

**Ш.Т.Искандарова, Н.М.Махмудова,  
М.Т.Кариева, Г.А.Джалилова**

## **СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ**

(Учебное пособие для студентов факультетов  
высшего сестринского дела)

**Ташкент - 2013**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМЕНИ М.С.ТУРСУНХОДЖАЕВОЙ**

**Ш.Т.Искандарова, Н.М.Махмудова  
М.Т.Кариева, Г.А.Джалилова**

**СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ**

(Учебное пособие для студентов факультетов  
высшего сестринского дела)

**ТАШКЕНТ – 2013**

**Рецензенты:**

1. Профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ТашИУВ, д.м.н. П.Р.Менликулов.
2. Заведующей кафедрой общественного здоровья, организация и управления здравоохранением ТМА профессор, д.м.н. Х.Е.Рустамова
3. Доцент кафедры общественного здоровья, организация и управления здравоохранением, к.м.н. В.Т.Самадова

## Содержание

Наименование темы	Стр.
Введение.....	5
Глава 1.	
Основы гигиенического обучения и воспитания населения.	10
Пропаганда здорового образа жизни.....	
Глава 2	
Инфекционные заболевания – как социально-гигиеническая проблема.....	28
Глава 3	
Неинфекционные заболевания – как социально-гигиеническая проблема.....	40
3.1. Сердечно-сосудистые заболевания – как социально- гигиеническая проблема.....	43
3.2. Болезни органов дыхания, ХНЗЛ – как социально- гигиеническая проблема.....	53
3.3. Туберкулез – как социально-гигиеническая проблема.....	57
3.4. Эндокринные заболевания – как социально-гигиеническая проблема.....	66
3.5. Нервно-психические заболевания – как социально- гигиеническая проблема.....	75
3.6. Злокачественные новообразования – как социально- гигиеническая проблема.....	82
Глава 4	
Алкоголизм, наркомания, курение – как социально-гигиеническая проблема .....	92
Глава 5	
5.1. Инфекции, передаваемые половым путём – как социально- гигиеническая проблема .....	112
5.2. ВИЧ-инфекция и СПИД – как социально-гигиеническая проблема .....	119
Глава 6	
Травматизм и отравления – как социально-гигиеническая проблема	123
Заключения .....	131
Список литературы.....	132

## Введение

Социология здоровья и заболеваемости (медицинская социология) – раздел социологии, изучающий систему здравоохранения, социальные аспекты понятий «болезнь» и «здоровье», поведение людей в сфере медицины. Закономерный рост интереса к социологии медицины определяется тем, что в ее рамках может быть осуществлено социологическое исследование состояния системы охраны здоровья как одного из важнейшей общественных институтов, роли и места медицины здравоохранения, врача и пациента в социуме.

Социология здоровья и заболеваемости (медицинская социология) выделилась как новая научная дисциплина сравнительно недавно - 50-е годы XX в. в США, а затем в Великобритании (в 70-е годы в других странах). С момента своего возникновения социология медицины начала активно развиваться и на данный момент представляет собой одну из самых обширных областей социологического знания. С самого начала появления она развивалась по двум направлениям:

1. социология в медицине (или собственно медицинская социология), основанная на медицинской модели помощи, отражающая лидерство медицинских структур в определении проблемных тем;
2. социология медицины и здравоохранения – с использованием модели образа жизни.

Тенденция к «систематическому эмпиризму» во многом объединила теоретическое развитие медицинской социологии, поэтому более популярным стало второе направление, которое, правильнее называют – социология здоровья и болезни. Его методологическая основа – теория обеспечения здравоохранения активно развивалась в течение последних 20 лет.

Социология здоровья и заболеваемости (медицинская социология) – изучает здоровье населения с социологических позиций: во-первых, на уровне народонаселения земного шара, отдельных стран и регионов; во-вторых, в связи с условиями его воспроизводства; в-третьих, в связи с образом жизни различия, профессиональных и возрастных групп населения. Вместе с другими общественными и естественными науками медицинская социология призвана разрабатывать социально-экономические мероприятия по дальнейшему улучшению здоровья и физического развития людей, повышению продолжительности их трудовой активности и продолжительности жизни вообще. Медицинская социология исследует закономерности формирования и сохранения здоровья человека с учетом

условий его труда и быта, функционирования разнообразных условий и факторов, влияющих на здоровье различных социально-демографических и профессиональных групп населения; а также деятельность по охране здоровья людей. Задача медицинской социологии в современных условиях – выявление и исследование тенденций, свойственных деятельности по социальной профилактике болезней, изучение закономерностей активного, целенаправленного формирования здорового образа жизни людей в условиях современного общества. Толчком для быстрого развития медицинской социологии послужила научно-техническая революция и связанное с ней изменение социальной и природной экологии существования человека. Стремительное проникновение научно-технического прогресса во все сферы общественной жизни, вовлечение в его орбиту многомиллионных масс людей привело к коренному изменению образа жизни людей, их психологии, сложившихся стереотипов поведения, представлений о болезни и здоровье, состава и распространения заболеваний. Ломка привычного уклада жизни под натиском научно-технической революции не всегда проходит гладко и безболезненно, нередко она сопровождается ростом стрессовых ситуаций, межличностных конфликтов, приводит к психоэмоциональным перегрузкам, ставшим вместе с гиподинамией, избыточным питанием и вредными привычками одной из важнейших причин распространения среди населения различного, рода хронических заболеваний. Научно-технический прогресс, таким образом, поставил перед обществом, в т.ч. перед общественными науками, по-новому проблему социальной профилактики заболеваний, проблему формирования здорового образа жизни всего населения. Медицинская социология дифференцируется на ряд специальностей, которые находятся на стыке социологии, психологии, экологии, медицины, демографии, этнографии, экономики, географии и других наук. Основные задачи медицинской социологии заключаются в:

- влияния образа жизни на распространенность заболеваний в различных социальных группах;
- влияние культуры (традиций) на представление о болезни, отношение к врачу, среднему медицинскому работнику лечению и т.п.;
- взаимодействие институтов, занятых лечением больных;
- взаимодействие медицинских институтов с другими общественными институтами.

Основными направлениями медицинской социологии являются следующее:

1. Сфера социальных процессов и отношений: исследуются по формированию здорового образа жизни людей, структура связи, механизмы

функционирования и эффективность различных мероприятий обществ, организаций по охране здоровья людей.

2. Сфера экономики и производства: исследуются теоретические и практические аспекты переориентации здравоохранения из непромышленной сферы в промышленную; объединение источников финансирования, мероприятий направленных на охрану здоровья (лечение и профилактика; улучшение условий труда, быта, расходы на отдых, рекреацию и т. п.); связи между благосостоянием и здоровьем и др.

3. Экология и природно-географическая среда: изучаются региональные различия в состоянии здоровья населения и причины, их определяющие.

4. Сфера народонаселения и социально-демографических процессов: исследуются прогноз здоровья населения, влияние на здоровье людей различных, типов воспроизводства, структуры семьи, числа детей, порядка их рождения и т.п.

5. Область права и законодательства: изучается правовое регулирование отношений "пациент - врач", «пациент – средний медработник», «врач - средний медработник» "пациент - больница", "врач - администрация медицинского учреждения», эколого-правовые проблемы.

6. Область философских и мировоззренческих проблем здоровья; исследуется методология, дается критический анализ концепций здоровья.

Происходящая в мире перестройка, охватившая все сферы жизни общества, совершается и в здравоохранении, способствуя появлению новых форм и методов охраны здоровья, выработке адекватных новым задачам критериев и показателей общественного здоровья, деятельности медицинских учреждений и их персонала. Это в свою очередь делает необходимым подготовку новых учебных пособий.

Выполнение этой задачи осложняется тем, что сегодня структура, система здравоохранения, управление ею, показатели и нормативы весьма нестабильны, переменчивы и требующие, как правило, фиксации общепринятых, апробированных положений. Идет разработка стратегии здравоохранения в ближайшую и отдаленную перспективу, в которой большое внимание уделяется среднему медработнику со средним и высшим образованием.

В XVIII-XIX веках, как врачи, так и средний медперсонал сталкивались в основном с болезнями, часто имевшими быстро распространяющийся инфекционный характер и угрожавшими жизни пациентов.

Например, в 1900 года ведущими причинами смерти были грипп, пневмония, туберкулез. В конце XX века главными причинами смерти стали

болезни сердца, злокачественные новообразования, поражения сосудов головного мозга и несчастные случаи, которые связаны меняющимися условиями и образом жизни, научно-техническим прогрессом, повышением культуры и сознания различных слоев населения, совершенствованием медицинского обслуживания.

Другие причины заболеваемости в XX веке связаны с постарением населения. Во второй половине XX века медицинские работники уже начали сталкиваться с длительными хроническими расстройствами, препятствующими оптимальному социальному функционированию пациента.

Изменение характера патологии породило в социологии и клинической медицине новое понятие - "холистическая медицина", которое обозначает, что микроорганизмы в качестве главного этиологического фактора стали вытеснять стресс, а лечение все больше заменять такие понятия, как "реабилитация" и "социальная адаптация". В результате у врачей и медицинских сестер общей практики появится потребность в медико-социологических знаниях, так как имеющаяся компетентность в вопросах физиологических, химических и биологических аспектов болезни будет уже недостаточной без дополнительной информации о образе жизни и факторах влияющих на здоровье.

В ряде случаев медицинская сестра в качестве социального работника может сыграть решающую роль в предупреждении заболеваний, обеспечении эффективности лечения и реабилитации больных, их социальной адаптации, возвращении к трудовой деятельности. Значимость социальной работы существенно возрастает применительно к таким категориям населения, как инвалиды, лица с хроническими заболеваниями, пожилые люди.

Медицинская сестра как социальный работник должен обладать высокой эрудицией и использовать обширные междисциплинарные знания — медицинские, правовые, психологические, философские, экономические, социальные и др.

К задачам социальной работы, в системе здравоохранения, относятся содействие пациенту в повышении его адаптационных ресурсов в обществе, более полном использовании его физиологического потенциала с учетом состояния здоровья. Также в трудоустройстве, организации доврачебной медицинской помощи и ухода за больными, оказание необходимой социальной помощи умирающим, санитарно-гигиенические мероприятия, санитарное просвещение населения, санитарная помощь инвалидам в обеспечении их санитарным транспортом, различными приспособлениями для выполнения элементарных жизненных навыков.

Специфика социальной работы определяется состоянием здоровья (физического, психического) конкретного пациента, степенью нарушения его адаптационных ресурсов в обществе и возможностью их частичного или полного восстановления.

Социальная работа в медицине многообразна, что определяется многочисленностью социальных групп населения и различных патологических состояний, выраженностью нарушений функций организма, степенью утраты трудоспособности и работоспособности, а также ролью тех или иных социальных факторов в развитии заболеваний.

Конечно, охватить все проблемы в одном пособии невозможно. Пришлось ограничиваться трактовкой лишь некоторых, но, на наш взгляд, наиболее актуальных для поставленной нами задачи. Критерием их выбора была прежде всего, стратегия и тактика охраны и улучшения состояния здоровья населения распространенность тех или других заболеваний настоящий момент на основе критического осмысления прошлого опыта и получаемых перспектив.

Пособие написано с учетом современных достижений науки и практики в области общественного здоровья и организации здравоохранения, основ законодательства по здравоохранению и ГОС по высшему медицинскому образованию Республики Узбекистан.

Пособие составлено с учетом региональных особенностей, социального и экономического развития ряда стран мира, в том числе и Республики Узбекистан, ее климато-географических условий и влияния социальных факторов на возникновение, течение заболеваний и закономерностей, определяющих зависимость здоровья населения от влияния вредных факторов.

Надеемся, что это пособие поможет будущим врачам и средним медработникам с высшим образованием более глубоко и осмысленно подойти к поднятию уровня здоровья населения.

## Глава 1

### Основы гигиенического обучения и воспитания населения. Пропаганда здорового образа жизни.

В медицине наряду с лечебной работой одно из первых место занимает предупреждение возникновения и развития заболеваний, несчастных случаев, травм, отравлений и др., т.е. профилактика заболеваний. По высказыванию некоторых ученых термин профилактика возник во времена античности (от греч. prophylacticos) применительно именно к болезням и мерам по их недопущению, предохранению от них.

Часто профилактические меры называют превентивными, а профилактическую медицину – превентивной (английский термин prevention – предупреждение).

Профилактика в медицине – широкая и разносторонняя сфера деятельности, относящаяся к выявлению причин заболеваний и повреждений, их искоренению или ослаблению. Выделяют индивидуальную (личную) и общественную профилактику. В зависимости от характера объекта приложения профилактических мер говорят о первичной профилактике, когда эти меры направлены на устранение непосредственных причин заболевания или повреждений, и о вторичной профилактике – в случаях воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего заболевания или повреждения. Третичную – направленную при наличии заболеваемости на предупреждение инвалидности. В числе мер и первичной, вторичной и третичной профилактики применяются самые разнообразные: медицинские, психологические, биологические, гигиенические мероприятия, а также социальные, социально-экономические, которые чаще всего направлены на преодоление таких факторов риска заболеваний, которые заключаются в нездоровом образе жизни и неблагоприятных бытовых, производственных, материальных условиях, нарушении санитарного законодательства и др.

В таком широком аспекте профилактика как одно из ведущих направлений выходит за пределы медицины и системы здравоохранения, превращается в социально-профилактическое направление в деле охраны и улучшения здоровья народа, которая осуществляется не только системой (службой) здравоохранения, но и всем обществом, всем государственным аппаратом, его органами и учреждениями, т.е. является стратегическим направлением в охраны и укрепления здоровья населения.

Еще в глубокой древности великие учёные Гиппократ, Ибн Сина, Джуржани, Ф.Бекон и др. считали, что главным во врачебном деле является предупреждение болезней. Ф.Бэкон писал:«...Первая обязанность медицины – сохранить здоровье. Вторая – лечение болезней».

В последние годы все большее значение придается роли социальных факторов, уделяется внимание общественным мерам и программам по предупреждению возникновения болезней, а не только профилактике инфекционных, неэпидемических, хронических заболеваний.

Анализ показал, чем дальше на задний план отходят инфекционные, эпидемиологические заболевания, чем больше становятся видными неэпидемические болезни, требующие особого внимания.

В последнее время в структуре смертности на первый план выходят сердечно-сосудистые, онкологические, бронхолегочные заболевания, а также несчастные случаи, прежде всего транспортные, производственные, бытовые травмы. Как установили исследования последнего времени, перечисленные заболевания имеют преимущественно экзогенную природу и могут быть предупреждены путем устранения факторов риска, формирования здорового образа жизни, оздоровлением природной, физической среды. В связи с тем что в мире из-за технического прогресса значительно меняется в худшую сторону экология, которая в свою очередь влияет на возникновение и распространение заболеваний неинфекционной природы, требуется уделять особое внимания экологическим факторам.

Это подтверждается и высказыванием ряда ученых. Так в окружающей среде, по свидетельству академика Н.П.Дубинина, находится более 4 млн. химических веществ и ежегодно поступает вновь не менее 6 тыс. Только в выхлопных газах автомобилей (а они – главный источник загрязнения атмосферы городов) обнаружено свыше 200 компонентов веществ (оксиды углерода, азота, различные углеводороды), в том числе канцерогенных (сернистые газы, бензопирен, свинец и др.) не безразличных для здоровья. Десятки и сотни тысяч тонн химических веществ, взвешенных частиц пыли, сажи попадают в воздух, воду, почву, пищу, а затем в организм человека. По оценкам гигиенистов, в городах нашей страны до 30% всех заболеваний вызывается загрязнением внешней среды, не менее 40 млн. человек живет в городах, где уровень загрязнения превышает в 10 и более раз ПДК и ПДУ.

В последнее время, говоря о профилактике заболеваемости среди населения все чаще и чаще стали употреблять термин «Саналогия».

Термин «саналогия» - образован от латинского слова *sanitas* — здоровье. Саналогия – наука о здоровье, точнее, о здоровье здоровых, его охране, укреплении, умножении, воспроизводстве. Саналогия должна помочь

созданию и реализации концепции стратегии здравоохранения, основанной на ускорении повышения уровня и качества общественного здоровья.

К понятию санология близко понятие «валеология», предложенное И.И.Брехманом в 80-х гг. в книге «Введение в валеологию» (1987). Валеология больше относится к понятию душевого покоя, индивидуального здоровья. т.е. валеология рассматривается как наука об индивидуальном здоровье, а санология – общественном, групповом, популяционном здоровье населения. Санологию относят к гигиеническим дисциплинам – наукам о влиянии окружающей (природной и социальной) среды на формирование здоровья людей, а валеологию – как науку о формировании индивидуального здоровья. Индивидуальное здоровье не может характеризоваться показателями окружающей среды, ведь заболевание у отдельного человека может возникнуть не столько вследствие воздействия факторов внешней среды, сколько по причине снижения резервов здоровья индивида без изменения силы действующего фактора.

Санология являясь учением об общественном здоровье:

1. Факторы риска у первичных, вторичных больных;
2. Обусловленность здоровья;
3. Непосредственное влияние на здоровье образа жизни (ОЖ);
4. Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) и роли ведущего аспекта ЗОЖ – медицинской активности и другие.

Санология, учитывая основные закономерности возникновения и развития болезней (патогенеза), выявляет механизм и пути формирования здоровья (саногенеза). Обобщает их не только до уровня индивидуального, но, что особенно важно, общественного здоровья, глубоко изучает факторы, влияющие на здоровья населения в целом.

По данным многих исследований и публикаций, удельный вес факторов, определяющих или обуславливающих здоровье населения являются социальными т.е. , на 50-55% зависят от условий и образа жизни, на 15-20% - от состояния внешней среды окружающей человека (ее состава, загрязненности), экологической ситуации; до 20% - от внутренних, наследственных причин (состояния и динамики генно-хромосомного состава, врожденных дефектов и т.д.) и на 10-15% - от состояния и развития службы здравоохранения. Все это ещё раз подчеркивает необходимость устранения вредных факторов с целью предупреждения заболеваемости среди населения, в том числе детей, а это можно достичь при формировании здорового образа жизни.

Основные средства стратегии охраны и улучшения здоровья народа заключаются в приоритетном развитии социально-профилактического

направления через формирование здорового образа жизни, решение экологических проблем – защиту природы и внешней среды, ее оздоровление, путем повышения качества и эффективности службы здравоохранения, медицинской помощи, поднятия ее на новый уровень.

Санология, занимаясь охраной и улучшением общественного здоровья, т.е. стратегическими целями, включает в себя разработку стратегии профилактики. Санология собирает и обобщает все, что свидетельствует о первостепенном значении предупреждения болезней, начиная с опыта медицины далекого прошлого. Еще великий античный врач Гиппократ заявлял о том, что легче не допустить возникновения болезни, нежели вылечить развившееся страдание. При этом учитывается не только борьба с инфекционными заболеваниями путем принятия санитарно-противоэпидемических мер, но и предупреждения заболеваний у отдельных лиц, раннее выявление и лечение болезней, опыт диспансеризации, массовых медицинских осмотров и обследований населения с применением автоматизированных устройств и приборов. Изучение опыта профилактики и соединение его с возможностями современной медицинской технологии в условиях общегосударственной системы здравоохранения позволяют разработать наиболее эффективные программы и методы профилактики как главного средства охраны и улучшения здоровья населения с учетом социально-экономической эффективности.

Одна из немаловажных задач санологии в этом контексте – вместе с другими специалистами найти пути радикальных решений создания благоприятных экологических условий.

Опыт программ первичной профилактики (программы «Здоровье»), а также программ с участием ВОЗ и других международных агентств позволяет говорить об их большой эффективности и перспективности. Например, так называемая кооперативная программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, проводимая при координации ВОЗ и объединившая 27 стран, уже к настоящему времени за 10-15 лет позволила во многих странах (Япония, США, Финляндия, Канада и др.) резко – до 30%, даже 40% - сократить смертность от этих болезней. Что сказалось на существенном уменьшении (10% и более) общей смертности.

Таким образом, важнейшая задача санологии – выявление и оценка резервов здоровья. Самым значимым вопросом этой проблемы является определение лиц в состоянии преморбида, или предболезни, когда нет явных клинически выраженных симптомов заболевания. Одни специалисты считают такое состояние болезнью, другие еще здоровьем. Между тем количество этих людей неопределенно велико. Как известно те или другие

заболевания явно не проявляющие себя выявляется в 20% при диспансеризации населения.

Одна из самых трудных проблем формирования здорового образа жизни и, следовательно, санологии, это – изучение общественного мнения и управления им по отношению к оценке собственного здоровья и выработка установки на борьбу с болезнями здоровый образ жизни. По ряду причин: все еще неудовлетворительная общая и санитарная культура, низкая медицинская активность значительной части населения (т.е. деятельности по охране и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих), пренебрежительное отношение к медицинским службам и их работникам, к сожалению, нарастает деформация общественного мнения о значимости индивидуального и общественного здоровья и необходимости его охраны. Общественное мнение не сосредоточено на роли человека, коллектива в его охране и улучшении, на развитии потребности в здоровье как жизненной необходимости. Это подкрепляется тем, что, как известно, подчас быть нездоровым, больным выгоднее, чем здоровым. Нередко отмечаются очень высокие критические требования к медикам, их квалификации, работе и неадекватно низкие, некритические требования к самому себе – к индивидуальным и общественным мерам по охране и укреплению собственного здоровья. Подобного рода выводы можно подкрепить многими примерами низкого уровня медицинской грамотности и активности. Так, по мнению некоторых ученых до 40% рабочих и служащих не идут на профилактические осмотры даже в рабочее время, вместе с тем более трети из них имеют признаки хронических заболеваний и нуждается в лечении. Исследование распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и факторов их риска показало, что, например, лишь 32% обследованных знали о повышении артериального давления как фактора риска инфаркта миокарда, 44% - инсульта, а о значении курения при этих поражениях – лишь 44%.

Необходимо понимание того, что общественное здоровье обеспечивается не только ответственностью общества, государства по его охране и улучшению, но и ответственностью каждого из нас за свое здоровье и окружающих. В связи с этим санология имеет несколько аспектов в своей деятельности в том числе, необходимость определения критерия общественного здоровья, без чего невозможна его оценка, и при этом надо помнить, что общественное здоровье непосредственно связано с образом жизни и может оцениваться через образ жизни. Такая постановка вопроса несколько необычна, поскольку здоровье, вернее нездоровье, оценивается медико-санитарными и демографическими показателями – смертностью, заболеваемостью, инвалидностью и др. Но дело как раз в том, что здоровье, а

не характер и выраженность патологии должны определять состояние и развития здравоохранения и медицинской науки.

**Образ жизни** – это сложное и многогранное понятие влияет на многие стороны жизни человека, в том числе и на его здоровье.

Еще задолго до возникновения медицины, как отрасли профессиональной деятельности, люди наблюдали влияние условий и образа жизни на здоровье. Влияние характера труда, привычек, обычаев, даже верований, мыслей, переживаний и др. на здоровье. Уже врачеватели древности прописывали своим пациентам то или иной режим питания, давали советы, как вести себя во время болезни.

Образ жизни – это определенный характер жизнедеятельности людей, обусловленный объективными процессами развития общества, общественно-экономических формаций. С образом жизни связывают и такие понятия, как «уклад жизни», «уровень жизни», «качества жизни», «стиль жизни».

Образ жизни включает в себя 4 категории: **экономическую** – «уровень жизни», **социологическую** – «качество жизни», **социально-психологическую** – «степень, стиль жизни» и **социально-экономическую** – «уклад жизни».

**К числу показателей уровня жизни относятся:** размеры национального дохода и фонда потребления, обеспеченность жильём, медицинской помощью, показатели здоровья населения и демографических процессов, уровень образования, продолжительность рабочего и свободного времени, структура доходов и расходов населения и др.

**Под укладом жизни** обычно понимают порядок общественной жизни, быта культуры, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей.

**Под «стилем жизни»** понимается индивидуальные особенности поведения, образа мысли, мышления.

**Под «качеством жизни»** надо понимать качество жилищных условий, питания, уровня комфорта, удовлетворенности работой, общением и т.п.

**Главные сферы, влияющие на образ жизни и здоровье – это:**

1. вредные условия труда
2. плохие материально-бытовые условия
3. непрочность семей, одиночество
4. низкий образовательный и культурный уровень
5. несбалансированное, неправильное питание
6. курение, употребление табака, насвая
7. употребление алкоголя
8. стрессовые ситуации (дистрессы)
9. адинамия, гиподинамия

10. потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами

11. чрезмерно высокий уровень урбанизации

Трудовая деятельность человека составляет важную часть его жизни. В эпоху научно-технической революции труд изменяет свои привычные формы. Наиболее существенные сдвиги в эпоху научно-технического прогресса происходит в характере и содержании труда работающих, когда происходит механизация и автоматизация производства. Одним из важнейших направлений технического прогресса являются развитие химии, активные изменения в энергетической системе. Все это наряду с улучшением процесса труда, в ряде случаев может быть причиной ухудшения условий труда и отрицательного их влияния на здоровье населения.

Экология, одним из компонентов которого является загрязнение окружающей среды отбросами производства, ухудшает условия труда и вызывает заболевания среди населения.

На здоровье населения влияют также плохие материально-бытовые условия, а также внутрисемейные отношения. По данным ряда авторов отмечается, что среди детей первых 3-х лет жизни в неполных семьях часто болеющих детей в 1,5-2 раза больше, чем в полных.

Нарушения режима сна, питания, прогулок и других видов физической активности уже в первые годы жизни детей резко сказывается на их здоровье, каждый третий ребенок болеет пневмонией в 4 раза чаще, чем ребенок с правильным режимом дня. Ребенок, не соблюдающий режим дня, имеет неудовлетворительные показатели здоровья – частые острые и хронические заболевания, низкие показатели физического развития и др.

В семьях с низким образовательным и культурным уровнями высокая заболеваемость, как среди взрослых, так и детей, особенно инфекционными заболеваниями, заболеваниями легких, в т.ч. туберкулезом

Главным для формирования здорового образа жизни являются:

- создание необходимых условий труда, быта, питания,
- борьба с вредными привычками – алкоголизмом, курением, употреблением табака, насвая, наркотиков, лекарственных средств и др. факторов, влияющих на здоровье.

Не маловажное значение имеет также медицинская активность. Перинатальная смертность детей во многом зависит от своевременности и частоты посещения матерями женской консультации. При посещении 6 раз и более за период беременности уровень перинатальной смертности составляет 3-4 на 1000 рождений, а при редких и несвоевременных посещениях 20 на 1000, т.е. почти в 6 раз выше. При хронической, тяжелой форме пневмонии у

детей в 22% при острой стадии родители лечили ребенка сами, 12% отправляют больных в детский сад. К педиатрам в первые дни заболевания в городах обращаются 80-90% и всего 20-30% на селе.

Для обеспечения здорового образа жизни необходимо, прежде всего, поднять активность людей и их сознание на сохранение и улучшение своего здоровья, а также поднять санитарную культуру населения, улучшать первичную профилактику, ежегодную диспансеризацию. При этом должны быть интегрированы действия органов и учреждений здравоохранения, с органами просвещения, культуры и общественными организациями.

Трудовая деятельность человека составляет важную часть его жизни, в её процессе формируется личность, и от того каким содержанием наполнен труд, в каких условиях он осуществляется, в существенной мере зависит состояние здоровья работающего, его производительность.

Научно-технический прогресс наряду с положительной стороной имеет и свои недостатки. Он не всегда может ликвидировать все имеющиеся недостатки условий труда, в некоторых случаях он сам является причиной возникновения новых проблем, причиной, влияющих на состояние здоровья человека.

Поскольку характер труда в различных отраслях производства разнообразен, трудовые коллективы разнородны, то и профилактика заболевания имеет свои особенности.

Не малое значение в укреплении здоровья населения, особенно детей имеет состояние здоровья женщин. Одним из факторов является здоровый труд, поэтому охрана труда это одна из задач по профилактике заболевания среди женщин и детей, т.е. борьба за развитие здорового поколения.

В Узбекистане из года в год процент работающих женщин, в различных отраслях народного хозяйства растет. Каждая женщина, работающая в промышленности или в сельском хозяйстве подвержена воздействию различных факторов внешней среды – химическим веществам, шуму, вибрации, микроклиматическим условиям, электромагнитным волнам и другим факторам. Например, на состояние здоровья работающих женщин и в будущем на её поколения значительное влияние оказывают химические факторы производства, психо-эмоциональный фактор, а также физические факторы, такие как шум, вибрация, пыль и т.д. Кроме того, на организм работающих оказывает влияние особенности трудового процесса - значительное физическое напряжение, неудобная рабочая поза, напряжение зрения, внимания, нервно-эмоциональная нагрузка и др. Эти факторы действуют, как правило, не изолированно, а в комплексно. Организм женщины, по своим анатомо-физиологическим и антропометрическим

показателям, меньше приспособлен для выполнения значительной физической работы, чем организм мужчины. В связи с этим вредные факторы производства и окружающей среды являются причиной нарушений репродуктивной функции женщин, ухудшения физического развития и увеличения заболеваемости среди их детей, увеличения мертворождаемости, возникновения врожденных аномалий. Поэтому в законе о труде большое место отводится запрещению использования труда женщин на вредных производствах, профессиях и работах с тяжелыми условиями труда. Имеются «нормы предельно допустимых нагрузок для женщин при подъеме и перемещении тяжестей вручную».

Важной мерой охраны труда является совершенствование технологических процессов с учетом санитарно-гигиенических норм. Наиболее радикальным решением этой проблемы является исключение из технологии тех производственных факторов, которые оказывают негативное воздействие на женский организм и опосредованно действуют на потомство.

Так в настоящее время в Узбекистане уже исключено применение бензола в качестве растворителей лаков, красок, каучука; во многих производствах свинец содержащие краски заменены менее вредными; в сельском хозяйстве запрещено применение ДДТ, бутифоса, мискаптофоса и др. ядохимикатов.

Охрану труда женщин необходимо рассматривать как важное звено в системе мероприятий, направленных на укрепление здоровья женщин и ее детей, созданий условий для здорового образа жизни. В настоящее время действующий «список особо тяжелых и вредных рабочих профессий, к которым не допускается женщина» составлен по отраслям народного хозяйства. В стране постоянно используются меры по уменьшению использования женщин на работах, которые требуют значительной физической силы. Для них на производстве, в сельском хозяйстве необходимо создавать безопасные условия, облегчающие их труд.

Установлено, что нормальная продолжительность рабочего времени трудящихся на предприятиях в Республике Узбекистан не может превышать 41 часа в неделю. В настоящее время для лиц, которые не могут ежедневно трудиться по 7-8 часов, например, для матерей, имеющих малолетних детей, домохозяек, пенсионеров и других категорий населения при необходимости устанавливается по согласованию с администрацией неполный рабочий день. Оплата труда при этом производится за фактически проработанное время.

На работах с вредными условиями труда рабочим и служащим, особенно женщинам – работницам, необходимо бесплатно по установленным

нормам выдавать специальную одежду, специальная обувь и другие средства индивидуальной защиты. Женщинам, работающим на предприятиях с вредными условиями труда, дополнительно должны получать бесплатное лечебно-профилактическое питание. Работающим беременным женщинам питание выделяется и на время отпуска по беременности и родам. На любом предприятии, согласно трудового законодательства, оборудуются комнаты личной гигиены женщины. Для сохранения нормальных условий и режима кормления ребенка если женщина вышла на работу до исполнения ребенку 3 лет на предприятиях и в организациях с массовым применением женского труда необходимо оборудовать специальные комнаты (для кормления грудных детей). Общая площадь указанных помещений должны быть не менее 15 м<sup>2</sup> при наличии в одну смену не менее 100 женщин. Законом предусматривается предупреждение необоснованных увольнений по инициативе администрации беременных женщин, матерей, кормящих грудью, и женщин, имеющих детей в возрасте до двух лет с сохранением места работы до 3-х лет. На основании закона о труде запрещается не только использовать труд женщин на тяжелых и вредных для здоровья работах, но и увольнять или отказывать в работе, снижать женщинам заработную плату в связи с беременностью, привлекать беременных женщин, начиная с первых месяцев беременности, к сверхурочным и ночным работам, направлять их в командировки.

Основным условием сохранения здоровья работающих женщин является строгий учет производственно–профессиональных факторов, тщательное наблюдение за состоянием здоровья работниц, своевременное проведение профилактических и лечебных мероприятий. Правильный режим труда способствует нормальному течению беременности, облегчает матери выхаживанию здорового ребенка. Беременные женщины (в течение всего срока беременности) по рекомендации врачей переводятся на более легкую работу. Матери, кормящие грудью, и женщины имеющие детей в возрасте до одного года, в случае невозможности выполнения прежней работы переводятся на другую работу с сохранением среднего заработка по прежней работе.

Важной мерой профилактики материнской и перинатальной патологии является отпуск по беременности и родам. За это время женщина имеет возможность подготовиться к родам, отдохнуть после них и ухаживать за новорожденным. Женщинам предоставляется отпуск на 126 дней по беременности и родам и 3 года по уходу за детьми.

Из всего сказанного выше видно, что на сегодня первостепенное значение в происхождении заболеваний имеют социальные факторы.

Для решения проблемы улучшения здоровья населения важнейшей функцией и задачей всех органов и учреждений, всех организацией, является формирование здорового образа жизни, что предполагает глубокое изучение основ санологии. В здравоохранении, прежде всего, этими вопросами занимаются учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – поликлиники, СВП, ГВП и др., а также специализированные центры, без которых невозможно рассчитывать на успех этой большой, скажем прямо, общегосударственной, всенародной проблемы оздоровления населения.

Добиться улучшения здоровья населения, прежде всего надо путем обучения всего населения Основам охраны здоровья, участию здоровому образу жизни. Эта работа проводится через санитарное просвещение.

**Санитарное просвещение**, составляя неотъемлемую органическую часть здравоохранения, является обязательным разделом всех санитарно-противоэпидемических и лечебно-профилактических учреждений, научно-исследовательских институтов, специалистов высших и средних учебных заведений, всех медицинских работников независимо от места работы и занимаемой должности.

Основные принципы санитарного просвещения заключаются, во-первых, в соответствии его целям и задачам здравоохранения с учетом сложившейся обстановки; во-вторых, в строгой научности.

Важным принципом санитарного просвещения является профилактическая направленность. Профилактика является задачей не только органов здравоохранения, но и всех государственных, общественных и религиозных организаций, с помощью которых проводятся мероприятия по поднятию самосознания людей на здоровья оздоровлению условий внешней среды, созданию гигиенических условий труда на предприятиях и в быту, что имеет важное значение для охраны общественного здоровья.

Санитарное просвещение прочно вошло в систему здравоохранения многих странах, оно стало обязательной частью работы каждого медицинского работника.

В целях улучшения пропаганды медицинских и гигиенических знаний Министерством здравоохранения Республики было дано указание руководителям учреждений здравоохранения предусмотреть в счет рабочего времени не менее 4 часов ежемесячно для массовой пропаганды мер по борьбе за здоровья населения по теме, соответствующей специальности каждого медицинского работника и сложившейся эпидемической обстановки.

Организация санитарного просвещения направлена на повышение уровня санитарной культуры населения с целью сохранения и укрепления его

здоровья, повышения работоспособности и долголетия, оздоровления условий труда и быта, снижения заболеваемости, травматизма и смертности населения, повышения санитарно-эпидемиологического благополучия страны. Органы и учреждения здравоохранения используют санитарное просвещение для распространения гигиенических знаний, популяризации достижения медицинской науки, пропаганды рационального питания, физической культуры и спорта, привития населению гигиенических навыков.

Так как мероприятия по санитарному просвещению носят государственный характер, они включены в общегосударственный комплексный план социального развития населения.

Санитарное просвещение носит массовый характер и проводится в интересах всего населения. Оно охватывает самые различные слои населения (детей ясельного возраста и сада, учащихся школ, колледжей, лицеев студентов, рабочих, служащих, пенсионеров).

Практические советы, рекомендации при проведении санитарного просвещения должны быть научно-обоснованными и подкрепляться примерами из практики. Такая постановка вопроса в санитарном просвещении отражает принцип единства теории и практики. В Узбекистане создан Республиканский научно-исследовательский институт здоровья и статистики, в областях, городах, районах его филиалы, функции которых в последнее время расширились. Отвечают за санитарно-гигиеническое воспитание населения, специально выделенные работники.

Для осуществления методического руководства при институте здоровья и его филиалах организованы лекционные бюро. В их задачу входит организация и плановое проведение лекций, вечеров вопросов и ответов по актуальным вопросам медицины и здравоохранения. Это бюро способствует повышению лекторского мастерства медицинских работников путем организации семинаров по обмену опытом, методического инструктажа.

Институт здоровья и статистики и его филиалы организуют планирование всей санитарно-просветительной работы на обслуживаемой территории, помогает лечебным и другим местным учреждениям в организации и проведении этой работы.

Каждая такая организация имеет фонд наглядных пособий; комплекты лекционных пособия, диапозитивов, диафильмов, учебных таблиц, макетов, муляжей, моделей и др. материалов для иллюстрации на лекциях и кружковых занятиях.

Имеющиеся методические кабинеты обеспечивают медицинских работников материалами и методическими указаниями по любой интересующей их тематике санитарного просвещения

Институт «Здоровья и статистики» в республике создан с Указом Президента от 10 ноября 2107 «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан, на основании приказа Минздрава Республики Узбекистан от 20 марта 2001 года № 101 «Об организации Института «Здоровье». В соответствии с приказом от 24 марта 2005 года №123 «О дополнительных мерах по совершенствованию деятельности» Институт «Здоровья» объединен с Республиканским информационно-аналитическим центром Министерства здравоохранения и получил названия Институт здоровья и статистики.

В своей деятельности Институт руководствуется Конституцией Республики Узбекистан, действующим законодательством Республики Узбекистан, Указами и Распоряжениями Президента Республики Узбекистан, Постановлениями и Распоряжениями Кабинета Министров Республики Узбекистан, нормативными распорядительными, иными актами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и действующим Уставом этого учреждения.

Институт, создан в форме учреждения в виде некоммерческой организации, является самостоятельным хозяйствующим субъектом с правами юридического лица, имеющий в оперативном управлении обособленное имущество, самостоятельный баланс, свои расчетный и иные счета, гербовую печать, круглые печати, бланки со своим наименованием и другие атрибуты, необходимые для осуществления его деятельности.

Институт имеет право самостоятельно распоряжаться своими средствами, от своего имени заключать договора, а также приобретать имущественные и личные неимущественные права, исполнять обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

Институт «Здоровья и статистики» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан имеет свои региональные филиалы в г.Нукусе, в областях и г.Ташкенте, их подразделения в городах и районах, которые составляют единую систему.

Вышестоящим органом по подчиненности является Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Основными задачами института являются:

- координация исследований и практическое внедрение профилактической медицины;

- обеспечение активной пропаганды здорового образа жизни и рационального питания;
- гигиеническое и правовое воспитание в области охраны здоровья;
- осуществление интеграции физкультурно-оздоровительного и спортивно-массового движения с профилактической медициной;
- проведение социологических исследований, мониторинг и прогноз состояния здоровья населения;
- разработка и внедрение эффективных методов формирования здорового образа жизни;
- осуществление организационных, экономических, информационных связей с министерствами, ведомствами, международными организациями;
- создание единой информационной системы Министерства здравоохранения;
- внедрение современных методов сбора, обработки, накопления и хранения медико-статистической информации.
- создание баз данных по состоянию здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- разработка стандартных программных средств для управления учреждениями здравоохранения системы Минздрава;
- осуществление издательской деятельности;
- осуществление руководства и координации деятельности Каракалпакского Республиканского, областных и Ташкентского городского филиалов института, а также городских и районных центров здоровья;
- подготовка, усовершенствование и повышение квалификации медицинских кадров (врачей и средних мед. работников) для научно-исследовательской и практической работы путем предоставления рабочих мест и проведение специальных циклов и семинаров, в том числе на плановой основе;
- сотрудничество и выполнение совместных проектов с научными учреждениями Минздрава, Академии наук Республик Узбекистан, участие в выполнении межправительственных соглашений, международных договоров и проектов в области информатизации здравоохранения и охраны здоровья населения; осуществление внешнеэкономической деятельности в соответствии с законодательством Республики Узбекистан и международными соглашениями и договорами.
- организация и участие в международных, республиканских, отраслевых и региональных конференциях, семинарах и выставках в области охраны здоровья населения и информатизации здравоохранения;

Таким образом, главная функция института здоровья и статистики – и его филиалов изучение состояния здоровья населения республики, а также в соответствии с создавшейся ситуацией по демографии, заболеваемости и смертности в различных регионах республики организовать обучение населения по профилактике, лечению и реабилитации заболеваний. При этом оказывать помощь участвующим в проведении санитарного просвещения путем предоставления им методических материалов и пособий, проведения курсов и семинаров, докладов и консультаций по методике проведения их; подготовка лекций и литературы.

### **Методы и средства санитарного просвещения**

Санитарное просвещение проводится путем:

1. устной пропаганды
2. печатной пропаганды
3. наглядной пропаганды.
4. массовой информации.

**Метод устной пропаганды** является одним из ведущих и наиболее популярных методов санитарного просвещения, простой и доступный в организационном отношении. К средствам устного метода относятся: лекции, беседы, вечера вопросов и ответов, громкие чтения по радио, звукозаписи, выступления, зафиксированные на пленке, пластинки.

**Лекции** – наиболее распространенные средства устной пропаганды. Содержание лекций должно быть доходчивым по форме изложения с интересными примерами, содействовать укреплению материалистического мировоззрения.

**Тезисы** – краткое изложение основных положений лекций.

Весьма эффективное средство устной пропаганды – **беседа**. Она позволяет легко установить контакт со слушателями, учесть их особенности и степень усвоения ими материала. Особенностью беседы является коллективное обсуждение вопроса при ведущей роли руководителя. Для проведения беседы необходимо, чтобы аудитория имела однородный уровень знаний по данной теме. Число участников беседы не должно превышать 25-30 человек.

**Вечер вопросов и ответов** – это та же беседа, но здесь вопросы задает аудитория, а ведущий отвечает. О предстоящих вечерах вопросов и ответов населению сообщается по радио, в газете или в афишах, объявлениях заранее.

**Второй наиболее распространенный метод санитарного просвещения метод печатного слова** – путем выпуска брошюр, журналов, книг, листовок, бюллетеней, памяток, стенных газет, лозунгов. Средства этого метода можно разделить на две основные группы:

- средства, создаваемые силами коллектива медицинских работников. К ним относятся: доска вопросов и ответов, санитарный бюллетень рукописные лозунги;

- типографическая продукция (печатный лозунг, брошюра, памятка, листовка, статьи в газетах).

**Третий метод санитарного просвещения – наглядный.** Под ним подразумевается показ моделей, муляжей, макетов, частей музейного оформления (скульптура, барельеф, горельеф).

Наглядный метод или метод изобразительной пропаганды можно разделить на две группы: натуральные объекты и изобразительные средства.

В качестве натуральных объектов могут быть использованы: микроскопические препараты, предметы ухода за больными и т.д.

К объемным воспроизводствам относятся: муляжи, макеты, модели. Муляж отличается точностью воспроизведения формы, размера, окраски и фактуры натурального объекта. К изобразительным относятся рисунки, фотографии и т.д.

**Плакаты** – плоскостные печатные изобразительные средства. Они бывают агитационные, пропагандистские. В агитационных плакатах все рассчитано на быстрое восприятие зрителем – яркие краски, особо выразительное изображение, краткий текст. Их назначение – привлечь внимание.

Пропагандистский плакат включает ряд рисунков и сравнительно подробный текст. Его назначение – передать зрителю некоторые знания, необходимые для сознательного выполнения их или иных рекомендаций.

В агитационно-пропагандистском плакате одно из изображений, которое отображает основную мысль плаката, дается крупно.

Наибольший эффект дает такая форма массовой пропаганды, как **организация санитарного уголка**, где демонстрируются санитарные бюллетени, портреты ученых, санитарные лозунги.

**Фотолисточки** – представляют собой сочетание рисунков, фотографий, текста.

**Диапозитивы** – изображение на стекле или пленке.

**Диафильмы** – изображение на кинопленке.

**Четвертый метод санитарного просвещения – метод массовой информации (театр, кино, эстрада, телевидение).**

Особое место среди методов массовой информации занимают **кинофильмы** – наиболее эффективное средство санитарно-просветительной работы.

Огромная роль в проведении санитарного просвещения отводится телевидению. По телевидению наряду с показом фильмов по санитарному просвещению, пьес, можно передавать лекции врачей, ученых по охране здоровья населения с демонстрацией наглядных пособий.

Одним из важнейших условий успешной организации санитарно-просветительной работы является ее планирование.

Один из важных принципов планирования – это дифференцированный подход к различным группам населения. Так, для людей различных специальностей должны проводиться лекции и беседы на темы, соответствующие специфике их работы.

После составления плана работы по санитарному просвещению важно установить систематический контроль за его выполнением. Этот контроль лежит на обязанности, главных врачей лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений. Только при точном и своевременном учете работы можно составлять отчеты по санитарному просвещению. Для этого в каждом медицинском учреждении должна быть заведена книга записи санитарно-просветительной работы (форма № 38 – установленная Министерством здравоохранения Республики Узбекистан).

Таким образом, целью санитарного просвещения является, прежде всего, добиться улучшения состояния здоровья среди всех слоев населения, а здоровый образ жизни является залогом сохранения и укрепления состояния здоровья населения, как в целом, так и отдельных её групп.

Задачами среднего медицинского персонала при проведении санитарного просвещения является: изучение состояния здоровья населения, повышение медицинских знаний населения по профилактике различных заболеваний путем активного проведения патронажной работы и бесед на медицинские темы.

Таким образом, целью санитарного просвещения является, прежде всего, добиться улучшения состояния здоровья среди всех слоев населения, а здоровый образ жизни является залогом сохранения и укрепления состояния здоровья населения, как в целом, так и отдельных её групп.

Задачами среднего медицинского персонала при проведении санитарного просвещения является: изучение состояния здоровья населения, повышение медицинских знаний населения по состоянию здоровья населения, повышение медицинских знаний населения по профилактике различных заболеваний путем активного проведения патронажной работы и

бесед на медицинские темы. В семье и индивидуально с каждым при этом учитывать эпидемическую обстановку в месте проживания. При выявлении того или другого заболевания медицинские работники должны учитывать и добиваться выполнения больным и окружающим профилактических мер, устранению вредных факторов. Способствовать здоровому образу жизни. Участковым медсестрам работу проводить совместно с махаллинскими комитетами, общественными и религиозными организациями района с учетом возраста и пола населения, начиная с периода беременных женщин, рождения ребенка, ростом развитием его, правильной организации питания, как в раннем детском, так и в школьном возрасте, в подростковом периоде, зрелом и старческом периоде.

**Контрольные вопросы:**

1. Что такое социальная медицина, что она изучает?
2. Что такое санология?
3. Что такое валеология?
4. Что такое здоровый образ жизни?
5. Какова, структура и функции институт здоровья?
6. Каковы средства и формы санитарного просвещения?
7. Какие факторы, оказывают влияние на здоровый образ жизни?

## Глава 2

### Инфекционные заболевания – как социально-гигиеническая проблема

Различных инфекционных заболеваний по номенклатуре ВОЗ в мире насчитывается 1,5 тысячи, причем, по мнению академика В.И.Покровского, мы знаем не более 1% существующих микроорганизмов.

В настоящее время многие инфекционные заболевания, о ликвидации которых было объявлено, вновь заговорили о себе. Сегодня доказана инфекционная природа многих, ранее считающихся не инфекционными заболеваний.

В структуре смертности населения всего земного шара, по данным ВОЗ, к концу XX века инфекционные заболевания составляли около 25%.

Каждый день от кори, коклюша и столбняка в мире погибало примерно 8000 детей. Только в 2002 г. 1,5 млн. человек умерли от инфекционных заболеваний. В последнее время большое внимание уделялось этой группе инфекционных болезни и разработана специальная программа по борьбе с этими заболеваниями.

В Узбекистане только в 2009 году было зарегистрировано 1,5 миллион инфекционных больных, в том числе 600000 детей. Наиболее уязвимыми были дети до 5 лет. Чаще всего (около 70%) регистрировались вирусный гепатит, острые кишечные инфекции, дизентерия и сальмонеллёз. Так на 100000 населения вышеперечисленными заболеваниями заболело более 2276,73 человек в 2009 году, тогда как в 1991 году этот показатель был равен 576,8.

Не менее серьезную угрозу здоровью, особенно детей, представляют капельные инфекции. Если в 2000 году дифтерия составляла 0,02 на 100000 населения что вызвано снижением ее в почти в 5 раз, корь и коклюш составили по 0,3, на 100000, что также связано со снижением этих инфекций в несколько десятков раз. Смертность от инфекционных заболеваний составила на 100000 населения в 1991 году 35,0, а в 2000 г уже 19,2 и даже продолжала снижаться.

Позволило инфекционными болезнями среди детского населения республики. Своевременное и полноценное проведение профилактических прививок принято специальное постановления Кабинетом Министров, выполнение которого позволило резкое снижение заболеваемости.

Инфекционная заболеваемость, как и другие виды заболеваемости, изучается по обращаемости населения за медицинской помощью, по данным медицинских осмотров и по данным причин смерти.

По данным обращаемости населения за медицинской помощью (согласно статистическому сборнику здравоохранения в Республике Узбекистан) на конец 2009 года удельный вес инфекционных заболеваний из числа общей заболеваемости населения, зарегистрированной в лечебно-профилактических учреждениях по Республике Узбекистан и по городу Ташкенту составил: 2,27 и 2,02 среди взрослого населения, что соответственно составляет 2276,73 на 100 000 населения по республике и 2022,56 на 100 000 населения по городу Ташкенту. Эти показатели значительно ниже, чем 2000 г.

Среди подростков данная заболеваемость встречалась реже: 2,20 по Республике Узбекистан и 1,24 по городу Ташкенту (соответственно 2208,66 на 100 000 подростков по республике и 1241,27 на 100 000 подростков по городу Ташкенту).

Наибольшая распространенность инфекционных заболеваний у нас в Республике наблюдается среди взрослого и подростков населения. В Хорезмской области – 2860,96 на 100000 взрослого населения– 8611,98 на 100 000 подростков, а среди детского населения в Ташкентской области – 6725,33 на 100000 детского населения.

Наименьшую распространенность инфекционные заболевания наблюдалась: в Андижанской области – 1131,94 на 100000 взрослого населения, а среди подростков и детей в Республике Каракалпакстан – 575,78 и 2018,19 на 100000 соответственно.

Социально-гигиеническая значимость проблемы инфекционных заболеваний определяется тем, что организация борьбы с ними связана с большими экономическими затратами. Проведением дорогостоящих мероприятий, в которых наряду с органами и учреждениями здравоохранения принимают участие и многие другие ведомства и организации. Кроме того, социально-экономическая значимость данной проблемы определяется широкой распространенностью, и следовательно, значительными экономическими потерями в результате временной утраты трудоспособности, наличием природных очагов заболеваний и факторов влияющих на распространенность таких заболеваний.

Несмотря на существенные различия в показателях, которые связаны не столько с истинными размерами заболеваний, а сколько с полнотой и качеством диагностики и учета, обычаями и традициями, качеством проводимой санитарно-просветительной работы, культурным уровнем

населения, климатическими условиями, санитарно-эпидемиологической обстановкой, регионарными условиями, приведенные данные и проведенные исследования по изучению инфекционной заболеваемости позволяют сделать некоторые выводы:

- большая распространенность инфекционной заболеваемости наблюдается среди детского населения, по сравнению с подростками и взрослыми, так как этот контингент наиболее подвержен воздействию различных факторов:

- в структуре заболеваемости населения Республики Узбекистан инфекционные заболевания занимают 13-е место.

Разнообразие нозологических форм инфекционных заболеваний, наличие природной очаговости, взаимосвязь с регионарными условиями, обычаями и традициями народов требует дополнительных мероприятий по профилактике с учетом особенностей возбудителя, этиологии, патогенеза, в которых большое внимание должно уделяться организации работы по вопросам специфической профилактики (вакцинация населения), организации лечебно-профилактической помощи и проведения санитарно-противоэпидемических, санитарно-гигиенических мер.

Принятая система учета и отчетности об инфекционных заболеваниях позволяет своевременно и оперативно оповещать санитарно-эпидемиологические учреждения и органы здравоохранения о возникших случаях инфекционных заболеваний. Это осуществляется с целью предупреждения распространения этих заболеваний и возникновения эпидемических вспышек, а также предотвращения распространения профессиональных и пищевых отравлений. Учет и анализ инфекционных заболеваний дают возможность организовать контроль и уточнение диагноза, а также разработать меры их профилактики.

Единицей наблюдения при изучении инфекционной заболеваемости является каждый больной и подозреваемый на заболевание, на которое составляется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром профессиональном отравлении» (учетная форма №058 у).

Все врачи и средние медицинские работники независимо от их места работы, установившие диагноз инфекционного заболевания или заподозрившие его при обращении заболевшего в поликлинику или при посещении больного на дому, должны составить экстренное извещение и направить его в течение 12 часов в центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора по месту выявления заболевания (независимо от места проживания больного).

Экстренные извещения, составленные в лечебно-профилактических учреждениях, регистрируются в журнале регистрации инфекционных заболеваний (учетная форма №060/у). При изменении диагноза инфекционного заболевания лечебное учреждение, изменившие диагноз, обязан составить новое экстренное извещение на этого больного и направить его в санитарно-эпидемиологическую станцию по месту обнаружения заболевания, указав в пункте 1 измененный диагноз, дату его установления и первоначальный диагноз.

При заполнении извещения необходимо обращать внимание на принятые противоэпидемические меры, а также лабораторное подтверждение установленного диагноза. Анализ показателей эпидемической заболеваемости проводится в лечебно-профилактических учреждениях на основании отчетов. «Отчет о движении инфекционных заболеваний» эти учреждения представляют в районные (городские) центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

На основе данных, содержащихся в этих отчетах, определяют показатели частоты отдельных инфекционных заболеваний среди взрослого и детского населения, проживающего в городских и сельских местностях, относящихся к району обслуживания центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Центры санитарно-эпидемиологического надзора является руководящим и организационным центром санитарно-противоэпидемической деятельности в области, крае, городе, районе, поэтому всю свою работу она осуществляет в тесном контакте и взаимодействии с другими учреждениями системы здравоохранения республики, ведомственными санитарными и ветеринарными службами, с государственными, кооперативными и общественными организациями.

Поскольку практическую работу в санитарно-противоэпидемической области наряду с ЦГСЭН ведут лечебно-профилактические учреждения, связь между ними выражается в том, что центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляют функции государственного надзора.

Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора контролируют санитарное состояние и обеспечение противоэпидемического режима работы поликлиник, стационаров, объединенных больниц для взрослых и детей, сельских врачебных пунктов и районных медицинских учреждений, медико-санитарных частей промышленных предприятий, учреждений специализированной медицинской помощи и другие лечебно-профилактические учреждения, находящиеся на территории; контролируют

своевременное и полноценное проведение всех мероприятий, организуемых лечебной сетью по выявлению инфекционных больных и лиц с профессиональными заболеваниями, по госпитализации и диспансеризации таких больных; проверяют правильность и своевременность проведения изоляции, качества лечения инфекционных больных и постановку патронажа в эпидемиологических очагах, полноту охвата профилактическими прививками отдельных групп населения; проводят консультативную работу по всем вопросам практической гигиены, эпидемиологии и профессиональной патологии; осуществляют методическое руководство больнично-поликлиническим персоналом с целью обеспечения своевременной диагностики инфекционных больных.

Вторая особенность взаимоотношений санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения заключается в постоянном взаимодействии при проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий, использовании результатов изучения санитарной и эпидемиологической ситуации для составления планов работы лечебно-профилактической сети, при организации санитарно-просветительной деятельности, обеспечения противоэпидемической и гигиенической направленности в работе актива.

В своей противоэпидемической деятельности врачи связаны с кабинетом инфекционных заболеваний поликлиники. Эти кабинеты организуются в целях повышения качества диагностики, лечения инфекционных болезней, диспансерного наблюдения за реконвалесцентами и хроническими больными.

Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора придают большое значение осуществлению мероприятий по обеспечению санитарной охраны страны и распространенности карантинных заболеваний, а также локализации и ликвидации очагов этих болезней в случае их возникновения. Для выполнения этой важной задачи в составе Министерства здравоохранения республик имеется Главное управление карантинных инфекций, права и функции которого определены соответствующим положением о нем.

Тесная взаимосвязь с ветеринарной службой – одно из неперенных условий, обеспечивающих полноценное проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, связанных с предупреждением появления зоонозных инфекционных заболеваний.

Постоянный контакт и согласованность действий всех лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждений в предупреждении инфекционных заболеваний позволяют сконцентрировать

силы и средства для выполнения наиболее необходимой, ответственной и сложной работы.

Таким образом, борьба с инфекционными болезнями – это сложный социально-гигиенический, медико-биологический и организационный процесс.

Прежде чем рассмотреть вопрос и значения социальных факторов в проблеме ликвидации инфекционных болезней, необходимо, определить содержание понятия «ликвидации инфекционных болезней».

Как указывал академик В.Д.Тимаков (1967), наиболее совершенной и, безусловно, желаемой формой ликвидации инфекций является полное уничтожение определенных нозологических форм с одновременной ликвидацией возбудителя как биологического вида на всей территории земного шара. В принципе такая возможность есть. Так, например, удалось в глобальном масштабе провести полноценную иммунизацию населения против оспы, и в результате в 1980 году Всемирная организация здравоохранения сообщила о ликвидации этой болезни во всем мире.

При осуществлении всей системы противомаларийных мероприятий можно также добиться одновременного уничтожения и болезни и её возбудителя. Однако реализовать эти возможности в мировом масштабе в силу социальных, экономических и политических обстоятельств, чрезвычайно трудно, и нельзя указать, через какое время это может быть осуществлено, хотя такая задача и поставлена Всемирной организацией здравоохранения. Если даже будут преодолены социально-политические барьеры и уничтожены определенные формы инфекционных болезней, то задача ликвидации возбудителя болезни как биологического вида представляет еще более значительные трудности. Микроорганизмы, как известно, невероятно быстро размножаются и обладают высокой степенью изменчивости и приспособляемости к изменившимся условиям существования, приобретают высокую устойчивость к внешним воздействиям (даже к тем, которые оказывали на них мощное губительное действие) или новые патогенетические свойства. Пока неизвестно ни одного случая уничтожения какого-либо вида патогенного микроба как биологического вида. Поэтому постановку вопроса с ликвидации инфекционной болезни с одновременным уничтожением возбудителя следует рассматривать как перспективу.

Но какое же содержание должно иметь это понятие в настоящее время?

Известно, что в нашей стране и ряде других стран ликвидированы оспа, а также в стадии ликвидации холера, чума и другие инфекции, хотя их возбудители в природе вообще, а иногда на тех же территориях, где

существовали эти болезни, сохраняются. Вот почему в настоящее время понятие ликвидации их может иметь более конкретное содержание. Применительно к антропонозным инфекциям (оспа, малярия, сыпной и возвратный тифы), этиология и эпидемиология которых достаточно хорошо изучены и в отношении которых имеются высоко-эффективные средства борьбы, ликвидация инфекционной болезни должна сопровождаться уничтожением и возбудителя, но не обязательно на всем земном шаре, а на определенных, иногда ограниченных территориях, в пределах отдельных государств. При чаще всего зоонозного характера заболеваний, с природной очаговостью (чума, туляремия, бешенство и другие), ликвидация этих болезней может быть достигнута при сохранении возбудителя в окружающей среде, в организме животных и насекомых – хранителей и переносчиков этих инфекций. Более того, практика борьбы с инфекционными заболеваниями показывает, что можно добиться ликвидации отдельных болезней с сохранением возбудителя даже в организме человека (при таких антропонозных инфекциях, как дифтерия, полиомиелит). Сохранение возбудителя болезни на любой территории и в любом состоянии, безусловно, всегда представляет потенциальную опасность повторного возникновения болезни, но эта возможность всецело зависит от системы и качества противоэпидемических мероприятий.

Таким образом, понятие «ликвидация инфекционных болезней» на современном этапе означает: при одних инфекциях- одновременное уничтожение нозологической формы и её возбудителя на определенных территориях, в пределах отдельных стран, а при более совершенной форме - полное уничтожение возбудителя как биологического вида на всем земном шаре, при других инфекциях – ликвидацию нозологической форм независимо от конечной судьбы возбудителя при его сохранности в окружающей среде. Это определение было принято еще в 1959 году. Оно сохраняет своё значение и в настоящее время. При решении вопроса о возможности ликвидации того или иного заболевания следует конкретно проанализировать этиологические, иммунологические и эпидемиологические особенности каждого заболевания, наличие эффективных средств борьбы, учитывая состояние и уровень системы здравоохранения, уровень заболеваемости, наличие материальных технических средств воздействия, необходимых для реализации этой задачи.

Для того, чтобы определить роль и значение этих факторов в проблеме ликвидации инфекционных болезней и снижении инфекционной заболеваемости, необходимо исходить из объективности существующих

закономерностей, обуславливающих возникновение и развитие инфекционного заболевания и эпидемического процесса.

В эпидемическом процессе наиболее отчетливо и ярко в отношении большинства инфекций большое значение имеют социально-гигиенические факторы. Такие как приводятся данные о жилищные и санитарные условия, условий труда и быта населения, его материального, общекультурного и санитарного уровня, медицинского обслуживания, социально-экономических условий общества в целом и других. По вопросу о значении социально-гигиенических факторов в развитии эпидемий и в формировании уровней инфекционной заболеваемости у отечественных и большинства зарубежных исследователей существует единое мнение. Однако относительно соотношения социальных биологических факторов и того, какие факторы являются основными движущими силами эпидемического процесса, а какие имеют соподчиненное, второстепенное значение, отмечаются существенные расхождения. Л.В.Громашевский, В.М.Жданов, О.В.Бароян, И.Мусабаев, Ш.Ходжаев и другие указывают, что движущими силами эпидемического процесса, определяющими его качественные количественные особенности, являются природно-биологические факторы. Социальные факторы действуют не непосредственно на ход эпидемического процесса, а более сложным путем – через основные биологические факторы или непосредственно на движущие силы эпидемического процесса.

Ими отмечено, что социальные факторы – условия, а не движущие силы эпидемического процесса. Другие учёные считают, что движущими силами эпидемического процесса являются социальные факторы.

Для решения вопроса о роли и значении в эпидемическом процессе социальных факторов необходимо знать, влияют ли они на источник инфекции, механизм передачи инфекции или на физиологические, иммунобиологические свойства населения. Необходимо также знать состояние и изменение всех звеньев, участвующих в эпидемическом процессе и определяющих его возникновение, течение и угасание, наступающих в результате воздействия социальных факторов. Этот принцип должен соблюдаться и анализироваться применительно к каждой нозологической форме отдельно или к группе инфекций, сходных по клиническому течению и биологическим характеристикам возбудителей. Такой подход к решению проблемы тем более необходим, поскольку эпидемический процесс находится в постоянном динамическом состоянии, изменяясь как в количественном, так и в качественном отношении в зависимости от природно-биологических и социальных факторов.

Социальные факторы влияют на все три звена эпидемического процесса, т.е. на источник инфекции, иммунологические свойства коллектива и механизм передачи инфекции.

1. Социальные мероприятия воздействуют на источник инфекции при, госпитализации и изоляции больных, способствующие предупредить и даже прекратить возникновение и развитие массового распространения инфекций. Но при этом необходимо иметь доступный коечный фонд и достаточное количество медицинского персонала. Существенное влияние на источник инфекции оказывают такие лекарственные средства, которые дают возможность уничтожить возбудителя болезни в организме человека или обезвредить его действие.

2. Социально-гигиенические факторы существенно влияют и на – иммунобиологические свойства населения, его восприимчивость к инфекциям. Систематическое голодание населения, белковая недостаточность, авитаминозы, работа при высокой температуре, повышенной влажности и высокой запыленности в рабочих помещениях снижают резистентность населения к инфекциям. Напротив, нормальные условия труда и отдыха, массовое развитие физической культуры и спорта, закаливание организма и так далее повышают сопротивляемость организма, препятствуют возникновению и развитию эпидемического процесса.

3. Еще более отчетливо выявляется действие социально-гигиенических факторов на механизм передачи инфекции. Это особенно выражено при инфекциях, механизм передачи которых является ведущим звеном, определяющим возникновение эпидемического процесса, как, например, при кишечных инфекциях или болезнях, передаваемых различными насекомыми и так далее. Неудовлетворительное санитарно-коммунальное состояние городов и населенных мест, недоброкачественное водоснабжение, отсутствие необходимого санитарного надзора и контроля над общественным питанием, снабжением продуктами питания, низкая общая санитарная культура населения являются условиями для возникновения и массового распространения кишечных инфекций. Миграция населения во время войн, голода и других стихийных бедствий создают благоприятные условия для педикулёза, следствием которого является сыпной и возрастные тифы. При массовом размножении малярийного комара, наличии анофелогенных водоемов и их источников почва для распространения инфекции. Эпидемии малярии при устранении неблагоприятных факторов (что возможно лишь в результате планомерных социальных мероприятий при затрате больших финансовых и материальных ресурсов) исключается возможность широкого распространения различных

инфекций и создаются условия для их полной ликвидации. Однако воздействие и влияние социальных факторов на механизм передачи не при всех инфекциях имеет одинаковое значение. Их влияние на это звено эпидемического процесса в меньшей степени выражено при гриппе, кори и других воздушно-капельных инфекциях.

Таким образом, социальные факторы играют исключительно важную роль как в возникновении и развитии отдельных инфекционных заболеваний так и в развитии всего эпидемического процесса.

Эпидемический процесс при каждой инфекции имеет специфические особенности, свойственные лишь данной инфекции, даже если у различных инфекций одни и те же пути распространения и их развитие идет в одинаковых социальных условиях.

Так как уже было упомянуто, основной принцип борьбы с кишечными инфекциями в настоящее время – воздействие на механизм передачи инфекции. Для осуществления этого необходимо улучшить санитарное состояние городов и населенных мест обеспечить население доброкачественными пищевыми продуктами, водой, повышать санитарную культуру населения. В борьбе с паразитарными заболеваниями, в частности сыпным и возвратным тифом, клещевыми риккетсиозами и другими заболеваниями, при которых переносчиками инфекции являются членистоногие насекомые, необходимы дезинфекционные и дератизационные мероприятия, а при малярии и энцефалитах, передаваемых комарами, ликвидация анофелогенных водоемов, участков и дезинсекция их. В борьбе с зоонозами противэпидемические меры направлены на уничтожение животных – хранителей этих инфекций или оздоровление поголовья, если речь идет о полезных сельскохозяйственных животных. Все эти мероприятия являются социально-гигиеническими.

Для проведения мероприятий по ликвидации и предупреждению источника распространения инфекции в Узбекистане при центрах государственной санитарно-эпидемиологического надзора имеются специальные отделы санитарно-гигиенического надзора, которые проводят предупредительный и текущий контроль за состоянием окружающей среды (воздух, почвы, водоемов) его экологическим состоянием, а также за условиями жилья, быта, труда, обеспечением качественной водой, организацией и качеством питания и другими факторами, влияющими на распространение инфекционных заболеваний. При этих отделениях имеются лаборатории, которые постоянно следят за санитарно-гигиеническим состоянием мест проживания населения и принимают меры по устранению выявленных нарушений. При ряде инфекций (оспа, дифтерия, туляремия,

полиомиелит) основные противоэпидемические мероприятия проводятся с целью создания невосприимчивости коллектива. В настоящее время имеются высокоэффективные средства специфической профилактики. Охватом профилактическими прививками всего населения таковые и по показаниям. Но и в данном случае реализация этого биологического по своей сущности мероприятия находится в зависимости от социальных условий – от возможности затраты определенных средств на массовое бесплатное проведение предохранительных прививок и осуществления их в размерах и объемах, необходимых для создания мощной иммунной прослойки среди населения.

Из всего выше отмечено видно, что профилактику и ликвидацию инфекций нельзя ограничивать только санитарно-гигиеническими мероприятиями. При некоторых инфекциях, не менее важное значение имеет мероприятия медицинского характера, например, массовая вакцинация населения, которая воздействует главным образом на биологические закономерности, обуславливающие инфекционные заболевания и эпидемический процесс.

Таким образом, при решении вопроса о ликвидации того или иного инфекционного заболевания, прежде всего надо всесторонне изучать характер эпидемиологического процесса свойственного каждой инфекции и социально-гигиенические факторы влияющие на его появление. При таком подходе в первичном звене здравоохранения необходимо решить проблемы своевременной профилактики заболеваний, выявления очага, приостановки распространения и в дальнейшем ликвидации инфекционных заболеваний.

В вопросах не допущения своевременного выявления снижения и лечения инфекций большая роль принадлежит средним медицинским работникам. Они обязаны вместе с врачом знать социальный статус, условия проживания населения на участке, обычаи и традиции, организация питания, закаливания и соблюдения всех санитарно гигиенических правил, активно проводить патронаж проживающих на участке, строго следить за своевременном проведении профилактических прививок. При выявлении на участке температурующего больного изолировать его, взять необходимые анализы и вызвать врача. При подозрении на инфекционное заболевание устанавливать наблюдение за контактными. Постоянно проводить с населением санитарно-просветительную работу. При выявлении того или иного инфекционного заболевания проводить разъяснительную работу по правильному поведению каждым членом семьи и другими бывшими в контакте лицами для недопущения инфицирования и дальнейшего распространения инфекции.

Работу по борьбе с инфекционными заболеваниями проводить совместно с врачам и специалистами центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора, куда своевременно в течении 12 часов направлять экстренное извещение.

Таким образом, в настоящее время при решении вопроса о ликвидации того или иного заболевания нужно исходить из всестороннего анализа характера эпидемического процесса, свойственного каждой инфекций. При таком подходе к проблеме ликвидации инфекции нет сомнения в том, что будет ликвидирован ряд инфекций.

### **Контрольные вопросы**

1. Значение инфекционных заболеваний в структуре причин смерти и заболеваемости населения.
2. Пути профилактики инфекционных заболеваний
3. Пути предупреждения распространения, ликвидации инфекционных заболеваний.
4. Задачи кабинета инфекционных заболеваний
5. Преемственность между ЛПУ и ЦГСЭН
6. Классификация инфекционных заболеваний по путям передачи информации в СЭС.
7. Роль средних медицинских работников в профилактике, раннем выявлении, изоляции, наблюдений за полными инфекционными заболеваниями.

## Глава 3

### Неэпидемические заболевания – как социально-гигиеническая проблема

XX и начала XXI века характеризуется сдвигом в состоянии здоровья населения мира за последний несколько десятилетий во многих странах, особенно развитых, резко сократилась инфекционная и паразитарная заболеваемость, параллельно выросла неэпидемическая патология, к которой относятся болезни кровообращения, новообразования, заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, печени, почек обмена веществ, эндокринной системы, аллергических расстройств, травмы и отравления.

На примере сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей, несчастных случаев видна хронизация патологии населения экономически развитых стран как наиболее характерная особенность, формирование так называемого неэпидемического типа патологии. Разумеется, этими группами расстройств не ограничивается значение «натиска» неэпидемических заболеваний. Вместе с названными они составляют основу в структуре патологии экономически развитых стран и проявляют тенденцию к дальнейшему нарастанию, поражая все большее и большее число людей. Судить, однако, об их истинной распространенности трудно: лишь приблизительные подсчеты говорят о масштабе этих неэпидемических заболеваний. Так, в одной из публикаций сообщается, что в США 1-% взрослого населения страдает от желчекаменной болезни, более 1/3 лиц в возрасте 60 лет и старше подвержены дивертикулёзу, который является наиболее частым поражением желудочно-кишечного тракта; ежегодно более 1/4 миллиона человек подвергается аппендэктомии; 15% взрослого населения – больные с варикозным расширением вен, до 10% имеют диабет. Отмечается, что именно неэпидемические заболевания стали главной причиной смерти людей.

Удельный вес смертности лишь от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей и травм превысил половину всех случаев смерти в многих странах мира. На основе сведений ВОЗ, эти три причины в 80-е годы XX века составляли в США, Канаде, Австрии, Швеции, Японии и других странах около 80% и нередко более всех случаев смерти. Такая же картина отмечается и в начале XXI века.

В большинстве экономически развитых стран на 4-м месте в структуре смертности и в настоящее время находятся пневмония и другие болезни дыхательных путей. Если от сердечно-сосудистых заболеваний,

злокачественных опухолей, несчастных случаев, число смертей населения превышает 70% и более, то вместе со смертями от заболеваний органов дыхания это цифра составляет почти 90% случаев смерти.

Изменение структуры смертности за счет все большего преобладания хронических неэпидемических болезней происходило на фоне снижения общей и детской смертности, главным образом из-за сокращения смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний.

Смертность от неэпидемических заболеваний в экономически развитых странах показало существенное изменение: в 20 раз доли смертности от инфекционных заболеваний и увеличение в 3,5 раза доли смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей.

Таблица № 1

**Типы (профили) патологии**

Показатель здоровья	Неэпидемический тип (экономически развитые страны)	Эпидемический тип (развивающиеся страны)	Промежуточный тип (экономически недостаточно развитые страны)
Общая смертность, на 1000 населения	низкая (9-12)	высокая (15-20 и более)	средний уровень (13-15)
Хронические, неэпидемические заболевания (ССЗ, злокачественные опухоли), травмы как причины смерти, %	80 и более (50 и более ССЗ)	15-20 всех случаев смерти (8-10 ССЗ)	до 50 (20-30 - ССЗ)
Инфекционные эпидемические и паразитарные заболевания как причина смерти, в %	1-3	30 и более	15-20
Распространенность заболеваний инфекционных, паразитарных, хронических, неэпидемических	невысокая  высокая	высокая  невысокая	значительная  умеренная

Младенческая смертность, на 1000 детей	низкая (5-15)	очень высокая 60 и более	высокая (до 35-40)
Недостаточность питания как причины смерти, %	до 5	более 50	до 40
Болезни новорожденных, перинатальная патология, как причины детской смертности	70-80	до 20 всех случаев смерти	20 и более
Рождаемость на 1000 населения	низкая (до 20)	высокая (40-50)	средняя (25-30)
«Постарение» (доля лиц в возрасте 60 лет и старше), %	высокая (18-20 и более)	низкая (3-5)	умеренная (5-8)
Смена поколений	замедленная	ускоренная	Умеренная

По Узбекистану на начале XXI картина выглядит так, за последний несколько десятилетий резко трансформировалась и структура заболеваемости. Если к середине XX века болезни органов кровообращения находились на 6-м месте после гриппа и других острых неэпидемических заболеваний, составляло 5-6% в структуре заболеваемости по обращаемости. К концу XX века произошли существенные изменения, увеличился удельный вес хронически протекающих заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых, как уже указано выше переместились на 2-3 е места в структуре заболеваемости.

Наряду с возрастанием удельного веса сердечно-сосудистых заболеваний и значительным снижением доли инфекционных и паразитарных заболеваний произошло снижение заболеваемости примерно в 1,5 раза при болезнях нервной системы и органов чувств, особенно болезней глаз, сократился удельный вес болезней кожи и подкожной клетчатки, болезней органов пищеварения.

Изучение общей заболеваемости позволило установить существенное изменение структуры общей заболеваемости у городского и сельского населения. Так, 1-е место в патологии сельских жителей принадлежит болезням нервной системы и органов чувств; заболевания органов дыхания

занимают 2 -е место, а заболевания органов кровообращения - 3-е место. У городских жителей на 1-м месте - болезни органов дыхания, на 2-м - органов кровообращения. В число первых 10 причин заболеваемости входят новообразования; травмы остаются по-прежнему на «высоком» месте.

Итак, неопровержимым становится тот, что и по отношению к смертности происходит изменения, вывод – все большее преобладание в структуре смертности преобладает хроническая, неэпидемическая патология.

Эти положения, касаются общих тенденций изменения здоровья населения экономически развитых стран и указывают на весьма существенные сдвиги в распространенности заболеваний, смертности и тесно связанных с ними важнейших демографических процессах и, прежде всего, постарении населения. Причинами такого положения являются, прежде всего, социальные условия – модернизация производства, загрязнение окружающей среды, ускоренные ритмы жизни.

В большинстве развивающихся стран в настоящее время сохраняется распространенность инфекционных и паразитарных заболеваний, где иная демографическая ситуация – сохраняющаяся высокая рождаемость и плодovitость, общая и особенно детская смертность, значительно меньшая средняя продолжительность предстоящей жизни. В этих странах не столь выражено постарение населения и в возрастной структуре еще велика доля детей и молодежи, т.е. происходит ускоренная смена поколений и где имеются большие недостатки в социальной среде. (не благоустроенное жилье, не полноценное питание, загрязнение почвы и водоемов не достаточно автоматизированное производство и т.д.)

### **3.1. Сердечно-сосудистые заболевания – как социально-гигиеническая проблема**

Во второй половине XX в. Основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения стали представлять неинфекционные заболевания и в первую очередь болезни системы кровообращения, которые в настоящее время являются ведущими причинами инвалидизации и смертности взрослого населения, причем медико-социальное значение этих заболеваний определяется не столько частотой их распространения, сколько их тяжестью. Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) справедливо называют эпидемией XX - XXI веков. В течение многих лет они являются ведущей причиной смертности населения во многих

экономически развитых странах. Среди ССЗ наиболее часто встречается ИБС, ГБ, сосудистые поражения головного мозга. ССЗ характеризуются высокой летальностью. Среди причин смертности они занимают во всем мире 1 место (52-55% из всех смертельных случаев). ИБС составляет 120-130 случаев, ГБ 50-65 на 1000 населения. В общей сложности, в экономически развитых странах ССЗ в среднем составляет 230-250 на 1000 населения (поражен каждый 4 человек). Эти болезни занимают первое место в структуре причин смерти в большинстве экономически развитых стран мира.

В связи с индустриализацией и автоматизацией, внедрением достижений научно-технического прогресса в быт все более возрастает удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний.

В обзоре ВОЗ о здравоохранении в мире по-прежнему подчеркивается, что сердечно-сосудистые заболевания и рак остаются главными проблемами патологии индустриальных стран. Болезни системы кровообращения по своему значению занимают ныне первое место среди хронически, неэпидемических заболеваний. Как отмечали статистики к концу 20 века, показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний увеличивался с каждым десятилетием и вырос в 3,5 раза в Австралии, Голландии, Канаде, Норвегии, Англии, Дании, США и Швеции. В начале двадцать первого века их уже была в 4-5 раз больше, чем во второй половине XX века. Увеличение этого показателя в наиболее экономически развитых странах происходило на фоне снижения почти в два раза общего показателя смертности. Доля случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний к 1991 г. составила 50-55% смертельных случаев от всех заболеваний. В настоящее время согласно международной классификации болезней и проблемы связанных с здоровьем (МКБ-10) сердечно-сосудистые заболевания входят в 9 класс.

Рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в большинстве экономически развитых стран наблюдался до конца 60-х начала 70-х годов XX века, далее в некоторых из них смертность стала сокращаться, в других - стабилизировалась или продолжала возрастать. Но даже и там, где наметилось снижение показателя смертности, его величина в последнее время высока. Этот процесс пока сохраняется и в ряде восточноевропейских стран. Эпидемиологические и социально-гигиенические исследования по изучению сердечно-сосудистых заболеваний в последние десятилетия показали, что гипертоническая болезнь, атеросклероз, поражение коронарных артерий сердца, ишемическая болезнь, инфаркт миокарда, инсульта являются уделом высокоразвитых стран, причем эти заболевания росли параллельно с прогрессом цивилизации.

Увеличивается и количество случаев сердечно-сосудистых расстройств в развивающихся странах. К сожалению, национальные службы и международные санитарные организации не располагают такими же достоверными сведениями о заболеваемости, как данными о смертности. Объясняется это рядом причин: не обращаемостью в медицинские учреждения, недостаточной доступностью для населения, в ряде случаев дорогостоящей медицинской помощи, отсутствием унифицированных, гарантирующих полноту выявления и повсеместно применяемых методов изучения заболеваемости и др.

Причинами роста сердечно-сосудистых заболеваний являются: частые стрессы, повышенная утомляемость населения за счет снижения иммунореактивности организма, изменение образа жизни, изменения окружающей среды за счет нарушения экологии. Наиболее часто встречающейся нозологической единицей является ишемическая болезнь сердца. При этом инфаркт миокарда, как причина смерти чаще регистрируется у мужчин, а цереброваскулярные болезни – у женщин.

Анализ факторов риска заболевания ССЗ показывает что, по своей природе, они бывают разными – первичными, вторичными (могут быть и третичными и т.д.). к этим факторам риска относятся – неблагоприятные воздействия образа жизни (курение, несбалансированное питание, потребление алкоголя, гиподинамия, дефекты в организации труда, нарушения режима труда и отдыха и др.); загрязнение внешней среды продуктами химии, отходами и др; генетический риск, т.е. наследственные предпосылки заболеваний; неблагоприятная организация служб здравоохранения, недостатки, дефекты медицинской помощи и другие обычно действуют первично, изначально. Выделяют также различные патологические состояния, например, ВОЗ называет в качестве предпосылок атеросклероза, ИБС и других сердечно-сосудистых заболеваний артериальную гипертензию, диабет, ревматизм и др. Такие состояния, которые сами по себе являются заболеваниями и имеют свои первичные факторы риска, относят нередко тоже к вторичным факторам риска.

Разумеется, число факторов риска огромно и с каждым годом число их возрастает. Так, только генетических факторов (предрасполагающих к заболеваниям) еще в 20 веке насчитывалось около 3 тыс.

По отношению к сердечно-сосудистым заболеваниям, например, курение, гиподинамия и избыточная масса, тела несбалансированное питание, артериальная гипертензия, психо-эмоциональные стрессы, злоупотребление алкоголем.

Болезни органов кровообращения ныне занимают не 6-8-е место в структуре заболеваемости, как это было 20-25 лет назад, а 3-4-е, подчас и 2-е место. Сегодня болезни органов кровообращения находятся на 2-м месте в структуре заболеваемости в городах и на 3-м месте в сельской местности. Если, в недалеком прошлом сердечно-сосудистые расстройства составляли 4-5% общей заболеваемости, то в настоящее время их доля составляет – 8-9% и более. На большую степень распространенности сердечно-сосудистых заболеваний указывают, например, результаты массового обследования.

Отмечается значительное омоложение этой группы заболеваний. Случаи инфаркта миокарда, инсульта сейчас все чаще происходят в более молодом возрасте. И если, например, возрастные показатели смертности от заболеваний системы кровообращения среди мужчин 35-44 лет в расчете на 100000 населения во 2-ой половине XX века в Канаде составили 83,2, Японии – 71,4, Финляндии – 171,6, ФРГ – 69,6, Австралии – 99,3, США – 111,6, Англии – 95, 4, ЧССР – 105,8, Венгрии – 111,5, Польше – 99,3, Болгарии – 69,6, то сейчас эти показатели увеличились примерно в 1,5 раза.

Рассматривая проблему распространенности ССЗ в мире можно отметить тот факт, что наблюдается:

1. Ежегодный рост числа ССЗ
2. Омоложение ССЗ
3. Высокий удельный вес летального исхода и инвалидности от ССЗ
4. Большие потери временной трудоспособности
5. Четко определенная социальная зависимость ССЗ
6. Постоянное увеличение числа лиц с сочетанными факторами

риска.

Основными причинами прогрессирования сердечнососудистой патологии в мировом сообществе в 20-21 веке можно считать, как отмечено уже, возрастающий ритм жизни, нервно-психическое напряжение, гиподинамия, низкую культуру питания, нарушение режима труда и отдыха, вредные привычки: алкоголь, курение, наркотики, необоснованный прием фармацевтических препаратов.

Не менее актуальна она для стран СНГ, в том числе и для Узбекистана. Однако различия в возрастной структуре населения этих стран, обуславливают значительную дифференциацию общего коэффициента смертности в странах СНГ. Число умерших от ССЗ в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения составляет от 187 в Таджикистане до 1038 на Украине, в России 834, в Узбекистане 375.

Болезни системы кровообращения занимают второе или третье место в структуре общей заболеваемости (около 16%) В Узбекистане 6 место (около

6 %). Число лиц с впервые установленным диагнозом такого заболевания в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения составлял в 2001 году от 350 в Киргизии до 2710 на Украине, а в 2005 году - уже от 874 до 5179 в тех же странах. В Узбекистане с 1261,7 в 2001г. до 1542,5 в 2008г. на 100 тысяч человек постоянного населения. С возрастом отмечается повышение уровня заболеваемости сердечнососудистыми заболеваниями (кроме ревматизма). Если рассматривать те же показатели в группе взрослого населения (19 лет и старше) эти цифры по Узбекистану возрастают за 10 последних лет на 9%. Так в среднем на 100000 населения Узбекистана отмечается около тысяч заболеваний, среди детей тысячи, среди подростков около 3 тысяч а в группе лиц старше 18 лет около 8 тысяч ( т.е 8,5 раз выше чем в группе детей) По усредненным данным, у 20—25 процентов взрослого населения регистрируется повышенное артериальное давление. Возрастает удельный вес ишемической болезни сердца (ИБС). Например, по данным эпидемиологических исследований, проведенных учеными Узбекистана, 25% старше 40 лет страдают артериальной гипертонией (АГ), 11 % — ИБС, 1% — переносят инфаркт миокарда.

Установлено, что число больных с этой патологией особенно интенсивно увеличивается среди мужчин в возрасте 40—50 лет. Наиболее высокий уровень сердечно сосудистой заболеваемости отмечается с 1998 по 2009 года в городе Ташкенте и Хорезмской области, а самый низкий в среднем за период. в Андижанской и Сырдарьинской областях. Сердечнососудистые заболевания занимают сегодня первое место среди причин инвалидности населения нашей страны. При этом 4% мужчин получают I группу, 60% — II группу инвалидности. У женщин эти показатели немного ниже. Среди причин инвалидности преобладают на 100 тысяч человек постоянного населения ишемическая и гипертоническая болезни, сосудистые поражения мозга, ревматизм.

Доля смертности от сердечно сосудистых заболеваний в Узбекистане составляет 56,2 процента, доля инвалидности — свыше 25%. Заболеваемость, высокая распространенность болезней органов кровообращения приводит к большим показателям временной и стойкой нетрудоспособности.

В России сложилась крайне неблагоприятная ситуация в отношении этой патологии. Ежегодно в стране регистрировалось от 15 до 17 млн. больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. В 2001 г. абсолютное число умерших от болезней сердца и сосудов составило 1,3 млн. человек, или 871,6 случая на 100 тыс. населения. На долю болезней системы кровообращения приходилась более половины всех случаев смерти, 43,3% случаев инвалидности, 9,0% — временной утраты трудоспособности.

Основными причинами, формирующими высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения, являются ишемическая болезнь сердца (46,9 % в структуре причин смерти по данному классу) и цереброваскулярные болезни (37,6 %).

В странах СНГ в конце XX века по всем отраслям промышленности число случаев нетрудоспособности в результате сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сосудистые поражения мозга, заболевания вен, артерий, артериол) отмечено у 5 на 100 человек работающих, дней нетрудоспособности – 90, а средняя длительность одного случая болезни достигла 19 дней и более. В начале XXI века сердечно-сосудистые болезни заняли 1-е место среди причин инвалидности населения стран СНГ. Значительная часть инвалидов вследствие сердечно-сосудистых заболеваний получило 1 группу (почти 4%) 2 группу (около 60%) инвалидности мужчин и несколько меньше женщин. Столь же высок удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний как причины инвалидности и по другим странам мира. Примерно такое же положение в Узбекистане.

Примерно такие же данные имели место в других странах. В Германии, например, из всех случаев потери трудоспособности 10% приходилось на заболевания сердечно-сосудистой системы, из них 1/3 – на ишемическую болезнь сердца. Число случаев нетрудоспособности из-за сердечно-сосудистых заболеваний составило 10-12 млн. рабочих дней в год.

По далеко не полным данным, ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в США за год составлял почти 52 млн. человек-дней потери трудоспособности. По расчетам ассоциации кардиологов, потери от сердечно-сосудистых заболеваний составили 42% в человеко-годах, а в стоимостном выражении – 56% общих потерь от заболеваний в индустриальных странах.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний существенным образом сказывается на средней продолжительности предстоящей жизни. Болезни сердечно-сосудистой системы сокращают этот показатель на несколько лет (по некоторым расчетам до 8 лет).

Таким образом, болезни органов кровообращения в большей степени, чем все другие заболевания, составляет современную патологию населения, ее тип, или профиль. При этом особое значение имеют, 4 группы сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническое заболевание, сосудистые поражения мозга, хронические ревматические болезни сердца), составляющих, по подсчетам более 90% случаев смерти от числа всех болезней этого класса. В Узбекистане уделяется большое внимание этой

группе больных. Для борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Узбекистане создан специализированный научно-практический центр кардиологии, основной целью которого является разработка научно-обоснованных мероприятий по профилактике и лечению сердечно-сосудистой патологии, в областях, городах, районах выделены специальные койки или отделение для этих целей.

Для проведения профилактических мероприятий по борьбе с сердечно-сосудистой патологией, её осложнениями и смертностью медицинские работники должны брать на диспансерное наблюдение больных, а также установить наблюдение за лицами с высоким риском заболеваний сердечно-сосудистой патологией (курильщика, алкоголика, длительно и часто болеющие лица, подвержденные постоянному воздействию стресса).

Из большого числа факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний выделены две основные группы:

1) социально-культурные факторы риска (потребление высококалорийной, богатой насыщенными жирами и холестерином пищи, курение, сидячий (малоактивный) образ жизни, нервный стресс);

2) “внутренние” факторы риска (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, нарушенная толерантность к углеводам, ожирение или избыточная масса тела, наследственность).

Степень влияния каждого из названных факторов и их комбинаций различна. В зависимости от состояния больного врачи намечают ряд лечебно-профилактических мероприятий: медикаментозное лечение, стационарное лечение, физиотерапию, лечебную физкультуру, санаторно-курортное лечение и др.

Если рассматривать образ жизни и факторы, определяющие повышенные риск развития проявлений ИБС, то степень их воздействия, как риска возникновения ССЗ можно представить в виде таблицы:

Таблица № 2

Образ жизни	Биохимические и физиологические факторы	Индивидуальные факторы
Диета с повышенным содержанием калорий, насыщенного жира, холестерина	Повышенное АД	Возраст

Избыточное потребление алкоголя	Повышенный уровень холестерина	Пол
Курение	Низкий уровень ХС и ЛВП	Раннее развитие ИБС у родственников (М до 45, Ж до 65 лет)
Низкая физическая активность	Повышенный уровень ТТГ и гипергликемия, ожирение и тромбогенные факторы	Наличие ИБС и других проявлений атеросклероза

Решающую роль в сохранении здоровья и трудоспособности населения, снижении уровня смертности при сердечно – сосудистой патологии играет первичная и вторичная профилактика. В настоящее время в основе первичной профилактики болезней системы кровообращения лежит концепция о факторах риска этой патологии. Путем проведения многочисленных медико-социальных исследований сегодня удалось выявить факторы риска, достоверно влияющие на формирование данного класса заболеваний. Их можно разделить на две группы — управляемые и неуправляемые. К неуправляемым факторам относятся пол, возраст, наследственная предрасположенность. В основе стратегии профилактики лежит устранение или смягчение влияния управляемых факторов. К ним ВОЗ относит:

- **факторы образа жизни** (курение, неправильное питание, избыточная масса тела, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков);
- **биологические факторы** (высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина в крови, наличие сахарного диабета);
- **психосоциальные факторы** (стресс, усталость на работе, социальная незащищенность и т. п.).

Кроме того, указанные выше факторы риска делят по принципу: первичные или внешние (курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, употребление наркотиков, гиподинамия, психоэмоциональный стресс), и вторичные или внутренние (диабет, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, аллергия, иммунодефициты). Это доказано тем, что мероприятия по борьбе с курением, излишней массой тела, контроль АД и так далее, проводимые медиками и местными органами власти позволит снизить общую смертность на 22%, а

смертность от сердечно-сосудистых заболеваний — на 41 %. Стратегия, разработанная в Узбекистане в рамках Государственной программы реформирования системы здравоохранения, направлена на преобразование первичного звена здравоохранения и поднятию их ответственности в борьбе с заболеваниями органов кровообращения.

Научная концепция профилактики сердечнососудистых заболеваний

1. Снижение смертности от сердечнососудистых заболеваний, зависит в первую очередь изменением образа жизни; отказ от курения, здоровое питание, повышение физической активности.

2. В то же время все большую роль начинают играть службы здравоохранения, особенно в продлении жизни больным путем проведения мероприятий по вторичной профилактике.

За короткое время позволила сформировать кардиологическую службу, диспансеры в областях, кардиологические кабинеты в поликлиниках и кардиологические отделения в стационарах, больницы восстановительного лечения. Развертывание в соответствии с указом Президента в 2003 году Республиканского специализированного Центра кардиологии (РСЦК), грудной хирургии и единой системы экстренной медицинской помощи позволял реально решить проблемы снижения смертности от сердечнососудистых заболеваний, совершенствовать подготовку медицинских кадров на основе лучших международных стандартов. В республике разработаны стандарты диагностики и лечения, основных сердечно-сосудистых заболеваний. Центром кардиологии подготовлена национальная программа борьбы с артериальной гипертонией. Сформирована. Республика одной из первых, на территории СНГ создала НИИ кардиологии и грудной хирургии.

Для борьбы с кардиологическими заболеваниями привлекаются в первую очередь ВОП, на которых возложено изучения:

- первичной и общей сердечно сосудистой заболеваемости;
- организация массовых и индивидуальных профилактических осмотров населения, проводимых в целях раннего выявления сердечно сосудистых заболеваний;
- быть знакомым о показателях смертности от сердечно сосудистых заболеваний на 100 тыс. населения и летальности среди сердечно сосудистых больных

В структуре первичной заболеваемости населения на долю болезней системы кровообращения приходится лишь 3,5%, а показатель распространенности — около 15%. Это в первую очередь связано с низкой выявляемостью данной патологии и низкой обращаемостью населения. Так,

специальные исследования показывают, что, например, среди мужчин в возрасте 40—59 лет почти 30% из страдающих гипертонической болезнью не знали, что они больны, до 60% больных ишемической болезнью сердца не знают о своем заболевании. Многие болезни сердечно-сосудистой системы, начиная развиваться еще в детстве, дают первыестораживающие больного симптомы тогда, когда заболевание зашло уже слишком далеко. Например, при ишемической болезни сердца больной начинает ощущать ее проявления, когда произошло сужение коронарных артерий на 75 % и более.

Однако и первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения, и распространенность их в последние годы растут. Только за период первого 10 летия XXI века распространенность первичной заболеваемости этой патологии возросла.

Заболеваемость болезнями системы кровообращения имеет свои возрастно-половые особенности. Уровень заболеваемости по данным обращаемости у женщин в 1,4 раза выше, чем у мужчин. С увеличением возраста распространенность этих заболеваний интенсивно растет. Однако в последние годы наблюдается омоложение этой патологии.

Болезни системы кровообращения наносят значительный экономический ущерб государству за счет заболеваемости, инвалидизации и смертности. По данным экспертной оценки, экономический ущерб только от артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней ежегодно составляет около 30 млрд. рублей.

Распространенность болезней системы кровообращения и динамика смертности от них весьма неоднородны в разных странах и даже в отдельных группах населения одной страны, причем эти различия весьма труднообъяснимы. Например, в Японии — стране с высокоразвитой экономикой — смертность от болезней системы кровообращения весьма низка. Распространенность болезней системы кровообращения у эмигрантов через некоторое время становится аналогичной таковой в регионе, куда они переселились. В Западной Европе и Северной Америке за последнюю четверть XX в. значительно снизилась смертность от болезней системы кровообращения, однако в Центральной и Восточной Европе она, наоборот, стала возрастать. Сегодня каждые два взрослых человека из трех имеют один и более факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Эта ситуация становится все более серьезной, так как у лиц, имеющих более одного фактора риска, даже при умеренной их выраженности, еще более достоверно увеличен риск сердечно-сосудистых заболеваний. Снижение смертности населения в ряде регионов мира связано в основном с тем, что население этих стран изменило свой неправильный образ жизни и

приобрело навыки здорового образа жизни. Из этого следует, что внимание в области здравоохранения должно быть уделено снижению факторов риска. Работа по их профилактике должна проводиться в двух направлениях: профилактика, ориентированная на все население, и профилактика, ориентированная на лиц с высоким риском формирования болезней системы кровообращения.

Роль медицинской сестры в снижении заболеваний органов кровообращения, и следовательно смертности от них огромна и заключается в разъяснении и контроль за соблюдением режима питания труда и отдыха, борьбой с вредными привычками, стрессовыми состояниями, установления особого контроля над кровяным давлением за лицами выше 40 лет. На них возлагается организация контроля над условиями быта, отдыха и труда семьи, изучения факторов, способствующих появлению заболеваемости сердечно-сосудистой системы и ставить вопрос об устранению внешних негативных факторов перед руководства медицинского учреждения, усилить контроль над больными, способствовать их своевременной и систематической профилактики, лечению и реабилитации. Одной из главных задач медицинской сестры - разъяснения и воспитания правильного поведения и борьбы каждого за сохранения своего собственного здоровья.

#### **Контрольные вопросы**

1. Факторы риска ССЗ
2. Меры профилактики ССЗ.
3. Положение с распространенность ССЗ.
4. Структура причин смерти от ССЗ.
5. Роль медицинской сестры в борьбе с заболеваемостью и смертностью от ССЗ.

### **3.2. Болезни органов дыхания, ХНЗЛ – как социально-гигиеническая проблема**

Болезни органов дыхания являются наиболее распространенными болезнями среди населения, удельный вес которых в структуре первичной заболеваемости детей составляет 60%, подростков – 50%, взрослых – 30%. Этот класс заболеваний занимает 1 место в структуре младенческой смертности.

Группа БОД заболеваний относятся по МКБ – 10 к 10 классу. В эту группу входят острые назофарингиты, фарингиты, тонзиллиты, ларингиты и трахиты, грипп и пневмонии, острые респираторные инфекции, другие заболевания верхних дыхательных путей, хронические болезни нижних

дыхательных путей и другие болезни органов дыхания наиболее часто встречается ОРВИ, грипп и пневмония.

Проблема гриппа и других острых респираторных вирусных заболеваний (ОРЗ) – наиболее важная в инфекционной патологии человека, т.к. это самые распространенные заболевания на Земле, наносящие огромный урон здоровью людей и экономике всех стран. С особой частотой они поражают детей: дети до года болеют в 3 раза чаще остальных детей дошкольного возраста и в 5 раз чаще, чем взрослые. Ранимы и лица пожилого возраста. Респираторные инфекции способствуют формированию хронических заболеваний дыхательных путей, являются одной из причин возникновения пневмоний, отягощают течение других болезней, способствуя их неблагоприятному исходу.

В структуре инфекционной заболеваемости ОРЗ доминируют, удельный их вес превышает 80-90%. Из общего числа случаев временной нетрудоспособности по всем болезням на грипп и ОРЗ приходится 12-14%, а наносимый ими экономический ущерб составляет около 90% от всего ущерба от инфекционных болезней.

Болезни органов дыхания наносят огромный экономический ущерб. В структуре ЗВУТ они составят 38,2% среди всех заболеваний. Число случаев временной нетрудоспособности по этому классу болезней составляет около 20 на 100 работающих, около 45-50 тысяч человек ежегодно признаются инвалидами в связи с болезнями органов дыхания.

Причины возникновения болезней органов дыхания социальные факторы; условия жизни частое перемена климата, слабая закалка организма, не своевременное выявление и начало лечения больных с острыми заболеваниями ВДП и особенно группа, что зачастую приводит к осложнениям развития пневмонии и др. соматических заболеваний и переход в хронические формы.

Болезни органов дыхания наносят большой вклад в формирование так называемой группы часто болеющих детей (ЧБД). Считают, что к группе ЧБД относятся дети, которые перенесли: до 1 года – 4 и более острых заболеваний в год; от 1 до 3 лет – 6 и более; от 3 до 6 лет – 5 и более; от 3-х – до 4-5 и более; от 4 – до 5 лет 4 и более; от 6 и старше – 3 и более острых заболеваний в год. На долю ЧБД приходится от 25 до 50% всех заболеваний детей школьного возраста. ЧБД являются фактором риска хронической патологии в подростковом и взрослом возрасте. При обучении в школе среди них в 2 раза больше неуспевающих.

Таким образом, болезни органов дыхания занимает ведущее место в структуре заболеваемости, особенно среди детей до 5 лет, эти заболевания и

смертность от них особенно среди детей составляет до 40%. Среди детей в возрасте до 15 лет. Ежегодно регистрируются до 1,5 миллиона случаев заболевания и более 5000 смертей, 90% это дети до 5 лет.

Наиболее опасным осложнением является пневмония. Смертность от этого заболевания составляет по данным статистики от 1-1,5% от всех больных пневмониям. В Узбекистане сложилась такое же положение, ежегодно регистрируется до 19 тысяч заболевания органов дыхания из них более 100000 взрослого населения гриппом, это цифра значительно увеличивается в период эпидемии, среди детей до 14 лет более 35 тысяч на 100000 детского населения.

Для борьбы с БОД в республике разработана специальная программа по предупреждению распространения БОД, в том числе гриппе, в ведены специальные прививки, определении методы лечения и реабилитации таких больных.

Профилактика БОД заключается :

1. в раннем выявлении и изоляции больных.
2. в соблюдении санитарно-противоэпидемического режима в детских, лечебно-профилактических учреждениях, общежитиях (влажная уборка, проветривание и др.);
3. в ограничении посещений, особенно детям, общественных мест, поездок на транспорте, массовых, зрелищных мероприятий в период сезонного подъема заболеваемости (ноябрь-март).
4. в укреплении своего здоровья всеми доступными способами, в том числе средствами неспецифической профилактики (витамины, биологически активные добавки к пище, занятие физкультурой и спортом).
5. в соблюдении правила – не появляться в больном состоянии на работе, в гостях, в общественных местах, чтобы не подвергать риску заражения окружающих, а себя уберечь от осложнений;
6. в профилактической вакцинации отечественными и импортными вакцинациями групп риска при повышенной заболеваемости на территории.

У большинства больных пневмонией наблюдается полное обратное развитие воспалительного инфильтрата в легких в срок до 4-х недели с восстановлением структуры легочной ткани, что оценивается при выписке из стационара как полное выздоровления. Смерть от пневмонии по усредненным статистическим данным отмечается у 1-1,5% всех больных пневмонией.

**Реабилитация.** Реконвалесцентов после пневмонии следует распределить на 3 группы:

Первая группа - лица с полным исчезновением клинических, лабораторных и рентгенологических проявлений пневмонии, т.е. выписанные с выздоровлением. Они нуждаются только в контроле и проведении общеоздоровительных мероприятий. Наблюдаются у участкового ВОП, ВОП педиатров в условиях поликлиники на протяжении 3 мес. При контрольном обследовании через 1 и 3 мес.

Вторая группа - больные с рассасыванием воспалительной инфильтрации в легких по физикальным и рентгенологическим данным, но с сохранением клинических проявлений в виде слабости, повышенной утомляемости, потливости, возможно с периодическим повышением до субфебрильных показателей температуры тела. Они подлежат диспансерному наблюдению у участкового врача при периодически проводимой консультации у пульмонолога и других специалистов. Контрольные обследования проводятся по мере необходимости, не реже 1 раза в мес. Таким больным показано санаторно-курортное лечение. Длительность диспансерного наблюдения составляет от 6 мес. до 1 года.

Третья группа - больные с физикально и рентгенологически определяемыми остаточными признаками воспалительной инфильтрации в легких необходимо длительное наблюдение до 1 года и возможно более, им показаны периодические профилактические курсы лечения 1-2 в год . С каждым больным, перенесшим БОД, особенно пневмонию, при выписке из стационара, а в последующем в поликлинике при диспансерном наблюдении должна быть проведена работа по образованию пациента, и в этом не малое роль отводится средним медработникам, которым должна проводиться санитарно-просветительная работа и постоянное наблюдения за такими пациентами.

### **Контрольные вопросы**

1. К какому классу относятся БОД и какие заболевания входят в этот класс.
2. Какие заболевания ОД чаще встречаются и к каким осложнениям они приводят.
3. Распространенность группам в мире и Узбекистане среди всего населения и среди детей.
4. Смертность от гриппа и пневмонии детей.
5. Какие профилактические меры надо предприниматься, чтобы не заболеть и не распространять БОД.
6. Роль среднего медработника в борьбе с БОД, в том числе пневмонией и гриппом.

### 3.3. Туберкулез – как социально-гигиеническая проблема

Туберкулёз - одно из наиболее древних и распространённых заболеваний. Изменения туберкулёзного характера были обнаружены при раскопках в костных останках людей каменного века и мумий Египта. Медицинские работники древних веков выявляли определенные признаки этого заболевания. Они характеризовались наличием сильного кашля с выделением мокроты, частым кровохарканьем и лихорадкой. Быстрое прогрессирование процесса приводило к истощению больного, отсюда и появилось название "чахотка" от слова "чахнуть" и "фтиза", что означает в переводе с греческого (phthisis) "истощение", "разрушение". В те времена возникло представление о заразительности туберкулёза и о наследственном предрасположении к нему. Для предупреждения распространения болезни в Персии проводилась изоляция больных туберкулёзом наравне с больными проказой, в Индии запрещались браки с заболевшими туберкулёзом или с происходящими из семей, в которых имелись такие больные.

Среди заболеваний, относящихся к социальным болезням, туберкулез занимает особое место. Социальная природа туберкулеза известна давно. Еще в самом начале XX века эту болезнь называли «сестрой бедности». Причинами туберкулеза являлись тяжелые жилищные условия скученность, плохое питание, безработица, непосредственный контакт с больными, наличие вредных привычек, наличие хронических заболеваний, не соблюдение санитарно-гигиенических правил и вредные социальные факторы.

В конце XX столетия после длительного периода относительного благополучия значительно возросла заболеваемость туберкулезом, появились остро прогрессирующие формы его, напоминающие “скоротечную чахотку”. Эта тенденция наблюдалась во многих экономически развитых странах Восточной, Западной Европы, США и других, что свидетельствует о недостаточной эффективности противотуберкулезных мер.

Туберкулез представляет одну из важнейших нерешенных социальных и медико-биологических проблем современности.

Начало XXI века характеризовалось значительным ростом заболеваемости туберкулезом и смертности от него. Эпидемиология туберкулеза имеет ряд особенностей, обусловленных как инфекционным, так и социальным характером заболевания. Туберкулез занимает в настоящее

время первое место, как причина смертности от инфекционных заболеваний населения, высока инвалидность от него.

В 1993 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) объявила туберкулез «Проблемой глобальной опасности». По неполным данным ВОЗ к 2030 году могут умереть до 87 млн. Решение проблемы туберкулеза, осуществление мер по профилактике этого заболевания невозможно без глубокого знания влияния различных факторов на развитие заболевания в каждом отдельном случае и в каждой социальной группе, без оценки медико-социальных особенностей качества жизни (КЖ) больных.

Исследуя качество жизни больного можно получить данные, характеризующие его физическое, психологическое и социальное функционирование, оценить влияние заболевания на состояние больного и его самочувствие.

"Социальный портрет" больных туберкулезом имеет свои особенности. Среди них преобладают мужчины в возрасте 45-54 лет. Большинство больных имеет среднее образование, но 39,4% являются безработными. Среди пациентов наибольший удельный вес составляют городские жители (67,1%), 12,8% - мигранты. Большая часть пациентов проживает в отдельных квартирах или частных домах, лица БОМЖ составляют 2,1%. Более четверти (26,1%) имели судимости, из них 85,2% находились в исправительно-трудовых учреждениях 5 лет и более, каждый пятый больной заболевает туберкулезом в местах лишения свободы. Среди больных широко распространены вредные привычки: 68,4% курят (большинство - 10 лет и более), 49,9% злоупотребляют алкоголем. Только у 64,4% пациентов были выявлены сопутствующие заболевания и только 21,6% имели инвалидность, в том числе менее половины - по туберкулезу. В Узбекистане также выражено число туберкулезных больных за последние годы почти в 2 раз.

Туберкулез – заболевание, вызываемое микобактериями Коха, которые очень устойчивы во внешней среде. Источником заболевания является больной человек, который выделяет палочки с капельками слюны при разговоре, чихании, кашле (воздушно-капельный тип передачи), через предметы больного (контактно-бытовой), через пыль (пылевой путь). Наиболее типичная локализация туберкулезного процесса – это легкие, но могут поражаться и глаза, кожа, кости, кишечник, мочеполовая система. На основании 10-пересмотра международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, туберкулез входит в 1 класс и является заболеванием поражающий многие органы.

Начальными признаками заболевания являются немотивированная слабость, снижение работоспособности, повышение температуры тела до

субфебрильных цифр, потливость, особенно в вечернее и ночное время, при поражении легких может быть надсадный кашель с выделением мокроты, с прожилками крови.

В настоящее время туберкулез, если он выявлен на ранних этапах, излечим. Но очень печально, что смертность от этого заболевания остается высокой, так как люди обращаются за медицинской помощью слишком поздно.

В последние годы в странах СНГ, отмечается интенсивный рост заболеваемости туберкулезом. Наибольший рост заболеваемости туберкулезом отмечался среди детей, мигрантов и социально неимущих слоев населения. Наиболее распространенной формой туберкулеза (он отмечен у 95 % больных) являлся туберкулез органов дыхания. За последние годы увеличился показатель смертности от туберкулеза всех форм, часто из-за позднего обращения и начала лечения..

Данные факты указывают на то, что не все больные имеют представление о первых клинических проявлениях туберкулеза легких, его профилактике, важности раннего выявления и лечения. Вместе с тем, нельзя отрицать то обстоятельство, что одним из основных факторов, определяющих результаты лечения, является участие самого больного в осуществлении программы лечения.

Там, где больные достаточно информированы о туберкулезе, понимают особенности и сложности его патогенеза, терапии и профилактики, они более активно участвуют в практическом осуществлении противотуберкулезных мероприятий и тем самым способствуют более быстрому выздоровлению.

В настоящее время уровень заболеваемости туберкулезом в развивающихся странах намного выше, чем в экономически развитых странах. Несмотря на огромные достижения медицины в лечении больных туберкулезом, эта проблема продолжает оставаться во многих странах весьма актуальной.

Мировой опыт, как и опыт нашей страны, показал, что наиболее эффективным лечебно-профилактическим учреждением по работе с туберкулезными больными является противотуберкулезный диспансер. Противотуберкулезный диспансер — это учреждение закрытого типа, т.е. больного туда направляет врач, который выявляет такое заболевание. При выявлении туберкулеза в любом медицинском учреждении в противотуберкулезный диспансер по месту жительства больного направляют «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза». В зависимости от территории обслуживания диспансер бывает районным, городским, областным. Противотуберкулезный

диспансер работает по территориально-участковому принципу, к каждому участку прикреплен врач-фтизиатр. В зависимости от местных условий, население на одном фтизиатрическом участке может составлять от 20—30 тыс. до 60 тыс. Важно, чтобы граница нескольких терапевтических участков поликлиники и одного фтизиатрического участка совпадали, чтобы участковый врач-фтизиатр работал в тесном контакте с участковыми врачами (терапевтами, педиатрами, врачами общей практики).

В структуре противотуберкулезного диспансера основной частью является амбулаторное звено. Кроме обычных кабинетов (кабинетов врачей, процедурного, кабинета функциональной диагностики очень желательно наличие стоматологического кабинета. Естественно, неотъемлемой частью является бактериологическая лаборатория и рентгеновский кабинет. При некоторых диспансерах действуют флюорографические станции. Кроме того, могут быть стационары. Врач противотуберкулезного диспансера организует тщательное обследование и при уточнении диагноза ставит больного на диспансерный учет.

Всю работу по борьбе с туберкулезом в районе деятельности диспансер проводит по комплексному плану с привлечением первичного звена здравоохранения. Реальные успехи по снижению заболеваемости туберкулезом могут быть достигнуты только при реализации межведомственной программы, участием в реализации ее не только медицинских учреждений, но и других ведомств. Основная часть комплексного плана составляют санитарно-профилактические мероприятия:

- организация своевременного выявления больных и ревакцинация неинфицированных;
- больных и путем проведения массовых целевых профилактических осмотров;
- оздоровление очагов туберкулезной инфекции, бациллоносителей;
- жилищное и трудовое устройство больных;
- санитарно-просветительная работа.

Значительное место в комплексном плане занимают новые методы диагностики и лечения больных, стационарное и санаторное лечение, подготовка врачей по фтизиатрии.

Существует несколько путей выявления больных туберкулезом. Основное место занимает (80% всех выявленных больных) выявление при обращении больных за медицинской помощью. Здесь очень велика роль врачей поликлиники, туда, как правило, обращается прежде всего

заболевший. Определенную роль играют целевые профилактические медицинские осмотры. Незначительное место занимает наблюдение за контактными и данные патологоанатомических исследований.

В настоящее время профилактика туберкулеза проводится в двух направлениях:

1. Санитарная профилактика.
2. Специфическая профилактика.

К средствам санитарной профилактики относятся меры улучшения социальных условий, а также меры направленные на предупреждение заражения туберкулезом здоровых, на улучшение эпидемиологической обстановки (в том числе текущая и заключительная дезинфекция, воспитание гигиенических навыков туберкулезных больных).

Специфическая профилактика — это вакцинация и ревакцинация, химиопрофилактика. Для успешной работы по снижению заболеваемости туберкулезом необходимы значительные ассигнования государства на предоставление жилья для бациллоносителей, для санаторного лечения больных, для обеспечения бесплатными медикаментами амбулаторных больных и т.д. Необходимо помнить, что туберкулез относится к контролируемым, т.е. управляемым, инфекционным заболеваниям и проведение четких и своевременных мероприятий по профилактике туберкулеза позволяет добиться значительного уменьшения распространенности этого опасного заболевания.

Ведущей стратегией ВОЗ по борьбе с туберкулезом является в настоящее время программа DOTS (аббревиатура английских слов «Directly observed treatment, short-course», что можно перевести как «контролируемая химиотерапия укороченной деятельности»). Она включает такие разделы, как выявление заразных больных туберкулезом, обращающихся за медицинской помощью, при посредстве анализа клинических проявлений легочных заболеваний и микроскопического анализа мокроты на наличие кислотоустойчивых микробактерий; назначение выявленным больным двухэтапной химиотерапии.

В качестве главной конкретной задачи борьбы с туберкулезом ВОЗ выдвигает требование добиться выздоровления не менее чем у 85% новых больных с заразными формами туберкулеза легких. Уже к началу 1995 г. примерно 80 стран взяли на вооружение стратегию DOTS или приступили к ее адаптации к своим условиям; около 22% населения Земли живут в регионах, где применяется программа DOTS, многим странам удалось добиться высоких показателей излечения туберкулеза. В Узбекистане используется метод DOTS с 2000 года.

Одним из главных вопросов борьбы с туберкулезом являются профилактики распространения этого заболевания. Профилактические меры проводятся во всех очагах, но в первую очередь, в наиболее опасных. Первоочередным мероприятием является госпитализация больного. После стационарного лечения больных направляют в санаторий (бесплатно).

Лица, находившиеся в контакте с больными, наблюдаются в противотуберкулезном диспансере. Им проводят химиопрофилактику, при необходимости - вакцинацию или ревакцинацию БЦЖ.

Если первым принципом борьбы с туберкулезом в Узбекистане является ее государственный характер, то вторым может быть назван лечебно-профилактический, третий принцип - организация противотуберкулезной работы силами специализированных учреждений, широкое участие в этой работе всех ЛПУ.

Профилактика туберкулёза у детей направлена на предотвращение инфицирования и предупреждение развития у них этого заболевания. Основные методы профилактики заболевания туберкулёзом у детей - вакцинация БЦЖ и химиопрофилактика. В соответствии с календарём профилактических прививок вакцинацию проводят в роддоме при отсутствии противопоказаний в первые 3-7 дней жизни ребенка. Теоретически, родители вправе отказаться от проведения вакцинации БЦЖ своему ребенку. Однако, принимая такое решение, необходимо помнить, что от туберкулеза не застрахован никто, особенно ребенок. В силу возрастных особенностей дети в гораздо большей степени подвержены заболеванию туберкулезом при первичном инфицировании, чем взрослые.

Во избежание этого, для контроля состояния противотуберкулезного иммунитета и выявления момента первичного инфицирования детям ежегодно проводят реакцию Манту. Взрослым пробу Манту проводят только по показаниям. Практически каждый человек к зрелому возрасту инфицирован микобактерией и имеет к ней иммунитет, однако туберкулезом болеют лишь немногие. Хороший иммунитет позволяет ограничить инфекцию и не допустить развитие заболевания. Напротив, в условиях ослабленного организма, тяжелых заболеваний, иммунодефицитных состояний при инфицировании микобактериями развивается туберкулез. Первичное инфицирование в детском возрасте более вероятно может привести к туберкулезу. Чтобы помочь их организму справиться с инфекцией и не допустить развитие заболевания при обнаружении первичного инфицирования, ребенку назначают курс профилактического лечения одним или двумя химиопрепаратами. Через 1 год при отсутствии признаков туберкулеза ребенок снимается с учета фтизиатра.

Иммунитет, приобретенный после прививки БЦЖ, сохраняется в среднем 5 лет. Для поддержания приобретенного иммунитета повторные вакцинации (ревакцинации) проводятся в настоящее время в 7 и 14 лет.

К сожалению, большинство симптомов туберкулеза неспецифичны. Заподозрить течение туберкулеза можно при наличии следующих симптомов:

- кашель или покашливание с выделением мокроты, возможно с кровью;
- быстрая утомляемость и появление слабости;
- снижение или отсутствие аппетита, потеря в весе;
- повышенная потливость, особенно по ночам;
- незначительное повышение температуры до 37-37,5 градусов.

При сохранении хотя бы одного из перечисленных выше симптомов в течение трёх недель необходимо срочно обратиться к терапевту. В случае подозрения на течение туберкулеза пациенту рекомендуют сделать флюорографию, рентген грудной клетки и сдать анализ мокроты. Во всех подозрительных случаях пациента направляют в туберкулезный диспансер для дополнительной диагностики и лечения.

В настоящее время, по данным ВОЗ, треть населения планеты инфицирована туберкулезом. 75% которых приходится на наиболее трудоспособную часть населения (15-50 лет). Туберкулез уносит больше жизней, чем любая другая инфекция. Из всех смертей которых можно было бы избежать, 25% составляет смертность от туберкулеза. С апреля 1993 года ВОЗ установил туберкулез проблемой «всемирной опасности».

В улучшении эпидемиологической ситуации и снижении смертности от туберкулеза важная роль принадлежит химиотерапии. Лечение включает две фазы: интенсивную, которая проводится в стационарных условиях, и фазу продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Новый подход к терапии туберкулеза заключается в сокращении продолжительности лечения за счет интенсификации его на первом этапе. Лечение длится 6-8 месяцев, реже до 1 года и больше. Если лечение прервать, туберкулёз вспыхивает вновь, но с большей силой и, полностью излечить который очень трудно, а иногда не возможно.

У значительного числа больных туберкулезом выявлены психологические изменения, главным образом в виде неадекватного отношения к своему заболеванию и негативного отношения к лечению. Необходимо отметить, что с конца 90-х годов XX века большое внимание обращается на проведение противотуберкулезных мероприятий при

поддержке и участии международных партнеров. Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан считает борьбу с туберкулезом одним из самых главных элементов национальной безопасности и устойчивого развития. С этой целью в республике в конце XX века принят специальный закон по борьбе с туберкулезом. Этим законом на работников здравоохранения возлагаются следующие обязанности:

1. Ежегодный в первичном звене здравоохранении 100% охват профилактическими осмотрами на туберкулез лиц, состоящих на диспансерном учете и относящихся к группам повышенного риска заболевания туберкулезом.

2. Проведение профилактических флюорографических осмотров всех лиц, подлежащих обязательному обследованию на туберкулез в связи с профессией по месту постоянной регистрации или работы.

3. Проведение профилактических флюорографических осмотров населения, не входящего в перечень лиц, подлежащих обязательному обследованию на туберкулез в связи с профессией, и групп повышенного риска заболевания туберкулезом, не менее 50% от общей численности.

4. Внесение в медицинскую документацию (для лиц, подлежащих обязательному обследованию на туберкулез в связи с профессией, в медицинские книжки) записи с заключением о результатах флюорографического осмотра, а не о факте его прохождения.

5. Выполнение бактериоскопического исследования мазка мокроты всем лицам, выделяющим мокроту, обратившимся в поликлинику, нетранспортабельным больным, выделяющим мокроту, больным с ХНБОД, а также исследование мочи на МБТ у лиц с хроническими неспецифическими заболеваниями мочеполовой системы.

5. Участие в контролируемом лечении больных туберкулезом, проживающих на территории, обслуживаемой учреждением ПМСП.

В соответствии с законом "О защите населения от туберкулеза" и с инструкцией Министерства здравоохранения Республики Узбекистана «О проведении профилактических медицинских осмотров населения», население подлежит профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза не реже 1 раза в 2 года. В групповом порядке по эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат 2 раза в год следующие группы населения:

- а) военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
- б) работники родильных домов (отделений);

в) лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции;

г) лица, снятые с диспансерного учета в лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, - в течение первых 3 лет после снятия с учета;

д) лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания;

е) ВИЧ-инфицированные;

ж) пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;

з) подследственные и лица, освобожденные из следственных изоляторов осмотрам, исправительных учреждений, - в течение первых 2 лет после освобождения;

В групповом порядке по эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактическим медицинским подлежат 1 раз в год следующие группы населения:

а) лица больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, больные сахарным диабетом; получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;

б) лица, принадлежащие к социальным группам высокого риска заболевания туберкулезом.

Уровень достоверной информированности больных о заболевании туберкулезом способствует возможность участия больного в лечебном процессе, но к сожалению значительная часть больных (60 и 70% мужчин и женщин) получает информацию о болезни от соседей по палате и младшего медицинского персонала больниц. Система подачи информации больному требует коренной реорганизации.

В сложившихся условиях увеличение числа туберкулезных больных роль среднего медицинского работника, как на поликлиническом участке, так и в стационаре при проведении противотуберкулезных мероприятий существенно возросла.

Больные должны наблюдаться у участкового терапевта, а медицинская сестра терапевтического участка обязана следить за своевременностью прохождения флюорографии органов грудной клетки больных выздоровевших от туберкулеза. Медицинская сестра должна также следить за ежегодными обследованиями на туберкулез больных сахарным диабетом, хроническими неспецифическими заболеваниями органов

дыхания, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, получающих кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию, а также лиц, принадлежащих к социальным группам высокого риска заболевания туберкулезом (без определенного места жительства, мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы).

В индивидуальном (внеочередном) порядке профилактическим осмотрам на туберкулез подлежат лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными, а также лица, у которых впервые установлен диагноз – ВИЧ-инфекция.

Важно объяснять пациентам (это задача, прежде всего медицинской сестры), что не стоит бояться флюорографических обследований, что сейчас применяется цифровая рентгенодиагностическая техника с лучевой нагрузкой в 30-50 раз меньшей по сравнению с пленочными флюорографиями.

Одной из важных функций среднего медицинского работника является санитарное просвещение о причинах возникновения туберкулеза, правил проведения населения для защиты от заболевания, своевременность профилактики и лечения уже наступившего заболевания, не допускать распространения и осложнения этой болезни.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Что такое туберкулез, и какие органы поражает?
2. Причины распространения туберкулеза.
3. Методы профилактики туберкулеза.
4. Роль среднего медработника в борьбе с туберкулезом.

### **3.4. Эндокринологическая заболеваемость – как социально-гигиеническая проблема**

В XX и начале XXI веков в мире резко вырос заболеваемость эндокринной системы, это связано с развитием медицины более глубоким изучением физических физиологических биологических и обменных процессов в организме человека. Областью изучения эндокринологии являются медицинские аспекты строения и функционирования желез внутренней секреции (или эндокринных желез), изучение вырабатываемых ими биологически высоко активных веществ – гормонов и их действия на организм, а также заболеваний, возникающих в связи с нарушением

деятельности этих желез или выработки гормонов. Эндокринология самым тесным образом связана практически со всеми областями клинической медицины, т.к. гормоны управляют важнейшими процессами, происходящими в организме: ростом, созреванием, репродукцией, обменом веществ, правильным функционированием органов и систем.

Эндокринная система объединяет в себя железы внутренней секреции: эпифиз, гипофиз, паращитовидные железы, щитовидную железу, вилочковую железу, поджелудочную железу, надпочечники, половые железы. Большинство заболеваний эндокринных желез вызывают тяжелейшие нарушения жизненно-важных функций, не исключая летального исхода.

Патология эндокринной системы выражается заболеваниями и патологическими состояниями, в основе которых лежат гиперфункция, гипофункция или дисфункция желез внутренней секреции. Эндокринные болезни определены в 4 классе МКБ-10.

Эндокринные заболевания делятся на ряд групп:

- Гипоталамо-гипофизарную систему (акромегалию, гигантизм и др.)
- Заболевания щитовидной железы (гипер- и гипотериоз)
- Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы (сахарный диабет)
- Заболевания надпочечников (хроническая надпочечниковая недостаточность и др.)
- Заболевания женских половых желез (предменструальный синдром, нарушения менструальной функции и др.)
- Гирсутизм
- Ожирение
- Остеопороз

Причинами зачастую ухудшение экологической обстановки, стрессы, несбалансированное питание, ведущая к ожирению, отягощенная наследственность, хроническая заболеваемость и другие. Болезни эндокринной системы, как правило, носят длительный, тяжелый характер. Потому важно вовремя предотвратить их возникновение, выявить как можно раньше или предупредить развитие их осложнений.

Из всех выше указанных эндокринных заболеваний в мире наиболее распространенными являются сахарный диабет, гипер и гипотериоз, токсический и эндемический зоб. Первое место среди эндокринологических заболеваний в мире – в том числе в Узбекистане занимает заболевания щитовидной железы (67,6%), второе место – сахарный диабет (21,6%). При этом отмечено, по данным эпидемиологических исследований в основном,

смертность при сахарном диабете в 4 раза выше за счет сосудистых осложнений.

Сахарный диабет — распространенное хроническое заболевание, которое вызывается недостаточным количеством эндогенного инсулина или его сниженной эффективностью. Установлено, что в конце 20 века в мире насчитывалось более 100 млн. больных СД, что примерно 1% населения. В ряде стран этот показатель колеблется от 1 до 3%. В Узбекистане распространенность сахарного диабета составляет порядка 5%. Однако на диспансерном учете состоят менее половины из них или 127 тысяч 252 больных, из которых 1183 — дети и 533 — подростки. Остальная часть страдающих заболеванием остается не выявленной. Сахарный диабет бывает либо первичным (идиопатическим), либо вторичным (вызванным различными возможными причинами, включая деструкцию поджелудочной железы злокачественной опухолью или панкреатитом, а также антагонизмом между инсулином и стероидными препаратами). Существуют две основные формы заболевания. Сахарный диабет 1-го типа часто называют инсулинозависимым. Он обычно развивается в детском или подростковом возрасте, начинается остро с появления выраженных признаков недомогания, утомляемости, потери массы тела, обильного мочевыделения, жажды, инфекционных заболеваний, а иногда и комы. Сахарный диабет 2-го типа называют инсулинонезависимым. Он имеет тенденцию развиваться у лиц с избыточной массой тела и пожилых людей, часто протекает бессимптомно и обнаруживается при обычном исследовании мочи, в то время когда страдающие им лица обращаются за помощью по поводу какого-либо заболевания.

Осложнения сахарного диабета довольно тяжелы и разнообразны. Сахарный диабет (особенно 1-го типа) сопровождается осложнениями со стороны мелких и крупных сосудов, нервной системы и др. К ним относятся ретинопатия, нефропатия, сердечно-сосудистые заболевания психические расстройства т др.

Отмечено во многих источниках, что основная причина сахарного диабета это наследственность, это заболевание гораздо чаще проявлялись между родственниками, чем в общей популяции. Первые публикации об этом были обнаружены еще в VII веке (Индия), а позже, 1696 г. и в Европе.

Доказательством послужили многочисленные наблюдения о заболевании сахарным диабетом однойцовых близнецов. Отмечены также случаи наследственного (врожденного) диабета у детей, рожденных матерями, страдающими сахарным диабетом. Однако наследственность, как отмечают многие ученые, при сахарном диабете не является доминирующей

причиной. Протекание болезни реализуется только на фоне различных факторов внешней среды и социальных факторов. Одной из наиболее проверенных причин возникновения диабета можно назвать перенесенный стресс и ожирение.

Стресс – важная причина диабета. Переживания на работе и дома, не устойчивая нервная система, постоянные напряжение вызывают сдвиги гормональной системы в организме и развитие сахарного диабета. Наследственная предрасположенность к диабету и сильнейшие психологические травмы, расстройства нервной системы значительно чаще является причинами проявления симптомов сахарного диабета.

При ожирении, которая является причиной диабета, нарушается не только обмен веществ на уровне жиров, но и на уровне углеводов. По статистике у людей, страдающих ожирением, сахарный диабет развивается в 7 раз чаще, чем у имеющих нормальный вес. Диабет у детей и юношей часто диагностируют как осложнение после перенесенных инфекций (грипп, свинка, корь и энтеровирусы).

Развития инсулиннезависимой формы СД у людей пожилого возраста часто связано в первую очередь атеросклерозами. Доказано, что изменения склеротического характера в сосудах островкового аппарата поджелудочной железы, приводят к ухудшению питания, и, следовательно, к нарушению выработки и транспортировки инсулина в организме.

Женщина, имеющая предрасположенность к СД, в период беременности испытывает повышенный обмен веществ. Некоторые будущие матери с хорошим аппетитом злоупотребляют жирную и перенасыщенную углеводами пищей, и при этом ограничивают физическую активность. Причиной развития диабета может стать также злоупотребление алкоголем, который влияет на бета-клетки поджелудочной железы, усиливая гибель клеток. Длительное применение наркотических, токсических и лекарственных средств, способствуют развитию сахарного диабета.

Таким образом, принято считать, что сахарный диабет — многопричинное системное заболевание. Общим симптомом, которого является увеличение содержания сахара в крови, появления сахара в моче в результате нарушения обмена углеводов и следовательно нарушению функций органов и систем. Вне зависимости от причин возникновения диабета сущность нарушений состоит в том, что либо снижается количество выделяемого инсулина, который регулирует уровень сахара (глюкозы) в крови — диабет I типа; либо снижается чувствительность периферических тканей к инсулину — диабет II типа.

К концу XX века была принята ВОЗом Сент-Винцентская декларация, которая еще в 1989г. определила глобальную концепцию лечения и профилактики поздних осложнений сахарного диабета, предложено национальным системам здравоохранения оказывать специализированную высококачественную помощь больным сахарным диабетом. При данном заболевании встречаются осложнения сердечно-сосудистой системы, почек, кровеносных сосудов, костно-мышечной системы и других органов, также психические расстройства.

Помимо первичных расстройств функции нервной системы, при сахарном диабете имеют значение социально-психологические факторы (снижение трудоспособности, ежедневные инъекции, снижение половой функции), особенности характера индивидуума (тревожно-мнительные черты в сочетании с прямолинейностью, обязательностью, принципиальностью и ригидностью психики), неблагоприятные внешние влияния в форме перенапряжения и психических потрясений, влияние длительного медикаментозного лечения. Сам факт наличия у больного сахарного диабета может быть источником психотравмирующей ситуации. Значимыми психологическими факторами, способствующими развитию диабета, являются, одиночество и подавленное настроение. Однако возможны случаи развития сахарного диабета и после острой психической травмы у здоровых людей. Клинические проявления психических расстройств у лиц, страдающих сахарным диабетом, разнообразны. Так, у многих детей, рожденных женщинами, страдающими сахарным диабетом, обнаруживаются признаки умственной отсталости. Даже недиагностируемый легкий диабет и предиабет могут быть причиной олигофрении.

Диабет у взрослых нередко сопровождается повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, нарушением сна, головной боли, эмоциональной лабильности. Характерна повышенная возбудимость и истощаемость нервных процессов, ослабление активного внимания, снижение памяти на текущие события, повышенная лабильность вегетативной нервной системы, навязчивые сомнения, навязчивые воспоминания, навязчивый страх, слабодушие, раздражительность, переходящая в гневливость, угнетенность и тревожность с фиксацией на мелких обидах, отвлекаемость.

Реакция лиц на болезнь, страдающих сахарным диабетом, возможна следующая: 1) игнорирования болезни; 2) невротический тип реакции с тревожно-фобическим отношением к болезни; 3) эмоциональный тип реакции, при котором отношение к болезни завуалировано преобладанием раздражительности, эмоциональной лабильности.

Существуют также различия в профиле личности в зависимости от пола: так, при сахарном диабете средней тяжести у мужчин имеет место нарастание тревоги о здоровье и потребности в посторонней помощи, у женщин — аутизация, отчуждение, ригидность. При сахарном диабете тяжелой формы у мужчин имеется ипохондрия, нарастание депрессии, чрезмерное беспокойство, внутренняя напряженность, тревога, у женщин — ригидность поведения, мышления.

Интересны и данные о том, что при давности заболевания более 5 лет отмечается снижение остроты переживаний, но направленность личностных характеристик при этом не изменяется.

Трудности в борьбе с сахарным диабетом могут вносить свой вклад в возникновение психических расстройств, но часто такие расстройства имеют ряд причин, которые наблюдаются у людей, не страдающих сахарным диабетом: генетические факторы риска, жизненные события, не связанные с заболеванием, и длительно существующие трудности социального характера, но у больных сахарным диабетом они более выражены.

Психические расстройства при сахарном диабете выражаются многообразными психопатологическими синдромами и имеют волнообразное течение. Собственно психотические расстройства при сахарном диабете встречаются нечасто.

Отмечено, что имеются определенные закономерности в поражении сосудов при сахарном диабете. Это приводит, в частности к тому, что многие больные с дистальными поражениями нижних конечностей интеллектуально еще вполне сохранены. Больные ясно осознают свое тяжелое положение, их тяготит собственная беспомощность и необходимость в постороннем уходе. Лечение соматических нарушений осуществляется в настоящее время всеми ЛПУ, в том числе и ВОП, а также узкими специалистами под контролем врача-эндокринолога. Из всех хронических расстройств сахарный диабет обоснованно требует самой активной вовлеченности больного в процесс лечения и осуществление самопомощи. Человек, страдающий сахарным диабетом, должен в равной мере быть сам себе врачом, медицинской сестрой, диетологом и биохимиком одновременно (высказывание R.D. Lawrence — основателя Британской диабетической ассоциации). В общих чертах лечение сахарного диабета сводится к уравниванию факторов, повышающих содержание глюкозы в крови (например, потребление продуктов питания, содержащих углеводы), с мероприятиями, которые снижают содержание глюкозы в крови (например, физические упражнения, введение инсулина или прием соответствующих лекарственных препаратов per os). Цель лечения — поддерживать концентрацию глюкозы в крови в пределах нормы настолько,

насколько это возможно, а отсюда — избежать в дальнейшем осложнений со стороны внутренних органов. Для того чтобы предотвратить осложнения при сахарном диабете необходимо его лечение на протяжении всей жизни.

Заболевания щитовидной железы имеет несколько разновидностей. К воспалительные заболевания щитовидной железы относятся тиреоидиты, струмиты. Если воспалительный процесс развивается в неизменной железе, он рассматривается как тиреоидит. Воспаление, развившееся на фоне ранее существующего зоба, принято называть струмитом. К развитию воспаления более склонна струмозно измененная щитовидная железа. Встречаются следующие разновидности заболеваний:

- Простой нетоксический (спорадический) зоб. Заболевание, сопровождающееся диффузным или узловым увеличением щитовидной железы у жителей местностей, не относящихся к регионам зобной эндемии. Распространенность простого нетоксического зоба зависит от ряда факторов: возраст, пол, род занятий, характер питания, перенесенные заболевания, действие химических веществ, в том числе – лекарственных препаратов. Простой нетоксический зоб встречается чаще у женщин, особенно в детородном возрасте, у лиц, работа которых связана с воздействием бензола, ртути, нитратов и других химических веществ. Имеется зависимость и от генетических факторов, как правило, особенно заметная по женской линии.

- Эндемический зоб. Об эндемическом зобе говорят в тех случаях, когда увеличение щитовидной железы наблюдается у значительного числа людей, проживающих в определенном географическом районе с дефицитом йода в пище. Принято считать, что заболевание носит эндемический характер, если у 5% детей и подростков или у 30% взрослых и более выявляется увеличение щитовидной железы 1 степени. Эндемический зоб распространен во многих странах. В СНГ эндемичными по зобу являются западные районы Украины, Беларусь, Республики Закавказья и Средней Азии, регион Урала и Сибири, Среднее Поволжье. Другие разновидности заболеваний щитовидной железы встречаются значительно реже, и поэтому на них мы не останавливаемся. Профилактика эндокринных заболеваний. в частности, заболеваний щитовидной железы заключается в выявлении причин влияющих на распространения этих заболеваний, как внешних природных климатических условий, наличие или отсутствие необходимых микроэлементов в окружающей среде, социальных факторов – условий быта, труда и отдыха, питания, физическая активность и т.д., а также внутренних факторов состояние нервно-психической сферы, частоту стрессов, наличие хронических соматических и других заболеваний.

Наиболее актуальными проблемами на сегодня в мире являются профилактика, диагностика и лечение заболеваний щитовидной железы. Для диагностики эндокринной патологии применяется комплексное обследование, включающее в себя изучение анамнеза пациента, анализы на содержание различных гормонов, УЗИ желез, магнитно-резонансную томографию. Основываясь на полученных данных, решается вопрос о дальнейшем консервативном или хирургическом лечении. Лечение эндокринных заболеваний направлено на коррекцию гормональных нарушений, достижение стойкой ремиссии патологического процесса и восстановление нормального качества жизни пациента.

У больных с гипертиреозом преобладает повышенная эмоциональная возбудимость, изменчивость настроения и яркость эмоциональных проявлений.

Учитывая, что распространенность заболеваний щитовидной железы, особенно эпидемического зоба в Узбекистане высокая. Кабинет Министров Республики Узбекистан принял специальное постановление о обязательной йодо-профилактики населения. При этом отмечено, что необходимо, прежде всего, иметь конкретные данные о численности указанных заболеваний среди населения, условия их жизни, труда и отдыха в возрастном-половом аспекте. Йодная профилактика является одним из главных методов профилактики заболеваний щитовидной железы в настоящее время в мире.

В настоящее время во многих регионах мира, в том числе в Узбекистане отмечен рост заболеваний, связанных с йодной недостаточностью, что требует проведения не только широкомасштабных эпидемиологических исследований, включающих мониторинг патологии щитовидной железы в с помощью ультразвукового скрининга, но и разработку методов, позволяющих оценить функцию внимания и состояния вегетативного гомеостаза.

Напряжение в гипофизарно-тиреоидной системе, включая и субклинический гипотиреоз у детей, чаще ассоциируется с физическим развитием, характеризующимся дефицитом массы тела, а также со снижением когнитивных функций у них, что может рассматриваться как проявление легкой йодной недостаточности и должно непременно учитываться в эндемичных регионах.

Диффузный нетоксический (эндемический) зоб у взрослых и детей в сочетании с пограничными и повышенными значениями тиреотропного гормона сопровождаются дефицитом массы тела, снижением познавательной функции и вегетативным дисбалансом, подтверждая йододефицитный генез зоба и его последствий.

Немедикаментозная йодная профилактика с использованием дополнительных источников йода (продукты моря, искусственные йодосодержащие продукты) на фоне йодированной соли является более эффективной по сравнению с монопрофилактикой с применением йодированной соли.

Результативность профилактических мероприятий повышается, если учитывать не только снижение частоты эндемического зоба, но и улучшение функции внимания и состояния вегетативной нервной системы у взрослых и детей.

Комплекс медико-социальных мероприятий, разработанные на основе системного подхода к диагностике, профилактике, коррекции эндемического зоба на индивидуальном и популяционном уровне позволяют повысить их эффективность и добиться дальнейшего снижения напряжённости зобной эндемии в йододефицитном регионе.

Средний медицинский работник для предупреждения распространения эндокринных заболеваний должен активно участвовать в профилактике этих заболеваний. Одной из основных их функций является поднятия уровня медицинских знаний о причинах, способах предупреждению и лечении заболеваний сахарным диабетом и щитовидной железой. Проводить с больными и их окружением доходчивую с указанием примеров санитарно-просветительную работу. Учитывая, что эта группа заболеваний относится к тяжёлым болезням, часто переходящие в хроническую, медицинская сестра должна помочь больным понять, что улучшение их состояние, стабильность и выздоровление, прежде всего, зависит от активного участия в сохранении своего здоровья, а также добросовестного выполнения ими всех рекомендаций врача эндокринолога и при наличии осложнений других профильных специалистов.

#### Контрольные вопросы

1. Какие эндокринные заболевания чаще всего встречаются
2. Причины сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы
3. Меры профилактики сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы
4. Функции среднего медицинского работника при регистрации сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы

### **3.5. Нервно-психические заболевания – как социально-гигиеническая проблема**

#### **3.5.1. Нервные заболевания.**

Нервно-психические заболевания часто сравнивают с эпидемией XX века, их также часто называют «болезнями цивилизации». Заболеваемость нервной системы по МКБ -10 относится к 6 классу. Согласно данной классификации нервные болезни делятся на:

1. Воспалительные болезни центральной нервной системы, такие как менингиты различной этиологии и локализации;  
- энцефалиты;  
- различные повреждения внутричерепной и внутри позвоночной области и последствия воспалительных болезней центральной нервной системы и другие.
- 2) Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения к ним относятся болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм, дистонии и другие двигательные нарушения.
- 3) Дегенеративные болезни нервной системы в их числе болезнь Альцгеймера ограниченная атрофия мозга, дегенерация нервной системы? вызванная алкоголем и др.

Также в класс нервных заболеваний входят рассеянный склероз, эпилепсия, головные боли, поражения отдельных нервных корешков и сплетений, поражения периферической нервной системы, нервно мышечной системы и ряд других острых и хронических заболеваний, которыми в основном занимаются врачи невропатологи. К заболеваниям центральной нервной системы относят также осложнения соматических заболеваний таких, как кровоизлияния в мозг (инсульт) причиной которого зачастую являются заболевания сосудов (атеросклероз) и повышенное кровяное давление (гипертоническая болезнь). Сосудистые поражения головного и спинного мозга стали в настоящее время самой важной проблемой клинической неврологии.

Исключительное внимание, уделяемое этим поражениям, объясняется, прежде всего, их большой распространенностью. Смертность от цереброваскулярных заболеваний во всех экономически развитых странах составляет около 12% от общей, смертности уступая лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций; нарушения в Японии она занимает первое место, составляя 24,8% в других странах 2-3 места. Смертность от мозгового инсульта в развитых странах составляет более 30%

смертности от всех сердечно-сосудистых заболеваний мозга, а в Японии более 50%. По статистическим данным, в экономически развитых странах из года в год растет не только доля смертности от сосудистых заболеваний среди других причин, но и показатели ее (на 1000 населения в год). Этот рост зависит главным образом от увеличения продолжительности жизни, сроков постарения населения, так как сосудистые заболевания являются преимущественно заболеваниями пожилого и старческого возраста.

Другими факторами, способствующими развитию сосудистых заболеваний мозга, являются некоторые изменения условий современной жизни. Урбанизация, усложнение трудовых процессов, связанное с быстрым техническим прогрессом, требуют большого эмоционального и психического напряжения, что сопровождается значительными сдвигами в сосудистой системе. Отрицательно влияет и уменьшение двигательной активности. Эти особенности жизни современного человека требуют внимания медиков и систематического проведения мер профилактического характера.

По-видимому, только что перечисленные факторы, возможно, наряду с некоторыми другими обуславливают отмечаемое многими учеными «омоложение» контингентов больных мозговым инсультом. Теперь чаще, чем раньше, встречаются больные 30—39 лет с инсультом, притом не только геморрагическим (кровоизлияния в мозг у молодых больных с гипертонической болезнью и раньше не представляли редкости), но и ишемическим.

По данным многих стран, смертность от мозгового инсульта превышает 40%, а большинство выживших остаются инвалидами. Если учесть, что мозговой инсульт почти у половины больных наступает в возрасте до 60 лет, т. е. в большом проценте случаев поражает людей, еще полных творческих сил и возможностей, то становится ясным, какой большой ущерб наносят церебро-вазкулярные заболевания государственной экономике. В США, например, ежегодно регистрируется около 400 тыс. случаев мозговых инсультов; несколько меньше половины этих больных умирают, а большинство остальных становятся инвалидами и требуют постороннего ухода. Американские статистики вычислили, что ущерб, наносимый государству мозговым инсультом (расходы на лечение, потери в сфере производства), исчисляется суммой более чем миллиард долларов в год. Нет оснований полагать, что в других экономически развитых странах дело обстоит иначе. Таким образом, проблема борьбы с цереброваскулярными заболеваниями, их профилактики и лечения стала очень важной, не только медицинской, но и социальной проблемой.

Прогресс в разрешении проблемы цереброваскулярной патологии объясняется достигнутыми за последние годы значительными успехами в

раскрытии механизмов нормальной и патологической динамики мозгового кровообращения. Полученные с помощью усовершенствованной исследовательской техники многочисленные новые факты позволили пересмотреть ряд положений и предложить новые методы лечения. Внедрением новых методов медицинской помощи врач может проводить активное дифференцированное лечение, в результате чего удастся спасти, а нередко и возвращать к трудовой жизни больных, которые в недавнем прошлом считались безнадежными. В результате совершенствования профилактических и лечебных мер стала намечаться тенденция к уменьшению смертности от некоторых форм сосудистых поражений мозга и открываются новые обнадеживающие перспективы в борьбе с ними. Изучение распространенности болезней нервной системы в Узбекистане на 2009 составил среди взрослого населения – 3073,40, подростков – 3883,78, детей – 2732,82 на 100 тысяч населения, что значительно превышал показатель 1991 года.

### **3.5.2. Психические заболевания**

Психические расстройства и расстройства поведения в мире являются еще одной социальной проблемой подлежащих глубокому изучению. По международной классификации болезней эти заболевания относятся к 5 классу МКБ-10.

К этой группе заболеваний относятся органические, включая симптоматические психические расстройства, т.е. деменции различной этиологии иногда с делирией; психические расстройства обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или самотической болезнью.

Расстройство личности и поведения, психические расстройства и расстройства поведения связанных с употреблением психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, лекарственных веществ токсинов).

В группу психических заболеваний входит шизофрения, расстройства настроения (депрессия разной степени тяжести и причин) и другие; неврологические проявления, связанные со стрессом, и самотическими расстройствами (тревожность, агрессия и др.)

Как отмечено в этом классе входят больные шизофренией, с другими психозами и состояниями слабоумия, умственной отсталостью и психическими расстройствами непсихотического характера.

Следует сказать, что выявление и учет психически больных далеко не простое дело, так как все еще встречаются трудности в идентификации.

Понятия «случай психического заболевания», нет бесспорных и четких критериев его определения, кроме того, растет количество больных с признаками психических расстройств, больных с пограничными, реактивными состояниями, с нейропсихическими расстройствами, но не относящихся строго к психозам. Поэтому подчас столь пестра и неоднозначна статистика распространенности психических заболеваний. Не во всех странах ведется их сводная регистрация, т.е. не учитываются все случаи обращений в амбулаторные учреждения, к врачам частной практики и даже госпитализированная заболеваемость. Только в странах СНГ и в Узбекистане, а также в некоторых других странах, где действует общегосударственная статистическая служба, учитываются и стационарные, и амбулаторные больные и есть специализированная психоневрологическая и наркологическая службы, включая психоневрологические диспансеры, можно говорить о более или менее достоверных статистических данных о числе психически больных. Это обстоятельство следует учитывать и при сравнениях международной распространенности психических заболеваний.

ВОЗ, указывая на острую нехватку психиатров во всем мире, число которых нужно было бы даже в развитых странах увеличить в 10 раз, считает общепризнанным, что 5-10% населения развитых стран нуждается в психиатрической помощи. В материалах ВОЗ подчеркивается, что нейропсихические расстройства поражают большое количество людей. Депрессии, невротические заболевания, психические дисфункции, сочетаясь с соматическими расстройствами, все чаще наблюдаются у людей разных возрастов, но особенно часто у пожилых и старых, поражая более 40% мужчин и 70% женщин 60 лет и старше. Возрастает число нейропсихических нарушений и у детей. По данным ВОЗ, в экономически развитых странах 5-15% детей в возрасте 3-15 лет страдают психическими расстройствами.

Как отмечено в материалах ВОЗ, рост психических заболеваний превышает темп роста населения. В Австрии, Англии, Уэльсе, Дании, Канаде, США, Швеции, Франции и других развитых странах в последние годы нейропсихическими заболеваниями страдает более 130 человек на 1000 населения. Непрерывное увеличение психической заболеваемости и широкая распространенность нейропсихических расстройств отмечена и в странах СНГ.

Многие авторы отмечают существенные отличия в степени распространенности психических расстройств у городских (в 1,5-2 раза выше), чем у сельских жителей. Они подчеркивают неблагоприятное воздействие урбанизации на психику городских жителей. Более того,

имеются данные о том, что в больших и сверхбольших городах число нейropsychических заболеваний значительно выше, чем в малых и средних.

Наблюдается разница в распространенности нейropsychических расстройств у мужчин и женщин. Психозами и неврозами в 1,2-2 раза чаще страдают женщины.

Чаще всего психического расстройства регистрируются в возрасте 25-65 лет. Таким образом, хотя эти расстройства поражают главным образом лиц производительного, трудоспособного возраста, постарение населения сказывается и на этой группе заболеваний. Эти заболевания связано с рядом причин:

- эти заболевания стали широко распространяться в экономически развитых странах с высокой автоматизацией, химизацией производства, увеличением автотранспорта, загазованностью и запыленностью окружающей среды, высокой урбанизации, а также темпами жизни и часто стрессовыми ситуациями.

Психические расстройства дают высокую инвалидизацию заболевших, что приводит к большому экономическому ущербу, как семьи, так и обществу.

Психические расстройства могут изменять отношение больного человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к нему. Тенденция к увеличению распространенности психозов в настоящее время имеет место во всех странах, особенно экономически развитых.

По данным ВОЗ психические заболевания весьма широко распространены во всем мире по предварительным данным. 10-15% населения экономически развитых стран Западной Европы и Северной Америки; 6-9% населения развитых стран Азии (Японии) и Океании; 2,5-5% развивающихся стран; 1,4% населения России страдают психическими заболеваниями. По данным ученых России из общего числа больных психозами и слабоумием страдают 41,4% больных, психическими расстройствами непсихотического характера – 24,6%, умственной отсталостью – 34,0%. Почти такое же положение было в Узбекистане.

В Узбекистане за последние 10 лет отмечался рост заболеваемости психическими расстройствами, к 2000 году на 100000 населения этот показатель был равен 1432,5, при этом на 1-м месте были умственная отсталость (48,5%); на 2 месте – психозы (28,8%), в том числе шизофрения, на 3-м месте – психические расстройства, непсихотического характера (28,7%).

К 2009 году в Узбекистане психические расстройства составляли среди взрослого населения – 2325,27, подростков – 1319,94, детей – 873,97 на 100 тысяч населения;

Ежегодно под диспансерное наблюдение в среднем почти в каждом государстве берутся 130-135 тысяч человек с наследственной патологией. Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами отмечается в подростковом возрасте, особенно пограничные формы его формы.

Психические расстройства играют важную роль в инвалидизации населения, в том числе и среди различных возрастных групп и населения. В детском возрасте многие нарушения психического здоровья связаны с врожденной патологией.

Так среди инвалидов детей 18% составляют психические заболевания. Среди нарушений в состоянии здоровья у детей–инвалидов умственные и другие психологические нарушения занимают 25,4%. Ведущими ограничениями жизнедеятельности детей-инвалидов в 35,9% случаев является ограничение способности активно вести себя, в 19,1% случаев общаться с окружающими, и в 8,6% случаев ухаживать за собой.

В период существующего социально-экономического кризиса свыше 70% населения мира находится в состоянии затяжного психо-эмоционального и социального стресса. Этот стресс вызывает увеличение уровня депрессии, реактивных психозов, тяжелых неврозов, психосоматических расстройств, алкоголизма, наркомании, антисоциальных вспышек. Низкий уровень состояния психического здоровья детей и подростков приводит к следующим последствиям:

- 1) Ухудшает качество их жизни и социальные возможности в настоящем и будущем;
- 2) Угрожает развитием в будущем более тяжелой психической и психосоматической патологией, более нарушенной социальной адаптацией;
- 3) Ведет к высокому уровню асоциального поведения молодежи (рост наркомания, алкоголизм, проституция, преступность и т.д.);
- 4) Косвенно препятствует общественной стабилизации и подъему экономики государства.

На примере нейropsychических заболеваний выявляется резкая социальная неоднородность здоровья.

Наглядные различия в распространенности психозов в зависимости от материального обеспечения так называемого «социального класса».

Исследователи США, к I и II социальным группам, или классам, относили высоко обеспеченные слои населения с годовым доходом 10-15

тыс. и более долларов на человека, к V социальному классу – тех, которых составлял 2 тысяч долларов и ниже в год, III и IV классы занимали промежуточное положение.

По данным ученых России на развития психозов влияет многодетность семьи, где популяция психических больных в 2,1 раза превышает средней численности в семье (14,6% против 6,8% среди здоровых). От психически больных рождается 20% больных детей. Именно из этих многодетных семей психически больных детей более 35% всех детей, которые, как правило, имеют высокий риск психических заболеваний. За счет этих семей, как и других, в которых имеются психически больные, происходит интенсивное накопление психически больных, значительно превосходящее по темпам прирост населения.

Примерно, такое же положение имеет место и в других регионах мира. Для сокращения популяции психических больных среди детей принимаются социальные и медико-профилактические меры, в частности, усовершенствовать процедура заключения брака (необходимо иметь информацию о психическом здоровье будущих супругов и др.) направленные на ограничение рождаемости среди психически больных. В последнее время особенно проявляется повсеместное внимание к положению о лечении, реабилитации психически больных, их защите на основе гуманных требований Всеобщей декларации о правах человека.

Международные и национальные медицинские и юридические организации и учреждения проводят большую работу по совершенствованию соответствующих законоположений и документов по защите прав и улучшению социального положения психически больных. Не исключение и Узбекистан, где приняты новые, отвечающие международным нормам и правам человека положения, усовершенствованы критерии определения психического нездоровья, меры профилактики лечения психически больных, утвержденные законом Республики Узбекистан «Об оказании психиатрической помощи».

И хотя в Узбекистане существует достаточно представительная в количественном отношении инфраструктура психиатрической службы, одновременно образована и наркологическая служба, тесно интегрированная с психиатрическими учреждениями, а также устанавливается связь их с общей системой здравоохранения, особенно с общесоматическими больницами, амбулаториями и поликлиниками СПВ и др. ее первичными звеньями. Такая интеграция должна помогать решить все проблемы и диагностики, и лечения, и особенно профилактики и реабилитации психически больных.

Борьба с этой группой заболеваний, как и с другими социальными болезнями, зависит от государственных, общественных религиозных организации, и конечно органов здравоохранения не малая роль, при этом принадлежит медицинским работникам врачам, а также медицинским сестрам работающих, а в общей медицинской сети так и в специализированных учреждениях.

В профилактике, лечении и реабилитации таких больных не малое место занимают средние медицинские работники.

Роль среднего медицинского персонала при нервно-психических заболеваниях заключается в взятии на учет таких больных установления диспансерного наблюдения и активном проведении патронажа и обучении членов семьи больного правилам ухода за ним и общения с ними. Проведения разъяснительной работы с окружающими правил обращения с психическими больными, разъяснить им Закон РУз. «Об оказании психиатрической помощи».

### **Контрольные вопросы**

1. Какие заболевания относятся к нервным болезням.
2. Какие заболевания относятся к психическим заболеваниям.
3. Причины вызывающие нервные и психические заболевания.
4. Распространенность психических и нервных заболеваний.
5. Роль среднего медицинского работника в борьбе за снижения нервных и психических заболеваний.

### **3.6. Злокачественные новообразования – как социально-гигиеническая проблема**

В последние столетия общество стремительно развивалось во всех направлениях. Разумная деятельность человека дала огромные возможности для изменения среды его обитания с целью создания условий, наиболее комфортных для жизни и способствующих продуктивному удовлетворению своих физиологических потребностей. В результате жизнедеятельности человека значительно изменился химический состав воды, воздуха, почвы, продуктов питания, которые играли как положительную роль так и отрицательную для здорового человека положительная роль это улучшение условий быта труда, питания, обеспеченность возможности активного участия в повседневной жизни (автоматизация и компьютеризации производства и

т.д.). отрицательная роль это необходимость приспособливаться к новым, неестественным, а зачастую достаточно агрессивным для человека условий среды, изменение экологических положения и др. приводящих к всевозможным нарушениям тех или иных его систем. Ухудшается как физическое, так и психическое и духовное здоровье индивида. В связи с резкими изменениями условий жизни, труда и места обитания одной из актуальных социальных проблем в наши дни стали новообразования. В настоящее время новообразования вошли во 2 класс МКБ-10. Упоминания о злокачественных опухолях, вопросах их диагностики и лечения встречаются еще в древних медицинских манускриптах (Гиппократ, Авиценна и др.). в конце 1XX и начале XX века этой проблема стали уделять больше внимания и отметили бурный рост этой патологии. Самая главная причина – рост и развитие цивилизации: появление огромного количества новых технологий и механизмов, широкое использование химических соединений, изучений всего, что в большинстве своем, оказывает негативное воздействие на человека. Во всем мире ученые глубоко изучают причины, влияющие на развития новообразований. Многие считают, что причинами являются повышенное содержание жиров в пище и добавление искусственных заменителей сахара. Сигаретный дым играет важную роль в развитии рака легких. Использованные химические добавки в косметических средствах, искусственные волокна в тканях нашей одежды, синтетические игрушки для детей, также вызывают рака различных органов. Установлено, что в воздухе, который дышат люди, что пьют, едят пищи повседневно, содержится значительное количество канцерогенов, которых не ведали наши предки. Улучшение медицинского обеспечения населения, по вполне естественным причинам, привело к увеличению продолжительности жизни, а это само по себе приводит и к увеличению числа онкологических пациентов. У наших предков не только не было такого количества канцерогенов, но и жили они в среднем 35-45 лет.

По данным ВОЗ в мире по приблизительным подсчетам злокачественными новообразованиями ежегодно поражается не менее 5 млн. человек. Этому способствуют не только генетическая предрасположенность значительной части пациентов, вредные привычки, но и интенсивные стрессы, неразборчивое употребление лекарств и т.д., а также загрязнение окружающей среды, особенно повышенная радиация. Заболеваемость раком во всем мире возросла также за счет потребления табака и старения населения. Среди злокачественных опухолей у мужчин наиболее часто

встречаются заболевания органов дыхания – трахеи, бронхитов, легких; у женщин – опухоли молочной железы, желудка и матки.

По данным ученых свыше 50% таких больных живут после установления диагноза злокачественного новообразования 5 лет и более. Летальность в год составляет 35-40%. Это связано в основном с поздним обращением в специализированных онкологических учреждениях и следовательно позднем началом лечения. По заключению ВОЗ к 2020 году предполагается, что ежегодно будет регистрироваться 20 миллионов новых случаев заболевания раком. В мире только сокращение потребления табака поможет сократить заболевания раком на 20%, упорядочение диеты на 30%.

В Узбекистане заболеваемость злокачественными заболеваниями на 100000 населения была равна в 1991 г. 76,2. За последнее время несколько сократилась и стала равной 70,8%, в 2009 году заболеваемость злокачественными новообразованиями по Узбекистану составил 68,4 на 100000 населения. Наибольший процент составляли опухоли органов пищеварения 24,8%, в том числе рак желудка – 9,6%, пищевода – 8,8%.

По предварительным данным в 2002 году постоянно употребляли табачные изделия 41% мужчин и 1,2% женщин. Это процент не уменьшился и в 2009 г., это в основном связано с молодым составом населения, а также меньшим распространением курения.

По данным Хакимовой Г.Ж. в Наманганской области (2000) уровень злокачественных заболеваний (III и IV стадии) репродуктивных органов женщин составлял 28,8 на 100 тысяч жителей, из них до 58% были выявлены в возрасте 50-59 лет. В возрасте 30-39 лет среди злокачественных новообразований преобладает рак шейки матки (38,9%), в возрасте 40-49 лет рак молочной железы (33,3%), что и соответствует полученным в последние годы данным по республике.

Существует много теорий развития рака (наследственная, химическая, вирусная, хромосомная и т.д.), но все они, в сущности, отражают лишь различные стороны единого процесса. На сегодняшний день однозначно известно и доказано, что любая живая клетка содержит особые субстанции, которые под воздействием тех или иных условий переходят в активную форму - онкогены. Именно они и выстраивают бластный, злокачественный вариант клетки, дающий начало росту опухоли. Факторов, способствующих этому процессу, так называемому канцерогенезу множество - химикаты, радиация, инсоляция, вирусы и др.

Канцерогенез (лат. cancer – рак, греч. genes – рождающий, рожденный) – процесс перерождения нормальной клетки в злокачественную, имеет свои закономерности и стадии. Химические вещества излучения, способные при

попадании в организм человека или животных способны приводить к образованию злокачественных новообразований (опухолей), их называют канцерогенами. Наиболее известный физический канцероген – ионизирующие излучения. Среди химических канцерогенов выделяют:

- Нитраты/нитриты, поступающие в организм с чрезмерно удобренными азотом овощами. Нитриты добавляют в колбасы и консервы;
- Бензопирены – образуются при жарке продуктов или их приготовлении на гриле; присутствуют также в табачном дыме;
- Пероксиды образуются в прогорклых жирах и при сильном нагреве растительных масел;
- Афлатоксины – продукты обмена плесневых грибов. Следует быть осторожным с заплесневелым хлебом и орехами и следить за влажностью в помещении;
- Диоксины - образуются при сжигании бытового мусора, хлорировании загрязненной воды.

При длительном воздействии канцерогенных факторов и наличии определенных дополнительных условий клетка претерпевает необратимые изменения, начинается клонирование трансформированных клеток. Это этап можно считать началом роста собственно опухолевой ткани.

Как такового, прямого наследования онкологических заболеваний не происходит. Тем не менее, в некоторых семьях можно проследить склонность к онкологической патологии. В первую очередь, это касается семейного диффузного полипоза, рака желудка, раком молочной железы и другими опухолевыми заболеваниями. Специалистами было определено, что наследуется не онкологическое заболевание, а повышенная к нему предрасположенность.

Но при выявлении подобной предрасположенности возможно осуществление ряда мероприятий, направленных на предупреждение развития онкопатологии. Поэтому, если в семье у родственников были отмечены случаи онкологических заболеваний, следует более настороженно относиться к состоянию собственного здоровья и регулярно проводить профилактическое обследование.

**Злокачественная опухоль** - особая форма роста тканей, новообразование, обладающее определенными специфическими свойствами. К признакам злокачественности относят следующие особенности: безудержный, неконтролируемый рост; способность к метастазированию (распространению); способность разрушать, вызывать деструкцию окружающих тканей.

Для каждого вида новообразований характерны свои темпы роста. Это зависит от органа, гистологического вида, особенностей организма (пол, возраст, состояние обмена веществ и др.). Скорость роста опухоли напрямую зависит от времени удвоения злокачественной клетки. Так, для поражения молочной железы среднее время удвоения клетки - 272 дня. Это означает, что для того, чтобы развилась опухоль размером в один кубический сантиметр, необходимо около 10 лет. Рак желудка, в среднем, растет несколько быстрее. Считается, что от начала заболевания раком желудка до клинического его проявления проходит приблизительно 2 - 3 года. Иногда встречаются и молниеносные формы (несколько месяцев). Именно тогда, когда рак лучше всего поддается лечению (1 - 2 стадия), болезнь ничем себя не проявляет, и диагностируется значительно позже, тогда когда уже развивается патологическая симптоматика. Если бы все онкологические заболевания диагностировались на ранней стадии, то смертность от рака была бы существенно ниже. Отсюда важный практический вывод, нужно регулярно проводить профилактические осмотры и не медлить с началом лечения.

Раком может заболеть любой человек. Это связано со специфическими особенностями организма, системой иммунитета. Вообще-то, с учетом того, что с возрастом, а иммунная система, в силу нарастающих изменений различных видов обмена веществ, ослабляется, онкологическая патология потенциально может развиться у каждого человека. Предупредить его развитие можно, к сожалению, не всегда и поэтому приходится говорить только о снижении риска развития рака. И происходит это потому, что устранить воздействие вредных факторов часто не представляется возможной. Существует первичная и вторичная профилактика рака.

**Первичная профилактика** направлена на устранение канцерогенеза - процесса возникновения опухоли. Прежде всего, это устранение контакта с канцерогенами.

Наибольшее значение в профилактике онкологических заболеваний имеет: отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя; нормализация веса; соблюдение диеты; регулярная физическая активность.

**Вторичная профилактика** направлена на диагностирование и лечение предраковых заболеваний и раннее выявление/лечение злокачественных опухолей, а также профилактику повторного возникновения (рецидивов) опухолей после лечения.

На сегодняшний день ведущими учеными-онкологами мира разработаны принципы профилактического/противоракового питания. Его цель - предупреждение ожирения - фактора риска развития многих злокачественных опухолей, в том числе и рака молочной железы путем:

➤ Уменьшения потребления жира, так как в жирах содержатся канцерогены. В эпидемиологических исследованиях найдена прямая связь между потреблением жира и частотой развития рака молочной железы, рак толстой кишки и рака предстательной железы;

➤ Обязательного присутствия в пище, овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающие антиканцерогенным действием;

➤ Регулярного и достаточного употребления растительной клетчатки, содержащейся в цельных зернах злаковых, овощах, фруктах. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, уменьшает контакт канцерогенов с толстой кишкой за счет улучшения ее двигательной активности;

➤ Ограничения потребления алкоголя - одного из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени, молочной железы;

➤ Ограничения потребления копченой и нитрит-содержащей пищи. В копченой пище содержится значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях (нитриты до сих пор часто используются для подкрашивания колбасных изделий).

К продуктам, обладающим профилактическим действием в отношении онкологических заболеваний относятся: овощи, содержащие каротин (желтая и красная морковь, помидоры, редька и др.); овощи, содержащие большое количество витамина С (цитрусовые, киви и др.); капуста (брокколи, цветная, брюссельская); чеснок.

Основными методами лечения онкологических заболеваний являются:

- Хирургическое лечение;
- Лучевая (радиотерапия) терапия;
- Химиотерапия.

При подозрении/оценке риска онкологической патологии следует помнить, что необходимо исключить факторы, влияющие на развитие опухоли (социальные и биологические)

➤ Прежде чем предпринять адекватные меры, обратившись к специалисту-онкологу;

➤ Не все новообразования смертельны и не всякая опухоль является злокачественной;

- Решающее значение имеет ранняя диагностика и своевременное лечение;
- Методы лечения и контроля раковых заболеваний быстро совершенствуются.

Борьба с онкологическими заболеваниями во всех странах мира предполагает, прежде всего, раннее их выявление. Поэтому профилактические осмотры с целью выявления злокачественных новообразований и предопухлевых заболеваний являются наиболее возможными в работе всех лечебно-профилактических учреждений.

В Узбекистане в основу организации практической онкологической службы легли принципы профилактического здравоохранения, предусматривающие единый, плановый характер работы онкологической службы. В республике создан НИИ онкологии, в областях и городах онкологические диспансеры, где оказывается квалифицированная бесплатная медицинская помощь. Работа имеет профилактическую направленность (обслуживание по диспансерному типу), большое внимание уделяет социальному обеспечению в случае полной или частичной утраты трудоспособности.

Успех работы онкологической службы в большей степени обеспечивается широким контактом с общей лечебно-профилактической сетью, рядом специализированных служб (противотуберкулезной, дерматовенерологической, медико-санитарных частей крупных предприятий и др.), хорошей подготовкой медицинских работников, по вопросам факторов влияющих на развития онкологических заболеваний и профилактики, диспансеризации и реабилитации. Первичным звеном в организации онкологической помощи населению являются онкологические кабинеты (отделения) при поликлиниках.

В настоящее время стало ясно, что, изучая качество жизни больных, необходимо, наряду с изучением степени сохранности физических функций и способности к активности, и изучать социально-психологические аспекты качества жизни.

Организация помощи онкологическим больным настолько специфична и обширна, что требует выделения отдельного направления, обозначаемого как "паллиативная медицина". Паллиативная помощь – активная общая помощь пациентам и их семьям, осуществляемая мультипрофессиональной командой специалистов в период, когда болезнь пациента не может быть излечена. Помощь направлена на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента и на

поддержку близких. Цель – улучшение качества жизни больного и членов его семьи, организация действенного ухода за больным.

Таким образом, паллиативная помощь – это комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни безнадежно больных людей и их близких. Главная задача такого ухода – это избавление пациента от боли и других тягостных проявлений болезни, а также психологическая, социальная и духовная поддержка.

В мировой практике эта модель получила название "хоспис" (латинского hospice – приемный дом). Хосписы организовываются, в первую очередь для онкологических больных в терминальной стадии болезни и решают комплекс проблем – медицинских, психологических, социальных и духовных, которые в основном падают на плечи средних медицинских работников.

Невозможность излечить болезнь не означает, что дело медицинских работников уже закончено. Теперь их долг состоит в том, чтобы максимально облегчить страдания пациента и в первую очередь – снятие боли. Однако, решить эту проблему в условиях амбулаторного обслуживания не удастся по двум объективным причинам: ограниченность обезболивающих препаратов и лимит дачи наркотиков. Кроме того, терминальная стадия онкозаболевания сопровождается поражением всех органов и систем, что требует применения всего спектра помощи, оказать которую в домашних условиях практически невозможно.

На первый план в терминальном периоде выступает приближающаяся смерть. Ужас небытия вызывает ряд психотерапевтической коррекции. Одной из важнейших задач хосписной работы является помощь родственникам больных. Статистика показывает, что в первые годы - два, после смерти близких заболеваемость и смертность их родственников возрастает по одним источникам на 40%, по другим - в 2-3 раза.

Для эффективного проведения паллиативной терапии оптимальным является формирование бригад профессионалов (психолог, медицинская сестра, выполняющая роль социального работника, терапевт или педиатр, а при показаниях, и онколог), с включением услуг волонтеров для обслуживания семьи. Важная роль в этих бригадах должна отводиться медицинским сестрам особой квалификации, получившим подготовку по социологии, основам социальной работы, психологии, биоэтике, курсу паллиативной терапии.

В мире прогнозируется увеличение заболеваемости злокачественными опухолями с 10 млн. в год в настоящее время до 15 млн. к 2020 г. Это подтверждает динамика заболеваемости в отдельно взятом регионе.

В связи с развитием и внедрением высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний, уже сегодня стало возможным радикальное лечение большинства пациентов, выполняя обширные оргоаноуносящие оперативные вмешательства, химиотерапию и лучевую терапию, что в ближайшие годы увеличит количество инвалидизированных людей излеченных от рака. Однако реабилитация, с целью социальной адаптации, недостаточно развита, в связи, с чем больной после радикального лечения остается без внимания.

Необходимо отметить, что в реабилитации нуждаются не только пациенты, имеющие группу инвалидности, но и больные с I – II стадиями заболевания, прошедшие радикальное лечение, так как диагноз рак – это всегда стресс, а лечение не всегда щадящее.

Многие пациенты, после радикального лечения, даже на начальных стадиях заболевания, твердо убеждены, что являются инвалидами и выброшены за пределы современного общества. Убеждены также в том, что работу найти будет крайне сложно, тем более, если требуется профессиональная переориентация. Для того чтобы это не произошло необходимо проводить четкие меры по реабилитации, что будет способствовать не только восстановлению работоспособности, но и вернет заинтересованность к жизни.

Важнейшее место в социальной работе с онкологическими больными медицинских сестер занимает взаимодействие с членами семьи пациента и его ближайшим окружением. Социальная работа с онкологическими больными двух групп – длительно и тяжело болеющими, а также больными с выраженными социальными проблемами достаточно однородна. Выраженные социальные проблемы имеющих выраженные материальные проблемы составляют свыше 80 %, около 40 % нуждаются в улучшении жилищных условий, не заняты трудовой деятельностью почти 90 % родителей детей, страдающих онкологическими заболеваниями, а около 60 % пациентов и их родителей не располагают информацией о доступной социальной помощи.

Необходимо отметить, что в своевременное раннее выявления причин появления онкологических больных, своевременное начатие лечения и реабилитация нуждаются не только лица определенной возрастной группы, связанные с вредными условиями в быту и на производстве, отклонениями физического и психического развития, подверженных частным стрессам по болезни, но и больные имеющие группу инвалидности, а также больные с I-II стадиями рака, прошедшие радикальное лечение, так как диагноз новообразования – это всегда, стресс, а лечение не всегда щадящее. Такие

больные нуждаются в медико-социальной помощи и большое участие должны в этом принимать средние медицинские работники, которые должны психологически подготовить лица, рискуя заболеть при определении рака, должна верить в предупреждение и выздоровление от этого тяжелой заболеланий. При этом особое внимание необходимо уделять инкурабельным больным на дому. Только совместные усилия родных и близких, окружающих врачей и средних медицинских работников будут способствовать предупреждению заболелания, а при наличии и его обеспечению страданий и выработки уверенности в выздоровлении от этого тяжелого недуга.

#### Контрольные вопросы

1. Причины, влияющие на развития онкологических заболеланий
2. Распространенность рака в мире, ряде стран и Узбекистане
3. Меры профилактики раковых заболеланий
4. Роль среднего медицинского работника в борьбе с онкологическими заболеланиями

## Глава 4

### Алкоголизм, наркомания, курение – как социально-гигиеническая проблема

#### 4.1. Алкоголизм и пьянства

В последнее время стали использоваться термин «наркотизм» в который были включены сразу несколько видов (форм) наркотического действия алкоголизма, токсикомании, наркомании и табакакурения, т.е. средств одурманивающих людей, ослабляющую волю и в последствии, вызывая осложнения различных органов и систем человеческого организма. Средства вызывающий наркотический (одурманивающий) эффект известных с глубокой древности, когда первобытного общества широко использовались для питания, лечения различные растения вызывающего наркотического действия.

В первые, заговорили о наркотических веществах в начале нашей эры, когда люди уже осмысленно начала принимать расслабляющие и успевающее средства. Первое место в проблеме наркотизма занимает употребления алкогольных напитков. Многие исследователи отмечают неуклонную тенденцию к росту потребления алкогольных напитков на душу населения во всех странах мира.

Есть страны, где уровень потребления алкоголя, в конце XX столетия стал снижаться – это Франция, Португалия, Италия, Австрия, Дания, Великобритания, Япония, Норвегия и др. В других странах намечается тенденция к росту потребления алкоголя: Венгрия, Бельгия, Австрия, Чехия, Канаде, США, Ирландия. В России и Узбекистане также отмечается рост алкоголизма.

Публикации ВОЗ утверждают, что высокий уровень потребления алкоголя сохраняется. Вот как характеризуется современная обстановка одним из последних статистических ежегодников ВОЗ: «...высокие уровни потребления алкогольных напитков (более 15 л на одного взрослого) характерны для некоторых стран Западной и Южной Европы. В большинстве других развитых стран мира, а именно в странах Северной Америки, остальных странах Европы, в Австралии, Новой Зеландии, уровни потребления также сравнительно высоки (10-15 л чистого спирта на одного взрослого в год)».

Хотя злоупотребление алкоголем включает в себя и его, так сказать, крайнюю степень - алкоголизм, но чаще всего, когда говорят о злоупотреблении, имеют в виду пьянство. Дать определение пьянству, как и

алкоголизму, сложно. Широкое и все более распространяющееся пристрастие к алкогольным напиткам ведет к злоупотреблению ими, к пьянству и алкоголизму и, следовательно, асоциальному поведению, заболеваниям.

До настоящего времени нет общепринятого определения алкоголизма. В быту и популярной литературе термин «алкоголизм» обозначает всякое неумеренное потребление спиртных напитков. В этом смысле он является синонимом понятия «пьянство».

**Алкоголизм** – это хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологической (вне ремиссии) потребностью организма человека к алкоголю.

**Пьянство** – это систематическое, чрезмерное употребление алкоголя, характеризующееся не болезненным пристрастием человека к нему.

Таким образом, борьба с алкоголизмом медицинская проблема, борьба с пьянством – социальная

**Трезвость** – это добровольный, сознательный отказ от алкогольных напитков в условиях свободного к ним доступа.

Так, например, в России злоупотребление алкоголем составляет 10-15% трудоспособного населения. В Узбекистане рост алкоголизма среди населения к концу XX и началу XXI века обусловлен рядом причин:

- социально-экономической нестабильностью общества;
- повышением доступности и наличием относительно низких цен на спиртные напитки;
- недостаточно проводимой работой с населением о вреде пьянства и алкоголизма для здоровья, семьи и общества.

Проблема борьбы с алкоголизмом являются проблемой во всех странах, а также Узбекистана.

Для борьбы с алкоголизмом в Узбекистане принят специальный Закон, в котором предусмотрены меры по лечению больных алкоголизмом, права и обязанности больных и медицинского персонала, а также проведение работы с населением по вопросам профилактики алкоголизма с привлечением различных общественных организаций.

В последнее время стали использовать термин «наркотизм». Термин оказался емким, объединял в себе названия сразу нескольких видов (форм) наркотического действия - алкоголизма, токсикомании, наркомании и табакокурения.

Термин наркотизм, имеет в виду не только биохимическую, юридическую, но прежде всего, социально-психологическую сторону. Первое место в проблеме наркотизма занимает употребление алкогольных напитков.

Для уточнения выше указанных памятей, прежде всего, следует установить четкие критерии, которые позволили бы разграничить начальные стадии алкоголизма от пьянства. Далее нужно разграничить пьянство и «умеренное», соответствующее так называемой «пищевой норме» по определению ВОЗ традиционное потребление алкогольных напитков. По данным многих исследователей, более 90% взрослого населения употребляет алкогольные напитки, однако далеко не все из них ими злоупотребляют, а тем более становятся алкоголиками. Естественно, возникает вопрос, имеющий важное медико-социальное значение, где же кончается так называемое умеренное, или традиционное, потребление алкоголя и начинается злоупотребление им, приводящее к пристрастию с последующей развернутой картиной хронического алкоголизма? Иными словами, кого относить к категории злоупотребляющих алкоголем и на основании каких критериев?

В зависимости от потребления алкогольных напитков, степени их злоупотребления некоторые ученые выделяют следующие группы.

I. Не потребляющие алкогольные напитки (убежденные трезвенники, не потребляющие алкоголь по религиозным соображениям, состоянию здоровья), удельный вес которых крайне невелик всего: несколько процентов.

II. Потребляющие алкогольные напитки редко (в основном по праздникам и семейным торжествам, в среднем не чаще 1 раза в месяц), в небольших количествах (несколько рюмок вина или стопок крепких алкогольных напитков).

III. Потребляющие алкогольные напитки умеренно (1-3 раза в месяц, но не чаще одного раза в неделю), сравнительно в небольших количествах с учетом возрастно-половых и других особенностей индивида. В тех случаях, когда имеются социально оправданные поводы: праздники, семейные традиции, встречи с друзьями и другие социально объяснимые ситуации.

IV. Злоупотребляющие алкоголем;

а) без признаков алкоголизма, т.е. пьяницы, которые потребляют алкоголь часто (несколько раз в неделю) в больших количествах. Обычно повод к употреблению алкоголя - условно необъяснимый в социальном плане («за компанию», «без всякого повода», «захотел и напился» и т. д.), а алкогольные напитки распиваются преимущественно в случайных местах. Для этой группы лиц, злоупотребляющих алкоголем, характерны нарушения поведения в состоянии алкогольного опьянения: конфликты в семье, невыход на работу, нарушения правил общественного

порядка, следствием чего являются попадание в медвытрезвитель, приводы в милицию и т.д. Могут иметь место нечетко выраженные признаки алкогольной болезни, психической зависимости от алкоголя (неудержимая тяга к спиртному);

б) с начальными признаками алкоголизма – при наличии психической зависимости и изменений реактивности, чувствительности организма к алкоголю (влечение к алкоголю), утрата контроля над количеством потребляемых напитков, повышение толерантности, восприимчивости и т. д.;

в) с выраженными признаками алкоголизма, когда появляются признаки физической зависимости от алкоголя, в частности абстинентный синдром (синдром похмелья) и другие симптомы вплоть до серьезных психических нарушений (алкогольный психоз и др.).

Определяющим «признаком» для отнесения в группу лиц, злоупотребляющих алкоголем, являются частота (потребляют часто) и утрата контроля над своими поступками в состоянии опьянения (или, выражаясь языком клиницистов, изменение характера опьянения с неконтролируемым поведением), следствием чего являются приводы в милицию, попадание в вытрезвитель, прогулы на работе, конфликты в семье и т. д. Признаки психической зависимости от алкоголя на этой стадии злоупотребления отсутствуют или нечетко выражены.

С увеличением потребления алкогольных напитков отмечается непрерывный рост злоупотребления ими и заболеваемости хроническим алкоголизмом во всех странах мира, особенно в высокоразвитых, хотя эти процессы и не всегда идут параллельно.

Примерно 15% мужчин и 5% женщин регулярно и в больших количествах употребляют алкоголь. На 100 тыс. населения ежедневно употребляют алкогольные напитки (в расчете 150 мл и больше абсолютного спирта) к концу XX века во Франции было более 9 тыс. человек, Италии - около 7,5 тыс., Испании - более 5 тыс., ФРГ - около 5 тыс. человек. По данным мировой и национальной статистики, из числа пьющих лиц от 3 до 6% - становятся хроническими алкоголиками.

В последнее несколько десятилетий официальная статистика свидетельствует, что в США на учете состояло 10 млн. хронических алкоголиков. Среди них около 25% женщин и 5% подростков и молодежи в возрасте от 10 до 19 лет.

По далеко не полным данным, во Франции насчитывалось свыше 2млн. больных хроническим алкоголизмом, т. е. 4% и более населения. Не менее 2% населения Швейцарии - хронические алкоголики. Даже в Японии, где до

второй половины XX века алкоголизм был распространен мало, алкоголики составили 3% взрослого населения. Почти 1,5 млн. хронических алкоголиков в ФРГ.

Повсеместно отмечается рост алкоголизма среди женщин и молодежи. Если в конце XIX – начале XX века 1 женщина-алкоголичка приходилась на 10 мужчин алкоголиков, то к XXI веку это соотношение стало примерно 1:4. Данные о женском алкоголизме особенно неполные. Одна из причин этого то, что алкоголизм у женщин чаще, чем у мужчин, воспринимается обществом не как болезнь, а как позорная привычка, поэтому женщины, как правило, скрывают свое заболевание.

При анализе материалов обращают на себя внимание существенные отличия в регистрации алкоголизма в разных странах СНГ. Так, во второй половине XX века, впервые выявленных больных с хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами в расчете на 100000 человек населения в России было 223,4, на Украине – 194,3, в Белоруссии – 198,0, в Казахстане – 196,4, в Молдавии рекордное число – 259,5, в Латвии – 237,1, а в Узбекистане – 45,9, Киргизии – 77,9, Туркмении – 60,3, Грузии – 32,2, Азербайджане – 18,9, а в Армении – всего 14,8. При полном учета, эти данные подтверждают, что на распространенность алкоголизма влияют социокультурные, этнические и традиционные отличия, отличия и в самом составе напитков.

При изучении проблемы алкоголизма необходимо изучать социальный и профессиональный состав алкоголиков. По результатам проведенных исследований в XX и начале XXI века авторы сообщают лишь, что это в основном лица с недостаточным общим и профессиональным образованием, неустроенные, часто меняющие место работы, безработные, без определенных занятий («бонзы»), без постоянного места жительства («бомжи»), часто мигрирующие группы, характеризующиеся девиантным поведением.

Анализ злоупотребления алкоголем показал, что на первом месте по уровню злоупотребления среди мужчин находились лица, занятые в строительстве, на втором – работники коммунального хозяйства и бытового обслуживания. Среди женщин на первом месте лица, занятые в торговле и общественном питании, на втором – работники автотранспорта.

Основную массу злоупотребляющих алкоголем составляют лица в возрасте 40-49 лет (31,6% мужчин и 36,3% женщин) и 30-39 лет (29,1 и 21,6% соответственно). В этих возрастных группах отмечался самый высокий уровень злоупотребления алкоголем.

По различным данным, лиц с выраженными признаками алкоголизма оказалось около 20% всех злоупотребляющих, лиц спиртные напитки с

начальными признаками алкоголизма примерно 10%. Лица без признаков алкоголизма составили 70%, т.е. злоупотребляющих без признаков алкогольной болезни было в 2,5 раза больше.

Алкоголизм, злоупотребление алкоголем, но даже умеренное его потребление не безразлично для здоровья пьющих. По данным ряда авторов проведенные во второй половине XX века показали, что в мире распространение потребления алкоголя имеет следующую картину.

Таблица № 3

**Распределение по группам в зависимости от употребления алкоголя и степени злоупотребления (на 100 обследованных)**

<b>Группа</b>	<b>Всего</b>	<b>Мужчины</b>	<b>Женщины</b>
Не употребляющие алкоголь	1,4	0,6	2,1
Употребляющие «умеренно»	79,8	62,7	96,0
Злоупотребляющие алкоголем	18,8	36,7	1,9
В том числе:			
с выраженными признаками алкоголизма	3,5	7,1	0,1
с начальными признаками алкоголизма	2,2	4,0	0,2
без признаков алкоголизма	13,1	25,6	1,6

Как отмечено многими, что среди заболеваний связанные с употреблением алкоголя часто встречаются заболевания верхних дыхательных путей, воспаление легких, бронхитов, радикулитов и других острых заболеваний. Хронические бронхиты, эмфизема легких встречаются у алкоголиков в 3-4 раза чаще, чем среди населения в целом. Алкоголизм приводит к снижению сопротивляемости иммунной защиты организма различным инфекциям и вообще патологическим воздействиям. В литературе приводятся данные, что у пьющих чаще встречаются грипп, ангина, дизентерия среди лиц, страдающих алкоголизмом, течение этих заболеваний протекает тяжелее.

Алкоголизм и туберкулез легких – довольно частое сочетание, причем туберкулез у алкоголиков имеет вялое течение, нередко с развитием необратимых изменений в легких. Алкоголики среди больных туберкулезом обычно составляют 30-40%.

Наибольшее значение имеет действие алкоголя на нервную систему. Даже названия ряда нервно-психических болезней убедительно свидетельствуют об их связи со злоупотреблением алкоголем – алкогольные

психозы, алкогольная эпилепсия, алкогольная энцефалопатия, алкогольные полиневриты и т. д. До 40% всех больных в психиатрических учреждениях – это больные с алкогольными психозами.

У каждого четвертого больного хроническим алкоголизмом, впервые обратившегося за медицинской помощью, выявляется то или иное соматическое заболевание сердечно-сосудистой системы, заболевания печени, желчевыводящих путей или желудочно-кишечного тракта.

Длительная алкогольная интоксикация вызывает заболевания эндокринной системы – надпочечников, щитовидной железы, половых желез. Более чем у 60% больных алкоголизмом возникают импотенция и другие проявления сексуальной патологии.

Злоупотребление алкоголем имеет прямое отношение к абортам у женщин и гинекологическим заболеваниям. Среднее число аборт в семьях, где муж злоупотребляет алкоголем, в 2-2,5 раза выше, чем там, где этого нет. У женщин, злоупотребляющих алкоголем, такое же положение. Более того, у них в 1,5 раза чаще появляется первичное бесплодие и в 5,5 раз – вторичное.

Данные различных авторов в ряде стран свидетельствуют о том, что частота производственных травм среди хронических алкоголиков в 3 раза превышает средний уровень; их число составляет 20-30% и более всех производственных травм, еще более травм и других несчастных случаев в быту по причине злоупотребления алкоголем.

Ученые всего мира на основании изучения статистики травматизма пришли к единодушному выводу, что даже малые концентрации алкоголя в крови (0,1%) чаще всего приводят к несчастным случаям на производстве, так как немного выпивший человек не проявляет внешних признаков опьянения и допускается к работе. Комитетом экспертов ВОЗ было установлено, что минимальной дозой, при которой обнаруживаются признаки расстройства деятельности мозга взрослого человека, служит 0,5 мг алкоголя на 1 кг веса тела. Если у всего мужского населения несчастные случаи занимают 4-е место и составляют примерно 10% в структуре общей заболеваемости, то у злоупотребляющих алкоголем они находятся на 2-м месте после гриппа и острых респираторных заболеваний, а их удельный вес - не менее 20-22% всей заболеваемости.

Общая заболеваемость и число несчастных случаев значительно выше у злоупотребляющих алкоголем, которая теряют временную трудоспособность чаще, чем у не пьющих. В основном это происходит за счет возникновения гипертонической болезни, болезней периферической нервной системы, по поводу которых страдающие хроническим

алкоголизмом имели показатели временной нетрудоспособности по числу случаев в 3,7 раза и дней – 1,8 раза выше, по сравнению с пьяницами.

Злоупотребление алкоголем прямо или косвенно является одной из важнейших причин смертности мужчин. Многие ученые, особенно зарубежные, отмечают зависимость между уровнем смертности от алкогольных заболеваний, прежде всего цирроза печени, и количеством потребляемого алкоголя на душу населения.

Когда говорится о причинах смертности, непосредственно связанных с алкоголизмом, обычно имеем в виду смертность в состоянии алкогольного психоза, хронического алкоголизма, алкогольного цирроза печени и др.

Нет ни одного органа, ни одной физиологической системы, на которых не сказывалось бы отрицательное влияние алкоголя. Причинами смертности, прежде всего от сердечно-сосудистых заболеваний, у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, обычно (60% и выше) наступает в трудоспособном возрасте (20-59 лет), в то время как у всего мужского населения (70% и более) смерть наступает в возрасте старше 60 лет. Средний возраст умерших мужчин, злоупотреблявших алкоголем, на 15 лет меньше, чем у не злоупотреблявших, и составляет 46 лет.

Алкоголь являлся наиболее частым фактором, способствующим наступлению скоропостижной смерти у лиц с заболеваниями сердца и сосудов. У хронических алкоголиков повышение артериального давления (гипертензия) наблюдается в 2 раза чаще, чем у лиц непьющих. Злоупотребление алкоголем; в 40% и более случаев связано с скоропостижной смертью при с ишемической болезни.

В результате алкоголизма происходит более четверти всех самоубийств. Например, алкоголизм в США считается причиной более 80 тыс. смертей в год, половины всех несчастных случаев на транспорте со смертельным исходом, половины всех убийств, четвертой части самоубийств. Около 20% занимает утопление. Среди погибших в результате несчастных случаев преобладают лица сравнительно молодого возраста, смертность мужчины, при этом в 6 раз выше смертности женщин.

По данным страховых компаний США, видно, что средний уровень смертности систематически пьющих почти в 2 раза выше, чем непьющих, Злоупотребление алкоголем, сокращает среднюю продолжительность предстоящей жизни примерно на 20 лет. По этой причине некоторые страховые компании США отказываются страховать жизнь любителей спиртного, а если и идут на риск, то устанавливают своим клиентам-алкоголикам более высокие размеры страховых взносов. Ущерб, наносимый

злоупотреблением алкоголем здоровью, одновременно перерастает в социальный вред, поскольку пьющий живет и работает в обществе людей.

Анализ экономических последствий алкоголизма и пьянства показывает, что США, в год составляет примерно 117 млрд. долларов, включая оплату медицинских счетов и потери рабочего времени.

В настоящее время наблюдается рост алкоголизации женщин, детей и подростков. Проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголя, затрагивают не только пьющего, но и его семью, окружающих, общество:

### **1. Проблема для пьющего:**

- последствия острого алкогольного опьянения;
- отравление алкоголем вплоть до смертельного исхода;
- последствия длительного употребления алкоголя (заболеваемость, умственная отсталость преждевременная смерть).

### **2. Проблемы для семьи:**

- ухудшение взаимоотношений;
- педагогическая запущенность детей;

### **3. Проблемы для общества**

- нарушение общественного порядка
- преступность;
- рост числа заболеваний с временной утратой трудоспособности;
- инвалидность;
- экономический ущерб.

Алкоголь – одна из причин распада семьи. По данным социологического исследования ряда ученых 47% бракоразводных дел, рассматривающихся по инициативе женщин, связаны с пьянством или алкоголизмом мужей. Не только распад семьи, но и большое число семейных и производственных конфликтов, случаев асоциального поведения происходит из-за алкоголизма и пьянства. Среди злоупотребляющих алкоголем без признаков заболевания конфликты по работе и в семье составили соответственно 25,6% и 41,2%, среди пьяниц с начальной стадией алкоголизма – 29% и 48,5%, среди лиц с признаками выраженного алкоголизма – 72% и 78,3% соответственно.

Большинство исследователей видит 3 группы воздействий, или условий: биологические (предрасположенность: до 30-40% всего населения вследствие особенностей биохимического, генетического статуса); психологические (особенности личности, тип нервной системы) и действие социальных факторов (социально-гигиенические, социологические).

Большинство современных исследователей все более склонны считать, что главная причина это социальные факторы и причинам (не случайно алкоголизм и пьянство называют социальным злом). Нужно

заметить, что алкоголизм, как и всякая болезнь имеет выраженный демографический профиль, существенные особенности у женщин и подростков. У этих категорий лиц злоупотребление развивается в более короткие сроки, проходит подчас более «злокачественно» и с худшим прогнозом.

Таким образом, оздоровление всего общества от алкоголизма – это огромной сложности задача, каждого государства общественных религиозных организаций, призванная преодолеть инерцию в образе жизни, в поведении больших масс людей, которая то и дело провоцирует употребление алкогольных напитков.

#### **4.2. Наркомания и токсикомания**

Проблема наркомания является одной из самых актуальных проблем для большинства стран мира. Начало и продолжение употребления наркотиков может быть связано с рядом причин:

- удовлетворением любопытства;
- желанием испытать чувство принадлежности;
- уход от чего-то гнетущего и т.д.

Наркотик часто используется как форма индивидуального или коллективного бегства от общества, воспринимаемые как источник опасности. Поведение человека находится в прямой зависимости от благосостояния народа, условий труда и отдыха людей, сближения уровня жизни всех слоев общества.

Условия общественной жизни в значительной мере определяют систему взглядов, нравственных убеждений, формируют черты характера, привычки, вкусы и другие стороны личности, характеризующие духовный мир человека. Кризис поражает различные формы поведения, в том числе и наркоманию. К провоцирующим факторам можно отнести и доступность наркотических веществ.

Наркомания и токсикомания в мире стала одним из главных бедствий для человек. Именно бедствия, так как наркомания и токсикомания в мире приобрели поистине глобальный масштаб. В седьмом обзоре ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (Женева, 1988) число лиц, злоупотребляющих наркотиками, оценивалось в 48 млн. человек. Из них 30 млн. потребляли индийскую коноплю, 1,6 млн. жевали листья кока, 1,7 млн. потребляли опиум, а 0,7 млн. человек – героин. Выросло число употребляющие лекарственные средства, действующие как наркотики.

«Пальму первенства» по распространенности и соответственно употреблению наркотиков и веществ, вызывающих токсикомании, занимает США. По данным исследований, проведенных в этой стране, не менее 72 млн. человек (почти 37% населения старше 12 лет) хотя бы раз пробовали наркотики. Примерно 30 млн. употребляют их регулярно, 18 млн. постоянно курили марихуану, 5-6 млн. - любители кокаина, около 500 тыс. человек принимали героин, остальные пользовались другими наркотиками, включая лекарственные средства. Лишь экономические последствия этой эпидемии «белой смерти», как любят называть наркоманию журналисты, оцениваются в потере 50-100 млрд. долларов в год.

Столь внушительные масштабы распространенности наркомании и токсикомании заставляют правительство искать более радикальные меры борьбы с теми, кто отравляет людей, производит и продает наркотики, меры борьбы с наркомафией, ставшей внушительной силой, располагающей миллиардными доходами, даже своей охраной и армией. Об этом красноречиво свидетельствует настоящая война правительства Колумбии, откуда поступает основная масса наркотиков. С наркомафией, война поддержанная президентом США, так как именно в эту страну идет главный поток этого зелья.

Повсюду наркомафия оказывает ожесточенное сопротивление, борясь за свои прибыли, размер которых чудовищно высок. Например, спрос на наркотики в США дает бизнесменам черного рынка 1000% прибыли. Только на улицах американских городов к концу XX века было продано наркотиков на сумму 170 млрд. долларов и больше. А общий доход наркобизнеса превысил 300 млрд. долларов. Отмечено, что наркомания широко распозлилась и в других странах. Например, в ФРГ 10% школьников потребляют наркотики. По данным немецкого журнала, в ФРГ 25% молодых людей в возрасте от 12 до 29 лет хотя бы раз принимали нелегально наркотики, 14% подростков мужского и 22% женского пола стали наркоманами в возрасте до 16 лет. Только в одном 1986 г. в ФРГ погибло 348, в 1987 г. – 458, а в 1988 г. – 600 молодых людей-наркоманов и эти цифры не уменьшаются. В странах Среднего Востока и Юго-Восточной Азии, в Иране, например, еще в середине XX века было зарегистрировано 85 тыс. наркоманов, применяющих опий, и предполагалось, что не зарегистрировано еще примерно 50 тыс. человек; в том числе морфин и героин, широко потреблялась в Бирме, Таиланде, Гонконге, Сингапуре, Малайзии. Где число наркоманов исчислялось в сотни тысяч – от 300 до 2250 человек на 100 тыс. населения.

Препараты опия в последние годы стали более широко употребляться и в Европе – Великобритании, Франции, Нидерландах и др. По-прежнему самое широкое распространение сохраняется за индийской коноплей и не только на Востоке, но и в западных странах. Так, по данным специального исследования, в Канаде 26-35% студентов университетов употребляли коноплю хотя бы раз, такие же результаты получены по применению наркотиков среди учащихся в нескольких странах Европы там коноплю употребляли от 11 до 23% учеников средней школы.

Наркомания, как отмечено выше, поражает в основном молодежную среду, средний возраст первой пробы наркотиков на сегодня составляет 7-8 лет. Исследования, проведенные в Санкт-Петербурге в первые годы XXI века, показали, что 80% школьников старших классов страдают проблемой наркотиков, а 30% их регулярно употребляют.

Из года в год растет число употребляющих наркотики в различных странах мира среди женщин, их в 4 раза больше, чем среди мужчин, среди подростков в 6 раз больше, чем у взрослых. Из этого делают вывод, что 15-20% молодежи употребляют наркотики. Наркомания является крайне трудно излечимым заболеванием, приводит к преждевременной гибели больного.

Социальные исследования показали, что наркоманы в среднем умирают до 21 года, а после начала регулярного употребления наркотиков живут не более 4 лет.

Таким образом, видно, что основным контингентом, страдающим от этого социального зла, является молодежь. Да иначе и не может быть, так как желание изведать «запрещенный плод», приобщиться к заманчивому миру взрослых проявляется смолоду. Помимо душевного опустошения, у них наступали деградации личности. У наркоманов быстро изнашивается организм. Они особо предрасположены к поражениям дыхательных путей, сердечно-сосудистым заболеваниям, конечно, среди них прослеживается в несколько раз больше несчастных случаев, травм, самоубийств и т. д. Немногие наркоманы доживают даже до 40 лет.

**Особенно опасна токсикомания**, так как она вызывается обычно химическими веществами, в том числе свободно продающимися в качестве препаратов бытовой химии. Токсикомания чаще, чем наркомания, поражает не только молодых, но и взрослых, пожилых лиц. Нередко токсикоманами становятся алкоголики. Борьба с токсикоманиями труднее, чем с наркоманиями, так как многие токсические вещества, вызывающие состояние дурмана, не отнесены юридически к наркотическим, подлежащим запрету, и против токсикоманов подчас бессильны органы охраны здравоохранения и внутреннего порядка.

Таким образом, злоупотребление наркотиками и токсинами является многомерной социальной и медицинской проблемой. Неравномерно география распространенности наркомании в странах СНГ. Больше всего случаев в Средней Азии, на Дальнем Востоке, Кавказе, в некоторых районах Поволжья и Украины.

Однако несомненен социальный характер этих поражений, так как они имеют тенденцию к значительному росту, в короткие сроки по существу уничтожают личность, приводят к деградации и обуславливают высокий риск для многих других заболеваний и антисоциальных поступков. В странах СНГ, например, ежегодно совершается 20-30 тыс. преступлений, связанных с наркоманиями и токсикоманиями. Естественно, что налицо тяжелые экономические последствия, разрушения личности самого наркомана, распад его семьи, горе и отчаяние близких.

Практика многих стран подсказала настоятельную необходимость усиления международных и других исследований для разработки и применения эффективных рекомендаций профилактики и лечения наркоманов и токсикоманов. Как известно, создана система глобального контроля над наркотическими средствами и психотропными веществами. В 1961 г. приняты Единая конвенция о наркотических средствах и Конвенция о психотропных веществах(1971). В соответствии с конвенцией 1961 г. в рамках ООН созданы международные органы по контролю над наркотиками – Комиссии по наркотическим средствам Экономического и Социального Совета и Международный совет по контролю над наркотическими средствами (МСКНС). Кроме них, в 1971 г. создан добровольный целевой фонд ООН для борьбы со злоупотреблением наркотическими средствами. Эти организации получают информацию практически от всех стран мира – 90 стран, разработаны меры инспекции по борьбе с наркотиками, осуществляют контроль над их выполнением в разных странах.

Указанные организации сотрудничают с ВОЗ и другими международными агентствами и научными ассоциациями, организуют и способствуют проведению международных конференций, посвященных борьбе со злоупотреблениям наркотиков. В 1990 г. В Лондоне проходила Международная конференция по кокаину и сокращению спроса на наркотики, в которой участвовали представители 110 стран и международных организаций. Обсуждались конкретные меры сотрудничества государства для усиления борьбы с наркоманией.

На каждом проходившем в начале XXI века разных странах мира симпозиумов, конференциях съездах, семинарах, политического, научно-

практического общественного характера проблема с наркоманией и токсикоманий включается в повести дня.

Однако следует признать, что меры, принимаемые против наркомании и токсикомании, пока не обеспечивают коренного перелома и бесспорного успеха: распространенность этого социального зла не уменьшается. Много предстоит государствам, органам здравоохранения и другими организациями для ликвидации этого зла как наркотизм. Один доллар, вложенный в наркобизнес, приносит 12240 долларов прибыли. В основном наркотики распространяются по всему миру из Афганистана и некоторых стран Южной Америки. В Узбекистане наркоманы употребляют в основном заболеваемость наркотически средства растительного происхождения, а с 1995 г. появились и лица, употребляющие героин, число которых, к сожалению растет.

По возрасту наиболее число употребляющих наркотики встречается среди лиц в возрасте 18-25 лет (37,6%); на 2-м месте – 25-30 лет (22,6%); на 3-м месте – 30-40 лет, на 4-м – 40 и выше (30,1%) и всего их составила в 2000 г. 22,5 и в 2009 году – 26,6 на 100000 населения. Как токсины в основном бензин, хлороформ чаще употребляются детьми школьного возраста.

Приведенные данные хотя и не свидетельствуют об эпидемии наркоманий и токсикоманий в Узбекистане, но говорят о значительном распространении этого явления, которое может принять характер эпидемии, такой, какую сегодня отмечается в ряде других стран.

Если о наркомании и токсикомании с возрастающей тревогой говорят и пишут давно в других странах ввиду увеличивающейся опасности этого бедствия, то в нашей стране много лет эта проблема практически не обсуждалась, так как считалось, что она не грозит нашему обществу в такой степени, как в других развитых государствах. Лишь в последнее время, особенно после того, когда были раскрыты не публиковавшиеся сведения, оказалось, что наркомании и токсикомании представляют немалую угрозу здоровья и благополучию и в нашем обществе и что особенно тревожит – с каждым годом число наркоманов увеличивается, растет количество жертв этого социального зла. В связи с этим для борьбы с наркоманией в Узбекистане принят специальный закон и приказ Минздрава и согласно которых открыт стационар для лечения алкоголиков и наркоманов. Все больные этой группы заболеваний берутся на учет в психоневрологических диспансерах, в поликлиниках и СВП. Профилактику и лечения алкоголиков и наркоманов проводят специально подготовленные врачи – наркологи совместно с ВОП, работающих в первичном звене здравоохранения. Не

малое место занимают в борьбе с алкоголизмом и наркоманией и средний медицинские работники, которые совместно с лечащими врачами организуют патронаж, диспансерное наблюдение и целевую разъяснительную работу среди больных и их окружения.

#### **4.3. Табакокурение – как социально гигиеническая проблема**

Не менее значимый, чем наркомании, алкоголизм и пьянство, аспект является – никотинизм (табакокурение).

Никотинизм превратился в громадное социальное зло и одна из причин его стойкости и все большей распространенности – табачная индустрия. Производство и продажа табака (как и алкоголя) – доходное дело. Не случайно в настоящее время табак выращивается в 120 странах мира, под него занято 4,7 млн. га плодородной земли, которая могла бы дать 10-20 млн т высококачественного звена. При средней урожайности 11-15 ц с 1 га ежегодно в мире выращивается табак, из расчета на душу населения в год примерно 2 кг табака, а в развивающихся, где табакокурение значительно меньше – 0,8 кг на душу населения.

Наибольшее потребление табака (сигареты, сигары трубочный табак и т.д.) происходит в США, Японии, Швейцарии, Великобритании (от 3 до 4 тыс. штук сигарет на жителя в год), а не меньшее среди развитых стран – в Скандинавских (1400-1600 штук в год).

Не говоря о вреде для здоровья курения табака, отмечено, что оно действует как один из сильных загрязнителей не только внутренней среды человека, но и внешней среды. Достаточно сказать, что, курильщики потребляют в год не менее 700 т синильной кислоты – одного из наиболее опасных токсических веществ, 400000 т аммиака, более 600000 т дегтя, 550000 т угарного газа и свыше 100000 т никотина. В мире выкуривается каждый год более 12 млн. сигарет и папирос, масса окурков от которых превышает 2,5 млн. тонн.

Как одна из причин появления ракового заболевания является табакокурение. По данным Международного противоракового агентства (МАИР), «от одной четверти до трех четвертей мужчин курят фактически во всех странах женщины обычно курят меньше, чем мужчины, но их доля во многих регионах Европы и Северной Америки составляет около 30% и все возрастающее их число приобретает эту привычку», в Юго-Восточных и др. развивающихся странах.

Диапазон распространенности курения очень широкий: так в конце XX века -10% (Барбадос) среди мужчин и 1-3% среди женщин (Нигерия,

Египет, Шри Ланка, Малайзия) до 60-70% среди мужчин (Замбия, Гавай, Уругвай, Таиланд и др.). употребляли табак. Есть страны, где почти все мужчины курят (Непал -87%, Маракко-93% и др.).

Следовательно, около половины людей на земле курят. Это 60% мужчин и более 30% женщин. В странах СНГ по приблизительным подсчетам получается, что курило более 30% населения (60% мужчин и 17% женщин). Подсчитано, что за секунду на земле выкуривается 300 тыс. сигарет и папирос. Эти цифры из года в год растут и, что является тревожным так как в XXI веке эти цифры могут вырасти в 2 раза.

Особенно среди женщин, детей и подростков. В Великобритании, например, к началу XXI века доля курящих мужчин и женщин уже почти одинакова: 30-32% тех и других от числа их сверстников в возрасте 16-19 лет и 32% мужчин и 36% женщин в возрасте 25-79 лет. В ФРГ в возрасте 20-65 лет курило более 40% жителей и из них 27% женщин; в Швейцарии 50% всех курящих в возрасте до 35-лет –женщины. В Швеции группа молодых курильщиков (15-19 лет) составляла почти половину всех молодых людей этого возраста: 44% юношей и 43% девушек. В Норвегии этот процент еще выше: 61% юношей и 63% девушек. По сведениям из Австралии, табак курили 85% юношей, 37% девушек; во Франции в этом возрасте курили 60% француженок. Исследования указывают на то, что стал значительно моложе возраст начала курения: средний возраст начала курения в США – 12 лет для мальчиков и девочек (данные Американского противоракового общества), в Великобритании этот возраст для мальчиков – 9,7 лет, для девочек – 11,2 года. Обследование в ФРГ показало, что почти 11% мальчиков впервые закурили в 8 лет, а 40% - в 10 лет; в этой стране более 33% школьников и 20% школьниц курили.

Из приведенных данных видно, что особенно легко приобретают привычку курить табак молодые люди и особенно в организованных коллективах – школах, училищах, вузах, где действует своего рода «заразительность», подражание. Все исследователи отмечают интенсивное возрастные числа курильщиков от младших к старшим курсам учебных заведений.

В тоже время в последние годы наметилась тенденция к сокращению курения в ряде стран. Благодаря деятельности ВОЗ, национальных кампаний формирования здорового образа жизни, активной антитабачной пропагандисткой деятельности средств массовой информации в Великобритании доля курящих мужчин уменьшилась с 72 до 36% , т.е. в 2 раза, за последний 10 лет, причем среди женщин это сокращение не было таким явным (с 44 до 36%). Как подчеркивают ВОЗ, другие международные

и национальные медицинские организации, распространение курения табака ведет за собой пандемическую заболеваемость и преждевременную смертность от рака легких, ишемической болезни сердца и др.

Отмечено, что фактически нет ни одного органа, ни одной ткани тела человека, которые не испытывали бы неблагоприятного влияния курения и его последствий. Особенно страдают дыхательные пути и легкие, которые у курящих возникают в несколько раз чаще и протекают более тяжело, чем у некурящих. Негативно на здоровье влияет не только активное курение, но и так называемое пассивное курение, т.е. вдыхание дыма сигарет от курильщиков. Подсчитано, что вдыхание табачного дыма в течение 5 ч равнозначно выкуриванию одной сигареты. При этом симптоматика вследствие пассивного курения такая же, как и у самих курильщиков. Особенно страдают маленькие дети, находящиеся в помещениях, где курят. У них значительно чаще возникают острые респираторные и другие заболевания.

Наибольшая опасность от курения – рак дыхательных путей, но еще до того как курильщиков может возникнуть рак бронхов или легких, они, как правило, заболевают бронхитами, а нередко хроническим воспалением легких и эмфиземой; часто курение вызывает или провоцирует бронхиальную астму. Наряду с острыми заболеваниями дыхательных путей чаще встречаются у курильщиков, встречается более 80% хронических бронхитов. Среди курящих, успевших выкурить более 100 тыс. сигарет, почти 30% мужчин и 20% женщин страдают хроническими бронхитами, среди некурящих этого же возраста такие больные составляют всего 5% и 3% соответственно.

Отмечается также влияние курения на возникновение злокачественных опухолей дыхательных путей. Чем больше выкуривается табака, тем больше риск возникновения рака, выше смертность от него. Среди выкуривших за жизнь 200 тыс. сигарет риск возникновения рака легких почти в 60 раз больше, чем среди некурящих. При этом имеет значение не только количество выкуриваемого табака, но и в меньшей степени – продолжительность курения. Разумеется, чем раньше начато курение, тем выше риск возникновения рака.

Рак может развиваться (рака легких и бронхов), даже спустя ряд лет после прекращения курения. Отмечено, что чем больше и дольше курение, тем чаще поражения других органов. Рак желудка у курильщиков возникает примерно в 1,5 раза чаще, чем у некурящих, шейки матки – в 2 раза, почек – в 2 раза, мочевого пузыря – в 3 раза; особенно часто поражаются полость рта (3-5 раз), глота (6-10 раз), пищевод (3-6 раз).

Наибольший урон курение наносит также на сердечно-сосудистой системе человека, способствуя возникновению ишемической болезни сердца и других заболеваний органов кровообращения. Курение может способствовать появления не только ИБС, но оно вызывает и другие расстройства – стенокардию, риск возникновения которых увеличивается в 2 раза, острый инфаркт миокарда – в 2 раза, внезапную смерть – почти в 5 раз. Отмечаются участвовавшие случаи внезапной смерти у молодых.

В последнее время появляется и неблагоприятное течение сосудистых заболеваний мозга. Исследования говорят о том, что 70% и более больных с этими поражениями – курильщики. Смертность среди них от сосудистых заболеваний мозга примерно на 30% выше, чем некурящих.

По заключению экспертов ВОЗ курящие женщины значительно чаще некурящих (в 2 раза) рожают детей с пониженным (на 150-250 г и более) весом. Дети от курящих матерей более восприимчивы к заболеваниям, хуже приспосабливаются к условиям жизни, у них больше врожденных дефектов (сердца, носоглотки и др.). В последнее время врачи обратили внимание на то, что так называемый синдром внезапной внутриутробной смерти плода значительно чаще встречается у курящих беременных (на 20-25%) и на 20 % внезапных смертей детей после родов больше у курящих в сравнении с некурящими женщинами. С курением связывают до 10% и более всех случаев смерти детей при рождении.

Все эти и другие факторы, зависящие от курения женщин, неблагоприятно сказываются на показателе младенческой смертности. Особенно ранней детской, перинатальной смертности и мертворождаемости. Есть данные о том, что у курящих матерей смертность детей при родах на 30% больше, чем у некурящих, а перинатальная смертность, по разным наблюдениям на 25-35% выше.

Таким образом, по заключению специалистов ВОЗ:

- 1) смертность среди курильщиков сигареты в целом, приблизительно на 30-80% больше, чем некурящих;
- 2) смертность возрастает с увеличением количества выкуриваемых сигарет;
- 3) смертность среди курящих пропорционально выше среди лиц в возрасте 45-54 лет, чем среди более молодых или более пожилых;
- 4) смертность выше среди людей, начавших курить в молодом возрасте.

Теперь о причинах курения и факторах, способствующих этому. Считается, что курение (а также алкоголизм, наркомании и токсикомании) - «Болезнь века», или «Болезнь цивилизации». Социологические и другие

исследования указывают на значение влияния микросреды – ближайшего окружения: семьи, школы, товарищей, знакомых и роли традиций, обычаев, моды и др. Мощный фактор влияния – курение родителей. Доказано, что большинство курящих происходят из семей, в которых курит отец, тем более оба родителя. Особенно неблагоприятно действует пример курения матери. В курении, как и пристрастии к алкоголю, как и при наркоманиях весьма значим пример товарищей, друзей. Указано, что первая сигарета была закурена чаще всего (50% и больше) под влиянием примера сверстников, приятелей, друзей. Немаловажным является желание 50-60% детей поскорее «стать взрослым», приобщиться к среде старших товарищей.

Проведенные наблюдения показали, что подражание поведению других, обычно старших, и снисходительное, подчас благодушное отношение к курению, отсутствие единого отрицательного к курению общественного мнения, глубокой внутренней убежденности абсолютного большинства во вреде курения и другие преимущественно поведенческие факторы имеют основание оцениваться как важные условия причины формирования привычки к курению и его распространения.

Распространенности наркотизма (курения алкоголизма, и наркомании), способствуют некоторые укоренившиеся иллюзии среди населения:

- «возможность сохранения здоровья, несмотря на вредоносные воздействия, которым подвергается организм курильщика» – алкоголика и наркомана);
- «попытка курильщика (алкоголика, наркомана и др.) преодолеть трудности реальной жизни путем соответствующего стереотипа поведения, приносящего определенное удовлетворение»;
- «независимость и престиж».

Понятно, что подобные психологические установки личности курильщика, алкоголика, наркомана – самообман, получивший, к сожалению, не только широкое распространение, но и поддерживаемый ближайшим окружением, массой населения. Его можно отнести к весьма живучим, традиционным мифам, десятилетиями, а то и веками культивируемым в обществе. Следовательно, наркотизм – явление социальное, прежде всего, социально-психологическое, требует внимания и активного противодействия всего общества.

Для борьбы с наркодеятелями никакое, даже самое авторитетные, постановления не решит проблему, не ликвидирует, и даже существенно не сократит никотинизм и другие виды наркотизма. Для этого требуется долговременная, поэтапная, общенациональная система мер

административных, социальных, психологических, экономических, политических, прежде всего воспитательных, чтобы рассчитывать на успех, чтобы уменьшить риск для здоровья патологического поведения и усилить формирование здорового и трезвого образа жизни. Главной целью антиалкогольной, антинаркотической и антиникотической политики (наркоманий) в нынешних условиях может стать постепенное вытеснение спиртного, табака, наркотиков из сферы человеческих потребностей. Уже сегодня реально достижимо сокращение размеров массовой алкоголизации и наркотизации, никотинизации путем сокращения выпуска алкоголя, табака, упорядочение использования наркотических средств и установления строгого контроля с одной стороны и воспитание активных трезвеннических установок у подрастающего поколения – с другой. Опыт многих стран мира по борьбе с наркотинизмом подтверждает такую установку.

Участие в вопросах резкого снижения и ликвидации алкоголизма, нарко- и токсикомании и курения не малое место принадлежит работникам здравоохранения. Врачи и особенно средние медицинские работники находясь постоянно в контакте с населением должны со знанием дела разъяснять каждому индивидуально и в коллективе о вреде вредных привычек, объяснять, что эти привычки вызывают разные острые и хронические заболевания являются причиной потери трудоспособности, о инвалидности и ранней смертности разъяснять на положительном и отрицательном примере как только активное желание преодолеть тягу к спиртным напиткам, наркотикам токсинам и табаку употребляющих их и участие в этом близких (семьи, коллективе) общественных и государственных органов, а также медицинских работников (врачей средних медработников) позволит поднять уровень здоровья населения и продлить активное долголетие.

### **Контрольные вопросы**

1. Что означает наркотизм.
2. Классификация наркотических веществ
3. Факторы «риска» алкоголизма наркомании, курения
4. Пути профилактики алкоголизма наркомании, курения
5. Распространенность алкоголизма наркомании, курения
6. Роль среднего медработника в борьбе с алкоголизмом, наркоманией и курением.

## Глава 5

### Инфекции, передаваемые половым путём и ВИЧ/СПИД– как социально-гигиеническая проблема

#### 5.1. Инфекции ППП

Инфекции, передаваемые половым путем известны с давних времен но они не были так ярко выражены и следовательно недостаточно изучены. Началось изучение этих заболеваний в последнее несколько столетий нашей эры. Многие заболевания, причинами которых являлись инфекции передаваемые половым путем (ИППП) проходили под маркой первичного соматического заболевания (простуды и других заболеваний).

Причинами их возникновения и распространения считали, что была окружающая среда, климат, спады температуры, некачественное питания, питье и др. факторы. В настоящее время существует более 30 видов инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), появилась еще одна группа таких заболеваний как ВИЧ/СПИД. Некоторые из ИППП почти неизлечимы и могут привести к тяжелым осложнениям. При этом нет ни одного надежного способа предохранения от них, кроме воздержания от внебрачных половых связей.

Первые упоминания о ИППП (гонореи, сифилис) обнаружены в древних трактатах. Даже в Библии есть рекомендации по предупреждению этого заболевания. Сам термин «гонорея», означал «истечение семени» (тогда ошибочно считали, что выделения при этом заболевании представляют собой именно семенную жидкость, а не гной). Данный термин был введен Галеном во II веке н.э.

Согласно классификации ВОЗ, предложенной в 2000 году. Это группа заболеваний относится по МКБ-10 к 1 классу. Все инфекции, передаваемые половым путем делятся на:

1. Классические венерические заболевания, к которым относятся: сифилис, гонорея, мягкий шанкр, лимфогранулема венерическая, лимфогранулематоз, паховый венерический. Последние три заболевания в странах СНГ, в том числе в Узбекистане. в настоящее время встречаются крайне редко, в связи с чем практически не регистрируются.

2. Инфекции, передающиеся половым путем, с преимущественным поражением половых органов: мочеполовой хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, мочеполовой трихомониаз, генитальный герпес, кандидоз (молочница), остроконечные (половые) бородавки, кондиломы,

контагиозный моллюск гениталий, бактериальный вагиноз (гарднереллез), чесотка, лобковый педикулез (вшивость);

3. Инфекции, передающиеся половым путем, с преимущественным поражением других органов: гепатит В, гепатит С, гепатит Д, цитомегалия, амебиаз, лямблиоз.

Как установили многие ученые факторами способствующим увеличению числа лиц с ИППП, а также ВИЧ/СПИД, является:

- экономически –социальная не удовлетворенность;
- психически-эмоциональная не устойчивость;
- слабая и недостаточно проводимая воспитательная работа среди населения, особенно детей, подростков и молодежи. Причинами распространения этих заболеваний в основном является половые отношения.

По статистике ВОЗ, ежегодно в мире появляется 350 млн. новых случаев инфекций, передаваемых половым путем, - в это число не входят СПИД, герпетическая инфекция и заболевания, вызываемые вирусом папилломы человека. Из них на долю генитального хламидиоза приходится 89 млн. случаев, на долю трихомониаза – 170 млн., гонореи – 62 млн., сифилиса – 12 млн. Соотношения половых инфекций в разных странах имеет существенные отличия.

Среди множества инфекций, передаваемых половым путем, гонорея и хламидиоз занимают особое место. Гонорея – одно из самых знаменитых заболеваний человека – олицетворяет собой нечто очень древнее, испокон веков ему присущее, то есть болезнь с «историей».

Хламидиоз – это более современное заболевание. Возбудитель был открыт лишь в начале XX века как инфекция, вызывающая поражение глаз. А о способности хламидий передаваться половым путем и вызывать соответствующие воспалительные урогенитальные заболевания стало известно лишь через несколько десятков лет.

Из всех ИППП наиболее распространены хламидии, на долю которых приходится до 60% всех негонорейных уретритов (НГУ) у мужчин. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) хламидиями в странах Европы инфицировано до 8-10% женщин и 5-7% мужчин, ведущих активную половую жизнь. Часто, даже после лечения ИППП может наступить повторные заражения, которое наступает в результате новой половой связи до и даже во время лечения, отсутствия лечения половой партнеры, не использования презерватива супружеской парой, проходящей лечение.

Урогенитальная хламидийная инфекция привлекает серьезное внимание, как практических врачей, так и ученых исследователей уже в

течение 50 лет, т.е. с начала 70-х годов, прошлого столетия когда для изучения биологии хламидий была предложен метод выращивания культуры клеток, что послужило началом совершенно нового периода изучения хламидийных болезней человека. Последствия не выявленных и не леченных инфекции наносят экономический и демографический ущерб обществу и оцениваются астрономическими суммами. Ряд авторов отмечают, что по данным ВОЗ, несмотря на то, что официально регистрируемая заболеваемость хламидиозом в общей популяции населения Земли не так уж высока 1,5–2%, она значительно выше заболеваемости гонореей и сифилисом соответственно в 1,7 и 7,4 раза.

В последние годы в некоторых странах Восточной Европы, в особенности во вновь образовавшихся независимых государствах, отмечается рост ИППП, в частности, сифилиса и гонореи. Практически во многих новых независимых государствах заболеваемость сифилисом достигла 200/100000 населения, а в некоторых регионах – 700/100000 населения и выше. Отмечено, что распространенность ИППП при отсутствии активных профилактических мероприятий может дать дальнейший рост заболеваемости среди населения. На это указывают данные прогноза, полученные рядом авторов.

В связи с этим ВОЗ в тесном контакте с UNAIDS начал организовывать международную поддержку стран Восточной Европы с тем, чтобы способствовать переходу к современным методам ведения случаев ИППП. Для этого нужно создавать "образцовые лечебные учреждения", внедрять принципа синдромного подхода с наименьшим вредом для больного, а также повышению безопасности гемотрансфузий и уменьшению вероятности распространения ИППП.

Начиная с 1997 г. в ряде стран уже отмечаются положительные, результаты при поддержке ВОЗ, выразившиеся в замедлении темпов роста заболеваемости сифилисом и другими ИППП. Для содействия странам Восточной Европы в осуществлении контроля над эпидемией ИППП ВОЗ и UNAIDS были разработаны Положения о срочных мероприятиях. Ряд международных организаций, в частности, Международные донорские организации, а также правительства некоторых стран согласились объединить свои усилия для поддержки мероприятий, направленных на профилактику и лечение ИППП в странах, где чаще они встречаются.

Таким образом, ИППП является не только государственной, но и межгосударственной проблемой, требующей проведения эффективных мер по предупреждению распространенности таких заболеваний и сохранению генофонда нации.

В конце XX века был проведен мониторинг оценки заболеваемости ИППП и качества помощи больным в США. При этом отмечено, что распространение гонореи (4%), хламидиоза (3-9%) у женщин в возрасте 15-24 лет там не отличается от соответствующих показателей в африканских странах. Самый высокий уровень распространения гонореи и сифилиса отмечен в регионах с наивысшим уровнем распространения ВИЧ-инфекции. В тоже время уровень обслуживания среди групп риска по ВИЧ-инфекции и ИППП часто снижен. Например, 90% клиник ИППП в США не оказывают помощи лицам с ограниченными финансовыми возможностями. Частнопрактикующие врачи менее охотно, чем врачи общественного здравоохранения, собирают анамнез сексуальной жизни, обследуют молодых одиноких женщин на ИППП и обеспечивают скрининг пренатального сифилиса и его лечение.

На основании анализа последних лет отмечено, что ИППП во многих странах мира чаще встречается среди наркоманов, применяющие инъекционные и другие нелегальные наркотики, а также уличной молодежи, относящихся к сексуальной активной популяции с высокой частотой смены половых партнеров и нередко оказывающие сексуальные услуги за деньги или наркотики. Среди этих лиц меньше других знают о симптомах ИППП, меньше беспокоятся по этому поводу и, соответственно, реже обращаются за медицинской помощью. Отмечено, что в связи с тем, что в секс-индустрии информация о ИППП предоставляется в основном лицам, предоставляющим сексуальные услуги, а стремление к опасному сексу больше характерно для лиц, пользующихся их услугами (клиентов), в Дании принят проект вмешательств, направленных на информирование клиентов.

Что касается стран СНГ, то, согласно официальным статистическим данным, самой распространенной инфекцией, передаваемой половым путем, был сифилис. А частота гонореи и уrogenитального хламидиоза примерно одинакова и гораздо меньше, чем сифилиса. Однако, в последние несколько лет имеется явная тенденция к ежегодному росту регистрируемых случаев ИППП нового поколения одновременно со значительным сокращением числа случаев сифилиса и гонореи. Многочисленные клинико-эпидемиологические исследования, проведенные в странах СНГ, свидетельствуют о широком распространении хламидий.

Хламидийная инфекция распространяется и выявляется в группе людей активного трудоспособного и репродуктивного возраста тремя путями: половым, бытовым и вертикальным. Основным является половой путь. Принято считать, что 50-80% случаев нарушения репродуктивной функции женщин обусловлены инфекционными поражениями, среди

которых кроме хламидийных наиболее часто встречаются микоплазменные и уреоплазменные инфекции.

В последние годы заболеваемость ИППП в Узбекистане, как и в других странах СНГ, стала увеличиваться и представлять одну из основных социальных и медицинских проблем, обуславливая значительную инфицированность населения.

Одним из важнейших факторов, способствующих повышению заболеваемости, также как и в других странах мира, признаны изменение сексуального поведения молодежи, относительно раннее начало половой жизни. Особенностью нынешней ситуации с заболеваниями, передаваемыми половым путем в Узбекистане является то, что до 65,0% лиц из группы риска «официально и работающие». Такой высокий показатель, как отмечают многие авторы, свидетельствует об их большой роли в эпидемиологии ИППП. Они являются активными мигрантами и составляют основную массу зараженных в возрасте от 21 до 50 лет и представляют одну из опасных эпидемиологических групп и создают большие трудности в активном выявлении и проведении диагностических и лечебных мероприятий.

Основной медицинской структурой, занимающейся проблемами ИППП в Республике, являются кожно-венерологические диспансеры, работающие в системе Минздрава здравоохранения. Совместно с ними работу проводят и ведомственные кожно-венерологические учреждения.

Методическое руководство и контрольную функцию осуществляет Республиканский научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии с участием кафедр медицинских институтов. Сотрудниками Научного центра дерматологии и венерологии подготовлены и утверждены Минздравом Республики Узбекистан все нормативные документы работы кожно-венерологических учреждений, новые схемы лечения и профилактики ИППП.

Самым печальным является то, что во многих странах мира все чаще стали регистрироваться случаи заражения детей до 14 лет, что, прежде всего, связано с изменением поведенческих реакций детей и подростков, ранним началом половой жизни.

Согласно мнению многих ученых, подростки являются наиболее уязвимой группой в отношении ИППП, что определяется социально-демографическими, психологическими, поведенческими и биологическими факторами. Эти факторы часто взаимосвязаны и не учитываются медицинскими работниками и педагогами, работающими с подростками. ИППП, перенесенные в подростковом возрасте, являются причиной множества осложнений, оказывающих влияние на всю последующую жизнь.

Необходимо изменение сексуального поведения для того, чтобы избежать гинекологических осложнений. Основные стратегии должны быть направлены на просвещение и предупреждение ИППП. Поскольку многие ИППП протекают бессимптомно, они часто не диагностируются и не лечатся. Поэтому необходимо осуществление программ по просвещению, а также оказанию своевременной и квалифицированной лечебной помощи подросткам.

Несмотря на общую тенденцию к снижению заболеваемости ИППП по отдельным инфекциям в Узбекистане в конце 20 и начале 21 века продолжается рост хламидиоз - на 0,27%, уреаплазмоза и микоплазмоза – на 0,40%, урогенитального герпеса – на 6,5%, урогенитального кандидоза – на 21,26%. Такое положение сложилось, по мнению многих ученых, что среди причин роста преобладают:

- отсутствие санитарно-эпидемиологического мониторинга за ИППП;
- изменение стереотипов поведенческих реакций детей и подростков, т.е. раскованность, слабого поведения и более раннее начало половой жизни;
- процветание частнопредпринимательской деятельности, которая часто скрывают о наличии ИППП даже от самих клиентов

Как считают многие авторы уменьшение риска возникновения ИППП должно быть направлено на:

А) Повышение доли лиц, осведомленных об инфекции

- просвещение населения в отношении симптомов и признаков ИППП
- скрининг и выявление бессимптомных случаев заболевания и лиц из групп риска. Особое внимание уделить при этом факторам способствующая увеличению числа ИППП среди населения, особенно с потенциально контактными.

Б) . Повышение доли лиц, обращающихся за медицинской помощью и с ними проводить беседы о вреде курения, алкоголя, употребления наркотиков, беспорядочную половую связь, улучшение отношения каждого к своему здоровью и осведомленности об имеющихся услугах

- повышение доступности медицинской помощи ко всем слоям населения между первичным звеном здравоохранения т.е. учреждениями ПМСП со специализированными кожно-венерическими учреждениями
- повышение уровня приемлемости медицинской помощи
- снижение стоимости клинических услуг.

В). Совершенствование методов диагностики и повышение доступности эффективных диагностических тестов

Г). Повышение эффективности лечения и последующего наблюдения

- использование эффективных и доступных по цене препаратов

- совершенствование методов последующего наблюдения диспансеризацию таких больных.

В эпидемиологии ИППП ведущую роль играет: латентное течение заболевания и следовательно большой процент появления болезней среди контактных.

Роль среднего медицинского работника при борьбе с этими заболеваниями заключается в повышении знаний о проведении здорового образа жизни, о вреде беспорядочных половых связей, о первых симптомах и признаках ИППП среди населения, особенно подростков, женщин и категории работающих в больших коллективах, имеющих связь с многими людьми, а также безработными и любящих праздный образ жизни и разъяснять им методы профилактики от этой инфекции.

## **5.2. ВИЧ-инфекция и СПИД**

В 1981 году у гомосексуалистов в США впервые была обнаружена новая болезнь – синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). В 1983 году был обнаружен вирус этого синдрома – вирус ВИЧ. Это заболевание по МКБ-10 входит в первый класс.

ВИЧ – инфекция (СПИД) – инфекционная болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который поражает иммунную систему, и приводит к развитию синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). По данным Всемирной организации здравоохранения на конце 2000 года, со времени открытия вируса иммунодефицита человека от СПИДа умерло почти 22 млн. человек, число инфицированных перевалило за 36 млн. число их из года в год растет сейчас уже можно говорить о пандемии ВИЧ – инфекции.

Выделено 2 типа вируса иммунодефицита человека (ВИЧ): ВИЧ – 1 это основной возбудитель ВИЧ – инфекции; основные места распространения – Северная и Южная Америка, Европа и Азия, ВИЧ – 2 - это менее вирулентный аналог ВИЧ – 1, который редко вызывает типичные проявления синдрома приобретенного иммунодефицита и не так широко распространен.

В настоящее время заболевание зарегистрировано практически во всех странах мира и имеет глобальный пандемический характер. Наибольший процент зараженных – среди населения это стран Карибского бассейна, Центральной Африки, США, Западной Европы. Болеют преимущественно жители городов. По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2002 году в мире не осталось ни одной страны, в которой не было бы больных СПИДом. В настоящее время ВИЧ – инфицированы более 40

миллионов жителей планеты. Быстрее всего болезнь распространяется в южноафриканских странах, где каждый третий является носителем вируса иммунодефицита человека. В настоящее время он распространен по всему миру и имеет глобальный (пандемический характер).

Основным в профилактике ВИЧ является понимание её эпидемиологии и путей передачи. ВИЧ инфекция передается:

- при половом контакте;
- через кровь;
- от матери к ребенку.

$\frac{3}{4}$  в мире это половой путь заражения, затем через кровь, и от матери ребенку при беременности, в процессе родов и кормления ребенка. Временной интервал между моментом инфицирования ВИЧ–инфекцией до появления первых признаков заболевания СПИДом необычайно долг – 10 и более лет.

После развития у человека признаков заболевания СПИДом, средняя продолжительность жизни составляет 2-4 года. По оценке ООН в мире к концу 20 столетия в мире проживало 33,6 млн. ВИЧ–инфицированных, в том числе 1,2 млн. детей. Каждый день в мире регистрируется в среднем 8000 случаев ВИЧ–инфекции, преимущественно молодых людей. За весь период эпидемии от СПИДа погибло более 17,0 млн. человек, из них более 4 млн. детей. Это не точная цифра, так как учет на селе низкий. В России первый ВИЧ – инфицированный был зарегистрирован в 1987 году. К 2003 году случаи ВИЧ – инфекции зарегистрированы в 88 субъектах РФ. Максимальное число случаев зарегистрировано в Москве и Московской области, Санкт-Петербурге, Свердловской, Оренбургской, Самарской и Иркутской областях, Нижний Новгород и Тверь, это цифра из года в год растет.

Эпидемия ВИЧ–инфекции помимо медицинских, ставит массу проблем правового и морального характера во всех странах мира, в том числе и Узбекистане для борьбы с этой группой болезней в по этому поводу в Узбекистане принят специальный закон. В нашей республике, как в и других странах, регистрируется ежегодно, по далеко неполным данным более 1000 ВИЧ инфицированных 70% ВИЧ–инфицированных наркоманы, в 2002 году выявлено среди наркоманов 981 инфицированных ВИЧом, среди которых 9 иностранных граждан. Большинство иностранцев проживает в г.Ташкенте (57,8%) и Ташкентской области (22,9%). Специального лечения ВИЧ и СПИДа нет. Комбинированное лечение ВИЧ–инфицированности не приносит выздоровления, однако продлевает его жизнь (1 цикл лечения стоит 1 млн. руб. в России). Такие же примерно цены и у нас в Республике.

Инкубационный период ВИЧ – инфекции продолжается от 3 дней до нескольких месяцев. Клинические проявления ВИЧ – инфекции многообразны. Примерно у половины заразившихся через 2-4 недели наступает период первичных проявлений, связанных с диссеминацией ВИЧ, длится он от нескольких дней до 2,5 месяцев. При этом появляются симптомы острого инфекционного заболевания в виде повышения температуры тела, ангины, увеличения лимфатических узлов, печени, селезенки, появления жидкого стула, высыпаний на коже.

Постепенно все проявления принимают более стойкий и тяжелый, угрожающий для жизни характер, и болезнь переходит в последнюю стадию – СПИД. Наиболее типичными заболеваниями, позволяющими констатировать СПИД, различные соматические заболевания. При этом у части больных преобладает упорная рецидивирующая пневмония, у других – хронический понос, сопровождающийся обезвоживанием, у третьих – поражение нервной системы с упорными головными болями, прогрессирующим снижением памяти, интеллекта, нарушением чувствительности и развитием параличей. СПИД длится от нескольких месяцев до 5 и более лет и заканчивается смертью больного. Часто следствием развития СПИДа, могут быть сепсис, пневмония, менингит, поражение остей и суставов, абсцессы, отит и другие воспалительные процессы и др. заболевания независимо от возраста; заболеваний.

Клиника ВИЧ – инфекции у детей раннего возраста, особенно родившихся от зараженных матерей, характеризуется признаками указанными выше. Передача вируса при переливании зараженной крови приводит, по статистике, к заражению в 80-100% случаев. Из всего видно, что глобальная пандемия ВИЧ – инфекции – это суровая реальность нашего времени, о которой следует помнить всем живущим на Земле людям. В соответствии с прогнозом специалистов, темпы распространения в мировом масштабе достигнут своего пика лишь к 2010 году. Не менее 36 миллионов человек уже заражены ВИЧ и с большей долей вероятности погибнут в течение ближайших 10-12 лет, по меньшей мере, одна треть – это люди в возрасте от 15-до 24 лет. Каждую минуту пять молодых людей этого возраста заражаются ВИЧ.

Случаи заражения через пищевых продукты и укусы насекомых неизвестны. Самый высокий риск инфицирования при половых отношениях, при длительной половой связи вероятность заражения увеличивается. Так, при инфицированности одного из супругов женщины заражаются в течение 3 лет в 45-50% случаев, мужчины – в 35-45%. При переливании крови, при различных медицинских манипуляциях, если нарушаются правила

стерилизации и пользования иглами, шприцами, системами для переливания крови, внутривенных вливаний, хирургическими и стоматологическими инструментами. Наиболее высока заболеваемость лиц, ведущих беспорядочную половую жизнь, наркоманов, использующих для введения наркотиков общие шприцы.

Среди детей, родившихся от зараженных матерей, инфицированными оказываются 25-35%. Считают, что вирус может проникнуть через дефектную плаценту, а также передаться ребенку во время прохождения по родовым путям. Кормление инфицированной женщиной ребенка приводит к его заражению в 25-35% случаев. Передача вируса в стоматологической практике, при косметических процедурах, в парикмахерских, хотя теоретически допустима, но пока не зарегистрирована.

Современная медицина располагает пока лишь средствами, которые могут продлить жизнь больного сохранить его работоспособность. Темпы и характер развития эпидемии в разных странах определяется социальными условиями. В США вирус первоначально начал распространяться среди мужчин – гомосексуалистов с частой сменой половых партнеров в этой среде.

Профилактика ВИЧ – инфекции проводится по нескольким направлениям, из которых наибольшее значение имеют:

1. Обучение населения, начиная со школьного возраста, правильному половому поведению: ограничению числа половых партнеров и использованию презервативов;
2. Борьба с наркоманией, проституцией;
3. Применение в медицинских учреждениях игл, шприцев, систем для внутривенных вливаний и другого инструментария разового пользования, неукоснительное выполнение правил использования и стерилизации шприцев, игл и других инструментов;
4. Строгий контроль за донорами (проведение обследования их на ВИЧ – инфекцию);
5. Проведение массовых обследований на ВИЧ – инфекцию, включая анонимные,
6. Введение уголовной ответственности за умышленное распространение болезни.

В нашей стране обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ – инфекцию подлежат;

- доноры крови, плазмы крови и других биологических жидкостей и тканей;
- граждане, возвращающиеся из зарубежных командировок длительностью свыше 1 мес.;

- иностранцы, прибывшие на учебу или работу на срок более 3 мес. Из страны, где имеет распространение ВИЧ – инфекция;
- граждане, имевшие половые контакты с носителями или больными ВИЧ – инфекцией;
- лица из так называемой группы риска (получившие множественные переливания крови и ее препаратов, страдающие наркоманией, больные венерическими заболеваниями, гомосексуалисты и лица, занимающиеся проституцией);
- больные с клиническими проявлениями ВИЧ – инфекции (СПИДа), изъявившие желание пройти освидетельствование;
- беременные.

Таким образом, ВИЧ-инфекция является огромной медицинской, социальной, юридической, моральной и экономической проблемой.

Во всех перечисленных мероприятиях по борьбе со ВИЧ /СПИДом не малое место принадлежит средним медицинским работникам. Роль среднего медицинского работника при этом заключается в распространении знаний и в предупреждении беспорядочных половых связей, улучшение отношения к здоровью и соблюдение здорового образа жизни и просвещение населения в отношении симптомов и признаков ВИЧ/ СПИД-инфекции.

При обращении пациента, подозреваемый на ВИЧ инфекцию, в первичное звено здравоохранения или при поступлении в стационар, медсестры должны осторожно, не затрачивая самолюбия каждому объяснять причины появления ИППП и ВИЧ/СПИД заболевания, последствия этих заболеваний и меры предосторожности. С выявленными больными должны проводить работу своевременного лечения и уделять особое внимание выявлению контактов, установить за ними наблюдение.

### **Контрольные вопросы**

1. Распространенность заболеваний, передающихся половым путем
2. Особенности заболеваний, передающихся половым путем
3. Причины распространения ИППП.
4. Меры борьбы с болезнями, передающимися половым путём
5. Распространенность ВИЧ-инфекции и СПИДа
6. Особенности ВИЧ-инфекции и СПИДа
7. Причины распространения ИППП и ВИЧ/СПИД
8. Меры борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.
9. Роль среднего медработника в борьбе с ИППП и ВИЧ/СПИДом.

## Глава 6

### Травмы и отравления – как социально-гигиеническая проблема

Травмы и отравления в настоящее время занимают третье место в мире структуре смертности населения в четвертое – в структуре заболеваемости и согласно МКБ-10 вошла в 19 класс.

Травматизм – совокупность травм, повторяющихся при определенных обстоятельствах у одинаковых групп населения за определенный отрезок времени (месяц, год, квартал). Во всех случаях можно выявить причинно-следственные связи между внешними условиями, в которых пребывал пострадавший (работа, пользование транспортом, занятия спортом и т.п.), и состоянием организма. Эти связи определяют путем систематизации условий и обстоятельств возникновения травм, анализа внешних и внутренних факторов, вызывающих повторные травмы.

По причинам, месту возникновения травм и другим признакам различают травматизм: производственный, бытовой, дорожно-транспортный, уличный, детский, спортивный, промышленный, сельскохозяйственный, умышленный, военный и другие. Однако необходимо знать виды профилактики травматизма для разработки мер профилактики травматизма. Так, производственные травмы чаще всего возникают вследствие несоблюдения правил техники безопасности, нарушения технологического процесса, недостатков в организации труда. Причины дорожно-транспортных травм связаны в большинстве случаев с нарушениями правил дорожного движения водителями и пешеходами, злоупотреблением алкоголем. Уличный травматизм (не связанный с транспортом) возникает главным образом при падениях на скользких тротуарах и пешеходных дорожках; страдают от этого в основном люди преклонного возраста. Травматизм у детей во многом обусловлен особенностями детского возраста: степенью умственного и физического развития, отсутствием достаточного житейского опыта, повышенной любознательностью, склонностью к шалостям и др. ему способствуют также неправильная организация быта детей в школах и дошкольных учреждениях, и дома, отсутствие надлежащего контроля над детьми и систематической воспитательной работы. Бытовые травмы у детей возникают вследствие отсутствия порядка в домашнем хозяйстве, небрежного хранения горючих и взрывчатых веществ и других источников повышенной опасности. Неправильная организация спортивных занятий и недостаточно оборудованные спортивные площадки и помещения.

Профилактика производственного травматизма предусматривает, прежде всего, повышение культуры производства, замену старого

оборудования на более совершенное и безопасное, совершенствование организации труда, контроль над соблюдением техники безопасности. Профилактика дорожно-транспортного травматизма связана с улучшением конструкций транспортных средств, качества дорожного покрытия, организации дорожного движения, а также с контролем над соблюдением правил дорожного движения повышением дисциплины водителей и пешеходов и др. При этом главной задачей является изоляция пешеходов от движущихся транспортных средств.

Борьба с травматизмом представляет собой сложную проблему, решение которой требует совместных усилий многих ведомств и учреждений. Роль медиков помимо непосредственного оказания медпомощи состоит в основном в учете травм, выявлении их причин, разработке рекомендаций по поднятия уровня знаний населения в борьбе с травматизмом.

Ежегодно в мире от различных травм погибает более 5 млн. человек - это почти 9% от общего числа смертей, погибает 950 тысяч детей в возрасте до 18 лет. Это означает, что каждый час гибнет 100, а ежедневно более 2000 детей. Жизнь более 2000 семей омрачается из-за гибели ребенка по причине неумышленной травмы или так называемого «несчастливого случая», которые можно было бы предотвратить. Как только дети достигают пятилетнего возраста, неумышленные травмы становятся самой большой угрозой их жизни. Неумышленные травмы являются также основной причиной инвалидности. Детские травмы бывают разными в зависимости от причины, серьезности повреждения, возраста ребенка и места его проживания. Причины и структура детского травматизма изменяются в зависимости от возраста, пола психического и физического развития ребенка. Травмы у ребенка бывают в основном бытовые, уличные, школьные, спортивные и транспортные.

К первой группе относится дорожно-транспортный травматизм. Ежегодно в результате дорожно-транспортных происшествий погибает в мире более 260 тысяч детей. По приблизительным оценкам в результате этих происшествий более 10 миллионов детей получают травмы. Материальная издержка во всем мире из-за дорожно-транспортного травматизма и смертельных случаев на дорогах ежегодно оцениваются примерно в 518 миллиардов долларов, то есть в размере 3% валового национального продукта большинства стран. Жертвами дорожно-транспортных происшествий становятся не только дети. Например, в Юго-Восточной Азии 20-66% детей становятся сиротами, теряя одного или обоих родителей из-за несчастных случаев на дорогах.

Причинами травматизма на дорогах это опасность для детей – пешеходов возникает в том случае, когда:

- плотность движения превышает 15 000 автомашин в день;
- нет безопасных и эффективных систем общественного транспорта;
- транспортные средства движутся с неприемлемо высокой скоростью;
- неудовлетворительное землепользование и использование сети дорог приводит к отсутствию детских площадок для игр и разделения пользователей дорог;

- протяженные прямые дороги способствуют движению на повышенных скоростях в районах со смешанным землепользованием, включающим жилые дома, школы и торговые точки.

Наибольшие удельный вес составляют транспортные травмы (29%) мужчин 81% женщин – 19%. Смертность от травматизма в Узбекистане немного ниже, чем в других странах СНГ, и значительно превышает показатели Западной и центральной Европы.

Большинство смертельных травм среди детей младше 18 лет является результатом дорожно-транспортных происшествий, утоплений, ожогов, падений с высоты или отравлений. Эти пять категорий составляли 60% всех смертельных случаев от травм среди детей.

Мальчики погибают чаще, чем девочки, по всем категориям неумышленного травматизма, за исключением ожогов, по этой категории в некоторых частях мира, например, в странах региона Юго-Восточной Азии и в странах со средним доходом в регионе Восточного Средиземноморья, смертность среди девочек-подростков превышает смертность мальчиков – подростков на 50%.

К 2-ой группе травм среди детей является утопление. Утопление ежегодно приводит к более 175 тысячам смертельных случаев среди детей и подростков в возрасте до 19 лет. Каждый день во всем мире тонет более 450 детей, и тысячи детей вследствие утопления без смертельного исхода остаются инвалидами до конца жизни, в том числе в результате получения повреждений головного мозга. Ежегодно от двух до трех миллионов детей в возрасте до 15 лет тонут, но без смертельного исхода.

Дети младше 5 лет образуют группу наиболее высокого риска утопления, за ними следуют подростки в возрасте 15-19 лет. Это тенденция в целом устойчиво прослеживается во всем мире и связана с процессами роста и развития. Мальчики больше подвержены опасности утопления, чем девочки, из-за более частого пребывания в водной среде и рискованного поведения, особенно в подростковом возрасте.

С употреблением спиртных напитков связано от 25 до 50% смертельных случаев во время отдыха детей и взрослых на воде и на берегу. Большинство случаев утопления происходит в доме или поблизости от дома.

Климатические условия также подвергают детей опасности утопления в результате разрушительных наводнений и цунами. Согласно ЮНИСЕФ, треть, жертв, погибших во время цунами в Юго-Восточной Азии в 2004 г., составляли дети. Дети также могут подвергаться более высокому риску утопления во время каникул. Число случаев утопления можно уменьшить с помощью эффективных профилактических стратегий. Кроме того, надо оценить некоторые из перспективных практик при различных обстоятельствах.

Учитывая сложность событий утопления, профилактические стратегии должны соотноситься с конкретными обстоятельствами и местом действия, что связано с максимальным использованием многосторонних подходов.

Вокруг плавательных бассейнов необходимо строить и поддерживать в надлежащем порядке изолирующие с четырех сторон ограждения с самозапирающимися воротами, и законодательно закрепить обязательность таких ограждений. Доказано, что там, где это осуществлялось на практике, наличие барьеров успешно снижает показатели утопления. Для профилактики утопления нужно обучаться следующим навыкам:

- хотя не существует исследований эффективности работы спасателей в качестве самой первой профилактической меры, но присутствие обученных спасателей на берегу и в общественных плавательных бассейнах гарантирует соблюдение стандартов поведения, осуществление спасения на воде, помогает контролировать рискованное поведение и формирует стиль безопасного поведения.

- необходимо разъяснять родителям и воспитателям риски утопления и важность надзора. В особенности важно объяснить то насколько опасно оставлять у каких-либо емкостей с водой маленьких детей до 5 лет одних или с другими несовершеннолетними детьми.

- необходимо обучать родителей и воспитателей элементарным навыкам спасения утопающих и первой помощи. Без немедленной первой помощи (включая элементарную сердечно-лёгочную реанимацию) последующие более сложные реанимационные методы в большинстве случаях утопления практически бесполезны.

Необходимо, чтобы все члены сообщества обладали навыками сердечно-лёгочной реанимации. Если любой, то окажется рядом, будет в состоянии предпринять меры по немедленной реанимации, это увеличит выживаемость утопающих детей.

К 3 группе относятся ожоги. Дети по природе своей любопытны, едва научившись передвигаться, они начинают исследовать все, что их окружает и играть с новыми предметами. Тем не менее, этот познавательный процесс означает, что они начинают сталкиваться с объектами, которые могут стать причиной тяжелых травм. Игры с огнем или прикосновение к горячим предметам могут привести к ожогам, вызвать острую боль и нередко повлечь за собой долговременные отрицательные последствия. Это порождает страдания не только детей, но и их родных и близких. Термическим ожогам относятся:

- ожоги горячей жидкостью – вызываемые кипятком или паром;
- контактные ожоги – вызываемые прикосновением к горячим предметам или таким вещам, как горячие утюги, кухонные принадлежности, а также зажженные сигареты;
- ожоги пламенем – вызываемые открытым огнем или расклеенными частицами, испускаемыми такими предметами, как горящие сигареты, свечи, лампы или печи;
- химические ожоги – вызываемые химически активными веществами, например, едкими кислотами или щелочами;
- электрические ожоги – вызываемые электрическим током, проходящим по телу от штепсельной розетки, электропровода или бытового электроприбора.

По данным ВОЗ в 2004 г. во всем мире почти 96 тысяч детей и подростков моложе 20 лет получили смертельные травмы в результате ожога огнем. Хотя основной причиной смертности детей от ожогов являются ожоги пламенем (около 95%), ожоги горячей жидкостью и контактные ожоги являются важной причиной не смертельных ожогов и инвалидности. Ожоги ложатся тяжелым экономическим бременем на систему здравоохранения. Исследования, проведенные в США, показали, что расходы на госпитализацию в связи с ожогами, колеблются в пределах от 1187 долларов США на одну травму из-за ожогов горячей жидкостью до 4102 долларов на травму из-за ожогов в результате пожаров. Ожоги бывают не только кожных покровов, но и ожог дыхательных путей, которые возникают в результате вдыхания перегретых газов, пара, попадания в них горячей жидкости или вредных продуктов горения. Вдыхание дыма является самым значительным определяющим фактором смертности от ожогов.

4 группа - это падения. Падение – это обычный аспект развития детей и часть процесса приобретения навыков ходить, бегать, прыгать, карабкаться, обследовать окружающую среду и справляться с возникающими в ней ситуациями. К счастью, большинство детей падает, получая при этом лишь

незначительные порезы или ушибы. Однако некоторые падения превышают по силе упругость человеческого тела и способность поверхности контакта поглотить передаваемую при этом энергию. Это делает падения значимой причиной детского травматизма, включая травмы, приводящие к постоянной инвалидности и гибели. Ежегодно во всем мире почти 47 тысяч детей и подростков младше 20 лет погибают в результате падений с тяжелыми последствиями, то есть ежедневно более 128 детей и подростков падают и разбиваются насмерть. Падения – это двенадцатая по значимости причина смертности среди детей в возрасте 5-9 и 15-19 лет. Дети младше 1 года имеют самые высокие показатели падения.

Дети младшего возраста подвержены опасности падения, так как их любопытство и стремление исследовать окружающую обстановку обычно не соответствует их способности оценивать опасность и реагировать на нее. По мере того как дети становятся старше, их способность реагировать на опасность чаще совпадает с повышенным уровнем независимости, с их повышенной физической активностью, а также более смелым поведением, связанным с принятием рискованных решений, из-за чего они чаще попадают в ситуации, в которых может произойти падение.

Мальчики больше подвержены риску падений, как со смертельным исходом, так и без смертельного исхода. Это частично объясняется различиями в характере воспитания детей разного пола, социализации, ролевых ожиданиях, а также большим участием мальчиков в рискованном поведении и опасных играх.

Количество падений можно уменьшить с помощью эффективных стратегий профилактики. Целый ряд многообещающих мер предстоит проверить в различных обстоятельствах.

Высокое бремя смертности, расходов здравоохранения и значительного риска смертности из-за черепно-мозговых травм требует, чтобы профилактика связанного с падением травматизма стала средоточием усилий по обеспечению безопасности детей во всем мире. Разработка и обеспечение агитационных кампаний в средствах массовой информации листовок для стран с низким и средним доходом, предназначенных для разъяснения мер домашней безопасности и профилактики травматизма родителям, работникам здравоохранения, работникам правоохранительных органов, государственными и общественными организациями.

5 группа – это отравления. Отравления детей происходят в течение всего года, хотя наблюдаются значительные сезонные колебания этого показателя. Укусы ядовитых животных и случаи приема внутрь керосина, медикаментов и пестицидов чаще всего происходят больше времени на

открытом воздухе, ослабляется присмотр за ними со стороны взрослых и увеличивается объем выпиваемых жидкостей. Отравление оксидом углерода, выделяющимся из отопительных устройств, отравление такими лекарствами, как средства от кашля и простуды, чаще происходят зимой.

Фактическими данными, влияющие на показатель отравления детей являются молодой возраст родителей, недостаточный присмотр со стороны взрослых и частая смена места жительства. Кроме того, факторами риска, связанными с острым отравлением, являются плохие условия жизни, обычаи и обряды, низкий культурный уровень, не умение обращаться с химическими веществами.

Поскольку отравление часто неверно диагностируется или долго остается нераспознанным, начало лечения может откладываться, что часто приводит к трагическому исходу.

Для предупреждения отравлений необходимо:

- Устранение токсичного агента
- Принятие (и проведение в жизнь) законов о недоступных для открывания детьми упаковок лекарственных средств и ядов
- Фасовка лекарственных средств в несмертельных дозах
- Создание токсикологических центров
- Хранение под замком лекарств и других токсичных веществ

Для того чтобы предотвратить детский травматизм, бороться с ним и минимизировать его последствия, необходимы конкретные действия. Эти действия – образующие отчасти национальную стратегию здравоохранения должны быть основаны на ясных доказательствах, быть адекватными с точки зрения культуры и местной ситуации, и должны быть проверены в местных условиях. Неотъемлемой частью программы должна быть оценка принимаемых мер. Конкретные меры, принимаемые для каждого типа травм, имеют свою специфику, но основные подходы остаются одинаковыми.

В большинстве стран разница в смертельных травмах от различных способов между мальчиками и девочками с возрастом повышается. Эти показатели почти равны до возраста 5 лет, после которого мальчики составляют все более возрастающий процент, вплоть до наступления пубертатного периода, когда 15-17 –летние мальчики составляют уже 86% неумышленных смертельных случаев от травм.

Важным подходом в профилактике травматизма является изменение окружающей среды таким образом, чтобы сделать ее более удобной. Необходимо разработать эффективные усовершенствованные для дорожно-транспортной среды и условия на улицах для дома. Например, во многих

странах добились значительного прогресса в создании более безопасной транспортной инфраструктуры, включая дороги вокруг школ и детских садов. Это работа проводится и у нас в Узбекистане.

Участие медицинских работников в снижении разных групп травматизма играет большую роль. Наряду с врачами и медицинскими сестрами должна проводиться большая разъяснительная работа с родителями детьми и детьми различного возраста, о необходимых условиях для недопущения детского травматизма, причин вызывающих тяжелые осложнения при травматизме, отравлениях, утоплении, падении и ожогов. Обучать всех, кто связан с воспитанием детей и уходом за ними мерам по профилактики травматизма. Однако образовательные программы сами по себе не уменьшают травматизм и не должны быть единственным средоточием усилий в области профилактики детского травматизма, особенно когда существуют другие испытанные и перспективные стратегии.

Укрепление служб травматологической помощи в разных странах как в первичном звене здравоохранения, а также в специализированных учреждениях лечению реабилитации таких больных, снижает доли смертности и инвалидности от травматизма.

Многие до сих пор полагают, что травмы неизбежны, лишь некоторые страны располагают добротными содержательными данными по детскому травматизму. Ограниченность человеческого потенциала для решения проблемы - слабое взаимодействие между организациями по согласованному решению вопросов детского травматизма. Недостаточное финансирование для поддержания усилий по профилактике травматизма.

Нехватка во многих случаях последствий детского травматизма - это:

1. Активное проведение санитарно-просветительной работы среди детей, родителей, воспитателей и педагогов;
2. Воспитания у детей устойчивых навыков и привычек по безопасности уличного движения и личной безопасности;
3. Улучшение организации досуга детей и физической подготовки;
4. Благоустройство территории и т.д.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В итоге социология здоровья и заболеваемости (медицинская социология) - это наука объединяющая экономические, социальные, медицинские и философские взгляды на здоровье человека, сохранение и укрепление его, продление активной жизни каждого индивидуума и коллектива в целом. Определения состояния здоровья населения путем изучения демографических показателей, заболеваемости и смертности среди населения, причин вызывающих те или другие заболевания, рассмотрения участию в устранении причин вызывающих болезни государственных, медицинских, общественных и религиозных организации создает условия для здорового образа жизни.

Только совместными усилиями всех заинтересованных органов и организации можно добиться улучшение здоровья людей. Для снижения заболеваемости и смертности среди них и продления активного, трудоспособного возраста не малую роль в комплексных мероприятиях за здорового образа жизни играют средние медработники со средним и высшим медицинским образованием. На них возлагаются большие задачи по воспитанию медицинской грамотности населения, обучению методом профилактики, умению избегать вредных факторов влияющих на здоровье, а также научить каждого индивидуума, бороться за свое собственное здоровье и здоровье окружающих.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агапов, Е.П. Теория социальной работы / Е.П. Агапов, К.В. Волощукова - Изд-во Дашков., 2008.-111-112 с.
2. Алексеева, Л.С. Создание центра социально-психологической помощи семье и детям / Л.С. Алексеева, В.В. Хухлина - М., 2007.-41-42 с.
3. Балтуева С.В. Технологии социальной работы // Вестник ИрГТУ. – 2007. № 2(30).- 5 с.
4. Бондарь, Г.В. Паллиативная медицинская помощь. Учебное пособие. Донецк., 2006.- 156 с.
5. Бронникова, Развитие хосписной и паллиативной помощи / [Электронный ресурс]Ремедиум(<http://www.remedium.ru/section/pharmplace/detail.phpID8>)
6. Вельшер Л. Рак: угроза сохраняется. Медицинская газета. №86 от 14 ноября 2008г.
7. Википедия - <http://en.wikipedia.org/wiki/Palliative/>
8. Волгин, Н.А. Социальная политика: Учебник / Под общ. ред. Н.А. Волгина. – М.: Издательство «Экзамен», 2002.-133 с.
9. Герасименко В.Н. СССР Реабилитация онкологических больных М., 1982.
10. Гнездилов, А. В. Путь на Голгофу: очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. СПб.: “Клинт”, 2005.– 36 с.
11. Гнездилов, А.В. Некоторые социальные проблемы в хосписной службе среди онкологических больных / А.В. Гнездилов, С.А. Леоненкова, М.Т. Репина // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2010.- 69 с.
12. Григорьев, С.И. Теория и методология социальной работы. М., 1994.
13. Ефремова, Т.Ф. Современный толковый словарь / [Электронный ресурс] // (<http://dic.academic.ru/contents.nsf/efremova>)
14. Из истории хосписов / [Электронный ресурс] // Танатос – (<http://thanatos.oedipus.ru/hystory>)
15. Курбатов, В.И. Социальная работа / Под ред. В.И. Курбатова. Ростов на Дону: “Феникс”, 2009. – 179 с.
16. Ларионова Н.Н., Цейтлин Г.Я., Ганзина Н.В. и др. Физическая реабилитация детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями. Палиативная медицина и реабилитация. М., 1998.
17. Лопанов, П.Н. Хосписы / П.Н. Лопанов, С.А. Полишкис - М., 2007.-190 с.
18. Лященко, А.И. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности / Под ред. А.И. Лященко. М.: “ИНФРА-М”, 2009. – 289 с.
19. Миллионщикова, В.В. Социальная работа с онкологическими больными. М., 2009.-11-12 с.

20. Моисеенко Е. И. Медико-социальные аспекты помощи детям с онкологическими заболеваниями. – М., -1997.
21. Моисеенко Е.И. К вопросу организации паллиативной терапии детей с онкологическими заболеваниями.//Социальные и психологические проблемы детской онкологии. Материалы Всероссийской конференции с международным участием. – Москва. - 4-6 июня 2007г.- М. - 2007. -158-160 с.
22. Модников, О.П. Технологии социальной работы. Учебно-методическое пособие. М., 2008.-15 с.
23. Новиков, Г.А. Паллиативная помощь онкологическим больным // Учебное пособие. Г.А. Новиков, В.И. Чиссов (под ред.). – М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2010.-71 с.
24. Онкология: новое слово в реабилитации. // Аргументы и факты. Здоровье. 2004 – июнь №23.
25. Павленек, П. Д. Основы социальной работы / Под ред. П.Д. Павленек - М.: «ИНФРА-М», 2008. – 211 с.
26. Профит, Л. Хосписы // Энциклопедия социальной работы. Т.3. – М.1994, 376-377 с.
27. Ромм, М.В. Теория социальной работы : Учеб. пособие / М.В. Ромм, Е.В. Андриенко, Л.А. Осьмук, И.А. Скалабан и др. – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2007. Ч.II. – 44 с.
28. Тен Е. Е. Основы социальной медицины. М., 2003.
29. Фирсов, М.В. История социальной работы в России : Учеб. пособ. для вузов / М. В. Фирсов, Т.Б. Кононова - Изд-во Владос, 2009.- 204-205 с.
30. Ходаревская, Ю.А. К вопросу проведения медико-социологических исследований среди инкурабельных онкологических больных, находящихся в терминальной стадии // периодическое научное издание. Красноярск. – 2010. – №2 (02). – 117-119 с.
31. Ходаревская, Ю.А. Духовно-нравственные основы организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, утратившим надежду на выздоровление и их семьям //материалы Всероссийской научно-практической конференции, июнь 2010г. – Волгоград-М.: ООО «Глобус», 2010. – 90-92 с.
32. Холостова, Е.И. Технология социальной работы /Под ред. Е.И. Холостовой. М.: «ИНФРАМ», 2001. – 201-202 с.
33. Холостова, Е.И. Социальная работа: теория и практика. /Под ред. Е.И. Холостовой, А.С. Сорвиной. М.: «ИНФРАМ», 2001. – 113-114 с.
34. Шапиро, Б.Ю. Особенности социальной работы в России - М., 2008.-7-9 с.
35. Хисматуллина, З.Н. Паллиативная помощь инкурабельным больным в рамках социально-медицинской работы в онкологии / [Электронный ресурс]

36.Электронные научные издания - (<http://www.science-education.ru/> download 2007/04/2007\_04\_07.pdf)