



Европейский опыт: уроки и ориентиры

М.М. Булатова

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, Киев

“Мы сокращаем свою жизнь своей неводержанностью, своей беспорядочностью, своим безобразным отношением к собственному организму”

Академик Иван ПАВЛОВ,
физиолог, лауреат Нобелевской премии.

В украинском обществе, как и в парламенте нашей страны, и в структурах ее исполнительной власти, далеко не однозначным является отношение к стремлению Украины в близком или более отдаленном будущем вступить в Европейский Союз. У евроинтеграции Украины есть и горячие сторонники, и не менее ретивые противники, и безразличные к такой перспективе. Хотя, наверное, жить так, как живут ныне в экономически развитых и социально благополучных странах Западной Европы, входящих в ЕС, хотели бы в Украине все. Каковы же у нас на это шансы?

Ангела Меркель — федеральный канцлер Германии (государства, которое председательствует сейчас в Европейском Союзе) — довольно ясно изложила позицию ЕС в отношении надежд Украины стать в перспективе реальным членом европейского сообщества. Были четко обозначены и рекомендации для Украины — искать пути для внутреннего развития нашей страны и ее сотрудничества со своими ближайшими соседями — при доброжелательном отношении со стороны ЕС, но без реальной помощи с его стороны.

Такая позиция ЕС является понятной и обоснованной. Ведь право оказаться в ЕС может быть получено Украиной не на основе лозунгов и деклараций, а вследствие конкретных дел, которые убедительно засвидетельствовали бы, что наша страна по всем основным параметрам политической, экономической, социальной и об-

щественной жизни соответствует хотя бы нижней границе стандартов, характерных для стран-членов ЕС. Иными словами, мы должны будем доказать, что Украина — в случае ее приема в ЕС — станет там равноправным и адекватным партнером, а не тяжелой обузой, которая бременем всех своих проблем ляжет на плечи ЕС.

Одной из весьма важных проблем, без решения которых Украине нельзя и думать о своем реальном равноправном месте среди стран, входящих в ЕС, является проблема здоровья и физического потенциала населения страны — особенно той его части, которая относится к трудоспособной и находится в возрастном диапазоне 15—60 лет. К сожалению, реальная ситуация у нас в Украине сейчас в этой сфере намного хуже, чем в подавляющем большинстве европейских государств.

Все страны, которые отнесены к Европейскому региону ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения делит на три группы. Они обозначаются так: Евр.-А — страны с очень низкой преждевременной смертностью как среди взрослых, так и среди детей (сейчас в эту группу входят 27 государств); Евр.-В — страны с низкой преждевременной смертностью как среди взрослых, так и среди детей (таких государств ныне 16); Евр.-С — страны с низкой смертностью среди детей и высокой преждевременной смертностью среди взрослых (к этой группе отнесены 10 государств). В настоящее время к этой градации предложено добавить еще две группы: Евр.-Д — страны с высокой смертностью среди детей и взрослых; Евр.-Е — страны с высокой детской смертностью и очень высокой преждевременной смертностью среди взрослого населения. Как ни прискорбно, но Украина нынче должна быть отнесена именно к последней из перечисленных

групп, причем в ней наша страна занимает одну из наихудших позиций.

Исследования, проведенные европейским отделением ВОЗ и другими организациями, свидетельствуют о том, что хроническим неинфекционным заболеваниям наиболее подвержена именно трудоспособная часть населения Украины. В нашей стране от этих болезней теряет трудоспособность и преждевременно умирает в 5—10 раз больше людей этой возрастной группы (15—60 лет), чем в странах, входящих в ЕС. Ныне средняя продолжительность жизни в Украине на 11,7 года, а средняя продолжительность здоровой жизни — на 12,4 года меньше, чем в экономически развитых и социально благополучных европейских государствах. По этим показателям Украина уступает не только тем государствам Европы, которые отнесены к наиболее благополучной группе Евр.-А, но и странам групп Евр.-В и Евр.-С, в том числе Польше, Словакии, Венгрии, Боснии и Герцеговине, Беларуси, Турции, Армении, Албании, Молдове.

У значительной части населения Украины к 50—55 годам резко снижается жизнеспособность и жизнестойкость, на людей такого возраста наваливается бремя болезней, причем это происходит у нас на 15—20 лет раньше, чем в европейских государствах, отнесенных к группе Евр.-А, где немало людей сохраняют высокий жизненный тонус и способность плодотворно работать до 75—80-летнего возраста.

За последние полтора десятка лет рождаемость в Украине снизилась на 40 %, а смертность за тот же период увеличилась примерно на треть. В Украине — одно из самых интенсивных в Европейском регионе ВОЗ ежегодное сокращение населения (–0,5 % — таков среднегодовой показатель периода 1990—2006 гг. и –0,7 % — прогнозный показатель на период 2007—2015 гг.), тогда как для большинства стран-членов ЕС характерно увеличение численности населения (до 0,5—0,6 % в год). За пятилетний период (с 2000 по 2005 гг.) в нашей стране смертность в трудоспособном возрасте возросла у мужчин на 12,2 %, а у женщин — на 9 %. Показатель материнской смертности в Украине в 5—10 раз выше, чем в развитых странах Европы. Увеличивается у нас в стране и показатель детской смертности.

Украина имеет и одни из худших в Европейском регионе показателей по влиянию сердечно-сосудистых заболеваний на здоровье населения: на эту группу болезней в нашей стране приходится около 60 % преждевременных смертей

в возрастном диапазоне 15—60 лет (т.е. тогда, когда людям должна быть обеспечена полноценная здоровая жизнь с минимумом рисков). При этом смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране в среднем на 11 % выше, чем в тех государствах, которые отнесены к группам Евр.-В и Евр.-С, и в 3,5 раза выше, чем в странах группы Евр.-А.

Смертность от болезней органов дыхания все еще остается в Украине почти вдвое более высокой, чем в государствах группы Евр.-А. Намного выше у нас, чем в большинстве европейских стран, и показатели смертности по причине отравления, убийства, самоубийства, дорожно-транспортных происшествий, несчастных случаев и т.п.

Стоит, пожалуй, упомянуть и о том, что даже в Соединенных Штатах Америки, где сегодня ситуация с основными показателями состояния здоровья населения примерно такая же, как в благополучных европейских странах, отнесенных ВОЗ к группе Евр.-А, бремя расходов на борьбу с такими хроническими неинфекционными заболеваниями, как сердечно-сосудистые и болезни опорно-двигательного аппарата, оказывается слишком тяжелым даже для государственного бюджета США.

Учитывая интеграционные процессы, на протяжении двух десятков лет происходящие в Европе и связанные с укреплением ЕС как консолидированного сообщества, с принятием в него новых членов и формированием единой политики ЕС в различных сферах, в том числе и в здравоохранении, вполне естественно, что именно Европейское региональное бюро ВОЗ и страны этого региона, входящие в ЕС, взяли на себя обмен передовым опытом и доведение его до других стран.

Европейское региональное бюро ВОЗ приняло общую стратегию борьбы с неинфекционными заболеваниями и девять конкретных программ по реализации этой стратегии, связанных с созданием условий для здорового образа жизни, направленных на развитие городов, транспорта, улучшение состояния окружающей среды, продукты питания, борьбу с курением, популяризацию массового спорта и двигательной активности среди детей, подростков, пожилых людей, инвалидов, малоимущих граждан и т.д.

Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями была принята 11 сентября 2006 года на 56-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. В этом комплексном документе (“Курс на оздо-

вление”) подчеркивается, что действия, направленные на реализацию намеченной стратегии, должны основываться на следующих шести основных принципах:

- профилактика на всех этапах жизни — это эффективный подход, и связанные с ним расходы следует рассматривать как инвестицию в здоровье и развитие;

- создание обществом среды обитания, благоприятной для здоровья людей, что также облегчает выбор здорового образа жизни;

- соответствие деятельности служб общественного здравоохранения и служб медицинской помощи стоящим перед ними задачам, принятие адекватных мер как для борьбы с уже существующими болезнями, так и для расширения возможностей для укрепления здоровья;

- предоставление людям возможностей, позволяющих им укреплять здоровье, эффективно взаимодействовать с медицинскими службами и активно участвовать в принятии решений относительно лечения и контроля своей болезни;

- всеобщая доступность возможностей для укрепления здоровья, профилактики болезней и получения медицинской помощи — это важнейшее условие обеспечения справедливости в отношении здоровья;

- ответственность правительства на всех уровнях за выработку государственной политики, учитывающей интересы охраны здоровья населения, и за принятие надлежащих мер во всех соответствующих секторах.

В материалах Европейского регионального бюро ВОЗ отмечается, что уровень физической активности людей находится под влиянием искусственной и природной среды обитания, социального окружения, а также ряда индивидуальных факторов — таких, как пол, возраст, физические возможности, наличие свободного времени и мотивации. То, как люди строят города, планируют городскую среду и в какой мере обеспечивают близость к природным ландшафтам, может служить либо стимулом, либо препятствием для реализации физически активного образа жизни. Есть и барьеры иного рода, которые обусловлены той социальной средой, в которой люди живут, учатся, работают, отдыхают.

Европейское региональное бюро ВОЗ также констатирует, что стимулирование физической активности является одним из ключевых компонентов любой стратегии, нацеленной на решение проблем, порождаемых малоподвижным образом жизни людей и ожирением среди детей и взрослых. Подчеркивается, что физически ак-

тивный образ жизни способствует улучшению индивидуального физического и психического здоровья, содействует укреплению социальной сплоченности всего сообщества и повышению его благосостояния.

Следует учитывать и то, что возможности для физической активности отнюдь не ограничены спортом и организованными формами активного отдыха, а существуют повсюду, где люди живут и работают, в учебных заведениях и медицинских учреждениях, по соседству с домом и т.д. Например, в программе Европейского бюро ВОЗ “Здоровье города и городское управление” внимание сосредоточено на том, каким образом местные органы государственного управления, осуществляя городское планирование в интересах здоровья населения, могут способствовать расширению и улучшению возможностей людей в реализации физически активного образа жизни. Можно упомянуть и такие концептуальные документы ВОЗ и ее Европейского отделения, как “Движение за здоровье”, “Физическая активность и здоровье в Европе”, “Здоровье детей и окружающая среда”, “Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья”, “Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения”, “Содействие физически активному образу жизни в городских условиях. Роль местных органов власти” и ряд других.

Как видим, политика ВОЗ и стран, которые активно занимаются решением проблемы укрепления здоровья людей, повышения качества и продолжительности их жизни, раскрывает негативные последствия опаснейшего заблуждения, укоренившегося в нашей стране, согласно которому все то, что связано со здоровьем людей, формированием соответствующей политики и практики дано на откуп одному ведомству и не является сферой интересов всего общества. Что же касается Министерства здравоохранения Украины, то, как свидетельствует практика прошедшего десятилетия, оно оказалось не в состоянии не только решить проблему, но даже привлечь к ней внимание общества и руководства страны.

Понятно, что Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями и сформированные на основе этой стратегии программы — отражение результатов многолетних фундаментальных и прикладных научных исследований, начатых еще в 60—70-е годы XX века и направленных на укрепление здоровья населения, предотвращение заболева-

ний, увеличение продолжительности жизни и ее здоровой части, а также итог обобщения перекрестного европейского и мирового опыта.

Именно в 60-е годы прошлого века появился и стал широко распространяться термин *физический фитнес*, под которым понимается состояние физического благополучия человека, позволяющее ему энергично, без утомления выполнять задачи повседневной жизни и обеспечивающее минимизацию факторов риска для здоровья, связанных с недостаточной физической активностью. Такая трактовка термина *физический фитнес* во многом предопределила пути развития теории и методики использования двигательной активности в системе физического воспитания людей и обусловила тесную взаимосвязь задач, средств и методов двигательной деятельности с факторами профилактики тех или иных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, диабета, остеопороза, депрессии и др.) с учетом возрастных, половых и прочих индивидуальных особенностей конкретного человека, состояния его здоровья и возможностей различных функциональных систем организма.

В структуре физического фитнеса были выделены различные факторы, являющиеся наиболее значимыми для профилактики хронических неинфекционных заболеваний и обеспечения высокой физической жизнеспособности людей. Среди этих факторов такие, как возможности сердечно-сосудистой системы и выносливость к работе аэробного характера, масса тела, соотношение мышечной, костной и жировой тканей; плотность костной ткани, силовые возможности, гибкость, способность к расслаблению и релаксации.

В соответствии с этим начала формироваться (прежде всего в экономически развитых и социально благополучных странах) система знаний и практической деятельности, ориентированная на достижение высокого уровня физического фитнеса, а средством достижения этого стала научно обоснованная двигательная активность. Во всей специальной литературе по физическому воспитанию и двигательной активности такая ситуация предопределила систематизацию научных знаний, их расширение, углубление и прикладное использование, в том числе в области теории и методики развития различных физических качеств и возможностей функциональных систем человеческого организма, определения нормативов физической подготовленности, разработки эффективных и достоверных систем тестирования. Не менее важным

следствием такого подхода оказалось то, что двигательная активность была представлена в виде хотя и основного, но все же далеко не единственного, а одного из нескольких компонентов здорового образа жизни, в числе которых отказ от курения, разумный подход к употреблению алкогольных напитков, рациональное питание и отсутствие избыточной массы тела, широкое использование благотворных природных факторов и др.

Всем этим было предопределено принципиальное отличие развития характерной, в основном, для экономически развитых и социально благополучных стран системы двигательной активности населения, ориентированной на достижение высокого уровня фитнеса, от десятилетиями укоренившейся у нас системы физического воспитания, ориентированной на разностороннее физическое развитие и физическую подготовку к трудовой, военной и другим видам деятельности, на сдачу нормативов комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО). Реализация такой государственной политики оказалась исключительно в сферах военного (допризывная подготовка) и спортивного (соревновательный спорт) ведомств — в отрыве от задач здравоохранения, профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни и др.

После обретения Украиной в 1991 году независимости политика государства в этих сферах практически не изменилась. Стоит отметить, что в некоторых документах, определяющих стратегию развития отрасли "Физическое воспитание и спорт" в Украине, которые были приняты в период 1998—2006 годов, определена роль двигательной активности населения и массового образа жизни, укрепляющей здоровье населения страны. Однако эти документы не были подкреплены реальной практической деятельностью, требующей согласованной комплексной работы различных структур государственного и частного секторов, действующих в сферах образования, воспитания, здравоохранения, использования трудовых ресурсов, транспорта, физического воспитания и спорта, городского планирования, экологии, и в силу этого носят сугубо декларативный характер. Не развивается должным образом и система подготовки специалистов сферы физического воспитания и массового спорта. Учебные планы и программы подавляющего большинства высших и средних специальных учебных заведений, готовящих в нашей стране специалистов такого профиля, по-преж-

нему опираются на стереотипы, определенные теорией и практикой физического воспитания СССР, и на принятые в Украине в 1996 году государственные тесты и нормативы по физической подготовленности (по сути своей являющиеся ухудшенным вариантом комплекса ГТО), которые были определены в качестве программно-нормативной основы отечественной системы физического воспитания и практически узаконили применение в ней отживших целевых установок, форм и методов работы. Государственной программой "Физическое воспитание — здоровье нации" была предусмотрена кардинальная переработка программно-нормативных основ физического воспитания и упомянутых государственных тестов. Однако этот вопрос не решен и поныне.

Не хотелось бы думать, что в соответствующих государственных структурах Украины не знакомы с программами Европейского бюро ВОЗ, регулярно рассылаемыми этой международной организацией по всем странам региона в качестве рекомендаций к действию. Но приходится констатировать, что в нашем государстве эти программы так и не стали инструментом для конкретной деятельности.

В различных европейских странах, их провинциях, областях и городах реализуются разнообразные программы, направленные на содействие здоровому образу жизни населения, включая повышение его двигательной активности, создание необходимой для этого материально-технической базы, проведение широких пропагандистских и других мероприятий. Упомянем здесь лишь некоторые направления таких многочисленных программ.

- Планирование городов и развитие их транспортной системы, предполагающие первоочередное создание в них условий для пешеходов, для граждан, передвигающихся на велосипедах, и для людей с нарушениями двигательных функций. Далее следует сеть городского общественного транспорта, коммерческого и промышленного. Заключительное место в этом перечне приоритетности занимает личный транспорт (пример — город Йорк в Великобритании).

- Улицы для жизни: речь идет о широком использовании уличного пространства для пешеходов и создании условий (клумбы, деревья, зоны парковки и т.д.), при которых автомобили на таких улицах могут передвигаться только со скоростью пешеходов (Германия, Нидерланды, некоторые страны Северной Европы).

- Создание в городах специальных условий, благоприятных для пешеходов: сопряженность уличной сети, дорожная безопасность, безопасность в отношении преступности, размещение различных жизненно важных нежилых объектов (магазинов, заведений бытового обслуживания, кинотеатров и т.д.), смешанное использование территорий и др.

- Планирование микрорайонов, предназначенных для простейших форм двигательной активности населения (с дорожками для бега и ходьбы, тренажерами и т.д.).

- Специальные программы двигательной активности для малообеспеченных граждан (с использованием простейших сооружений, финансированием эпизодического прохождения людьми из упомянутой категории курсов в современных оздоровительно-спортивных комплексах и т.д.).

- Создание специальных условий для выгуливания собак (так как установлено, что их владельцы уделяют ходьбе вдвое больше времени по сравнению с людьми, не имеющими собак).

- Создание особых условий для требующих этого групп людей — детей, пожилых людей, инвалидов. Например, в некоторых городах Норвегии реализуется проект "Детская тропинка", в соответствии с которым детям предоставлена возможность самим обозначить на карте города важные для них места, которые они бы хотели посетить. С учетом этого планируются сквозные проходы, игровые зоны, площадки для занятий спортом и т.д. В Риме и некоторых других городах Италии реализуется программа "Пешеходный школьный автобус".

- Создание специальных парково-оздоровительных зон. К примеру, в одном из крупнейших городов Италии — Милане — создается "зеленый пояс", соединяющий ряд парков и открытых пространств, где осуществляется интенсивное озеленение и создаются условия для активного отдыха и массового спорта.

- Создание специальных оздоровительных лагерей для детей, страдающих ожирением (например, в Чешской Республике). В таких оздоровительных лагерях предусмотрен особый режим питания и использование различных форм двигательной активности.

- Комплексные программы повышения двигательной активности жителей городов. К примеру, в столице Дании — Копенгагене — реализуется программа "Город в движении", в которой выделены три направления — информационно-

просветительное, создание условий, стимулирование действий.

- В провинции Лимбург, расположенной на юго-востоке Нидерландов, реализуется программа "Пульс Лимбурга", направленная на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. В основу программы положено существенное увеличение двигательной активности населения, снижение потребления жиров и отказ от курения. Только за пять лет реализации этой программы в Лимбурге было проведено около тысячи различных акций, половина из которых была связана с увеличением двигательной активности (массовые мероприятия, создание клубов любителей ходьбы, велосипедного спорта, плавания и т.д.).

- В Нордланде (Норвегия) с 2004 года реализуется программа, охватывающая 210 школ и нацеленная на ежедневную (не менее чем 60-минутную) физическую активность школьников. Каждая из участвующих в этой программе школ сформировала собственные планы с учетом имеющихся ресурсов и других возможностей.

- В городе Квазице (Чешская Республика) ежегодно проводится месячник "Пешком в школу". Этот месячник включает также ежесубботные пешие прогулки и экскурсии школьников по различным историческим местам. При этом одновременно решаются оздоровительные, образовательные и воспитательные задачи.

- В ряде европейских стран (например, в Швеции) властями и обществом довольно успешно реализуется целенаправленная политика, ориентированная на ограничение торговли алкогольными напитками и табачными изделиями (путем существенного повышения цен на эти товары, сужения сфер их продажи, создания такого общественного микроклимата, в котором курение и потребление алкогольных напитков становятся непрестижными, и т.п.).

- В Великобритании, на деле реализуя задачу о полноценном питании подрастающего поколения, государство обеспечивает всем детям в школах этой страны ежедневно по 400 граммов овощей и фруктов.

- В Финляндии эффективная работа, направленная на устранение факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, позволила в течение 20 лет снизить на 80 % преждевременную смертность от ишемической болезни сердца. Аналогичная программа, реализуемая на протяжении 15 лет в Ирландии, привела к снижению смертности более чем на 48 %. При этом и в Финляндии, и в Ирландии, как и в ря-

де других стран, решению упомянутых проблем во многом способствовало широкое использование разных форм двигательной активности и популяризация среди населения здорового образа жизни.

- Подобные проблемы пришлось решать и в Великобритании. Там, как свидетельствует официальная статистика, экономические потери, вызванные физической инертностью населения и отсутствием заболевших людей на рабочих местах, составляли 1,9 млн фунтов стерлингов в год. Увеличение уровня двигательной активности британцев всего лишь на 10 % помогло существенно снизить заболеваемость и уменьшить смертность примерно на 6000 человек в год.

Аналогичным образом усиление внимания к использованию различных средств двигательной активности населения дало возможность существенно улучшить в Великобритании ситуацию с остеопорозом и связанными с этим заболеванием травмами — в частности, с особенно частыми у пожилых людей переломами бедренных костей. За счет повышения двигательной активности этого контингента населения страны удалось заметно снизить заболеваемость остеопорозом и уменьшить количество упомянутых травм. Это принесло, помимо оздоровительного и социального эффекта, еще и существенную финансовую экономию: ведь лечение людей с такими болезнями и вызванными ими травмами обходилось бюджету британской национальной службы здравоохранения, в среднем, по 1,7 млрд. фунтов стерлингов в год.

Подобные программы успешно реализуются не только в странах Европы, но и в других регионах планеты. Например, в столице Колумбии — Боготе (население 8 млн человек) — в центральной части этого города выделена большая (площадью 900 гектаров) парковая зона с соответствующей инфраструктурой, предназначенная для массового спорта и отдыха с использованием различных форм и средств двигательной активности. В одном из крупнейших городов Бразилии — Рио-де-Жанейро — выделена зона (площадью 200 гектаров), протянувшаяся по всей многокилометровой пляжной полосе океанского побережья и предназначенная для двигательной активности и массового спорта. Для аналогичных целей на Кубе создана сеть простейших спортивных сооружений и зон массового активного отдыха.

В сравнительно небольшом (население около 700 тыс. человек) городе Дебрецене в

Венгрии за последние 10 лет создана более широкая и лучше оснащенная сеть спортивных сооружений, чем все, что существует в этой сфере у нас в гораздо более крупном городе Киеве.

В Российской Федерации принята программа развития материально-технической базы детско-юношеского и массового спорта. В соответствии с этой программой в течение 10 лет на строительство спортивных объектов будут выделяться ежегодно суммы, эквивалентные 500 млн долларов США.

В Казани — столице республики Татарстан — на берегу Волги выделена огромная территория и уже утвержден проект, в соответствии с которым там возведут десятки современных спортивных сооружений (с соответствующей инфраструктурой), предназначенных для тренировки спортсменов и проведения соревнований по 10 видам спорта. После реализации этого проекта в Казани будет больше спортивных объектов, чем было построено за последние 15 лет в Украине.

В городе Сочи ведутся активные строительные работы по возведению спортивных и прочих сооружений для проведения зимних Олимпийских игр (аэропорт, дороги и т.п.) при общем объеме финансирования около 11 млрд. долларов.

В Беларуси за последние полтора десятка лет реализована широкомасштабная программа строительства разнообразных современных спортивных объектов и надлежащим образом оборудованных зон для массового спорта и двигательной активности населения. Численность всевозможных спортивных баз в Беларуси за эти годы возросла примерно в 2,5 раза.

В то время как во многих государствах Европы и других континентов разработаны и успешно выполняются комплексные программы, нацеленные на повышение двигательной активности населения и реализацию других факторов оздоровительно-профилактической деятельности, которая за короткое время приводит к впечатляющим позитивным результатам и в нее вовлечено множество городов, у нас в Украине и, в частности, в ее столице Киеве жизненные реалии в этом отношении имеют направленность, прямо противоположную передовому мировому опыту.

Воздух в Киеве отравляется выхлопными газами сотен тысяч автомобилей, что усугубляется непродуманной и плохо организованной инфраструктурой, постоянно порождающей транспортные пробки. С уличных тротуаров вытесняются пешеходы, а их место (особенно в цен-

тральной части города) занимают стоящие на тротуарах автомашины.

В Киеве происходит неуклонное сокращение зон массового отдыха, парков и скверов с интенсивным возведением на их месте жилых и офисных комплексов, торговых центров и увеселительных заведений. К примеру, в прибрежной зоне в урочище Наталка вблизи Днепра — у залива, к которому выходят кварталы одного из крупнейших в нашей столице жилмассива Оболонь, вместо первоначально планировавшихся там ранее парка и стадиона выросли многочисленные корпуса высотных жилых домов.

Аналогичные процессы антиэкологической направленности происходят и в окружающей Киев лесопарковой зоне — в частности, в Пушче-Водице, Конче-Заспе и некоторых других популярных местах, которые издавна были зелеными зонами оздоровления и отдыха жителей столицы Украины.

Не прекращается в Киеве и стремление "освоить" таким образом различные издавна любимые места массового отдыха киевлян — на Трухановом острове, Черторое, на участке днепровских склонов вдоль набережной от Почтовой площади до моста имени Е.О. Патона, на Жуковом острове и в ряде других мест. Раз за разом предпринимаются попытки "протолкнуть" проекты застройки этих территорий, являющихся "зелеными легкими" нашей столицы.

В результате такой практики, Киев, еще 15—20 лет назад бывший одним из самых зеленых и чистых городов мира, в последние годы все более и более становится опасным для жизни киевлян и для городской природы.

Столь же опасна широкая реклама в Украине алкогольных напитков и табачных изделий, активно ведущаяся с бигбордов, в прессе и по телевидению, а также неумеренная реклама всевозможных лекарственных препаратов, неконтролируемое применение которых чревато многими неприятностями для здоровья и жизни людей. Все это несовместимо с решением задач по формированию здорового образа жизни населения.

Хотя в последние годы в Украине появились и ныне функционируют немало всевозможных фитнес-клубов и фитнес-центров, приобретающих все большую популярность, однако не секрет, что все это стало следствием отнюдь не государственной политики, а частных инициатив предприимчивых людей.

Различные аспекты большой комплексной проблемы, рассмотренные в этой статье, убеж-

дают в том, что, к сожалению, ныне в Украине, при всех заявляемых на самых разных уровнях властных структур нашего государства декларациях о намерениях относительно заботы о здоровье населения страны, реально делается очень мало, ибо отсутствует единая государственная политика в этой важной сфере и нет комплексной программы, нацеленной на решение оздоровительно-профилактических задач в

масштабах страны. Формировать такую политику и программу на общегосударственном уровне нужно незамедлительно, поскольку промедление приведет к дальнейшему усугублению и без того острой и тяжелой ситуации. Для оптимального решения этих задач в Украине несомненно пригодится богатый и разнообразный позитивный опыт, накопленный в развитых странах Европейского Союза и других государствах.

Надійшла 17.10.2006 р.