системы.

Инкубационный период короткий, от нескольких часов до 2—3 дней. Заболевание начинается внезапно с подъема температуры до 39—40°C, озноба, общей слабости, разбитости.

3 Неинфекционные болезни

В структуре причин смерти населения всех цивилизованных стран, в том числе и в России, первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания (около 50%).

Ведущей среди сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является артериальная гипертония (АГ). Распространенность АГ во всем мире составляет 20%, а в России она приобрела характер эпидемии, о чем свидетельствуют результаты выборочных исследований Центра профилактической медицины Минздрава России. По данным этого исследования, АГ отмечена у 30 — 40% населения.

Особенно актуальны социально-медицинские проблемы, связанные с АГ, в современной России. По данным Министерства здравоохранения, в РФ более 17 млн человек страдают АГ. У 5,2 млн человек АГ осложнена ишемической болезнью сердца, 186 тыс. человек в год переносят инфаркт миокарда, 400 — 450 тыс. человек — инсульт (50% из них погибают). В России состоит на учете около миллиона больных, перенесших инсульт, 80% из них — инвалиды.

Артериальная гипертония (АГ) или гипертоническая болезнь по старой классификации хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром повышенного артериального давления, отличающийся постоянством и не связанный с высокими физиологическими нагрузками на организм. Другими словами, АГ — это повышение артериального давления в сосудистой области от устья аорты до артериол включительно.

Артериальная гипертония может быть проявлением не только гипертонической болезни. Более 40 заболеваний сопровождаются этим симптомом: поражение почек, сложные сдвиги в гормональном равновесии при нарушении функции надпочечников, пороки сердца, сахарный диабет, ожирение и др.

Знание причин возникновения заболевания необходимо для разработки программы профилактики.

Основные причины, ведущие к заболеванию артериальной гипертонией. Большинство исследователей придают решающее значение сочетанию наследственной предрасположенности с воздействием некоторых внешних факторов (факторов риска). Они делятся на две категории:

изменяемые (устраняемые) — контролируемые в процессе индивидуальной жизни;
неизменяемые (неустраняемые) — неконтролируемые или неуправляемые факторы.

Основными причинами возникновения АГ врачи считают неадекватную реакцию многих из нас на неприятную ситуацию, употребление большого количества поваренной соли, курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание, отягощенная наследственность.

1. 1 Лекция № 6 (2 часа).

Тема: «ВИЧ-инфекция и СПИД.»

1.1.1 Вопросы лекции:

1.3 Характеристика вируса

1.2 Действие вируса на организм.

1. 3. Клиническое течение ВИЧ-инфекции.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1 Характеристика вируса

Общеизвестно, что вирусы являются автономными генетическими структурами, способными жить и размножаться и восприимчивых к ним клетках человека, животных, растений, простейших и даже бактерий. Не являясь оформленными организмами, они представляют собой своеобразную нуклеиновую форму жизни и подчиняются законам эволюции.

Строение вирусов своеобразно. Они не имеют клеточного строения и представляют собой клеточную систему, состоящую из двух биологических полимеров — нуклеиновых кислот (у одних вирусов это рибонуклеиновая кислота — РНК, у других вирусов — дезоксирибонуклеиновая кислота — ДНК) и белка. ДНК и РНК являются носителями наследственной информации, передаваемой от родительской особи к дочерней (вирусным геном) особи. Более сложные по строению вирусы содержат, помимо названных компонентов, углеводы, липиды, гликопротеиды, а также некоторые ферменты.

Вирусы, имеющие ферменты обратной транскриптазы, обеспечивающей переписывание информации с вирусной РНК и ДНК, называются ретровирусами.

ВИЧ относится к малоустойчивым во внешней среде вирусам. Он гибнет при температуре 56°С в течение 30 мин. Вирус очень чувствителен к химическим веществам: погибает при воздействии этилового спирта, эфира, хлорамина и других дезинфектантов. При комнатной температуре значительно дольше, чем другие вирусы, ВИЧ сохраняет жизнеспособность. Более того, даже в высушенном состоянии ВИЧ остается жизнеспособным не менее 7—14 дней, а при низкой температуре значительно дольше.

ВИЧ — это вирус иммунодефицита человека. Попадая в организм человека, он становится причиной возникновения ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-инфекция — это инфекционное заболевание, при котором поражается иммунная (защитная) система человека; передается от зараженного человека к здоровому человеку.

Иногда проходит несколько лет, прежде чем у человека, инфицированного вирусом иммунодефицита, появляются первые признаки болезни. Человек, в организм которого попал вирус, не ощущает этого и выглядит вполне здоровым, но при определенных обстоятельствах в плане передачи ВИЧ для других он представляет опасность.

С момента заражения до появления явных признаков заражения иногда проходит 10—12 лет. Поэтому ВИЧ-инфекция относится к медленным инфекциям.

СПИД — это последняя стадия ВИЧ-инфекции.

ВИЧ содержится во всех биологических жидкостях организма инфицированного человека. Установлено, что в наибольшей концентрации он находится в крови, сперме, вагинальном секрете, спинномозговой жидкости, грудном молоке. В слюне, слезах, поту, моче инфицированного больного вирус присутствует в ничтожно малом количестве и его недостаточно, чтобы вызвать заражение.

2. Действие вируса на организм человека

Иммунная система состоит из клеток различных типов: лимфоцитов, плазматических клеток, макрофагов и гранулоцитов.

Лимфоцит — главная клеточная форма иммунной системы, обеспечивающая защиту организма от чужеродных микроорганизмов и вирусов.

Главная задача лимфоцитов — опознать практически любой антиген, т.е. чужеродную генетическую информацию или чужеродное вещество, образующееся в организме или поступающее извне, на которое в результате иммунной реакции образуются антитела — белковое вещество, выполняющее защитную функцию.

Существует два класса лимфоцитов:

В-клетки (по начальной букве латинского слова *bursa* — бурса, т.е. сумка), развивающиеся у человека в костном мозге, и

1. Т-клетки (от слова «тимус» — вилочковая железа).

В-клетки обеспечивают пожизненный иммунитет после перенесенных заболеваний, таких как ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, краснуха и др.). Функции Т-клеток разнообразны и среди них различают три разновидности.

Т-киллеры (от англ. *killer* — убийца) — разрушающие чужеродные клетки.

Т-супрессоры (от англ. *suppressor* — угнетатель), функция которых связана с угнетением реакций клеточного иммунитета.

Т-хелперы (от англ. *helper* — помощник), которые способствуют становлению иммунитета.

ВИЧ имеет на своей поверхности шипообразные выступы (лепестки), которые входят как ключ в углубления лимфоцита или другой клетки, имеющей средство к нему, и открывают ее. Оболочка вируса сливается с клеточной мембраной, и вирусное ядро оказывается в цитоплазме клетки, затем проникает в ее ядро. Встраиваясь в генный аппарат клетки, вирус начинает диктовать свои условия, создает из материала клетки свое потомство.

Иногда вирус затаивается в ней в форме провируса, клетка продолжает жить, размножаться, но передает по наследству дочерним клеткам генный аппарат вируса.

Через какое-то время провирус, включенный в генный аппарат клетки, пробуждается и начинает разрушать ее. Клетка гибнет, и защищать организм от инфекции становится некому.

Появившееся новое потомство ВИЧ заражает новые лимфоциты (в основном Т-хелперы) или нервные клетки. Этот процесс идет быстро. Так, количество Т-лимфоцитов в 1 кубическом миллиметре крови резко снижается: с 2—3 млн до 1 тыс. и даже до 400 ед.

Более того, если в норме лимфоцит на раздражение каким-либо вирусом вырабатывает до 1000 защитных иммунных тел, то пораженный ВИЧ не вырабатывает и 10.

Организм не в состоянии бороться не только с патогенными микробами и вирусами, но и с обычными микроорганизмами — сапрофитами, находящимися на коже и слизистых оболочках или во внутренних органах с раннего детского возраста. Итак, ВИЧ — это самый «разумный» и смертельный вирус.

3. Клиническое течение ВИЧ-инфекции

Вся совокупность процесса от момента заражения ВИЧ до проявления СПИДа называется ВИЧ-инфекцией. В течение ВИЧ-инфекции можно выявить несколько стадий,

постепенно переходящих одна в другую, последняя из которых называется СПИД.

В первые недели после проникновения в организм вирус себя не проявляет. Он «приспосабливается» к человеку. В это время человек уже заражен, но выявить инфекцию сложно.

Первичная реакция организма на внедрение ВИЧ проявляется выработкой антител. От момента заражения до выработки антител обычно проходит до трех месяцев. Этот период называется «сероконверсионное окно».

1-я стадия. Она протекает как «гриппоподобное» заболевание. В течение 3—5 дней после инфицирования у человека развивается острое заболевание с такими симптомами, как высокая температура, сыпь, боли в суставах, боли в мышцах, боли в горле, кашель, насморк, увеличение лимфоузлов. Симптомы могут быть слабовыраженными, и спустя 2—3 недели острый период проходит. Следует отметить, что в 60—70% случаев острое начало отсутствует. Но вирус продолжает размножаться внутри организма.

2-я стадия. Длится около 3—5 лет. Эта стадия характеризуется полным отсутствием клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Носителя вируса можно выявить, проводя специальные лабораторные исследования. Человек на протяжении многих лет может оставаться практически здоровым, хорошо себя чувствовать и, не зная о наличии вируса, заражать других.

3-4-я стадия. Возникают через 3—5 лет после второй стадии. По мере снижения уровня иммунных клеток возникают симптомы различных болезней: увеличение лимфатических узлов, головные боли, расстройства кишечника и многие другие. Почти у всех больных отмечается поверхностное поражение кожи — гнойнички, себорея, опоясывающий лишай, грибковые заболевания. Также наблюдается снижение в организме количества белых клеток крови, которые отвечают за выработку иммунитета — лимфоцитов. Лечение на этой стадии дает кратковременное улучшение. Человек еще трудоспособен.

5-я стадия. По мере того, как развивается инфекционное заболевание, разрушается и иммунная система. Организм не в состоянии бороться не только с патогенными, но и с обычными микробами, живущими в легких, на коже, в кишечнике. Развивается поражение слизистых оболочек, лимфатических узлов, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, органов зрения, нервной системы. Больной теряет в весе 10% и более от своего веса вследствие длительной диареи (более 3 месяцев) и нарушения питания.

У человека периодически наступает улучшение, и он может даже забыть о своих страданиях, но потом следуют новые периоды болезни, более тяжелые, чем предыдущие. В итоге болезнь приводит к смертельному исходу.

Следовательно, человек может быть носителем ВИЧ много лет, прежде чем у него разовьется СПИД.

Поражение некоторых органов и систем при СПИДе. Наиболее часто при заражении ВИЧ-инфекцией поражаются легкие. Возникает такое заболевание, как пневмоцистная пневмония — тяжелое заболевание, которое плохо поддается лечению.

Зачастую при ВИЧ-инфекции страдают головной мозг и нервная система. Больные, у которых поражена нервная система, как правило, теряют ориентацию в месте, времени и собственной личности; у них резко ослабевает память, нарастает слабоумие и в итоге больные умирают в состоянии полного распада человеческой личности.

Пути передачи ВИЧ-инфекции. Исследования и наблюдения, проводимые в мире, подтвердили, что существует три пути передачи ВИЧ-инфекции:

- 1) половой путь — гетеросексуальный, гомосексуальный контакты;
- 2) парентеральный (через кровь) — инъекционное введение наркотиков и медицинский путь передачи (использование необработанного медицинского инструментария, переливание инфицированной донорской крови, трансплантация инфицированных донорских органов, тканей, жидкостей);
- 3) вертикальный (от ВИЧ-инфицированной матери ребенку во время беременности, родов, кормления грудью).

Пути передачи ВИЧ позволяют выделить следующие группы риска:

- лица, имеющие многочисленные половые контакты, с наличием половых девиаций;
- наркоманы;
- реципиенты крови (больные гемофилией);
- больные ЗППП, особенно сифилисом.

Эффективных методов лечения ВИЧ-инфекции нет.

Специфической профилактики не существует.

1. 1 Лекция № 7 (2 часа).

Тема: «Здоровый образ жизни и факторы, формирующие здоровье население »

1.1.1 Вопросы лекции:

1. Здоровый образ жизни.
1. Питание.
2. Двигательная активность.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1 Здоровый образ жизни

Здоровый образ жизни — наиболее характерная, типичная деятельность человека в конкретных социально-экономических, политических, экологических и прочих условиях, направленная на сохранение, улучшение и укрепление здоровья людей. В это понятие входит, с одной стороны, формирование позитивного поведения личности, а с другой — преодоление факторов риска. Ключом к способам, методам и формам формирования здорового образа жизни является социально-медицинская активность, т.е. деятельность людей, связанная с состоянием личного и общественного здоровья, и направленная на его охрану, укрепление и поддержание.

Научные исследования позволили установить, что между состоянием здоровья взрослого населения и характером его образа жизни имеется прямая, вполне достоверная зависимость. При этом среди населения, имеющего 1-ю группу здоровья, около 70% ведут здоровый образ жизни, и лишь 3 — 4% — нездоровый. Среди людей с 3, 4 и 5 группами здоровья около 30% ведут нездоровый образ жизни, и лишь 4 — 5% — здоровый. В целом удельный вес людей, ведущих здоровый или близкий к нему образ жизни, составляет не более 45 — 50 %, а примерно у 11 — 12 % взрослого населения имеет место преимущественно нездоровый образ жизни.

Гигиеническое воспитание населения должно быть направлено на устранение в поведении человека вредных, неблагоприятных факторов образа жизни и поддержание благоприятных для здоровья личности характеристик образа жизни. Иными словами, формирование здорового образа жизни становится основой, универсальным средством первичной профилактики и, следовательно, базой в стратегии охраны и укрепления здоровья, а точнее — оно должно стать основным стержнем для разработки и реализации профилактических территориальных и отраслевых программ по охране и развитию здоровья.

Следует подчеркнуть, что вопрос охраны здоровья населения является задачей не только органов здравоохранения. Он решается как комплексная государственная проблема, включающая социальные меры по улучшению благосостояния народа (вопросы качества жилья, питания, роста заработной платы и т.д.) и систему мероприятий по улучшению воспитания и образования подрастающего поколения, а также развитие условий для занятий людей физкультурой и спортом.

Здоровье формируется под влиянием факторов экологической среды (воздух, тепло, свет, питание, мебель и т.д.). Все экологические факторы можно объединить в две группы. В одну группу входят те из них, что регламентируются государственным законодательством, и требования к ним отражены в нормативных документах. Факторы этой группы (гигиенические требования) направлены на охрану экологичности среды и здоровья населения.

Именно показатели здоровья являются важным индикатором экологичности окружающей среды. Другие факторы не подлежат государственному нормированию: они (купание зимой, различные диеты, прием биологически активных веществ и т.д.) направлены на укрепление индивидуального здоровья.

Внутренняя среда организма (гомеостаз) — это состав его жидкостных сред (кровь, лимфа, и другие жидкости) — для обеспечения нормального протекания процессов обмена веществ должна поддерживаться на постоянном уровне, независимо от меняющихся внешних факторов. Показатели внутренней среды организма — его *биологические константы* (температура, артериальное давление, содержание сахара в крови и т.д.) характеризуют

состояние здоровья или болезни человека. При отклонении этих показателей от нормы в организме возникает биологическая потребность в их восстановлении.

Все процессы жизнедеятельности организма в целом и отдельных его органов и систем направлены на адаптацию к внешней среде, т.е. на формирование таких адекватных реакций на факторы среды обитания которые обеспечат восстановление биологических констант, а, следовательно, сохранение жизни и здоровья личности. Поддержание постоянства внутренней среды организма является целью всех процессов жизнедеятельности, т.е. конечным полезным приспособительным результатом.

Для достижения этого результата в организме образуются *функциональные системы* — временные образования, взаимосвязь органов и тканей на основе механизмов нервной и эндокринной регуляции, созданные для достижения конечного приспособительного результата, коим является сохранение здоровья личности. Функциональные системы разной степени сложности лежат в основе ответной реакции организма на действие экологических факторов. Ответные реакции организма базируются на основе двух основных форм поведения человека — врожденной и приобретенной. В основе первой лежат *механизмы саморегуляции*, протекающие без участия нашего сознания, на основе безусловных рефлексов. Иными словами, ликвидация потребности (восстановление биологической константы) — процесс постоянный и не прекращающийся ни на секунду, он протекает в нашем организме самостоятельно, без привлечения нашего сознания.

В том случае, если для восстановления постоянства внутренней среды собственных сил и внутренних резервов организма оказывается недостаточно, организм включает осознанные поведенческие реакции, протекающие на базе условных рефлексов.

Кроме биологических, существуют и социальные константы. Под *социальными константами* понимаются требования общества, которые оно предъявляет к своим членам на данном этапе развития, заложенные в его законах, обычаях, традициях, морали и т.д. Поведение человека всегда связано с обучением (приобретением условных рефлексов) в меняющихся условиях среды обитания.

индивидуальные и возрастные особенности, окружающую обстановку, реально существующие потребности личности, силу их выраженности и прошлый опыт человека на пути достижения результата. Индивидуальные особенности поведенческих реакций, направленные на удовлетворение той или иной биологической или социальной потребности, характеризуют личность данного человека.

Всемирная организация здравоохранения дает следующее определение здоровья: «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Вся наша жизнь — это ликвидация биологических и социальных потребностей. Невозможность ликвидации потребностей вызывает отрицательные эмоции и может привести к заболеваниям (физическим и психическим).

Отсюда: *здоровый образ жизни* — это индивидуальная система поведения человека, направленная на рациональное удовлетворение врожденных биологических (пищевая, двигательная, познавательная, половая и т.д.) и социальных (работа, дом, семья) потребностей, вызывающая положительные эмоции (радость) и способствующая профилактике болезней и несчастных случаев, т.е. полное физическое, психическое и социальное благополучие.

Следовательно, рациональное удовлетворение биологических и социальных потребностей формирует здоровье человека — его физическое, психическое и социальное благополучие.

Отсюда все факторы, определяющие здоровье личности, можно разделить на две группы: факторы, формирующие здоровье, и факторы, разрушающие здоровье.

2 Питание

Ведущей биологической потребностью человека является пищевая, которая для формирования здоровья требует своего удовлетворения. Рациональное питание существенно влияет на здоровье и неотделимо от здорового образа жизни.

Питание — первая биологическая потребность организма, требующая своей ликвидации путем рационального питания. Питание является рациональным, если оно адекватное, сбалансированное и индивидуальное для каждого человека, потому заботиться о нем должен каждый самостоятельно. Однако говорить об основных *принципах рационального питания* необходимо, так как оно является неперенным фактором, влияющим на здоровье человека.

Первым условием (неперенным) рационального питания является сбалансированность энергопоступления и энергозатрат. Людям, чьи профессии не требуют особых физических усилий, занятым в сфере интеллектуального труда, для восполнения энергозатрат достаточно в среднем 2 500 — 3 000 ккал в день для мужчин и 2 200 — 2 500 ккал — для женщин. При повышении интенсивности физического труда энергозатраты увеличиваются, и, соответственно, должна быть увеличена калорийность питания. [3] В пожилом возрасте сбалансированность питания достигается за счет снижения общей калорийности употребляемой пищи в среднем до 2 300 — 2 600 ккал для мужчин и 2 100 — 2 300 ккал — для женщин.

Вторым условием рационального питания является восполнение потребности организма в полноценных пищевых продуктах — сбалансированность питания, т.е. качественный состав суточного рациона питания.

Суточная потребность организма в белках составляет в среднем 90 — 95 г, что обеспечивает восполнение 15% общей калорийности. К полноценному белку относятся мясо, рыба, творог, сыр, молоко. Кроме этого, необходим и белок растительного происхождения — фасоль, соя, орехи, зерновые продукты.

Суточная потребность организма в жирах в среднем составляет 80— 100 г, что обеспечивает восполнение 35 % общей калорийности. Если считать, что около половины этого количества мы потребляем с мясом, колбасой, сыром, творогом, молоком, то недостающие 40 — 50 г жира можно ввести в организм при приготовлении пищи, а также в виде масла — с бутербродами.

Суточная потребность организма в углеводах в среднем составляет 300 — 400 г, что обеспечивает восполнение 50% общей калорийности. Из этого количества на долю корнеплодов, овощей и фруктов — так называемых сложных углеводов — должно приходиться не менее 300 г, а простых углеводов (кондитерские изделия, мед, сладкие напитки) — не более 40 г. Крахмалосодержащие продукты (хлеб, каши, картофель, макароны) должны входить в суточный рацион в количестве не более 200 — 250 г. Особенно важен контроль над потреблением чистого сахара. Его прием должен быть максимально снижен или восполнен медом и другими заменителями сахара.

Более высокой пищевой ценностью обладают нерафинированные продукты, богатые минеральными веществами, пищевыми волокнами, витаминами.

Третье условие рационального питания — употребление экологически чистых продуктов.

Четвертое условие заключается в правильном распределении суточной калорийности пищевого рациона: на завтрак должно приходиться в среднем 40% общего количества пищи, на обед — 45 и 15 % — на ужин.

Вопрос адекватного, полноценного питания непременно связан с излишней полнотой, которой в России страдают 26 — 28% населения. Вместе с тем, врачи все больше встречаются с больными, у которых наблюдается малокровие в результате несбалансированного питания, лишённого полноценных белков, жиров и углеводов. Наиболее заметно это отражается на повторно беременных женщинах, на многодетных матерях, на людях преклонного возраста.

3 Двигательная активность

Двигательная активность является второй биологической потребностью, лежащей в основе формирования здоровья человека.

Мышечная нагрузка жизненно необходима человеку. Без работы мышц не может нормально функционировать ни одна из систем организма. Во время мышечной работы происходит своего рода самоочищение: организм освобождается от ненужных шлаков и, следовательно, предохраняет себя от многих болезней, связанных с самоотравлением продуктами собственной жизнедеятельности.

Мышцы являются не только важной частью опорно-двигательного аппарата: они входят в состав и обеспечивают работу всех сосудов и внутренних органов, более того — через мышечные движения, в конечном счете, осуществляется и вся психическая деятельность человека. Снижение физической активности заметно влияет на психоэмоциональное состояние личности, вызывая разбалансировку физического и психического благополучия человека, приводя к развитию депрессии.

Человечество в своем эволюционном развитии всегда было ориентировано на физические нагрузки. Чтобы выжить, наш предок должен был быть и сильным, и выносливым. Функциональные возможности органов и систем были приспособлены к высокой степени физической активности. Однако постепенно физическая нагрузка уменьшалась, что не могло не сказаться на функциональных возможностях систем жизнеобеспечения организма. Органы и системы утратили тот естественный катализатор, которым являлась физическая активность. Гиподинамия повлекла за собой многочисленные болезни и, прежде всего, заболевания опорно-двигательного аппарата и его основной части — позвоночника. У человека появились порочная осанка, сколиоз, остеохондроз и все прочие проблемы, связанные с данной патологией.

Мышечная работа непременно должна быть равноценной отдыху. Лишь тогда физические движения будут способствовать здоровью, когда они чередуются с покоем. Именно равновесие двух этих состояний человека обеспечивает нормальную жизнедеятельность его организма.

В этой связи необходимо отметить, что возникновение некоторых болезней может провоцироваться излишне высокими физическими нагрузками. В немалой степени этому способствует характер производства и некоторые виды профессионального труда: при отсутствии прогресса в механизации и автоматизации производства они не могут способствовать укреплению здоровья человека и противоречат здоровому образу жизни вообще.

Правильный, сбалансированный режим движений и отдыха сохраняет здоровье и является важным фактором его формирования.

Одним из эффективных и действенных средств воспитания духовно и физически здорового подрастающего поколения является физическая культура и спорт. Сама природа

спорта, спортивной деятельности обладает мощным фактором преобразования личности. В основе спорта лежат идеалы силы и мужества, уважения к сопернику, дружбы и взаимопомощи. Спорт закаляет характер, учит преодолевать трудности, держать «удары судьбы».

1. 1 Лекция № 8 (2 часа).

Тема: «Факторы, разрушающие здоровье населения »

1.1.1 Вопросы лекции:

1. Основные факторы риска заболеваний.
2. Алкоголизм.
3. Экологические факторы.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1. Основные факторы риска заболеваний.

Основные факторы риска заболеваний населения, или факторы, разрушающие здоровье, универсальны для всех стран и народов: нерациональное питание (с избыточным количеством насыщенного жира и соли, недостаток витаминов и т.д.); низкая двигательная активность (сидячий образ жизни); злоупотребление алкоголем, табакокурение, употребление наркотиков; беспорядочные половые связи и связанные с ними заболевания.

К основным факторам риска развития неинфекционных заболеваний в России, приводящим к преждевременной смерти граждан, относятся: высокое кровяное давление; высокое содержание в организме холестерина; табакокурение; недостаточное потребление овощей и фруктов; высокий индекс массы тела; употребление алкоголя; гиподинамия; загрязнение воздуха в городах; повышение содержания уровня свинца в окружающей среде и, как следствие, в организме человека.

Хотя факторы риска не всегда приводят к возникновению и развитию болезни, их присутствие значительно увеличивает вероятность возникновения и развития заболевания. Основными причинами преждевременной гибели человека в наше время стали, наркотики и табак. Конечно, эти яды редко являются непосредственной причиной смерти человека. Чаще они провоцируют другие заболевания, которые и приводят к преждевременной смерти.

2 Алкоголизм

Одним из основных факторов, разрушающих здоровье населения, является алкоголизм. В России в 1940 г. абсолютное потребление алкоголя на душу населения составило в среднем 2,5 л в год, в 1960 г. — 3,9 л, 1980 г. — 3,7 л, 1987 г. — 3,3 л (без учета самогонварения и употребления различных алкогольных суррогатов). В настоящее время потребление алкоголя составляет в среднем более 5 л в год на человека и 10,7 л на одного взрослого, причем 75 % потребляемого алкоголя приходится на долю крепких спиртных напитков. Потребление алкоголя возросло практически во всех группах населения. В 2004 г. в среднем пили около 70 % мужчин, около 47 % женщин и около 30 % подростков.

Весьма вероятно, что именно алкоголизм как фактор риска является наиболее значимой причиной кризисных показателей смертности в России по сравнению с развитыми странами.

Под *алкоголизмом* следует понимать хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологической (вне ремиссии) потребностью организма человека в

алкоголе. От алкоголизма следует отличать *пьянство* — систематическое чрезмерное употребление алкоголя, характеризующееся неболезненным пристрастием человека к нему. Борьба с алкоголизмом — важная медикосоциальная проблема, и человек, больной алкоголизмом, требует лечения. Борьба же с пьянством — это проблема в большей степени социальная, требующая не медицинского, а в основном социального воздействия.

Наряду с понятиями «пьянство» и «алкоголизм» большое значение имеет и понятие «трезвость». *Трезвость* — это добровольный, сознательный и полный отказ от алкогольных напитков в условиях свободного к ним доступа. Методом прямых запретов добиться от населения состояния трезвости весьма сложно, так как отказ от употребления алкоголя должен быть добровольным и сознательным у каждого человека.

В России в 2000 г. под диспансерным наблюдением по поводу алкоголизма и алкогольных психозов состояло около 2 261 609 чел., а первично было зарегистрировано и взято на диспансерный учет в среднем 161 557 чел. В период с 1990 г. в стране наблюдалось увеличение числа алкогольных психозов у граждан. К 2000 г. их абсолютное число среди впервые зарегистрированных и взятых на учет больных возросло почти в 10 раз а среди уже состоящих на учете больных — в 7 раз.

После 2000 г. отмечается некоторое снижение частоты возникновения случаев алкогольных психозов. Однако при анализе этих показателей следует учесть, что они явно занижены, так как в их количество вошли только больные, состоящие под диспансерным наблюдением. Проводимые специальные исследования позволяют заключить, что у нас в стране эта категория лиц составляет в среднем 10—15 % общего количества трудоспособного населения.

Рост алкоголизации населения в последние годы был обусловлен целым рядом причин: социально-экономической нестабильностью в обществе; повышением доступности и наличием относительно низких цен на спиртные напитки; ликвидацией учреждений, деятельность которых была основана на принудительном лечении больных алкоголизмом; снижением интереса государства к решению проблем, порождаемых явлениями пьянства и алкоголизма среди населения.

3 Экологические факторы

Загрязнение атмосферы

Экологические факторы могут являться факторами риска возникновения заболеваний и нарушения экологического равновесия, что приводит к постепенному разрушению экосистемы.

Особой проблемой сегодняшнего дня является *экология*. Слово экология образовано от греческого выражения «*йкос*», что означает — дом, жилище; таким образом, дословно экология — это наука о доме, о среде обитания человека. Отсюда проблемы экологии оказываются вовлеченными в сферы деятельности людей различных профессий. Следовательно, очень важна необходимость всеобщего экологического образования; привития людям ответственности за все живое на планете; построения новой картины мира, ориентированной на первозначимость живого; понимания ценности биологического разнообразия в природе; отношения к природе как общечеловеческому достоянию.

Экология — наука о взаимоотношениях живых организмов друг с другом и с окружающей средой. Современная экология формирует особый экологический склад человеческого мышления, рассчитанный на преодоление потребительского отношения к природным ресурсам, на необходимость учета совокупных техногенных воздействий на среду обитания, ориентированную и на достижение человеческим сообществом высокого экономического

потенциала без существенной деградации окружающей людей природной среды. Раздел экологии человека, или социальной экологии, изучает закономерности взаимодействия человека и общества и окружающей среды, а также практические проблемы охраны окружающей среды.

Атмосфера — газообразная оболочка Земли, состоящая из смеси различных газов и пыли. Масса ее относительно невелика. Однако роль атмосферы в протекании всех природных процессов огромна. Наличие атмосферы вокруг земного шара определяет общий тепловой режим поверхности нашей планеты, защищает ее от вредного космического и коротковолнового ультрафиолетового излучения Солнца.

Большое влияние на состав атмосферы оказывает хозяйственная деятельность человека. В воздухе над населенными пунктами с развитой промышленностью в последнее время появилось значительное количество вредных примесей. К основным источникам загрязнения атмосферы относятся предприятия топливно-энергетического комплекса, транспорт, промышленные предприятия. Именно они вызывают загрязнение природной среды тяжелыми металлами. Свинец, кадмий, ртуть, медь, никель, цинк, хром, ванадий — практически постоянные компоненты воздуха промышленных центров.

Источником загрязнения природной среды свинцом служат заводы аккумуляторных батарей, автотранспорт, где используется этилированный бензин, свинецсодержащие краски, свинцовые белила, свинцовые детали в водопроводных трубах и охладителях воздуха, и даже глиняная, кустарно изготовленная посуда, глазурованная свинцом.

Особую опасность для человека представляет один из распространенных строительных материалов — асбест, в силу своих канцерогенных свойств. В некоторых странах (например, во Франции) запрещено использование асбеста в государственном и частном строительстве, однако в настоящее время в мире еще сохраняются контакты людей с этим веществом.

Не меньшую тревогу должно вызывать употребление в промышленности непищевого алюминия из-за его токсического воздействия. При попадании алюминия в организм человека возможны нарушения функций желудочно-кишечного тракта с развитием многочисленных заболеваний, вплоть до появления раковых опухолей.

В связи с развитием бытовой химии как отрасли промышленного производства появилась новая опасность для здоровья людей. Полиэтиленовые пакеты, стиральные порошки, отбеливатели, всевозможные пищевые добавки для консервации и хранения продуктов далеко небезопасны для человеческого организма и при неправильном использовании могут причинить значительный вред здоровью людей. Кислотные дожди, парниковый эффект и другие явления — все это не может не влиять на здоровье. В последнее время в воздухе повысилась концентрация нерастворимых аэрозолей, что делает органы дыхания человека основными путями для проникновения токсических веществ в организм, подвергая их наибольшей опасности повреждения. На втором месте по степени опасности возникновения заболеваний находится желудочно-кишечный факт — как путь попадания токсических веществ в организм, из которых наиболее распространенными также являются свинец, асбест, алюминий, хром и др.

В 84 крупных городах России уровень загрязнения воздуха вредными веществами более чем в 10 раз превышает предельно допустимые степени их концентрации. На загрязненных территориях показатели уровня общей заболеваемости населения, особенно детей, выше средних по стране в полтора-два раза. При этом уровень заболеваемости населения болезнями крови и кровеносной системы — выше в 3,5 раза; мочевыделительной системы — в 2,8; кожи и

подкожной клетчатки — в 1,5 — 3; а аллергические болезни и бронхиальная астма распространены в 3 — 9 раз больше именно на этих территориях, чем в среднем по стране.

Загрязнение почв

Литосфера — это верхняя твердая оболочка Земли. В результате взаимодействия геологических, климатических, биохимических факторов верхний тонкий слой литосферы превратился в особую среду — почву, где происходит значительная часть обменных процессов между живой и неживой природой.

В результате неразумной, нерациональной хозяйственной деятельности человека происходит уничтожение почвы, ее загрязнение и изменение ее состава.

Значительные потери полезных земельных площадей связаны с сельскохозяйственной деятельностью человека. Многократное вспахивание земель делает почву беззащитной перед воздействием ветров, весенних наводнений, в результате этих процессов происходит ускоренная ветровая и водная эрозия почвы, ее засоление.

Использование в широких масштабах различных удобрений, химических ядов для борьбы с вредителями и сорняками приводит к накоплению в почве несвойственных ей веществ. Наконец, громадные площади почвы погибают при горнопромышленных работах, при строительстве предприятий и городов

Одним из последствий усиливающейся техногенной нагрузки на биосферу является интенсивное загрязнение почвенного покрова. В роли основных загрязнителей почв выступают металлы и их соединения. В процессе производственной деятельности человек разрабатывает и рассеивает (в том числе, и в атмосфере — в виде промышленных выбросов) сконцентрированные в земной коре запасы металлов, которые затем вторично аккумулируются в верхнем почвенном слое.

Отходы промышленных предприятий часто содержат металлическую ртуть, а также различные неорганические соединения ртути с другими элементами.

Отходы предприятий черной металлургии, сточные воды, несущие отходы с рудников, являются наиболее массовыми источниками загрязнения почв медью. Загрязнение почв цинком происходит за счет выбросов промышленной пыли, особенно из рудников, а также в результате применения суперфосфатных удобрений, в состав которых входит цинк.

Проблемы функционирования крупных городов — мегаполисов — с численностью населения 10—15 млн чел. как крайнего проявления урбанизации — также представляют собой немалую угрозу здоровью горожан. В разработанной ВОЗ программе «Здоровые города» приводятся следующие основные признаки здорового города:

чистота и безопасность для жизни людей;

стабильное снабжение жителей безопасной пищей и водой с эффективной системой удаления отходов;

многосторонняя, прочная и современная экономика, которая обеспечивает основные потребности жителей города в пище, воде, жилье, доходах, безопасности и работе;

определение здоровья как интегрального компонента общественной политики; обеспечение жителям города возможности адаптации их поколения к принципам более здорового образа жизни; повышение качества и доступности медицинского обслуживания.

Самоочищение почв практически не происходит или происходит очень медленно. Токсичные вещества накапливаются, что способствует постепенному изменению химического состава почв. Из почвы токсические вещества могут попасть в растения, организмы животных и людей и вызвать нежелательные последствия.

Как отмечалось в докладе о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 г., санитарно-гигиеническая и эпидемиологическая ситуация в России остается весьма напряженной. Загрязнение почвы, воды и атмосферы солями тяжелых металлов, различными пестицидами, ядохимикатами и бытовыми отходами значительно превышает допустимые нормы.

1. 1 Лекция № 9 (2 часа).

Тема: «Психическое здоровье населения. Психиатрическая помощь»

1.1.1 Вопросы лекции:

1. Организация и функции психиатрической помощи.
2. Структура контингента больных. Госпитализация.
3. Порядок приема вызовов.
4. Организационные аспекты.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1. Организация и функции психиатрической помощи.

Скорая психиатрическая помощь является видом гарантированной государством психиатрической помощи. В системе психиатрической службы ей принадлежит особенно важная роль. Особое значение работа психиатрических бригад приобретает в современных условиях в связи с введением правовых норм, относящихся к психиатрическому освидетельствованию и госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. В связи с этим значительно повысилась ответственность врача психиатрической бригады за принятие решения о госпитализации, а работа психиатрических бригад значительно усложнилась. Скорая психиатрическая помощь оказалась на переднем крае реализации законодательства в области психиатрии.

С другой стороны, строгие критерии недобровольной госпитализации, связанные с констатацией опасности больного для себя и окружающих, в виде, например, непосредственной физической угрозы, требуют нередко тесного взаимодействия психиатрической бригады с сотрудниками милиции. В большей степени, чем прежде, врач нуждается в поддержке милиции с целью соблюдения правовых норм и создания безопасных условий для осмотра пациента.

Назревшими являются и другие проблемы скорой психиатрической помощи. Прежде всего это создание предпосылок для ее дальнейшего развития; она не должна предназначаться преимущественно лишь для населения крупных городов. С учетом местных условий должен решаться вопрос, входит ли психиатрическая бригада в структуру станции скорой помощи или является составной частью психоневрологического диспансера. Остается неоднородной нагрузка бригад. В определенной степени этим обусловлена проблема повышения качества помощи: строгое соблюдение законности, время прибытия к месту вызова, объем и характер оказываемой помощи, оснащенность бригад и автотранспорта и др.

2. Структура контингента больных. Госпитализация.

Анализ показывает, что частота обращений за данным видом помощи обнаруживает колебания: лица, ежегодно осматриваемые психиатрическими бригадами, составляют 16,0 - 19,0 на 10 тыс. населения в год. Среди этих лиц определенную часть составляют иногородние, а также лица без определенного места жительства. По тем или иным мотивам в городах, привлекательных для психически больных мигрантов, приезжающих, например, с

целью обращения в различные инстанции, может достигать 20% от общего числа больных, к которым вызывается психиатрическая бригада.

Вызовы поступают из разных источников; последние отражают острый характер развития психической патологии. Психиатрическую бригаду чаще всего вызывают члены семьи и близкие больных (примерно 40%), реже - работники милиции (30%), сотрудники по работе (5%), десятые доли процента составляют вызовы к больным, поступающие от случайных лиц. Практика показывает, что при наличии заведомо ложных вызовов предпочтителен прием вызовов от должностных лиц или от родственников пациента (называющих себя и сообщаящих свои координаты). В сомнительных случаях предлагают тем, кто вызывает психиатрическую бригаду, обратиться вначале в органы милиции, жилищные конторы и пр. Самостоятельно больные обращаются за скорой психиатрической помощью лишь в 1 - 2% случаев. Вызовы к больным врачами психоневрологического диспансера составляют около 20%. В этих случаях роль бригады скорой психиатрической помощи обычно сводится к транспортировке больных по направлению психиатра диспансера.

Нозологическая структура контингента больных, ежегодно осматриваемых психиатрическими бригадами, зависит от особенностей региона. Доля больных алкоголизмом и алкогольными психозами достигает 20 - 40%. Отмечается тенденция к росту числа лиц с наркоманиями и токсикоманиями, однако их доля в регионах, не отличающихся большой распространенностью этих видов зависимости, остается в пределах 1 процента. Наибольшая часть вызовов - к больным шизофренией (более 40%), органическими поражениями головного мозга, в том числе с атеросклеротическим и старческим слабоумием (более 20%). Среди лиц, к которым вызывается психиатрическая бригада, число мужчин обычно несколько превышает число женщин. Вызовы поступают к лицам всех возрастов, однако чаще - к лицам трудоспособного возраста.

3. Порядок приема вызовов.

Все обращения (без исключения) за скорой психиатрической помощью регистрируются диспетчером. Принимая вызов, диспетчер выясняет данные о местонахождении лица, к которому вызывается бригада, его фамилию, имя, отчество, возраст, а также фамилию, имя, отчество вызывающего, его отношение к указанному лицу - родственник (степень родства), сотрудник (должность), сосед, работник ЖЭКа и др., его телефон. Диспетчер, опрашивая вызывающего, уточняет причину обращения, наблюдался (лечился) ли предполагаемый пациент ранее по поводу психического расстройства, в чем особенности поведения и высказываний в настоящее время, которые могут указывать на наличие психического заболевания, в том числе свидетельствующие об опасности для себя или окружающих, беспомощности, динамике, в частности, утяжелении состояния. Диспетчер вносит полученные данные в журнал записи вызовов скорой медицинской помощи и передает все ставшие ему известными сведения дежурному врачу, который принимает решение о направлении психиатрической бригады по месту вызова или об отказе в этом. В последнем случае, в зависимости от ситуации, он информирует вызывающего, куда следует обратиться (например, в милицию или, в соответствии с законом, с заявлением в психоневрологический диспансер для получения санкции судьи на психиатрическое освидетельствование и др.). При отказе в направлении бригады на вызов причины отказа вносятся врачом в журнал записи вызовов скорой медицинской помощи. Принимая вызов, врач инструктирует вызывающего о необходимых мерах до приезда бригады (по возможности обеспечить надзор, предупреждая опасные действия, переместить из производственного помещения в безопасное место и др.). При выезде к задержанному органами МВД врач бригады должен быть ознакомлен с письменным рапортом об обстоятельствах и причинах задержания. При этом должны быть приняты меры к установлению личности задержанного, проведен его досмотр с составлением соответствующих документов.

В случае вызова в лечебно-профилактическое учреждение сведения должны быть получены от врача этого учреждения, располагающего необходимыми данными о пациенте. В этих случаях, помимо данных о психическом состоянии, обязательны подробные данные о соматических (неврологических) расстройствах, в связи с которыми пациент находится на стационарном лечении, данные о проведенных консультациях со специалистами.

Диспетчер принимает также вызовы на транспортировку пациентов из лечебно-профилактических учреждений (для перевода в психиатрический стационар), из психиатрической больницы (для перевода в другой психиатрический стационар), из психоневрологического диспансера (отделения, кабинета) для помещения больного в психиатрический стационар. При записи обращения по данному поводу диспетчером указываются паспортные данные пациента, сведения о проведении психиатрического освидетельствования (дата, время, кем проведено), характер госпитализации (добровольный, недобровольный). Если пациент находится в соматическом стационаре и осмотрен врачом-психиатром - данные о наличии заключения психиатра, наименование учреждения, куда должен быть доставлен пациент, наличие направления, а также рекомендации, если они имеются, по организации транспортировки, фамилия, имя, отчество сотрудника, передавшего вызов, его телефон.

В случае недобровольной госпитализации фельдшерская бригада может быть использована для транспортировки только в том случае, если она направляется к пациенту не позднее чем в течение суток после его осмотра врачом-психиатром.

Недопустимо перекладывание психоневрологическим диспансером всей работы по недобровольному освидетельствованию на бригаду психиатрической помощи. Диспансер должен ее осуществлять в соответствии со статьями 23, 24 и 25 Закона, получая предварительно санкцию судьи. Однако при острых проявлениях психического расстройства, потребовавшего обращения за скорой психиатрической помощью, когда пациент не может быть оставлен без помощи при условии соответствия психического состояния критериям недобровольной госпитализации, диспетчер (дежурный врач) скорой помощи руководствуется не только ст.23, но и 29 статьей, причем последняя является решающей.

2. Диспетчер (дежурный врач) скорой психиатрической помощи, принимая вызов, может быть дезориентирован тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица как болезненные или предвзято изложили факты. В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только, что оно не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке, поскольку такая помощь, при негативном к ней отношении, может быть оказана только с помощью недобровольного помещения в больницу, а признаков соответствия состояния лица критериям недобровольной госпитализации (статья 29, критерии "а", "б", "в") нет. Врач-психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данное лицо психическим заболеванием и в каком виде психиатрической помощи оно нуждается. Он лишь устанавливает, что данное лицо не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке. Именно об этом он делает запись в медицинской документации, обосновывая ее полученными на месте данными. В этих случаях недобровольное освидетельствование считается не проведенным, а врач не нарушает ст. 23 Закона о психиатрической помощи. Пациенту, заявителю, сделавшему вызов психиатра, и другим присутствующим лицам следует объяснить, что уточненные в беседе обстоятельства необходимы для принятия решения о необходимости освидетельствования.

Необходимо обращать также внимание на некоторые правовые положения, не вытекающие только из специфики оказания скорой психиатрической помощи, но имеющие большое значение при ее оказании.

4 Организационные аспекты

С введением правовых основ деятельности психиатрической службы важное значение приобретает адекватная современным условиям организация работы скорой психиатрической помощи в различных регионах России.

1. В настоящее время скорая психиатрическая помощь преимущественно (почти 84%) находится в ведении общей скорой медицинской помощи и значительно реже - в структуре учреждений психиатрической службы.

Включение скорой психиатрической помощи в структуру учреждений психиатрической службы позволяет:

- оперативно знакомиться с имеющейся в психоневрологическом диспансере информацией о пациенте до выезда бригады к месту вызова, данных о его склонности к общественно опасным действиям и др.;

- получать информацию от участковых психиатров, сотрудничать с ними при осуществлении госпитализации, оперативно используя фельдшерские бригады, а также получать сведения из стационара, позволяющие оценить правильность принятых решений;

- поддерживать более высокий уровень психиатрической квалификации сотрудников психиатрических бригад; быть в курсе всех новых требований, нормативных положений; использовать новые психотропные средства и методы лечения.

На количество вызовов, выполненных бригадой за смену, может влиять большая обращаемость населения, связанная с недостаточной активностью психоневрологического диспансера.

5 Общие вопросы организации психиатрической помощи.

Психоневрологический диспансер.

В основе организации психиатрической помощи в РФ лежат три основных принципа: дифференцированность (специализация) помощи различным контингентам больных, ступенчатость и преемственность помощи в системе различных, психиатрических учреждений. Ступенчатость организации психиатрической помощи выражается в наличии максимально приближенных к населению внебольничной, полустационарной и стационарной помощи.

Внебольничная ступень включает психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения больниц, психиатрические, психотерапевтические и наркологические кабинеты при поликлиниках, МСЧ, а также лечебно-производственные, трудовые мастерские. В полустационарную ступень входят дневные стационары, в штатном отношении принадлежащие психоневрологическим диспансерам; в стационарную - психиатрические больницы и психиатрические отделения в других больницах.

Преемственность психиатрической помощи обеспечивается тесной функциональной связью психиатрических учреждений разных ступеней, что регламентируется положениями и инструкциями МЗ РФ. Это позволяет осуществлять непрерывное наблюдение за больным и его лечение при переходе из одного лечебного учреждения в другое.

Принудительная госпитализация осуществляется только если:

- есть угроза или непосредственная опасность деяний больного для него самого или окружающих.

- если психическое нарушение обуславливает его неспособность самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности.

- если оставление лица без психиатрической помощи может нанести вред его здоровью вследствие его психического состояния. Подобные больные подлежат обязательному врачебному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров в течение 48 часов, которая принимает решение об обоснованности госпитализации и заполняет соответствующую документацию.

В случае необходимости госпитализации в суточный срок решение комиссии должно быть направлено в территориальный суд по месту нахождения психиатрического стационара. Суд обязан рассмотреть данное заявление в течение не более 5 суток и вправе отклонить или удовлетворить решение о госпитализации, санкция на пребывание пациента в стационаре и его срок дается судьей на срок, необходимый для рассмотрения заявления. Решение суда может быть обжаловано родителями (опекунами) в 10 дневный срок. Подобные больные подлежат ежемесячному переосвидетельствованию комиссией врачей-психиатров, решающей вопрос о продлении госпитализации или выписке больного.

Основными звеньями психиатрической помощи являются психоневрологический диспансер и психиатрическая больница, как правило, прикрепленная к диспансеру по территориальному признаку. Они оказывают психиатрической помощи населению, проживающему в определенном районе. При этом больница обслуживает больных нескольких диспансеров. Деятельность диспансеров построена по участково-территориальному принципу (участковый психиатр и его помощники оказывают психиатрическую помощь жителям определенной территории участка).

Основные задачи психоневрологического диспансера: выявление психически больных среди населения и активное наблюдение за ними (приглашение больного на прием и посещение его на дому), проведение всех видов амбулаторного лечения, трудоустройство больных, оказание помощи в социально-бытовых и юридических вопросах, направление на стационарное лечение, оказание консультативной психиатрической помощи лечебно-профилактическим учреждениям, санитарно-просветительная и психогигиеническая работа, проведение трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертиз.

Критерии вменяемости:

1) Медицинский - наличие хронической психической болезни или временного расстройства психической деятельности;

2) Юридический - неспособность в силу болезненного состояния отдавать себе отчет в совершаемых действиях или руководить ими. Экспертиза проводится по постановлению органов расследования, определению суда, и в отношении осужденных - по направлению администрации мест лишения свободы. К лицам, признанным невменяемыми, могут быть применены лишь меры социальной защиты медицинского характера:

1) Принудительное лечение в специальных психиатрических учреждениях (особо опасные больные);

2) Лечение в психиатрической больнице на общих основаниях;

3) Отдача на попечение родных или опекунов и одновременно под наблюдение диспансера. Назначение принудительного лечения и его прекращение (при наличии соответствующего медицинского заключения) производится только судом. Необходимость установления дееспособности истцов и ответчиков возникает при решении вопроса о защите гражданских прав психически больных (вопросы об опеке, правах на наследство, расторжении брака, лишении родительских прав и т. д.). Данные судебно-психиатрической экспертизы оформляются в виде акта, в заключительной части которого даются ответы на все вопросы, которые поставлены перед экспертизой следственными органами или судом. Наркологическую помощь населению оказывают городские наркологические диспансеры, наркологические кабинеты в психиатрических диспансерах и других лечебных учреждениях, врачебные и фельдшерские наркологические пункты, обслуживающие рабочих и служащих промышленных предприятий и работников сельского хозяйства.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

4.1 Семинарское занятие №1 (2 часа) Тема: История развития социальной медицины.

4.1. Вопросы к занятию

1. История социальной медицины в зарубежных странах.
2. История социальной медицины в России.
3. Клиническая и социальная медицина.
4. Технологии социальной работы.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 основные этапы в развитии социальной медицины в России и за рубежом;
- 2 связь социальной медицины со здоровьем населения и социальными факторами среды обитания людей;
- 3 объект социальной медицины;
- 4 связь клинической и социальной медицины;
- 4 технологии социальной медицины;

4.1 Семинарское занятие №2 (2 часа). Тема: Индивидуальное и общественное здоровье.

4.1. Вопросы к занятию

1. Показатели естественного движения населения.
2. Показатели механического движения населения.
3. Индивидуальное здоровье.
4. Пути улучшения общественного здоровья населения России.
5. Демографические показатели в оценке здоровья населения.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 критерии оценки здоровья населения;
- 2 виды заболеваемости;
- 3 факторы, определяющие здоровье;
- 4 показатели здоровья населения.

4.1 Семинарское занятие №3 (2 часа). Тема: Влияние неблагоприятных экологических факторов на здоровье человека.

4.1. Вопросы к занятию

1. Атмосферный воздух и здоровье.
2. Питьевая вода и здоровье.
3. Экология живых и общественных помещений.
4. Экология почвы.
5. Экология продуктов питания.
6. Климат и здоровье.
7. Законодательная и нормативно-правовая база в области экологии в России.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 факторы, от которых зависит здоровье человека;
- 2 рациональное питание;
- 3 характеристика экологических проблем;

- 4 причины неэффективности очистки питьевой воды;
- 5 воздействие холодного климата на здоровье;
- 6 нормативные документы по экологии в России.

4.1 Семинарское занятие №4 (2 часа). Тема: Факторы, разрушающие здоровье населения. Здоровый образ жизни и факторы, формирующие здоровье населения.

4.1. Вопросы к занятию

1. Образ жизни.
2. Особенности жизнедеятельности современного человека.
3. Здоровый образ жизни.
4. Двигательная активность и здоровье.
5. Питание и здоровье.
6. Основные направления и методы пропаганды здорового образа жизни.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 пути формирования здорового образа жизни;
- 2 лечебное питание;
- 3 гиподинамия и ее влияние на здоровье.

4.1 Семинарское занятие №5,6 (4 часа). Тема: Правовой механизм обеспечения здоровья населения.

4.1. Вопросы к занятию

1. Надзорные законы, обеспечивающие безопасные условия жизни;
2. Законы, обеспечивающие профилактику заболеваний и здоровый образ жизни;
3. Права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь;
4. Ответственность за правонарушения в области охраны здоровья граждан;
5. Организация деятельности системы здравоохранения;
6. Регулирование профессиональной медицинской и фармацевтической деятельности;
7. Финансирование здравоохранения, налоги, таможенные пошлины и льготы;
8. Специальные законы по актуальным разделам медицины и конкретным заболеваниям.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 правовое обеспечение деятельности учреждений социально-медицинской помощи;
- 2 права пациента;
- 3 основные федеральные законы, направленные на охрану здоровья населения;
- 4 этапы в системе охраны здоровья населения.

4.1 Семинарское занятие №7, 8 (4 часа). Тема: Медицинское страхование как форма социальной защиты граждан в охране здоровья.

4.1. Вопросы к занятию

1. Государственные и частные медицинские учреждения.
2. Обязательное медицинское страхование.
3. Система добровольного страхования здоровья.
4. Законодательная база медицинского страхования.
5. Программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью
6. Социальная, медицинская и экономическая эффективность здравоохранения.
7. Перспективы здравоохранения в России.

8. Всемирная организация здравоохранения.
9. Общество Международного Красного Креста и Красного полумесяца

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 обязательное и добровольное медицинское страхование;
- 2 медицинские услуги;
- 3 деятельность РОКК

4.1 Семинарское занятие №9 (2 часа). Тема: Туберкулез.

4.1. Вопросы к занятию

1. Пути передачи и проявления туберкулеза.
2. Организация работы противотуберкулезного диспансера.
3. Профилактика туберкулеза.
4. Медико-социальная помощь больным туберкулезом.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в России;
- 2 передача и проявление туберкулеза;
- 3 профилактика туберкулеза;
- 4 медицинские и социальные проблемы, связанные с заболеваемостью населения туберкулезом.

4.1 Семинарское занятие №10 (2 часа). Тема: Вирусные гепатиты. Болезни, передаваемые половым путем.

4.1. Вопросы к занятию

1. Вирусный гепатит А и С.
2. Распространенность заболевания.
3. Профилактика гепатитов.
4. Болезни, передаваемые половым путем, имеющие социальную значимость.
5. Распространенность заболевания.
6. Профилактика ВИЧ-инфекции.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 распространенность гепатита в России;
- 2 передача вируса гепатита;
- 3 показатели заболеваемости болезнями, передаваемых половым путем;
- 4 пути передачи ВИЧ-инфекции;
- 5 медико-социальные последствия ВИЧ-инфекции;
- 6 меры профилактики ВИЧ-инфекции.

4.1 Семинарское занятие №11 (2 часа). Тема: Болезни органов дыхания

4.1. Вопросы к занятию

1. Структура заболеваемости.
2. Бронхит.
3. Пневмония.
4. ОРЗ.
5. Организация социально-медицинской помощи больным.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 острые респираторные заболевания;
- 2 хронические заболевания органов дыхания.

4.1 Семинарское занятие № 12 (2 часа). Тема: Сердечнососудистые заболевания.

4.1. Вопросы к занятию

1. Медико-социальные проблемы больных артериальной гипертонией.
2. Атеросклероз.
3. Ишемическая болезнь сердца.
4. Инсульт мозговой.
5. Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Р.Ф.».
6. Рекомендации по организации медико-социальной работы с больными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 факторы риска развития сердечнососудистых заболеваний;
- 2 основные направления профилактики сердечнососудистых заболеваний;
- 3 основные клинические проявления ишемической болезни сердца и инфаркта;
- 4 медико-социальная работа с больными сердечнососудистых заболеваний.

4.1 Семинарское занятие №13 (2 часа). Тема: Медико-социальные проблемы наркотизма.

4.1. Вопросы к занятию

1. Алкоголизм как социальная проблема.
2. Наркомания и токсикомания.
3. Курение.
4. Профилактика всех видов химической зависимости.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 медико-социальные проблемы алкоголизма и наркомании;
- 2 меры профилактики наркомании и алкоголизма;

4.1 Семинарское занятие №14 (2 часа). Тема: Аборт как медико-социальная проблема. Планирование семьи.

4.1. Вопросы к занятию

1. Аборт. Медицинские и социальные показания к аборту.
2. Репродуктивное здоровье.
3. Планирование семьи.
4. Предупреждение нежелательной беременности.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 риски прерывания беременности;
- 2 сохранение репродуктивного здоровья молодежи;
- 3 планирование семьи.

4.1 Семинарское занятие №15 (2 часа) Тема :Медико-социальная работа с больными онкологического профиля.

4.1. Вопросы к занятию

1. Характеристика опухолевых процессов
2. Медицинские и социальные проблемы, связанные с диагностикой и лечением онкологических заболеваний.
3. Профилактика онкозаболеваний.
4. Социальная помощь инкурабельным больным дома и в хосписе.

5. Социальные и правовые аспекты эвтаназии в России и за рубежом.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 механизмы активизации онкогенов;
- 2 онкогигиеническая профилактика;
- 3 работа хосписов;
- 4 эвтаназия в России и за рубежом.

4.1 Семинарское занятие №16 (2 часа). Тема : Медицинская этика и деонтология.

4.1. Вопросы к занятию

1. Понятия о врачебной этике.
2. Современные модели взаимоотношений врача и пациента.
3. Основные этические принципы в медицине.
4. Неблагоприятные воздействия на больного.
5. Биоэтические проблемы современности.
6. Особенности медицинской деонтологии на современном этапе.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 особенности медицинской деонтологии на современном этапе;
- 2 основные деонтологические принципы;
- 3 нормы медицинской этики в клятве Гиппократата;

4.1 Семинарское занятие №17 (6 часов). Тема: Неотложная медицинская помощь.

4.1. Вопросы к занятию

1. Основные понятия
2. Клиническая смерть. Реанимация.
3. Кома, контузия.
4. Обморок, коллапс.
5. Асептика и антисептика.
6. Раны и кровотечения. Повязки.
7. Переломы костей. Ушибы. Вывихи.
8. Ожоги. Обморожения. Переохлаждения.
9. Ожоги.
10. Утопления.
11. Отравления.
12. Инородные тела.
13. Анафилактический шок. Комы при сахарном диабете.
14. острые боли в животе.
15. общие правила транспортировки пострадавших.

4.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 задачи оказания неотложной помощи;
- 2 реанимационные мероприятия;
- 3 особенности оказания доврачебной помощи при ранениях;
- 4 схемы оказания доврачебной при неотложных состояниях.