



## Сохранение и укрепление здоровья здоровых людей — приоритетное направление современного здравоохранения

**В.Н. Платонов**

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, Киев, Украина

*Фраза, вынесенная в заголовок этой статьи, казалось бы, относится к разряду хрестоматийных истин. Однако если рассматривать упомянутое утверждение не “вообще”, а применительно к конкретной, весьма острой и по целому ряду позиций критической ситуации, сложившейся практически во всем, что касается состояния здоровья населения Украины, то мы сталкиваемся с далеко не однозначной — многогранной и комплексной — проблемой, обусловленной разнообразными (экономическими, социальными, политическими, организационными) причинами. Одни из них носят глобальный характер, другие же — специфичны и порождены именно положением дел в здравоохранении нашей страны, в ее экономике и социальной сфере. К большому сожалению, в Украине в течение уже многих лет в фокусе внимания государственных структур находится та медицина, которая занимается в основном лечением заболевших. Тогда как в гораздо более широкой и ничуть не менее важной сфере, призванной развивать различные направления укрепления здоровья здоровых людей, заниматься недопущением заболеваний, продлением общей продолжительности жизни наших сограждан, увеличением длительности того ее периода, в котором обеспечивается активная творческая, производственная и иная полезная деятельность человека, — этим по сути почти никто в Украине не занимается.*

*Одним из главных факторов, породивших такую плачевную ситуацию, является то, что — так уж сложилось в нашей стране (в отличие от многих экономически и социально высокоразвитых государств) — весь комплекс вопросов, так или иначе относящихся к охране здоровья людей, фактически находится на попечении единственного ведомства — Министерства здравоохранения Украины. У Минздрава же, в силу его ведомственной специфики, среди приоритетов — на первом, втором, третьем и последующих местах — всевозможные аспекты лечения больных людей, борьбы с эпидемиями и т.д. Контингент здоровых людей и непростые проблемы обеспечения их здорового образа жизни и устранения факторов риска возникновения заболеваний для Минздрава находятся на периферии внимания ведомства, зачастую вообще им игнорируются, ибо до них просто руки не доходят, или, в лучшем случае, профилактика всего лишь декларируется.*

Сохранение здоровья населения — проблема отнюдь не ведомственная (“минздравовская”), поскольку она имеет общегосударственное значение — и должна стать такой по своей сути. Но пока все еще не стала...

Когда мы говорим о здоровье населения Украины, то эта проблема рассматривается сквозь призму нескольких ее принципиальных составляющих. Среди них — продолжительность жизни, риск преждевременной смерти, количество больных людей, качество жизни, способность граждан к полноценной трудовой,

учебной, военной, творческой и иной деятельности.

Сегодня, когда руководство нашего государства, его законодательная и исполнительная власть неоднократно заявляют (пусть и по-разному) о евроинтеграционных намерениях, о стремлении Украины в перспективе войти в число передовых высокоразвитых и равноправных членов европейского и мирового сообщества, мы не можем не осознавать, что реальность практической реализации всех этих намерений и планов в огромной мере зависит от интеллек-



туального и физического потенциала населения страны, его жизнеспособности, от соотношения между количеством здоровых людей и количеством тех, кто по возрасту или состоянию здоровья требуют заботы со стороны государства и уже (или еще) не способны к той или иной активной общественно полезной деятельности.

К сожалению, эти факторы у нас в стране учитываются плохо. Что касается необходимости создания надежной и эффективной государственной системы обеспечения полноценной жизни и сохранения здоровья населения, ситуация в Украине ныне — катастрофическая. Такая оценка не является эмоциональным преувеличением, поскольку базируется на многочисленных официальных данных авторитетных отечественных и международных организаций.

Украина занимает весьма огорчительные для нас позиции по показателям средней продолжительности жизни, которая составляет 67,5 года (у мужчин — 61,7, у женщин — 73,4). Далеко впереди Япония — около 82 лет (78 у мужчин и 85 у женщин), Швеция — 79 (у мужчин — 78, у женщин — 83) и еще многие десятки государств Европы, Австралии и Океании, Северной и Южной Америки, Азии и ряд стран Африки.

Даже среди государств, образовавшихся в начале 1990-х годов на месте распавшегося СССР, Украина занимает место из пятнадцати постсоветских стран (ниже нас по этому параметру находятся Грузия, Узбекистан, Кыргызстан, Таджикистан и Туркменистан). Хотя, как известно, среди союзных республик бывшего СССР Украина обладала одними из наибольших природных ресурсов, высоким промышленным, сельскохозяйственным и научным потенциалом, занимала передовые позиции и в здравоохранении.

За пятнадцать лет, прошедших после обретения Украиной государственной независимости, численность населения сократилась примерно на 5 млн — и ныне составляет уже менее 47 млн человек. В число причин такого сокращения входит и то, что за полтора десятка лет рождаемость снизилась на 40 % и одновременно на треть увеличилась смертность. Следствием этого стал один из наиболее высоких в Европе (0,9—1,1% за год) темп уменьшения численности населения. Сокращение его в Украине за 2005 г. составило 356 тыс. человек. Примечательно, что количество умерших за минувший год (16,6 на 1 тысячу населения) оказалось почти вдвое большим, нежели количество родившихся за тот же годичный период (9,0 на 1 тысячу населения). И

если такие тенденции сохранятся, то, как прогнозируют ученые-демографы, к середине XXI в. численность населения Украины может весьма существенно сократиться по сравнению с нынешним уровнем, опустившись до 36 млн человек.

Несмотря на осуществленные государством финансово-экономические меры, призванные стимулировать рождение детей, ощутимого увеличения рождаемости не произошло. В то же время смертность среди младенцев за 2005 г. по сравнению с 2004 г. увеличилась на 6,3 %.

Ныне показатель материнской смертности в Украине в 5—10 раз выше, чем в экономически высокоразвитых западноевропейских государствах. В структуре причин детской смертности основными являются факторы, связанные с состоянием здоровья матерей-рожениц: ведь очень многие украинские девушки, вступающие в репродуктивный возрастной период, уже имеют различные хронические заболевания, осложняющие протекание беременности и родов.

Неуклонно возрастает смертность среди населения трудоспособного возраста, которая почти втрое превышает аналогичные показатели в развитых странах. Так, за период с 2000 по 2005 г. средний возраст наступления смерти в трудоспособном возрасте уменьшился с 46,8 до 46,5 года. Причем за тот же период (2000—2005 гг.) смертность у мужчин в трудоспособном возрасте возросла на 12,2 %, а у женщин — почти на 9 %.

Как ни печально, Украина отстает от очень многих стран не только по средней продолжительности жизни, но и по такому показателю, как продолжительность здоровой жизни. Так, у мужчин в нашей стране она составляет, в среднем, 55 лет. В Японии этот же показатель — 72 года, в Австралии — 71, Канаде, Германии и Нидерландах — 70, Великобритании — 69, в США и на Кубе — 67 лет и т.д. Выше, чем в Украине, продолжительность здоровой жизни даже в таких довольно бедных латиноамериканских государствах, как, например, Парагвай и Сальвадор (у парагвайских мужчин здоровая жизнь продолжается в среднем 60 лет, а у сальвадорцев — 57).

В Украине сформировалась нетипичная, особенно по сравнению со многими развитыми странами, структура смертности: примерно треть от всех умерших составляют люди допенсионного возраста. Причем у мужчин в таком возрасте вероятность смерти составляет 384 на 1000, а у женщин — 142 на 1000. Как полагают демографы,

в нашей стране более 40% юношей, которым сейчас 16—18 лет, не имеют шансов дожить до 60-летнего возраста. Для сравнения отметим, что в Швеции вероятность смерти в возрастном диапазоне от 15 до 60 лет составляет 79 на 1000 у мужчин и 50 на 1000 у женщин; в Австралии — соответственно 89 и 51, в Японии — 86 и 45, Нидерландах — 93 и 66 и т.д. Даже в упоминавшихся Парагвае (171 и 119) и Сальвадоре (248 и 138) эти показатели лучше, чем в Украине.

Продолжительность периода трудовой и творческой активности людей в Украине составляет, в среднем, около 30 лет (в возрастном диапазоне от 20—25 до 50—55). Причем у очень многих уже после 40 лет возникают ощутимые проблемы со здоровьем. После 50 лет эти проблемы нередко становятся такими, что кардинально мешают трудовой деятельности и полноценной жизни. В этом Украина изрядно проигрывает многим странам (и не только экономически развитым, но и более бедным), где период трудовой и творческой активности большинства людей длится гораздо дольше, его продолжительность составляет 45—50 лет (от 25 до 70 и старше), и многие сохраняют высокий жизненный тонус и способность плодотворно работать до 75—80 лет, а порой и в более почтенном возрасте.

В Украине наибольший ущерб здоровью населения наносят сердечно-сосудистые, онкологические, эндокринные, инфекционные, наследственные заболевания и болезни нервной системы. Причем сердечно-сосудистые заболевания становятся причиной более чем 60 % случаев преждевременной смерти наших сограждан, тогда как на все остальные болезни как факторы преждевременной смерти приходится менее 40 %.

От ожирения в нашей стране страдает каждый восьмой мужчина и каждая шестая женщина, а избыточную массу тела имеет чуть ли не половина взрослого населения Украины.

Отмечается увеличение общей распространенности курения: в 2005 г. доля курильщиков достигла 25,3 %, а их численность составила 10,35 млн человек. Это произошло прежде всего за счет увеличения количества курящих среди мужчин в возрасте 30—59 лет, подростков и юношей 14—17 лет и женщин в возрасте 18—55 лет и старше.

Только за три последних года почти на 35 % возросло среднегодовое потребление алкоголя в расчете на душу населения, причем при увеличении потребления всех видов алкогольных напитков наиболее быстрыми темпами возрастало

потребление пива (на 45,5 %) и ликеро-водочных изделий (34,7 %).

Эти и другие факторы, так или иначе связанные с образом жизни людей, негативно воздействуют на их здоровье.

В подготовленном Украинским институтом общественного здоровья Министерства здравоохранения Украины ежегодном докладе о состоянии здоровья населения в нашей стране отмечается, что объем расходов на здравоохранение в 2005 г. был без малого вдвое большим, чем в 2002 г., более чем в полтора раза выше, чем в 2004. Также сообщается, что в расчете на одного жителя расходы на здравоохранение возросли со 109,3 грн в 2001 до 261 грн в 2005 году.

Однако, когда читаешь бодрые по тональности абзацы текста этого доклада, которые наполнены цифрами, призванными засвидетельствовать увеличение финансового обеспечения отечественного здравоохранения, то поневоле ощущаешь, мягко говоря, недоумение от совершенно непонятной и вроде бы даже парадоксальной ситуации: суммы финансирования отрасли из года в год возрастают, а многочисленные показатели, иллюстрирующие фактическое состояние системы охраны здоровья населения Украины, наоборот, заметно ухудшаются.

Но никакого парадокса при сопоставлении увеличения объемов финансирования здравоохранения Украины с ухудшением показателей его деятельности нет. Основная причина того, что возрастающие расходы на финансовое обеспечение отечественного здравоохранения не приводят к общему улучшению состояния здоровья населения, заключается в том, что в нашей медицинской отрасли, как правило, финансируется только ее лечебная составляющая — борьба с уже имеющимися болезнями, тогда как профилактика, по сути, почти отсутствует. Нет в этой системе и реальной деятельности, направленной на снижение влияния упоминавшихся негативных факторов — курения, злоупотребления алкоголем, нерационального и неполноценного питания, избыточной массы тела, недостаточной двигательной активности, социальной неустойчивости, психологических стрессов и т.д. Из-за этого из года в год интенсивно увеличиваются факторы риска возникновения различных нежелательных последствий — серьезных заболеваний, инвалидности, смерти.

Если принять во внимание, что ко всему этому добавляются еще и участвующие эпидемии инфекционных болезней, распростране-

ние СПИДа, широкое использование низкокачественных или вообще непригодных к употреблению лекарств, резкое увеличение в структуре питания продуктов, имеющих в своей основе химические и генные технологии, и многое другое, то понятно, что с такой лавиной проблем, набирающей всё большую и большую скорость, не способна справиться никакая медицина — даже гораздо более благополучная в экономическом отношении, нежели украинская. Так, в Соединенных Штатах Америки, где, например, проблемы сердечно-сосудистых заболеваний крайне остры (хотя и в несопоставимо меньшей степени, чем в Украине), утверждают, что решение этих проблем ложится непосильным бременем на бюджет США.

Обобщение результатов исследований, проведенных в крупнейших, наиболее авторитетных в мире научных центрах различных стран, свидетельствует, что вклад всевозможных факторов в обеспечение сохранения здоровья людей имеет следующую структуру: в этой сфере на долю лечебной медицины приходится, в среднем, лишь около 10 %, на генетические и другие наследственные особенности — примерно 16, на воздействие окружающей среды (экологию) — 21, тогда как на образ жизни — 53 %.

Таким образом, нетрудно сделать вывод, что из-за ориентации здравоохранения в Украине преимущественно на лечебную медицину подавляющее большинство финансовых средств, материально-технических и кадровых ресурсов тратится на то, что, как убедительно показано мировой наукой, составляет только 10 % общего спектра факторов, влияющих на здоровье людей и на продолжительность их жизни.

Как показывают обобщенные данные многочисленных исследований, проведенных в разных странах, распределение влияния на преждевременную смертность разных факторов, характеризующих образ жизни населения, и некоторых других причин ныне выглядят в среднем так: режим питания — 25 %, курение — 25, двигательная активность — 22, неумеренное потребление алкогольных напитков — 10, инфекционные заболевания — 7, токсические факторы, необоснованное и чрезмерное употребление лекарственных средств — 6, венерические заболевания — 2,5, дорожный травматизм — 1,5, огнестрельное оружие — 1 %.

Очевидным является тот факт, что стратегия здравоохранения в Украине, его организационные усилия и распределение финансовых ресурсов обращены в значительной мере на устране-

ние следствий (лечение болезней), а не причин их возникновения.

Это, конечно, вовсе не означает, что в Украине нет серьезных научно-исследовательских и практических (лечебных) учреждений медицинского профиля. В различных широко известных не только в нашей стране медицинских центрах плодотворно трудятся ученики и последователи выдающихся специалистов — хирургов Николая Амосова и Александра Шалимова, офтальмолога Владимира Филатова, патофизиолога Николая Сиротинина, нейрохирурга Андрея Ромоданова, геронтолога Владимира Фролькиса, эндокринолога Василия Комиссаренко и других. Сегодня в Украине трудится немало крупных ученых и известных практиков, много врачей-энтузиастов, добросовестно делающих свое дело. Но в нынешних реалиях они просто не в состоянии обеспечить надлежащим качественным лечением даже незначительную по численности часть больных (не говоря уже обо всех). Поэтому вывести систему отечественного здравоохранения из ее весьма длительного кризиса, из того тупика, в который она сама себя загнала, можно не столько за счет лечения болезней, сколько путем формирования и развития здорового образа жизни и другой широкомасштабной деятельности, направленной на укрепление здоровья здоровой части населения, на резкое сокращение количества больных. Это дело не одного ведомства, а всего государства, всего нашего общества, и именно здесь таятся резервы и возможности для радикального улучшения ситуации в этой сфере.

Возникает резонный вопрос: почему в большинстве тех государств, которые обоснованно принято относить к цивилизованным, после второй мировой войны наряду с развитием медицины болезни и больных интенсивно развиваются и медицина здоровья и здоровых людей, тогда как у нас в стране развивалось исключительно первое из этих двух направлений, а попытки развития второго, предпринимавшиеся в разные годы видными представителями отечественной медицины, научной, технической и творческой интеллигенции, практически не были поддержаны?

Прежде чем ответить на поставленные выше вопросы, обратимся к нашей истории и вспомним о некоторых традициях отечественного здравоохранения, заложенных видными учеными, являвшимися крупнейшими авторитетами в различных медицинских специальностях. Эти ученые очень многое сделали для развития не только лечебной, но и профилактической меди-

цины, всячески популяризировали здоровый образ жизни как одно из важнейших средств предотвращения болезней, укрепления здоровья и достижения активного долголетия, сформировали мощную научную школу в этой сфере. Среди них — один из основоположников отечественной медицины терапевт Матвей Мудров, великий врач-хирург и ученый Николай Пирогов, выдающийся терапевт, организатор здравоохранения и общественный деятель Сергей Боткин, видные терапевты Григорий Захарьин и Вячеслав Манассеин, выдающийся ученый-биолог, иммунолог, патолог и бактериолог, лауреат Нобелевской премии Илья Мечников и другие (нелишне будет отметить, что некоторые из них, в том числе Пирогов и Мечников, в тех или иных периодах своей жизни работали в Украине).

Николаю Пирогову принадлежат такие слова: «Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предохранительной».

Полтора века назад известный критик и публицист Дмитрий Писарев писал: «Когда мы смотрим на слабого, бледного, вялого и притупленного юношу, мы имеем полное право сказать: «Вот дело рук наших. Мы заставляли его учиться, когда ему хотелось спать; мы заставляли его сидеть на месте, когда ему хотелось бегать; мы держали его в четырех стенах, когда ему необходимо было дышать чистым воздухом; мы существенно боролись со всеми естественными стремлениями этого строптивого организма и, как видите, мы достигли того, что этот организм, утратив всю свою строптивость, в настоящую минуту не стремится решительно ни к чему».

Выдающийся физиолог, лауреат Нобелевской премии Иван Павлов, активно работавший еще в возрасте 86 лет, писал: «Мы сокращаем свою жизнь своей невоздержанностью, своей беспорядочностью, своим безобразным отношением к собственному организму».

В те времена отечественная система подготовки врачей на факультетах крупнейших университетов основывалась на органической взаимосвязи медицинских знаний с общекультурной, гуманистической и социальной проблематикой (что, кстати, ныне характерно и для наиболее авторитетных в мире современных университетов, в структурах которых есть медицинские факультеты). Понятно, что в таких условиях научные знания и практическая деятельность в сфере «как не заболеть» являются ничуть не ме-

нее значимыми, чем все, что относится к сфере «как лечить».

К сожалению, в России в XIX—начале XX в. социальные, экономические и другие факторы (как объективные, так и субъективные причины), а также ряд войн, в которых участвовало государство (в том числе в первой мировой), не позволили научным трудам многих видных ученых найти широкое прикладное воплощение в практике отечественного здравоохранения.

Советская медицина уже в первые годы существования СССР столкнулась с проблемами огромных масс людей, пострадавших от первой мировой и последовавшей за ней гражданской войны, от голода, эпидемий и прочих потрясений. К тому же партийно-государственная власть в Советском Союзе (несмотря на все ее декларации) всегда рассматривала население страны преимущественно с потребительских позиций — прежде всего как рабочую силу для трудовой и военной деятельности. Политическая изоляция тогдашнего советского государства и враждебное к нему окружение остро ставили в СССР задачу укрепления вооруженных сил, широкомасштабной допризывной и специальной подготовки молодежи. Поэтому политика по отношению к двигательной деятельности и к массовому спорту носила такой же характер и определялась в 1920-е годы интересами Всевобуча (всеобщего военного обучения). В дальнейшем программно-нормативной основой системы физического воспитания стал комплекс «Готов к труду и обороне СССР» (ГТО), который, как следует из его названия (аналогичным было и содержание), не был связан с интересами охраны здоровья населения страны, а во многих случаях шел вразрез с ними. Вполне естественно, что в то время становление советской медицины происходило в условиях, когда в стране было не до здорового образа жизни, оптимизации питания, борьбы с курением, формирования условий для социального и психологического комфорта населения. Ситуация во многом усугублялась еще и тем, что в тогдашнем СССР был практически утрачен высший слой научной и медицинской интеллигенции, являвшейся носителями системы глубоких фундаментальных знаний и морально-этических ценностей (одна часть ее представителей эмигрировала из СССР в 1920-е годы, другая была уничтожена в ходе репрессий 1930-х и последующих годов).

Тем не менее даже в 1920-е и 1930-е годы в СССР все же развивались научная и образова-



тельная составляющие некоторых из тех направлений, которые изучали проблематику продления жизни, укрепления здоровья людей, здорового образа жизни и т.д. Известный специалист в области физиотерапии и климатотерапии, здорового образа жизни, ее продления и активного долголетия Иван Саркизов-Серазини стал основоположником лечебной физкультуры в нашей стране и одним из создателей системы оздоровления и санаторно-курортного лечения в Крыму (в 1920—1930-е годы). Выдающийся патофизиолог, известный организатор науки и общественный деятель, президент Академии наук Украинской ССР (в 1930—1946 гг.) Александр Богомолец в своих исследованиях уделял большое внимание борьбе с преждевременным старением. Взгляды этого ученого на адаптационные процессы, протекающие в организме стареющих людей, и влияние этих процессов на продолжительность жизни нашли широкое развитие в современной геронтологии и во многом предопределили особое внимание к здоровому образу жизни, к профилактике старения и активному долголетию.

Сильнейшим негативным потрясением практически для всех звеньев государственной системы Советского Союза стала вторая мировая война, принесшая стране огромные людские потери и разрушения, которые, понятно, серьезно затронули и отечественное здравоохранение.

Понятно, что в тех условиях, которые существовали тогда в СССР, формирование здорового образа жизни населения, подготовка специалистов соответствующего профиля, развитие материально-технической базы и организационных основ этой сферы выпадали из поля системных интересов государства и, увы, оказались в числе второстепенных задач профсоюзов, различных министерств и ведомств. Поэтому вполне объяснимо, что вся система отечественного здравоохранения превратилась в разветвленную отрасль, связанную прежде всего с диагностикой и лечением болезней, с профилактикой эпидемий и их преодолением. И, что самое опасное, у большинства специалистов этой отрасли сформировалась непоколебимая уверенность в исключительной роли различных методов лечения болезней в охране здоровья населения страны и пренебрежительное отношение к тем, зачастую, более значимым факторам, которые определяют здоровый образ жизни.

В системе образования приобретение знаний и профессиональных навыков в области диагностики болезней, их медикаментозного и хи-

ругического лечения оказалось на несколько порядков более значимой задачей по сравнению с задачей укрепления здоровья, широкого внедрения всех составляющих здорового образа жизни, включая развитие массового оздоровительного спорта и различных научно обоснованных форм двигательной активности.

Такие же подходы к формированию государственной политики в сферах физического воспитания и массового спорта, которые в течение нескольких десятилетий культивировались в СССР, были в те же времена в силу известных причин характерны и для ряда других стран. Например, в Германии, Франции, Великобритании, Италии, Японии в первой половине XX в. двигательная активность населения рассматривалась, в основном, в качестве средства допризывной подготовки. Однако в последующем в этих странах ситуация стала кардинально изменяться — и постепенно весь арсенал форм и методов двигательной активности и массовый спорт приобрели, в первую очередь, оздоровительно-рекреационный характер.

У нас же в стране (в СССР) в системе физического воспитания и спорта основная деятельность и подавляющие объемы выделяемых для ее обеспечения финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов концентрировались прежде всего на спорте высших достижений. Работа по развитию массового спорта и оздоровительному использованию различных форм и средств двигательной активности в структуре здорового образа жизни носила зачастую формальный характер, оказалась практически оторванной от реальных задач укрепления здоровья населения, профилактики заболеваний, полноценной реабилитации людей после перенесенных ими болезней.

В 1950—1960-е годы в СССР была довольно широко развернута научно-практическая деятельность, в которой преобладали исследования, главной целью которых было получение фундаментальных знаний в области изучения процессов старения, определения факторов продления активной здоровой жизни и т.д., а уже от этих фундаментальных научных основ — к тем или иным их практическим приложениям в этих сферах. Инициаторами этих актуальных и глубоких исследований во многом стали украинские ученые. В основу методологии, разработанной и использованной ими, было положено изучение причин преждевременного старения, поиск путей продления жизни и отдаления старости. Преждевременная старость и неизбежно

сопутствующее ей ослабление жизненных функций человеческого организма была представлена как болезнь, обусловленная наследственными причинами, действием неблагоприятных внешних факторов и — основное — нерациональным образом жизни (избыточным и несбалансированным питанием, отсутствием двигательной активности или ее недостаточным уровнем, курением, стрессами и неумением регулировать психическое состояние).

В 1958 г. в Киеве был создан Институт геронтологии Академии медицинских наук СССР — всесоюзный научно-практический центр в этой сфере, который со временем приобрел заслуженную известность не только в нашей стране, но и за ее пределами. В 1963 г. в Киеве состоялся семинар Всемирной организации здравоохранения, где рассматривались вопросы причинно-следственных отношений между старением и старостью, факторы риска преждевременного старения.

Деятельность Института геронтологии в середине 1960-х годов была органически дополнена организацией в Киеве Научно-исследовательского института медицинских проблем физической культуры.

Еще одним научно-практическим центром в области разработки различных аспектов геронтологии, проблем старения и продления жизни человека стал Институт биологии при Харьковском университете.

Можно также упомянуть и о научно обоснованной популяризации здорового образа жизни, сформированной и предложенной выдающимся украинским ученым академиком Николаем Амосовым и другими видными специалистами.

Впечатляющие результаты деятельности наших ученых были продемонстрированы на IX Международном конгрессе геронтологов, состоявшемся в Киеве в 1972 г. и собравшем около 3000 участников из 45 стран. По итогам этого конгресса, украинская школа продления жизни, профилактики заболеваний и предупреждения преждевременной старости была признана одной из наиболее авторитетных в мире.

К сожалению, в последующие десятилетия XX в. многие из этих достижений были неразумно утрачены. В середине 1980-х годов непродуманно был закрыт Научно-исследовательский институт медицинских проблем физической культуры в Киеве.

Несмотря на все финансово-экономические и прочие проблемы, коллективу Института геронтологии, как и их коллегам из Института биоло-

гии при Харьковском университете, все же удалось сохранить значительную часть своего научного потенциала, а потому хотелось бы надеяться, что у этих центров еще есть перспективы для возрождения и дальнейшего развития.

Однако итоги упоминавшихся выше непродуманных, а порой и безответственных действий, предпринятых в период “перестройки” (в последние годы существования СССР), а затем, уже после распада Советского Союза, в обретшей независимость Украине, во многом привели к той горькой статистике, часть которой представлена в этой статье. Позитивные сдвиги, которые в последнее время проявляются в Украине в развитии и росте популярности фитнес-центров, различных клубов здоровья и других подобных оздоровительно-рекреационных центров, являются отнюдь не воплощением государственной политики, а следствием деятельности энтузиастов и коммерческих структур, внедряющих у нас в практику эффективные оздоровительные технологии и прочие достижения, заимствованные в странах Запада и Востока.

Что касается политики нашего государства в области физического воспитания, оздоровительной физкультуры и массового спорта в Украине, то здесь, увы, не произошло ощутимых изменений, а в основу практики в этих сферах положены скоропалительно принятые в начале 1990-х годов государственные тесты для оценки физической подготовленности населения, по сути, являющиеся ухудшенным вариантом пресловутого комплекса ГТО.

Если же говорить о здравоохранении в Украине, то здесь практически не обращено внимание на двигательную активность населения как важнейший фактор обеспечения здорового образа жизни и профилактики заболеваний (хотя мировая наука и практика последних десятилетий более чем убедительно свидетельствует о том, что в этой сфере, с точки зрения охраны и укрепления здоровья здорового населения и профилактики многих болезней, в первую очередь сердечно-сосудистых, лежат большие возможности по сравнению с теми, которыми располагает традиционная лечебная медицина).

О том, как относится ныне Минздрав к двигательной активности населения и здоровому образу жизни, красноречиво свидетельствует хотя бы то, что в упоминавшемся “Ежегодном докладе о состоянии здоровья населения Украины и санитарно-эпидемиологической ситуации” за 2005 г. есть раздел “Условия и пути форми-

рования здорового образа жизни". Однако, на наш взгляд, в рассмотрении этой комплексной проблемы в докладе преобладают многие прописные истины, а выводы и рекомендации носят, в основном, декларативный характер, никак не подкреплены ни организационно, ни кадровыми и материально-техническими ресурсами и не содержат таких конкретных предложений, реализация которых была бы способна кардинально изменить к лучшему ситуацию в этой сфере.

\*\*\*

Совсем по-иному развивались события в этих сферах в экономически развитых государствах Запада (и в ряде других стран). Там в конце 1950-х — начале 1960-х годов была развернута широкомасштабная научно-практическая деятельность, направленная на охрану здоровья населения и повышение физической жизнеспособности людей. Эта деятельность базировалась на выявлении факторов риска возникновения основных заболеваний, причин повышения показателей смертности, снижения дееспособности людей, сокращения продолжительности жизни и т.д. В многочисленных исследованиях, в ходе которых всесторонне изучались образ жизни и заболеваемость сотен тысяч людей, была продемонстрирована прямая зависимость вероятности возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, онкологических заболеваний, остеопороза, артрита, болезней органов дыхания и пищеварения и ряда других заболеваний от таких основных характеристик здорового образа жизни, как рациональное питание и профилактика ожирения, отказ от курения, вдумчивое отношение к потреблению алкогольных напитков (относительно их качества и количества), объем и режим двигательной активности, обеспечивающие достаточный уровень функциональных возможностей различных систем организма (кровообращения, дыхания, крови), мышечной, костной и соединительной тканей. Было убедительно показано, что в отношении профилактики упомянутых заболеваний все возможности медицины в пять-шесть раз уступают по эффективности факторам здорового образа жизни, а суммарное негативное воздействие неблагоприятной наследственности и неблагоприятной экологии — в два раза. Более того, здоровый образ жизни резко снижает риск заболеваемости, вызываемой действием неблагоприятных наследственных и экологических факторов.

С учетом всех упомянутых опасностей для здоровья населения, и государство, и общество, и ученые-медики, и биологи совместно со специ-

алистами различных смежных сфер стали искать пути и средства, направленные на устранение или хотя бы на ощутимое смягчение факторов риска возникновения перечисленных выше серьезных заболеваний. Иными словами, для этих подходов и программ в странах Запада была характерна прикладная направленность, ориентированная на решение практических задач здравоохранения, а уже от этого — к обобщениям с выявлением фундаментальных научных закономерностей. Постепенно в развитых государствах Запада и некоторых других странах были сформированы научно обоснованные эффективные направления фитнес-индустрии, нацеленной на обеспечение высокого уровня жизнеспособности людей, формирование их физического и духовного благополучия и такого образа жизни, который обеспечивает жизнь без болезней.

В становлении этих и подобных им направлений приняли участие миллионы людей в различных странах мира, а практическая реализация всего этого привела к действительно позитивным результатам. Например, во многих странах за последние 30 лет смертность людей молодого и среднего возраста от сердечно-сосудистых заболеваний сократилась в два-три раза, средняя продолжительность жизни увеличилась на 10—20 лет, резко возросла жизнеспособность населения, позволяющая и в возрасте 80—85 лет трудиться и вести полноценную жизнь, не говоря уже о самообслуживании и об отсутствии необходимости оказания таким людям помощи в удовлетворении их элементарных потребностей.

Например, еще тридцать лет назад Финляндия имела наивысший в Европе показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди людей допенсионного возраста. Однако затем правительство этой страны стало активно претворять в жизнь государственную политику, направленную на широкое использование населением различных форм и средств двигательной активности и всяческое культивирование других слагаемых здорового образа жизни. Следствием этого стали ощутимые позитивные сдвиги — и сейчас 70 % населения Финляндии имеют необходимый уровень двигательной активности (не менее 4 ч в неделю), а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на 75 %.

Такая модель оздоровления населения, апробированная в Финляндии, столь же успешно реализована и в Нидерландах и ряде других стран.

Подобные проблемы пришлось решать в последние годы и в Великобритании. Там, как свидетельствует официальная статистика, опубликованная соответствующей правительственной службой, экономические потери, вызванные физической инертностью населения и отсутствием заболевших людей на рабочих местах, составили 1,9 млрд фунтов стерлингов в год. Увеличение же уровня двигательной активности британцев всего лишь на 10 % помогло существенно снизить заболеваемость и позволило снизить смертность примерно на 6 тыс. человек в год.

Аналогично усиление внимания к использованию различных средств двигательной активности 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, что принесло, помимо оздоровительного и социального эффекта, еще и существенную финансовую экономию: ведь лечение людей с такими болезнями и травмами обходилось бюджету национальной службы здравоохранения Великобритании в среднем по 1,7 млрд фунтов стерлингов в год.

Ныне в этой стране среди населения активно культивируются различные формы двигательной активности, составляющие в совокупности эффективную систему индустрии оздоровления. Причем, что характерно, необходимые для обеспечения ее функционирования материально-технические средства требуют примерно вдвое меньших финансовых затрат по сравнению с достигнутым за счет этого снижением расходов на нужды лечения заболевших людей.

Примерно в те же 1960-е годы, когда в Киеве был открыт Научно-исследовательский институт медицинских проблем физической культуры, в США начал действовать Институт Купера, занимающийся различными научными и практическими аспектами проблем здоровья человека и довольно быстро ставший всемирно известным комплексом для фундаментальных и прикладных исследований в этой области, для безмедикаментозного лечения и пропаганды здорового образа жизни, подготовки кадров для работы в упомянутой сфере. Только у двух названных аналогичных по профилю институтов — НИИ медицинских проблем физической культуры в Киеве и Институте Купера в США — оказались

разные судьбы: один из этих центров (киевский), как уже говорилось, был неоправданно закрыт, а другой (американский) процветает.

\*\*\*

Здоровому образу жизни уделяется должное внимание не только в экономически высокоразвитых и социально благополучных странах (таких, как Япония, скандинавские и другие западноевропейские государства, США, Канада и т.д.), но и в гораздо более бедных странах. Например, на Кубе при всех финансово-экономических трудностях, переживаемых этой страной в течение многих лет, эффективно действует не только лечебная медицина, но и общегосударственная система, направленная на укрепление здоровья населения и его долголетие — за счет рационального использования различных факторов здорового образа жизни в сочетании с двигательной активностью. Одним из следствий такой государственной политики в этой сфере является то, что средняя продолжительность жизни на Кубе за последние 40 лет возросла примерно на 20 лет и ныне составляет 76 лет — как и в США.

\*\*\*

Практическая реализация подобной государственной политики в Украине невозможна без наличия достаточного количества высококвалифицированных специалистов медицины здоровья (или лечебно-оздоровительной медицины, как эту сферу здравоохранения принято называть в ряде европейских стран). Эти специалисты должны обладать широкими и глубокими знаниями по всему комплексу биологических, медицинских, социальных, психологических и других проблем здорового образа жизни, профилактики заболеваний, устранения факторов риска, диагностики, реабилитации и т.д. Эти специалисты также должны уметь сформировать для каждого конкретного человека оптимальную модель здорового образа жизни (с учетом индивидуальных особенностей, в том числе генетических и наследственных), подобрать оптимальный режим двигательной активности, порекомендовать сбалансированное питание, разработать программы преодоления негативного влияния психозмоциональных стрессов, развития депрессии и т.д.

Предстоит не только наладить эффективную систему подготовки таких специалистов, но и найти для них надлежащее место в системах образования и здравоохранения, в самых различных сферах жизни общества. Для реализации предложенного не потребуются особых затрат и ресурсов, а понадобится лишь внедрить таких



специалистов в уже существующие структуры учреждений и организаций. Ну и, конечно, нужно, чтобы правительство и руководители соответствующих министерств и ведомств осознали высокую значимость этой комплексной проблемы и необходимость ее безотлагательного решения.

Специалист медицины здоровья должен уметь доходчиво объяснить пришедшему к нему человеку, что если, например, содержание холестерина в сыворотке крови существенно превышает норму, то вероятность возникновения тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний возрастает в 4—7 раз, а также назвать необходимые для предотвращения таких нежелательных явлений пути и средства немедикаментозной нормализации ситуации с помощью использования различных факторов здорового образа жизни (оптимального сбалансированного питания, достаточной двигательной активности и т.д.). Ведь медикаментозный путь решения таких проблем приемлем при острых состояниях. При хронических состояниях, в ходе которых человек постепенно переходит в зону риска и снижения своих функциональных резервов, медикаментозный путь является опасным, ибо лекарственные средства подавляют естественный иммунитет и ослабляют защитные функции организма, который привыкает к медикаментам и уже не может без них обходиться. Если бы жители Украины ознакомились с переизданной в 2004 г. в Киеве интересной и поучительной книгой французского специалиста по молекулярной биологии и гомеопатии, доктора медицинских наук Луи Броуэра “Фармацевтическая и продовольственная мафия”, то они наверняка резко изменили бы свое мнение о роли многих лекарственных препаратов и их реальной (а не рекламиной) эффективности, и существенно сократили бы использование медикаментов, отдавая предпочтение другим способам сохранения и укрепления своего здоровья.

Интегральным показателем потенциала систем дыхания, крови и кровообращения является так называемое максимальное потребление кислорода. Такой простой и понятный показатель, широко используемый в диагностической практике, наглядно отражает возмозможности энергетического обеспечения активности аэробной системы внешнего дыхания, состояние сердца и сосудов, доступ кислорода к тканям, крови и др.). Иными словами, этот показатель является весьма достоверным “маркером”, отражающим функциональный потенциал и резервные возможности функциональной системы, от состояния которой

зависит весь спектр проблем, относящихся к сердечно-сосудистой патологии. Если этот показатель у мужчины составляет 38—42 мл·кг<sup>-1</sup> массы тела, то все в порядке, если же 32—35, то здоровье в зоне риска. А если показатель составляет 25—26 и ниже, то человек находится на последней грани риска — и вероятность преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (инсульта, инфаркта и др.) возрастает во много раз. Но, к сожалению, в большинстве медицинских учреждений Украины этот достаточно простой и точный показатель при диагностике вообще не используется.

Далеко не все знают, как много значит для здоровья разумное потребление алкогольных напитков. Если человек отдает предпочтение не большим дозам крепких напитков, а предпочитает сухое вино (особенно красное) — 2—4 л в неделю, то вероятность риска развития сердечно-сосудистых заболеваний снижается в 2—2,5 раза. Если же красное вино гармонично сочетается со специальной диетой, содержащей много овощей и фруктов, оливковое масло, “легкое” мясо (птицу или рыбу) и к тому же характерной отсутствием животных жиров, то вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний снижается в 4—5 раз.

Если вам в своем рационе питания потребление жиров (особенно животного происхождения), что характерно для украинской кухни) удастся существенно сократить, то резко снизится риск развития атеросклероза и возникновения ряда онкологических заболеваний.

Небезынтересно отметить, что индивидуальные особенности людей при развитии ожирения во многом влияют на вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. В частности, если человек склонен к появлению жировых отложений в области живота, то у него риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и диабета в два раза выше, чем у людей, склонных к отложению жира в области таза и бедер.

Далеко не все знают, что риск развития серьезной сердечно-сосудистой патологии у мужчин молодого и среднего возраста в несколько раз выше, чем у женщин. В отношении развития остеопороза — картина обратная: женщины, начиная с 35—40-летнего возраста, ежегодно теряют до 1—1,5 % костной массы, а у мужчин этот процесс протекает в 2—3 раза медленнее. Кстати, никакими лекарственными средствами и диетами замедлить этот процесс не удастся, если одновременно не применяются

различные физические нагрузки силового характера.

Лица, отличающиеся поведенческими реакциями типа А (склонные к агрессивному и враждебному поведению, острой конкуренции, конфликтам, со взрывным характером и обостренной реакцией), имеют явно более выраженную склонность к сердечно-сосудистым заболеваниям по сравнению с лицами с поведенческой реакцией типа Б (беспечные, спокойные, неагрессивные, уравновешенные).

Примеров, подобных упомянутым выше, можно приводить десятки и сотни. Все они составляют особую совокупность междисциплинарных знаний, относящихся к проблемам питания, двигательной активности, психологического управления своим состоянием, определения полезных и вредных привычек, нормализации сна, четкого соотношения работы и отдыха, устранения стресс-факторов и т.д. Поэтому подготовка таких специалистов, компетентно разбирающихся во всем многогранном спектре факторов, обеспечивающих здоровье и здоровый образ жизни, не менее (а может быть и более) важна, чем подготовка врачей “узких” медицинских специальностей.

Особой темой, несколько выходящей за рамки этой статьи, является проблема физической реабилитации людей, перенесших серьезные заболевания и имеющих отклонения в состоянии здоровья, которые не позволяют жить полноценной жизнью и повышают риск преждевременной смерти. В развитых странах с эффективно функционирующей системой здравоохранения деятельность по физической реабилитации таких людей получила широкое распространение. И она, несомненно, должна найти свое развитие и в Украине.

Специалистов такого профиля с начала 1990-х годов готовят и в некоторых вузах нашей страны. Осуществляется по этому направлению и подготовка научно-педагогических кадров: успешно защищено большое количество кандидатских и несколько докторских диссертаций. Однако, к сожалению, до сих пор статус специалистов по физической реабилитации не нашел своего официального воплощения и не получил соответствующего места в перечне специальностей системы здравоохранения Украины, вследствие чего таким специалистам приходится работать, числясь по штатному расписанию медсестрами, массажистами или еще кем-либо. Понятно, это не способствует престижу очень важной профессии специалиста по физической ре-

билитации и существенно мешает полноценному функционированию такого актуального направления в отечественном здравоохранении.

\*\*\*

Большинство всех событий в Украине, в отличие от глобального кризиса 1990-х годов, носит позитивный характер: произошел ряд положительных сдвигов в сферах экономики, науки, техники, образования, ведется интенсивное строительство, формируется и развивается инфраструктура городов, укрепляется государственное управление, добиваются ощутимых успехов на международной арене украинские спортсмены, представители нашей культуры и искусства.

В газетах, журналах, на телевидении и радио информация носит в основном негативный характер, что приводит к стрессам, в которых и без того постоянно находится большинство населения Украины. Именно стрессы являются одной из основных причин развития депрессии и преждевременной смерти, сердечно-сосудистых, нервно-психических, онкологических и других тяжелых болезней. Поэтому смещение акцента в деятельности отечественных СМИ в позитивную, оптимистическую сторону должно стать не только фактором улучшения социальной ситуации в обществе, но и одним из важных направлений профилактики заболеваний среди населения Украины и действенным средством популяризации здорового образа жизни.

Всесторонний анализ и обобщение рассмотренных нами многочисленных факторов свидетельствуют об абсолютной очевидности того, что задачи обеспечения надлежащего здоровья здоровых людей в Украине должны быть отнесены к числу первоочередных приоритетов государственной политики, к весьма актуальным, узловым сферам национальных интересов нашей страны.

С учетом изложенного, давно назрел и требует продуманного, но безотлагательного решения вопрос о необходимости оперативной разработки, утверждения и последующей реализации национальной программы, целью которой — сохранение и укрепление здоровья наших здоровых и относительно здоровых сограждан.

Особо хотелось бы подчеркнуть, что, в отличие от принимавшихся ранее разных программ в области здравоохранения, в упомянутой выше национальной программе Минздрав не должен быть ни основным разработчиком, ни главным исполнителем, а лишь одним из многих задействованных в ней министерств и ведомств.



специалистов в уже существующие структуры учреждений и организаций. Ну и, конечно, нужно, чтобы правительство и руководители соответствующих министерств и ведомств осознали высокую значимость этой комплексной проблемы и необходимость ее безотлагательного решения.

Специалист медицины здоровья должен уметь доходчиво объяснить пришедшему к нему человеку, что если, например, содержание холестерина в сыворотке крови существенно превышает норму, то вероятность возникновения тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний возрастает в 4—7 раз, а также назвать необходимые для предотвращения таких нежелательных явлений пути и средства немедикаментозной нормализации ситуации с помощью использования различных факторов здорового образа жизни (оптимального сбалансированного питания, достаточной двигательной активности и т.д.). Ведь медикаментозный путь решения таких проблем приемлем при острых состояниях. При хронических состояниях, в ходе которых человек постепенно переходит в зону риска и снижения своих функциональных резервов, медикаментозный путь является опасным, ибо лекарственные средства подавляют естественный иммунитет и ослабляют защитные функции организма, который привыкает к медикаментам и уже не может без них обходиться. Если бы жители Украины ознакомились с переизданной в 2004 г. в Киеве интересной и поучительной книгой французского специалиста по молекулярной биологии и гомеопатии, доктора медицинских наук Луи Броуэра “Фармацевтическая и продовольственная мафия”, то они наверняка резко изменили бы свое мнение о роли многих лекарственных препаратов и их реальной (а не рекламной) эффективности, и существенно сократили бы использование медикаментов, отдавая предпочтение другим способам сохранения и укрепления своего здоровья.

Интегральным показателем потенциала систем дыхания, крови и кровообращения является так называемое максимальное потребление кислорода. Такой простой и понятный показатель, широко используемый в диагностической практике, наглядно отражает возможности аэробной системы энергообеспечения организма (а это — система внешнего дыхания, состояние сердца и сосудов, доступ кислорода к тканям, качество крови и др.). Иными словами, этот показатель является весьма достоверным “маркером”, отражающим потенциал и резервные возможности функциональной системы, от состояния которой

зависит весь спектр проблем, относящихся к сердечно-сосудистой патологии. Если этот показатель у мужчины составляет 38—42 мл·кг<sup>-1</sup> массы тела, то все в порядке, если же 32—35, то здоровье в зоне риска. А если показатель составляет 25—26 и ниже, то человек находится на последней грани риска — и вероятность преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (инсульта, инфаркта и др.) возрастает во много раз. Но, к сожалению, в большинстве медицинских учреждений Украины этот достаточно простой и точный показатель при диагностике вообще не используется.

Далеко не все знают, как много значит для здоровья разумное потребление алкогольных напитков. Если человек отдает предпочтение не большим дозам крепких напитков, а предпочитает сухое вино (особенно красное) — 2—4 л в неделю, то вероятность риска развития сердечно-сосудистых заболеваний снижается в 2—2,5 раза. Если же красное вино гармонично сочетается со специальной диетой, содержащей много овощей и фруктов, оливковое масло, “легкое” мясо (птицу или рыбу) и к тому же характерной отсутствием животных жиров, то вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний снижается в 4—5 раз.

Если вам в своем рационе питания потребление жиров (особенно животного происхождения, что характерно для украинской кухни) удастся существенно сократить, то резко снизится риск развития атеросклероза и возникновения ряда онкологических заболеваний.

Небезынтересно отметить, что индивидуальные особенности людей при развитии ожирения во многом влияют на вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. В частности, если человек склонен к появлению жировых отложений в области живота, то у него риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и диабета в два раза выше, чем у людей, склонных к отложению жира в области таза и бедер.

Далеко не все знают, что риск развития серьезной сердечно-сосудистой патологии у мужчин молодого и среднего возраста в несколько раз выше, чем у женщин. В отношении развития остеопороза — картина обратная: женщины, начиная с 35—40-летнего возраста, ежегодно теряют до 1—1,5 % костной массы, а у мужчин этот процесс протекает в 2—3 раза медленнее. Кстати, никакими лекарственными средствами и диетами замедлить этот процесс не удастся, если одновременно не применяются

различные физические нагрузки силового характера.

Лица, отличающиеся поведенческими реакциями типа А (склонные к агрессивному и враждебному поведению, острой конкуренции, конфликтам, со взрывным характером и обостренной реакцией), имеют явно более выраженную склонность к сердечно-сосудистым заболеваниям по сравнению с лицами с поведенческой реакцией типа Б (беспечные, спокойные, неагрессивные, уравновешенные).

Примеров, подобных упомянутым выше, можно приводить десятки и сотни. Все они составляют особую совокупность междисциплинарных знаний, относящихся к проблемам питания, двигательной активности, психологического управления своим состоянием, определения полезных и вредных привычек, нормализации сна, четкого соотношения работы и отдыха, устранения стресс-факторов и т.д. Поэтому подготовка таких специалистов, компетентно разбирающихся во всем многогранном спектре факторов, обеспечивающих здоровье и здоровый образ жизни, не менее (а может быть и более) важна, чем подготовка врачей “узких” медицинских специальностей.

Особой темой, несколько выходящей за рамки этой статьи, является проблема физической реабилитации людей, перенесших серьезные заболевания и имеющих отклонения в состоянии здоровья, которые не позволяют жить полноценной жизнью и повышают риск преждевременной смерти. В развитых странах с эффективной функционирующей системой здравоохранения деятельность по физической реабилитации таких людей получила широкое распространение. И она, несомненно, должна найти свое развитие и в Украине.

Специалистов такого профиля с начала 1990-х годов готовят и в некоторых вузах нашей страны. Осуществляется по этому направлению и подготовка научно-педагогических кадров: успешно защищено большое количество кандидатских и несколько докторских диссертаций. Однако, к сожалению, до сих пор статус специалистов по физической реабилитации не нашел своего официального воплощения и не получил соответствующего места в перечне специальностей системы здравоохранения Украины, вследствие чего таким специалистам приходится работать, числясь по штатному расписанию медсестрами, массажистами или еще кем-либо. Понятно, это не способствует престижу очень важной профессии специалиста по физической ре-

билитации и существенно мешает полноценному функционированию такого актуального направления в отечественном здравоохранении.

\*\*\*

Большинство всех событий в Украине, в отличие от глобального кризиса 1990-х годов, носит позитивный характер: произошел ряд положительных сдвигов в сферах экономики, науки, техники, образования, ведется интенсивное строительство, формируется и развивается инфраструктура городов, укрепляется государственное управление, добиваются ощутимых успехов на международной арене украинские спортсмены, представители нашей культуры и искусства.

В газетах, журналах, на телевидении и радио информация носит в основном негативный характер, что приводит к стрессам, в которых и без того постоянно находится большинство населения Украины. Именно стрессы являются одной из основных причин развития депрессии и преждевременной смерти, сердечно-сосудистых, нервно-психических, онкологических и других тяжелых болезней. Поэтому смещение акцента в деятельности отечественных СМИ в позитивную, оптимистическую сторону должно стать не только фактором улучшения социальной ситуации в обществе, но и одним из важных направлений профилактики заболеваний среди населения Украины и действенным средством популяризации здорового образа жизни.

Всесторонний анализ и обобщение рассмотренных нами многочисленных факторов свидетельствуют об абсолютной очевидности того, что задачи обеспечения надлежащего здоровья здоровых людей в Украине должны быть отнесены к числу первоочередных приоритетов государственной политики, к весьма актуальным, узловым сферам национальных интересов нашей страны.

С учетом изложенного, давно назрел и требует продуманного, но безотлагательного решения вопрос о необходимости оперативной разработки, утверждения и последующей реализации национальной программы, цель которой — сохранение и укрепление здоровья наших здоровых и относительно здоровых сограждан.

Особо хотелось бы подчеркнуть, что, в отличие от принимавшихся ранее разных программ в области здравоохранения, в упомянутой выше национальной программе Минздрав не должен быть ни основным разработчиком, ни главным исполнителем, а лишь одним из многих задействованных в ней министерств и ведомств.



Такая особенность предлагаемой национальной программы, которая по своему содержанию и кругу ее участников должна носить общегосударственный характер, как и всё сказанное в этой статье о Минздраве и его нынешнем отношении к профилактическим направлениям отечественного здравоохранения, не означает ни принижения роли этого министерства, в сложных экономических условиях решающего немало важных задач, ни какого-либо неуважительного отношения к традиционной (лечебной) медицине, ни призывов к перераспределению финансовых ресурсов.

В формировании национальной программы, которую можно назвать "Охрана здоровья здоровых людей", и в ее выполнении, на наш взгляд, должны участвовать Кабинет Министров Украины (в качестве основного координатора) и Верховная Рада (законодательное обеспечение), различные министерства и ведомства, академические и отраслевые научно-исследовательские институты, высшие учебные заведения и другие организации. Только тогда эта программа сможет принести реальные позитивные результаты.

Надійшла 20.04.2006