

Основы здорового образа жизни

1. Здоровье: основные понятия, сущность, содержание, критерии. Факторы здоровья.
2. Составляющие здорового образа жизни. Здоровый стиль жизни. Обеспечение здоровья и самооценка своего состояния.
3. Понятия ВИЧ, ВИЧ-инфекция, СПИД. Социально-правовые аспекты проблемы ВИЧ/СПИД. Профилактика.

Здоровье: основные понятия, сущность, содержание, критерии. Факторы здоровья.

По определению, принятому Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов.

Здоровье — важная составляющая жизнедеятельности организма. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни населения, особенно молодежи, являются сегодня актуальной проблемой.

В настоящее время принято выделять следующие компоненты здоровья.

- Соматическое — текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими на различных этапах онтогенетического развития.
- Физическое — уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма. Основа физического здоровья — это морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем органов, обеспечивающие адаптацию организма к воздействию различных факторов.
- Психическое — состояние психической сферы человека. Основу психического здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения.
- Нравственное — комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информативной сферы жизнедеятельности человека, основу которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе.

В обобщенном и несколько упрощенном виде критериями здоровья являются: для соматического и физического здоровья — я могу, для психического здоровья — я хочу, для нравственного здоровья — я должен.

Все стороны человеческой жизни определяются уровнем здоровья. Исследования ученых свидетельствуют о том, что уровень здоровья человека зависит примерно на 50 % от образа жизни, на 20 % — от генетики (наследственных факторов), на 20 % — от условий внешней среды и на 10 % — от деятельности системы здравоохранения.

Приведенные цифры свидетельствуют о приоритетном влиянии образа жизни человека на уровень его здоровья. Очевидно, что важнейшим аспектом образа жизни человека является здоровый образ жизни — такая организация труда, отдыха, творческого самовыражения, культурных и физиологических потребностей человека, которые обеспечивают ему выполнение биосоциальных функций, физическое и психическое здоровье, активное долголетие и в итоге — гармоничное развитие личности во всех возрастных периодах.

Здоровье рассматривается с различных сторон — философской, биологической, медицинской, эстетической и др. Приводятся различные определения здоровья. Дать определение какому-либо явлению или состоянию всегда трудно, тем более, если само явление или состояние сложное и зависит от многих факторов. Именно так обстоит дело и с понятием «здоровье», которое нельзя упрощенно понимать только как отсутствие болезни. Человеческий организм — сложное биологическое образование, прошедшее многомиллионный эволюционный путь развития и закрепившее в себе все следы этого пути. Кроме того, многообразные социальные факторы, помимо общеприродных, влияют на здоровье человека и оно становится биосоциальной категорией.

Любое определение требует ограничения, устранения незначительных признаков и выделения главного, основного. Не составляет в этом отношении исключения и определение «здоровья», в котором сфокусированы многие составляющие. В литературе встречаются различные определения здоровья. Остановимся на некоторых из них.

Здоровье — это количество (резервы) энергетического, пластического и регуляторного обеспечения физиологических функций (Г. Л. Апанасенко, Г. И. Царегородцев).

Здоровье — это соответствие возрасту физического, психического развития, уровня физиологических систем, легкая адаптация к меняющимся условиям и, наконец, отсутствие заболеваний (С. М. Громбах, Г. И. Сердюковская и др.).

Индивидуальное здоровье (практическое здоровье) есть отсутствие болезни, полное физическое и духовное благополучие. Согласно этому определению выделяют 3 группы людей: 1) здоровые; 2) нездоровые; 3) группа риска — состояние между здоровьем и болезнью (В. Н. Казначеев, Р. М. Бальский, И. Н. Брехман и др.).

Здоровье — это целостное динамическое состояние (включая его позитивные и негативные показатели), развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды и позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции (А. Г. Щедрина, 1989).

Понятие здоровья должно определять возможности выполнения основных функций человека, учитывая, что человек есть живая система, в основе которой лежат физические и духовные, природные и социальные, наследственные и приобретенные качества. Поэтому правомерно различать:

- социальное здоровье — система ценностей, установок и мотивов поведения в социальной среде;
- физическое здоровье — текущее состояние функциональных возможностей органов и систем организма;
- психическое здоровье — состояние психической сферы человека, характеризующееся общим душевным комфортом, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения, обусловленное потребностями биологического и социального характера.

Состояние здоровья оценивается по трем уровням: соматическому, социальному, личностному. Соматический уровень подразумевает совершенство саморегуляции в организме, гармонию физиологических процессов, наилучшую адаптацию к окружающей среде. Социальный уровень отражает меру трудоспособности и социальной активности, деятельное отношение к миру. Личностный уровень определяет стратегию жизни человека, степень его господства над обстоятельствами жизни.

Здоровье следует рассматривать как динамическое состояние, которое включает в себя, как минимум, четыре составляющие:

- соответствующий возрасту уровень развития физиологических систем;
- уровень и гармоничность физического развития;

- хорошую умственную и физическую работоспособность и приспособляемость к различным условиям среды;
- отсутствие функциональных отклонений и других признаков болезни в момент обследования.

Соответствие индивидуального здоровья эталону (всем четырем составляющим) может проявляться в различной степени. Предлагается выделить 5 групп здоровья.

1 группа — лица, у которых все 4 комплексных показателя соответствуют возрасту.

2 группа — здоровые лица, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также снижена сопротивляемость к заболеваниям.

3 группа — лица, имеющие хронические заболевания в состоянии компенсации.

4 группа — лица, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.

5 группа — люди, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации.

Критерии здоровья

Применение критериев комплексной оценки организма достаточно глубоко характеризует здоровье отдельного человека, а суммирование оценок — здоровье коллектива.

Обследования состояния здоровья студентов выявили, что к концу обучения в вузе увеличивается число лиц с функциональными нарушениями (2 гр. здоровья) и уменьшается число здоровых (1 гр. здоровья). Рост заболеваемости от начала к концу обучения отражает негативное влияние совокупности факторов: условий обучения, образа жизни. Основа профилактики и состоит в устранении факторов, обуславливающих заболевания.

В целостной оценке здоровья человека важную роль играют уровень и гармоничность физического развития.

Физическое развитие означает совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процесс его роста и созревания. Для характеристики физического развития используются основные антропометрические признаки, суммарно отражающие процессы, происходящие в организме. Физическое развитие зависит от возраста и пола. Отмечается неравномерность интенсивности физического развития. Для изучения физического развития применяется унифицированная методика исследований. Из всего многообразия признаков используется ряд основных. При этом выбирают такие показатели, которые можно определить с достаточной точностью и при помощи простых методов.

Из соматометрических признаков определяют длину и массу тела, окружность грудной клетки. Длина тела относится к достаточно стабильному показателю физического развития. Масса тела отражает развитие костно-мышечного аппарата, внутренних органов, жировой клетчатки. В отличие от роста масса тела относительно лабильна. Она может изменяться под влиянием даже кратковременного заболевания, нарушения питания, изменения режима. Окружность грудной клетки характеризует объем грудной клетки, развитие грудных и спинных мышц, а также функциональное состояние органов грудной полости. Оценивается также состояние опорно-двигательного аппарата (осанка, развитие мускулатуры), степень отложения жира.

Из физиометрических признаков обычно определяют жизненную емкость легких, экскурсию грудной клетки, мышечную силу рук, становую силу. Жизненная емкость легких и экскурсия грудной клетки являются показателями вместимости и силы дыхательных мышц. Мышечная сила рук и становая сила характеризуют степень развития мускулатуры.

Перечисленные показатели, взятые в отдельности, не могут характеризовать физическое развитие человека. Оценка должна производиться комплексно при одновременном учете всех полученных показателей.

В практике медицинского контроля обычно используют стандарты физического развития, определенные для конкретной зоны. Стандарты необходимы для сопоставления показателей физического развития как индивидуального, так и группового. По отношению к детям различают нормальное, ускоренное (акселерация) или замедленное физическое развитие.

Характеристикой гармоничности развития может служить соотношение хронологического (паспортного) и биологического (костный возраст, половое созревание) возраста, которые далеко не всегда совпадают. О связи уровня физического развития школьников с их успеваемостью говорит тот факт, что среди школьников с недостаточным физическим развитием неуспевающие составляют 30—40 %, а среди школьников со средним физическим развитием — только 4—5 % (Колосов, 1983).

До сих пор, например, программы воспитания и обучения, в том числе физического воспитания, рассчитаны на абстрактного, среднестатистического человека, тогда как каждый из воспитуемых представляет индивидуальность и в плане биологических и личностных качеств, имеет способности в том или ином виде деятельности, склонности к тем или иным занятиям. Современная наука, обращаясь к биологической природе человека и психофизиологическим особенностям, ищет эффективные пути, помогающие активно формировать способности человека применительно к современному уровню научно-технического прогресса.

Факторы, от которых зависит здоровье

Здоровье человека обусловлено множеством факторов и если их совокупность принять за 100 %, то они, примерно, распределяются следующим образом:

- генетические факторы — 16—18 %;
- медицинские — 10—15 %;
- условия среды и образа жизни — 74—67 %.

Из предложенного распределения видно, что за исключением генетических факторов как предопределяемых, здоровье на 80 % управляемо человеком. Безусловно, создание, сохранение и управление здоровьем — сложный процесс, но он в значительной степени зависит от индивида, его образа жизни, от выбора здорового или нездорового его содержания.

По отношению к ребенку, т. е. тому возрастному периоду, когда закладывается здоровье, оно зависит от совокупности следующих влияний (А. Бойко, 1988):

- школа — 30 %;
- внешкольные мероприятия — 10—12 %;
- родители — 50—60 %.

Доказано, что 75 % всех болезней начинается с детства. Профессор медицины Колумбийского университета Флоренс Дуибар указал шесть основных особенностей, присущих долгожителям:

- творческая реакция на изменения;
- свобода от озабоченности;
- продолжающаяся способность творить и изобретать;
- высокий уровень адаптации, приспособительной силы;
- способность вводить новое в свое существование;
- желание жить.

Жизнь на нашей планете связана с вращением Земли вокруг своей оси, определяющим суточный ритм, и с вращением вокруг солнца, от которого на Земле зависит смена времен года.

Ритмичность или строгая повторяемость в протекании каких-либо процессов — один из признаков жизни, так как биологические процессы реализуются не только в пространстве, но и во времени.

Все организмы обладают способностью довольно точно измерять время. При помощи «биологических часов» в организме устанавливаются суточные, лунные, сезонные, годовые ритмы

физиологических процессов. Установлено, что в организме человека наблюдается свыше 100 биологических ритмов, отражающих различные физиологические процессы.

Ритмы имеют волнообразный характер. Расстояние между одинаковыми положениями двух волн называются периодами или циклами, которые состоят из двух фаз — подъема и спада волны, соответственно — усиления или ослабления процесса. Ритм есть формы движения живой материи. Ритмование жизненных процессов закрепилось в течение эволюционного развития живых организмов и обеспечивает их приспособление к закономерным изменениям внешней среды во времени.

Огромный экспериментальный материал, накопленный ботаниками, зоологами, физиологами, медиками, животноводами, показывает, что и растения, и животные, и люди (как организма) живут по «солнечным часам». Руководствуясь «солнечными часами», организмы приурочивают каждый свой физиологический процесс и жизнедеятельность в целом к оптимальным по времени условиям среды. В этом проявляется приспособительное течение биоритмов.

В настоящее время сформировались специальные научные направления, изучающие ритмование жизненных процессов — биоритмология, хронобиология, хроногигиена. Правильно составленный распорядок дня, распределение работы таким образом, чтобы наибольшая нагрузка соответствовала наибольшим возможностям организма — одна из важных задач хроногигиены. При этом целесообразно учитывать там, где это возможно, собственный биоритмологический профиль человека — относится он к так называемым «жаворонкам», «совам» или аритмикам, а также общие физиологические закономерности. Исследования показывают, что работоспособность выше всего от 9 до 13 часов и между 16 и 18 часами. В ночные часы работоспособность падает, особенно с 1 до 3 часов. В это время происходит наибольшее число несчастных случаев, производственных травм.

Небезразлично также, в какое время мы едим. Об этом говорит следующий пример. Группе людей давали пищу, содержащую 2000 ккал, в течение пяти дней сначала только по утрам, что привело к снижению их веса. Когда та же пища принималась по вечерам, вес их увеличивался. Есть сообщения о различной эффективности диетотерапии в различные месяцы и сезоны года. Рассогласование биоритмов приводит к такому явлению, которое получило название десинхроноз. Если постоянно нарушать, например, режим свет-темнота или изменять длительность суток до 21 или 27 часов, время жизни укорачивается. Это показатели эксперимента на животных. Элементарная поломка нормального чередования сна и бодрствования называется бессонницей, заболевание не только нервной системы, но и всего организма. Алкоголь и курение также способствуют развитию десинхроноза, нарушая тонкую регуляцию деятельности органов человека. Конечно, жизнь сама по себе — постоянная адаптация к внешней среде, тем не менее способность человека восстанавливать свои силы не бесконечна. За каждую перемену ориентации, за каждое усилие приспособиться к чему-то новому ему приходится расплачиваться ценой изнашивания своих физических и психических механизмов.

Исследования сезонных изменений в организме также указывают на значительные перемены, происходящие под влиянием времен года. Они свидетельствуют о том, что человек наиболее устойчив к болезням в декабре, январе, а менее — в августе. К стрессу чувствителен больше осенью, меньше весной. Проследивая сезонность ряда заболеваний, ученые отметили нарастание частоты гипертонических кризов в мае, июле и сентябре; нарушений мозгового кровообращения — в январе, феврале, мае, августе и сентябре; инфаркта миокарда — осенью; язвенной болезни 12-перстной кишки — в весенне-осеннее время. Лучший эффект от зарядки при сердечно-сосудистом заболевании — в марте, апреле, мае, а от бальнеотерапии — зимой и осенью, причем эта сезонность тесно связана с географическим местом расположения курорта.

Занимающимся оздоровительной физической культурой и спортом важно иметь представление о связи физической работоспособности с биологическими ритмами. Суточный ритм различных функций внутренних органов и процессов обмена веществ является довольно постоянным и стойким. Менее стойким оказывается суточный ритм различных двигательных реакций и работоспособности человека.

В ряде исследований показано, что средние величины мышечной силы, скорости бега, а также времени реакции спортсменов на стартовый сигнал оказывается выше днем и ниже в утренние, вечерние и чем более в ночные часы. Суточная периодика обнаруживается более четко для кратковременных мышечных усилий и выражена тем меньше, чем длительна выполняемая работа.

Суточный ритм сглаживается также под влиянием сильного эмоционального возбуждения, вызванного обстановкой спортивного соревнования. Суточный ритм сказывается на эффективности занятий физическими упражнениями. Наилучшие результаты дают занятия в середине или во второй половине дня. Тренировка рано утром или поздно вечером, тем более ночью, дает меньший эффект. При прочих равных условиях, чем тренированнее исследуемый, тем меньше сказывается на его физической работоспособности суточный ритм.

Всякая работа оказывается продуктивной и менее утомительной, если ее выполнять в определенной последовательности. Внешняя ритмика движений, трудовых приемов, навыков, вначале еще неотработанная, непрочная, постепенно приобретает упорядоченный характер. Возникают так называемое усвоение ритма, состояние высокой и устойчивой работоспособности. Соблюдение усвоенного организмом ритма и темпа — важнейший фактор работоспособности и здоровья.

Составляющие здорового образа жизни. Здоровый стиль жизни. Обеспечение здоровья и самооценка своего состояния.

Образ жизни — это деятельность, включающая в себя динамические процессы протекания жизненных ситуаций. В этой связи здоровый образ жизни (ЗОЖ) представляется как активная целенаправленная деятельность человека, способствующая сохранению и повышению уровня здоровья. В режиме дня студента ЗОЖ является первичным источником формирования культуры здоровья, сохранения и поддержания высокой работоспособности, совершенствования резервных возможностей организма для продуктивного выполнения социальных и профессиональных функций в процессе обучения в вузе.

В многогранной деятельности студента все более значимым фактором и спектром воздействия на процессы обучения, воспитания, образования, формирования личностных свойств и качеств выдвигаются новые физкультурно-оздоровительные технологии. Студентам, имеющим отклонения в состоянии здоровья, трудно усваивать учебный программный материал, необходимый для получения высшего образования. Именно поэтому смысл оздоровления, физического развития и физического совершенства многие студенты видят в более продуктивном и своевременном освоении учебных профессиональных дисциплин, в формировании профессионально важных личностных качеств, что в конечном результате обеспечивает достижения поставленных целей в жизни и деятельности.

Поэтому сущность и содержание ЗОЖ студента обусловлены его деятельностным самообразованием, осознанной позицией в отношении к физической культуре и спорту, устойчивой мотивации личным примером активной физкультурно-спортивной деятельности.

Следовательно, проблема ЗОЖ студентов вузов во многом определяется общими негативными тенденциями в процессе обучения, в основе которых лежат следующие факторы:

- снижение уровня физического здоровья, физической подготовленности, недостаточный уровень развития физических способностей;
- постоянный рост численности студентов, отнесенных к специальной медицинской группе;
- отсутствие потребности студентов в ежедневном выполнении необходимого (обязательного) минимума объема двигательной активности;
- отсутствие объективного контроля и самоконтроля за физическим состоянием и состоянием здоровья;
- пассивность, индифферентность к средствам физической культуры, к «пожизненным» видам спорта;
- недостаточная общая физкультурная образованность;
- неумение совместить учебно-профессиональную и физкультурно-спортивную деятельность как компоненты целостной системы профессионально-личностного развития студента.

При обеспечении оптимальных условий в выработке прикладной ориентации цели и формировании основных качеств для ЗОЖ студента необходима системность постановки общих и специфических (частных) задач в плане взаимодействия ЗОЖ и физической культуры.

Следует сказать, что ЗОЖ студента по ряду причин еще не имеет относительной стабилизации, в большинстве своем он не определен устойчивыми позициями (отношениями, активностью, мотивацией). В первую очередь это связано с учебно-профессиональной деятельностью студента, с его организацией режима дня и проведением свободного времени, где довольно часто наблюдается противодействие ЗОЖ со стороны распространенных негативных тенденций в студенческой жизни. Это пассивный отдых, вредные привычки, невыполнение необходимого объема двигательной активности, недостаточный уровень физического здоровья, наличие заболеваний и отклонений в состоянии здоровья.

Обеспечение здоровья и самооценка своего состояния.

Отношение к здоровью обусловлено объективными обстоятельствами, в том числе воспитанием и обучением. Оно проявляется в действиях и поступках, мнениях и суждениях людей относительно факторов, влияющих на их физическое и психическое благополучие.

Дифференцируя отношение к здоровью на адекватное (разумное) и неадекватное (беспечное), мы тем самым условно выделяем два диаметрально противоположных типа поведения человека по отношению к факторам, способствующим или угрожающим здоровью людей.

Критерием меры адекватности отношения к здоровью в поведении может служить степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также нормативным требованиям медицины, санитарии, гигиены. В высказываниях мнений и суждений оно выступает как уровень осведомленности и компетентности индивида. Отношение к здоровью включает в себя и самооценку человеком своего физического и психического состояния, которая является своего рода индикатором и регулятором его поведения. Самооценка физического и психического состояния выступает в качестве реального показателя здоровья людей, так как обнаружена довольно высокая степень (70—80% случаев) ее соответствия объективной характеристике здоровья.

Каждый человек хочет быть здоровым. Однако даже в ситуации болезни люди нередко ведут себя неадекватно своему состоянию, не говоря уж о том, что в случае отсутствия болезни они далеко не всегда соблюдают санитарно-гигиенические требования. Очевидно, причина несоответствия между потребностью в здоровье и ее действительной повседневной реализацией человеком заключается в том, что здоровье обычно воспринимается людьми как нечто безусловно данное, как сам собой разумеющийся факт, потребность в котором хотя и осознается, но подобно кислороду, ощущается лишь в ситуации его дефицита. Чем адекватнее отношение человека к здоровью, тем интенсивнее забота о нем. Так, о необходимости большей заботы о

своем здоровье высказалось 25,9% лиц с хорошей самооценкой, 36,8% — с удовлетворительной и 58,8% — с плохой. Среди причин, побуждающих заботиться о здоровье, первое место занимает «ухудшение здоровья» — 24,4%, второе — «осознание необходимости этого» — 17,4%, а затем следуют другие факторы.

В повседневной жизни забота о здоровье ассоциируется прежде всего с медициной, лечебными учреждениями и врачебной помощью. Отмечено, что лица с хорошей самооценкой здоровья в случае болезни чаще обращаются к врачу (44,2%), чем с плохой (28,6%). Наиболее беспечны в этом отношении лица с удовлетворительной самооценкой здоровья, они не прибегают к врачебной помощи в 33% случаев, зато чаще используют помощь лекарственных средств — 22,3%, в то время как лица с хорошей самооценкой реже — в 13,7% случаев.

Чем объяснить более низкую потребность обращения к врачу в случае болезни людей, имеющих плохую самооценку здоровья? Прежде всего неорганизованностью их жизнедеятельности. Косвенно это подтверждается тем, что среди таких лиц преобладают те, кто не делает утреннюю гимнастику, не совершает вечерних прогулок, не приобщен к занятиям спортом, не соблюдает режим питания.

Различия, обусловленные самооценкой здоровья, наблюдаются и в образе жизни респондентов. Среди тех, кто оценивает свое здоровье как хорошее, в два раза больше регулярно выполняющих утреннюю гимнастику — 15,4%, чем среди удовлетворительно оценивающих его — 7,1% и почти в три раза больше, чем в группе с плохой самооценкой — 5,5%. Соответственно в этих группах соотношение занимающихся спортом: 15,8, 8,9, 3,5%.

Одной из главных причин этих различий являются факторы мотивационного порядка, в частности осознание человеком меры своей ответственности за сохранность и укрепление здоровья. Так, если лица с хорошей самооценкой здоровья в 52,5% случаев считают, что «состояние здоровья человека прежде всего зависит от него самого», то лица с удовлетворительной и плохой самооценкой — соответственно в 35,5 и 37,3%. В соответствии с этим имеет смысл выделить два типа ориентации (отношений) к здоровью. Первый — в охране здоровья ориентирован прежде всего на усилия самого человека, или условно «на себя». Второй — преимущественно «вовне», когда усилиям человека отводится второстепенная роль. К первому типу относятся, в основном, лица с хорошей самооценкой здоровья; они являются преимущественно интериалами, которых характеризует склонность приписывать ответственность за результат своей деятельности собственным усилиям и способностям. Ко второму типу относятся лица преимущественно с плохой и удовлетворительной самооценкой здоровья, экстериалы, приписывающие ответственность за результаты своей деятельности внешним силам и обстоятельствам. Следовательно, характер заботы человека о здоровье связан с его личностными свойствами. Отсюда следует, что воспитание адекватного отношения к здоровью неразрывно связано с формированием личности в целом и предполагает различия в содержании, средствах и методах целенаправленных воздействий.

Понятия ВИЧ, ВИЧ-инфекция, СПИД. Социально-правовые аспекты проблемы ВИЧ/СПИД. Профилактика.

Сейчас в мире, пожалуй, нет взрослого человека, который не знал бы, что такое ВИЧ-инфекция. «Чума XX века» уверенно перешагнула в XXI век и продолжает прогрессировать.

Распространенность ВИЧ носит сейчас характер настоящей пандемии. ВИЧ-инфекция захватила практически все страны. В 2004 году в мире насчитывалось около 40 млн ВИЧ-инфицированных — примерно 38 млн взрослых и 2 млн детей

Основные понятия:

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека — возбудитель ВИЧ-инфекции и СПИДа

ВИЧ-инфекция – инфекционное заболевание, причиной которого является ВИЧ, а исходом – СПИД. СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита – это конечная стадия ВИЧ-инфекции, когда иммунная система человека поражается настолько, что становится неспособной сопротивляться любым видам инфекции. Любая инфекция, даже самая безобидная, способна привести к тяжелому заболеванию и летальному исходу.

История ВИЧ-инфекции и СПИДа

Летом 1981 года Центр по контролю заболеваемости США опубликовал доклад с описанием 5 случаев пневмоцистной пневмонии и 26 случаев саркомы Капоши у ранее здоровых гомосексуалистов из Лос-Анджелеса и Нью-Йорка.

В течение последующих нескольких месяцев случаи заболевания были зарегистрированы среди инъекционных наркоманов, а вскоре после этого у лиц, перенесших переливание крови.

В 1982 году был сформулирован диагноз СПИД, однако причины его возникновения установлены не были.

В 1983 году впервые был выделен ВИЧ из культуры клеток больного человека.

В 1984 году было установлено, что ВИЧ является причиной СПИДа.

В 1985 году был разработан метод диагностики ВИЧ-инфекции при помощи иммуноферментного анализа (ИФА), определяющего антитела к ВИЧ в крови.

В 1987 году первый случай ВИЧ-инфекции зарегистрирован в России – это был мужчина-гомосексуалист, работавший переводчиком в странах Африки.

Откуда взялся ВИЧ? В поисках ответа на этот вопрос предложено множество самых разных теорий. Точно на него не может ответить никто.

Однако известно, что при первых изучениях эпидемиологии ВИЧ-инфекции было обнаружено, что максимальная распространенность ВИЧ приходится на район Центральной Африки. Кроме того, у человекообразных обезьян (шимпанзе), обитающих в этой области, из крови был выделен вирус, способный вызвать СПИД у человека, что может указывать на возможность заражения от этих обезьян – возможно, при укусе или разделывании туш.

Есть предположение, что ВИЧ существовал длительное время среди племенных поселений Центральной Африки, и только в XX веке в результате повышенной миграции населения распространился по миру.

Вирус иммунодефицита человека

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) относится к подсемейству ретровирусов, которое носит название - лентивирусы (или «медленные» вирусы). Это означает, что от момента заражения до появления первых признаков заболевания и тем более до развития СПИДа проходит большой период времени, иногда несколько лет. У половины ВИЧ-инфицированных бессимптомный период составляет около 10 лет.

Выделяют 2 типа ВИЧ – ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Наиболее распространен в мире ВИЧ-1, ВИЧ-2 по морфологии ближе вирусу иммунодефицита обезьян – тому самому, который был найден в крови шимпанзе.

При попадании в кровь ВИЧ избирательно прикрепляется к клеткам крови, ответственным за иммунитет, что обусловлено наличием на поверхности этих клеток специфических молекул CD 4, которые распознает ВИЧ.

Внутри этих клеток ВИЧ активно размножается и еще до формирования какого-либо иммунного ответа, быстро распространяется по всему организму. В первую очередь поражает лимфоузлы, поскольку там содержится большое количество иммунных клеток.

В течение всей болезни эффективный иммунный ответ на ВИЧ так и не формируется. В первую очередь это связано с поражением иммунных клеток и недостаточностью их функции. Кроме того,

ВИЧ обладает выраженной изменчивостью, что приводит к тому, что иммунные клетки попросту не могут «узнать» вирус.

При прогрессировании заболевания ВИЧ приводит к поражению все большего количества иммунных клеток – лимфоцитов CD 4, количество которых постепенно снижается, достигая в конечном итоге критического числа, что можно считать началом СПИДа.

Как можно заразиться ВИЧ-инфекцией

При половом контакте.

Половой путь – самый распространенный во всем мире путь передачи ВИЧ-инфекции. Сперма содержит большое количество ВИЧ; видимо, ВИЧ имеет свойство накапливаться в сперме, особенно при воспалительных заболеваниях – уретрите, эпидидимите, когда сперма содержит большое количество воспалительных клеток, содержащих ВИЧ. Поэтому риск передачи ВИЧ увеличивается при сопутствующих инфекциях, передающихся половым путем. Кроме того, сопутствующие генитальные инфекции часто сопровождаются появлением различных образований, нарушающих целостность слизистой половых органов – язв, трещин, пузырьков и др.

ВИЧ обнаруживается также в отделяемом влагалища и шейки матки.

При оральном сексе риск заражения значительно ниже, чем при анальном. Однако достоверно доказано, что этот риск имеет место!

При использовании одних шприцев или игл среди инъекционных наркоманов.

При переливании крови и ее компонентов.

ВИЧ может содержаться в препаратах донорской крови, свежемороженой плазме, тромбоцитарной массе, препаратах факторов свертывания. Переливание инфицированной крови в 90-100% случаев приводит к инфицированию.

Нельзя заразиться при введении нормального иммуноглобулина и специфических иммуноглобулинов, поскольку эти препараты подвергаются специальной обработке для полной инактивации вируса. После введения обязательной проверки доноров на ВИЧ, риск инфицирования значительно снизился; однако наличие «слепого периода», когда донор уже инфицирован, но антитела еще не образовались, не позволяет до конца обезопасить реципиентов от инфицирования.

От матери ребенку.

Заражение плода может происходить во время беременности – вирус способен проникать через плаценту; а также во время родов. Риск заражения ребенка от ВИЧ-инфицированной матери составляет 12,9% в европейских странах и достигает 45-48% в странах Африки. Риск зависит от качества медицинского наблюдения и лечения матери во время беременности, состояния здоровья матери и стадии ВИЧ-инфекции.

Кроме того, существует явный риск заражения при кормлении грудью. Вирус обнаружен в молозиве и грудном молоке ВИЧ-инфицированных женщин. Поэтому ВИЧ-инфекция является противопоказанием для кормления грудью.

От больных медицинскому персоналу и наоборот.

Риск заражения при ранении острыми предметами, загрязненными кровью ВИЧ-инфицированных, составляет около 0,3%. Риск при попадании на слизистую и поврежденную кожу инфицированной крови еще ниже. Риск передачи ВИЧ от инфицированного медицинского работника пациенту теоретически сложно себе представить. Однако в 1990 году в США было опубликовано сообщение о заражении 5 пациентов от ВИЧ-инфицированного стоматолога, однако механизм заражения так и остался загадкой. Последующие наблюдения за больными, которые лечились у ВИЧ-инфицированных хирургов, гинекологов, акушеров, стоматологов, не выявили ни одного факта заражения.

Как нельзя заразиться ВИЧ-инфекцией

Если в Вашем окружении есть ВИЧ-инфицированный человек, необходимо помнить, что нельзя заразиться ВИЧ при:

- Кашле и чихании.
- Рукопожатии.
- Объятиях и поцелуях.
- Употреблении общей еды или напитков.
- В бассейнах, банях, саунах.
- Через «уколы» в транспорте и метро. Сведения о возможном заражении через инфицированные иглы, которые подкладывают на сидения ВИЧ-инфицированные люди, или пытаются уколоть ими людей в толпе, не более, чем мифы. Вирус в окружающей среде сохраняется крайне недолго, кроме того, содержание вируса на кончике иглы слишком мало.

Когда следует заподозрить ВИЧ-инфекцию

- Лихорадка неясного генеза более 1 недели.
- Увеличение различных групп лимфоузлов: шейных, подмышечных, паховых – без видимой причины (отсутствии воспалительных заболеваний), особенно если лимфаденопатия не проходит в течение нескольких недель.
- Понос в течение нескольких недель.
- Появление признаков кандидоза (молочницы) полости рта у взрослого человека.
- Обширная или нетипичная локализация герпетических высыпаний.
- Резкое снижение массы тела независимо от каких-либо причин.

У кого риск заразиться выше ВИЧ-инфекцией

- Инъекционные наркоманы.
- Гомосексуалисты.
- Проститутки.
- Лица, практикующие анальный секс.
- Лица, имеющие несколько половых партнеров, особенно если не используют презервативы.
- Лица, страдающие другими заболеваниями, передающимися половым путем.
- Лица, нуждающиеся в переливаниях крови и ее компонентов.
- Лица, нуждающиеся в гемодиализе («искусственной почке»).
- Дети, матери которых инфицированы.
- Медицинские работники, особенно контактирующие с ВИЧ-инфицированными больными.

Профилактика ВИЧ

К сожалению, к настоящему времени не разработано эффективной вакцины против ВИЧ, хотя во многих странах сейчас проводятся тщательные исследования в этой области, на которые возлагают большие надежды.

Однако пока профилактика заражения ВИЧ сводится лишь к общим мерам профилактики: Безопасный секс.

Использование презервативов помогает избежать заражения, однако даже при правильном использовании презерватива он никогда не защищает на 100%.

Правила использования презерватива:

презерватив должен быть подходящего размера.

использовать презерватив необходимо с самого начала полового акта до завершения.

использование презервативов с ноноксинолом-9 (спермицидом) не снижает риск заражения, поскольку часто приводит к раздражению слизистой, а, следовательно, к микротравмам и трещинам, что лишь способствует заражению.

в семяприемнике не должно оставаться воздуха – это может способствовать разрыву презерватива.

Если половые партнеры хотят быть уверенными в отсутствии риска заражения, они оба должны обследоваться на ВИЧ

Отказ от употребления наркотиков. Если справиться с пристрастием невозможно, необходимо использовать только одноразовые иглы и никогда не использовать общие иглы или шприцы

ВИЧ-инфицированные матери должны избегать кормления грудью

Профилактика оппортунистических инфекций

Профилактика оппортунистических инфекций способствует увеличению продолжительности и улучшению качества жизни больных СПИДом.

Профилактика туберкулеза: для своевременного выявления лиц, зараженных микобактериями туберкулеза, всем ВИЧ-инфицированным лицам ежегодно проводят пробу Манту. При отрицательной реакции (т.е. при отсутствии иммунного ответа на туберкулин) рекомендуют принимать противотуберкулезные препараты в течение года.

Профилактика пневмоцистной пневмонии проводится всем ВИЧ-инфицированным со снижением лимфоцитов CD 4 ниже 200/мкл, а также с лихорадкой неясного происхождения с температурой выше 37,8°C, охраняющейся дольше 2 недель. Профилактику проводят бисептолом.

Оппортунистические инфекции – это инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами, являющимися нормальными обитателями нашего организма, и в нормальных условиях не способные вызывать заболевания.

Токсоплазмоз – возбудителем является *Toxoplasma gondii*. Заболевание проявляется токсоплазменным энцефалитом, т.е. поражением вещества мозга, с развитием эпилептических припадков, гемипарезом (параличом половины тела), афазией (отсутствием речи). Кроме того, возможны спутанность сознания, оглушенность, кома

Гельминтоз кишечника – возбудителями являются многие гельминты (глисты). У больных СПИДом могут приводить к выраженному поносу и обезвоживанию.

Туберкулез. Микобактерии туберкулеза распространены даже среди здоровых лиц, однако заболевание они могут вызвать только при нарушениях иммунитета. Именно поэтому большая часть ВИЧ-инфицированных склонна к развитию активного туберкулеза, в том числе его тяжелых форм. Примерно у 60-80% ВИЧ-инфицированных туберкулез протекает с поражением легких, у 30-40% - с поражением других органов. Бактериальные пневмонии. Чаще всего возбудителями являются золотистый стафилококк и пневмококк. Часто пневмонии протекают тяжело с развитием генерализованных форм инфекции, т.е. попадания и размножения бактерий в крови – сепсис.

Кишечные инфекции – сальмонеллез, дизентерия, брюшной тиф. Даже легкие формы заболевания, которые у здоровых людей проходят без лечения, у ВИЧ-инфицированных протекают длительно, с многочисленными осложнениями, длительными поносами и генерализацией инфекции.

Сифилис – у ВИЧ-инфицированных чаще встречаются такие сложные и редкие формы сифилиса, как нейросифилис, сифилитический нефрит (поражение почек). Осложнения сифилиса развиваются у больных СПИДом быстрее, иногда даже при интенсивном лечении.

Всегда необходимо обращать внимание на качество употребляемой пищи и воды. Фрукты и овощи необходимо тщательно мыть кипяченой водой, пища должна быть термически обработанной. Непроверенную воду необходимо обеззараживать, в некоторых странах с жарким климатом, даже водопроводная вода бывает заражена.

Общение с животными: лучше исключить любые контакты с незнакомыми (тем более бродячими) животными. По крайней мере, необходимо обязательно мыть руки после контакта с животным, даже с собственным. За своим домашним питомцем нужно следить особенно тщательно: стараться не допускать его общения с другими животными и не позволять трогать мусор на улице. После прогулки обязательно мыть, причем лучше в перчатках. Убирать за животным тоже лучше в перчатках.

Рекомендуемая литература.

1. Бальсевич, В.К. Физическая культура для всех и каждого / В.К. Бальсевич. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 208 с.
2. Купчинов, Р.И. Физическое воспитание: учеб. пособие для студ. подготовительных учеб.-тренировочных групп учреждений, обеспечивающих получение высш. образования / Р.И. Купчинов. – Минск: ТетраСистемс, 2006. – 352 с.
3. Лотоненко, А.В.. Молодежь и физическая культура / А.В. Лотоненко, Е.А. Стеблецов. – М.: «Физкультура, образование и наука», 1996. – 317 с.
4. Лукьяненко, В.П. Физическая культура: основы знаний: учеб. пособие / В.П. Лукьяненко. – М.: Советский спорт. – 2003. – 224 с.
5. Скрипко, А.Д. Технологии физического воспитания / А.Д. Скрипко. – Минск: ИСЗ, 2003. – 284 с.
6. Тексты лекций по курсу «Физическое воспитание» для студентов I – IV курсов всех специальностей / В.А. Коледа, В.А. Медведев, В.З. Марченко. Часть 1. – Гомель, 1993. – 56 с.
7. Теория и методики физического воспитания: учебник для студентов фак. физ. культуры пед. ин-тов по спец. 03.03 «Физ. культура» / Б.А. Ашмарин, [и др.]; под ред. Б.А. Ашмарина. – М.: Просвещение, 1990. – 287 с.
8. Физическая культура студента: учебник / М.Я. Виленский [и др.]; под ред. В.И. Ильинича. – М.: Гардарики, 2002. – 448 с.
9. Физическая культура: типовая учебная программа для высших учебных заведений / сост.: В.А. Коледа [и др.]. – Минск: РИВШ БГУ, 2008. – 49 с.
10. Физическая культура: курс лекций / В.А. Коледа [и др.]; под общ. ред. В.М. Киселева. – Минск: БГУ, 2007. – 195 с.
11. Физическая культура: учеб. пособие / В.А. Коледа; под общ. ред. В.А. Коледы. – Минск: БГУ, 2005. – 211 с.
12. Физическая культура: учеб. пособие для студ. вузов / В.А. Переверзев, Е.С. Григорович, К.Ю. Романов; под ред. Е.С. Григоровича, В.А. Переверзева. – Минск: Вышэйшая школа, 2008. – 223 с.
13. Физическое воспитание студенток: учеб. пособие / В.М. Михаленя [и др.]; под ред. В.М. Михалени. – Минск: Дизайн ПРО, 1998. – 128 с.
14. Фурманов, А.Г. Оздоровительная физическая культура: учебник / А.Г. Фурманов, Т.В. Юспа. – Минск, 2004. – 526 с. Юшкевич Т.П. Образование и здоровье. ANALYTIC–SERIAL / Т.П. Юшкевич, А.А. Гужаловский // Фізичная культура і здароўе. – 2000. – № 4. – С. 120–123.