

В.Н. Ростовцев

Контроль здоровья

В монографии обсуждаются вопросы понимания здоровья, основные способы контроля факторов и состояния индивидуального здоровья, а также контроля факторов и состояния общественного здоровья.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Здоровье — это главный жизненный ресурс каждого человека и любого народа.

Реальная ситуация заключается в том, что заболеваемость высока и пока не снижается, а смертность среди трудоспособных людей в два раза превышает биологическую норму.

И здоровым, и больным в большинстве случаев не хватает правильных знаний, чтобы сохранить или вернуть свое здоровье. А получить правильные знания нелегко. Что касается здоровья и здравых смыслов, то существующий поток информационной продукции имеет три особенности. Во-первых, обычно речь идет о болезнях, но не о здоровье. Во-вторых, информация, которая имеет отношение к здоровью, изобилует смысловыми примитивами. В-третьих, пока мало источников, которые достаточно корректно освещают сложную системную природу здоровья.

Вместе с тем, знать и понимать природу здоровья должен каждый, если он желает добра себе, своей семье и своему потомству.

Важно, что сегодня, независимо от уровня понимания здоровья, многие хотят знать о том, с помощью чего можно эффективно контролировать свое здоровье и какие технологии обеспечивают достаточно полную диагностику здоровья и реальных актуальных рисков заболеваний.

ВВЕДЕНИЕ

В русском языке слово контроль означает регулярную проверку состояния или процесса с целью коррекции состояния или управления процессом. Контроль является неотъемлемой основой управления так же, как диагностика является основой профилактики или лечения. По сути, любой контроль является диагностической процедурой. И любой контроль подразумевает организацию процесса регулярных проверок.

Обычно мы контролируем свое здоровье по собственным ощущениям и, как правило, обращаемся к врачу по поводу состояния очевидного нездоровья, а не по поводу состояния здоровья. Мы поступаем так, зная, что медицина пока занимается диагностикой болезней и не занимается диагностикой здоровья.

Сегодня ситуация изменилась. Медицина уже имеет эффективную технологию диагностики здоровья как такового. Это технология функциональной спектрально-динамической диагностики (ФСД-диагностики). Основоположником спектрально-динамического метода является доктор С.М. Закиров.

Технология ФСД-диагностики открывает новый этап развития медицины. На этом этапе наиболее важной задачей является формирование персональной культуры контроля индивидуального и семейного здоровья, а также здоровья рода в лице будущих детей, внуков и правнуков.

Согласно словарю живого русского языка Владимира Даля, культура – это образование умственное и нравственное. Образование дает не только знания, но и представления о том, что следует ценить и культивировать. В этом смысле культура есть система культивирования определенных знаний и ценностей. Всякая культура включает знания, ценности и цели, определяющие понимание и поведение. Поэтому различают внешнюю поведенческую культуру и внутреннюю культуру понимания жизненно важных знаний, ценностей и целей. Гармоничность и осмысленность совокупности знаний, ценностей и целей определяют глубину внутренней культуры человека.

Цели подчиняются ценностям, а ценности - знаниям, за исключением случаев зомбирования, морального уродства или психического заболевания. Правда, знания могут быть неполными или неправильными, а ценности и цели – ложными. Знания и ценности составляют базис любой деятельности и в норме цели не могут противоречить ценностям. Деятельность указывает на цели, цели - на ценности, а ценности отражают качество знаний и глубину их понимания.

Культивировать, возводить в культ и формировать культуру означает выделять главные знания и ценности и ставить их во главу мировоззрения.

Во все времена и ныне здоровье признается естественной жизненной ценностью.

Есть две причины такого единодушия. Первая заключается в том, что здоровым быть лучше, чем больным. Вторая причина состоит в том, что здоровье является главным условием процветания своей семьи, своего рода и своего народа.

Высшей жизненной ценностью является здоровье наших детей, внуков и правнуков, потому что нашим собственным здоровьем в норме мы практически целиком обязаны нашим родителям и прародителям до седьмого колена.

Наши прародители хорошо представляли свою ответственность за наше здоровье, потому что во главе их культуры, их жизненных ценностей, находилось здоровье своего рода.

Коль мы не вымерли и всего сто лет назад не так много болели (что касается распространенных неинфекционных заболеваний), то мы не можем упрекнуть своих предков в низкой культуре здоровья. А вот себя, то есть свое поколение, уже можем. И на фоне низкой культуры здоровья особую значимость приобретает культура контроля здоровья.

Культура здоровья во многом определяется пониманием его сущности. Понимание сущности здоровья и его природы необходимо для осмысленного формирования культуры здоровья, включая культуру контроля здоровья.

Контроль здоровья имеет два аспекта реализации, включая контроль факторов здоровья и контроль состояния здоровья. Каждый из этих аспектов

контроля здоровья может и должен быть реализован для двух типов объектов, включая индивида и общество. В итоге мы получаем четыре класса задач:

- контроль факторов индивидуального здоровья,
- контроль состояния индивидуального здоровья,
- контроль факторов общественного здоровья,
- контроль состояния общественного здоровья.

Каждому из этих четырех классов задач соответствует свой класс технологических решений.

Эффективность тех или иных технологических решений, как в области контроля здоровья, так и в области его позитивной коррекции зависит от понимания системной природы здоровья, его сущности, его причинных факторов и их взаимоотношений, а также понимания главных направлений оздоровления индивида и общества.

Для достижения достаточного понимания системной природы здоровья, методов его контроля, принципов оздоровления и профилактики болезней необходимы знания о биологических и социальных закономерностях формирования здоровья.

Правильные знания и представления о природе здоровья можно извлечь из древних источников. Например, аюрведические врачи хорошо понимали природу здоровья, но в рамках своего понятийного аппарата (о чем будет речь ниже). Современный понятийный аппарат формируется наукой. Наука же в своем закономерном движении от простого к сложному только начинает обретать достаточную полноту и цельность своих знаний и представлений о природе человека и его здоровья. К науке в полной мере относятся слова Козьмы Пруtkова о том, что «некоторые вещи мы не понимаем не потому, что наши понятия слабы, а потому, что сии вещи не входят в круг наших понятий».

Тем не менее, уже достигнутый уровень развития понятийного аппарата науки позволяет делать серьезные обобщения и важные конкретизации в области знаний и представлений о системной природе здоровья человека.

В процессах образования и самообразования человек накапливает много знаний, иногда очень много. Иногда так много, что это инициирует гордыню. Вот, мол, я какой. Накапливая знания, многие полагают, что понимание приходит автоматически. А это не так. Достижение понимания это особый и нелегкий труд, который требует не столько объема знаний, сколько их грамотной и правильной систематизации. Знания это только сырье для производства понимания. И очень много желающих воспрепятствовать достижению понимания. Одни только СМИ чего стоят. И ладно, если человек не понимает геополитические процессы. Это не так важно. Важно, когда человек не понимает процессы формирования и утраты здоровья – своего собственного и своих детей и внуков.

Задача этой книги заключается в том, чтобы помочь составить правильные представления о природе здоровья и достичь достаточного уровня понимания важности контроля здоровья – своего собственного и своих детей и внуков. Достаточного для того, чтобы уберечь от неоправданных (а часто бессмысленных) рисков свое здоровье и здоровье своих детей и внуков.

Глава 1. ПОНИМАНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Врачи древности, вплоть до начала развития научной медицины были единодушны в определении понятия здоровья. Они утверждали, что **здоровье это гармония**. Научная медицина не могла принять это определение, потому что вплоть до последнего времени главной основой любой науки являлось измерение, а измерять гармоничность научились лишь в конце XX столетия [1-4]. Сегодня, спустя тысячелетия мы, наконец, вполне разделяем позицию древних, понимая, что здоровье действительно обусловлено гармоничностью процессов взаимодействия всех систем организма, как между собой, так и по отношению к среде обитания.

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

На практике здоровье определяют по отсутствию отклонений от нормы. Если отклонений от нормы не выявлено, то врач пишет, что пациент практически здоров.

Поскольку мы уже умеем измерять гармоничность, то норма и гармония являются сегодня измерительным базисом определения понятия здоровья. Приведем соответствующее определение здоровья.

Здоровье – есть норма и гармония духовного, генетического и физического состояния и развития индивида, рода и народа [4].

В этом определении зафиксированы:

- два подхода к измерениям и оценкам (норма и гармония),
- три аспекта триединой сущности здоровья (духовный, генетический и физический),
- два способа рассмотрения здоровья (состояние и развитие),
- три уровня реализации здоровья или три основных объекта его изучения (индивид, род и народ).

Это определение отвечает на вопрос: Что такое здоровье? И не отвечает на вопрос: В чем суть здоровья? Для понимания сути здоровья и соответствующего формирования культуры бытового и социального поведения необходимо ответить на более глубокий вопрос: «Что формирует нормальность и гармоничность организма и личности?»

На этот вопрос можно дать четкий и краткий ответ. Нормальность и гармоничность организма и личности формируются в процессе индивидуального развития на основе гармоничного генотипа и гармоничного духовно-нравственного воспитания.

Отсюда следует определение индивидуального здоровья, которое является исключительно важным для понимания его сути.

Индивидуальное здоровье есть результат гармоничного индивидуального развития.

Индивидуальное развитие (онтогенез) включает: физическое (соматическое), эмоционально-энергетическое (психоэмоциональное) и ментальное (духовно–нравственное) развитие.

А теперь сделаем следующее приближение к пониманию сути здоровья и обозначим несколько аспектов восприятия системности здоровья, которые в совокупности практически полностью детерминируют здоровье индивида:

-- здоровье определяет система родовых генетических преадаптаций к среде обитания. Генетическая преадаптация – это процесс и результат отбора в поколениях рода адаптивных генотипов;

-- здоровье определяет система онтогенетических адаптаций организма к среде обитания;

-- здоровье представляет собой системное следствие родовой культуры воспроизводства гармоничных генотипов;

-- здоровье определяет культура обеспечения гармоничного индивидуального развития организма и личности (системы выращивания и воспитания);

-- здоровье определяется гармоничностью функциональных процессов действия и взаимодействия всех систем организма и соответствующей устойчивостью к действию неблагоприятных факторов экологической и социальной среды.

Из последнего системного аспекта следует еще одно важное определение индивидуального здоровья:

Здоровье – это мера устойчивости организма и личности к действию неблагоприятных факторов внешней среды.

Такое восприятие системности здоровья опирается на хорошо известные научные факты и закономерности.

Общеизвестно, что основными уровнями организации и, одновременно, основными классами систем защиты здоровья организма являются:

1. Генетические системы,
2. Метаболические системы (обмена веществ),
3. Функциональные системы,
4. Психические системы.

Основополагающими для здоровья индивида являются генетические и психические (а точнее – ментальные) системы.

В первом приближении можно утверждать, что функциональное качество всех систем организма определяется гармоничностью его молекулярного генотипа. Молекулярный генотип – это сочетание аллельных состояний как минимум 30 тысяч генов на уровне ДНК и 100 тысяч генов на уровне матричной РНК.

Гармоничность молекулярно-генетических систем организма во многом определяет качество и особенности функционирования остальных систем - метаболических, функциональных и психических [5].

Высокая гармоничность молекулярного генотипа – это наилучшее (оптимальное) сочетание аллельных состояний генов и полигенных комбинаций для реализации внутренних функций организма и относительно особенностей среды обитания. Высоко гармоничный генотип обеспечивает

наилучшее функционирование метаболических, функциональных и психических систем и, как следствие – наибольшую устойчивость к потенциально вредным факторам экологической и социальной среды.

Метаболические системы организма включают сотни тысяч биохимических реакций, в которых принимают участие высокомолекулярные (белки, полисахариды и др.) и низкомолекулярные (собственно метаболиты) соединения. Всего в этих реакциях принимает участие более миллиона химических веществ. Количества этих веществ и скорости биохимических реакций в основном находятся под контролем генотипа. В цепи передачи информации от генов к структурам и функциям организма белки являются первичными продуктами генов, а метаболиты – вторичными. Гармоничность генотипа – главное, что определяет сбалансированность биохимических реакций (метаболический баланс).

Функциональные системы организма (сердечно-сосудистая, бронхо-легочная, желудочно-кишечная и множество других) в реализации своих функций опираются одновременно на структурные системы (клетки, ткани, органы, включая системы сосудов, нервов и меридианов) и на метаболические системы.

Гармоничность структурных систем определяется генотипом в той же мере, что и гармоничность метаболических систем. Поэтому качество функциональных систем, можно сказать, дважды зависит от генотипа – по линии и структурных, и метаболических систем. Гармоничность функциональной системы определяет ее функциональные резервы – чем выше гармоничность, тем больше резервы.

Психические системы также определяются генотипом, но уже через всю цепочку реализации молекулярно-генетической информации, то есть через метаболические, структурные и функциональные системы мозга. Вместе с тем, нет оснований исключать немолекулярное волновое (телегоническое) наследование особенностей структурного, функционального и психического развития. Кроме того, развитие психических систем существенно зависит от

качества нравственного воспитания в дошкольном и школьном периодах и последующего нравственного развития.

На всех основных уровнях (генетическом, метаболическом, функциональном и психическом) в составе комплекса систем каждого уровня имеются системы защиты здоровья и системы адаптации к условиям внешней среды.

Важно понимать простую логику соотношения защиты и адаптации. Понимать логически закон приоритета защиты: **наличие защиты освобождает от адаптации.**

При наличии достаточной защиты в адаптации просто нет необходимости. Необходимость в адаптации появляется только в случае недостаточной защиты.

Хорошее состояние систем защиты здоровья гарантирует здоровье на всю жизнь. А состояние систем защиты, как и других систем, определяется гармоничностью генотипа и развития. И даже при не очень хорошем, но удовлетворительном состоянии систем защиты здоровья системам адаптации не приходится сильно напрягаться (не считая экстремальных условий).

Очень важно, чтобы хорошим было состояние всех систем защиты без исключения. Это связано с тем, что все эти системы взаимосвязаны и взаимозависимы, они взаимодействуют и образуют единую защитную линию.

Многоуровневые взаимодействия систем защиты здоровья и адаптации исключают примитивные объяснения причин болезней. Не всегда основной причиной инфекционного заболевания являются вирусы или микробы. Так, основной причиной инфекционных заболеваний передающихся половым путем, является слабая психо-рефлексивная защита здоровья вследствие дефектов нравственного воспитания. Сделав первое приближение к пониманию сути здоровья, мы можем ее сформулировать.

Суть здоровья заключается в гармоничности функциональных процессов в основных системах обеспечения здоровья, а именно: в генетических,

метаболических, функциональных и психических системах защиты здоровья и системах адаптации.

1.2. СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ ЗДОРОВЬЯ

Рассмотрим основные системы защиты здоровья:

1. Генетической преадаптации;
2. Барьерные системы (кожа, слизистые оболочки и др.);
3. Генетические (репарации, рекомбинации и мейоза);
4. Метаболические (детоксикации, выведения и депонирования);
5. Иммунные (гуморальные и клеточные);
6. Рефлекторные;
7. Нейро-вегетативные защитные системы;
8. Рефлективной психозащиты (избегания);
9. Культуры здоровья.

1. Генетической преадаптацией индивида называется наличие в его геноме генов, сочетаний генов и генетических систем, необходимых для обеспечения защиты здоровья в определенных условиях среды.

Своей генетической преадаптацией индивид обязан процессам микроэволюции своего рода и процессам генетической адаптации в течение ряда поколений своего рода. Процессы микроэволюции протекают в масштабе сотен поколений (несколько тысяч лет), а процессы генетической адаптации протекают в масштабе десятков поколений (несколько сотен лет). Минимальное число поколений, необходимое для достижения генетической адаптации к простым факторам среды (например, к дефициту в среде микроэлементов - железа, меди или йода) составляет 7 поколений. Генетические преадаптации формируются по отношению к условиям данной геохимической провинции (по В.И. Вернадскому), то есть к условиям конкретной местности. Поэтому миграции, особенно межконтинентальные

миграции, разрушают генетические преадаптации индивида и его потомства так же эффективно, как и межэтнические браки.

Генетическая преадаптация индивида к дефицитам и токсикантам составляет основной смысл этого понятия. В широком смысле любая защита есть преадаптация. Так, само существование иммунной системы есть преадаптация.

Генетическая преадаптация является надежной защитой индивида от дефицитов и токсикантов, характерных для среды обитания его рода. Например, Беларусь является йододефицитной территорией, но любой представитель белорусского народа (если в его роду не было межэтнических браков) имеет генетическую преадаптацию к дефициту йода. Поэтому частота соответствующих заболеваний щитовидной железы среди населения мала. Так, совокупная первичная заболеваемость в Республике Беларусь всеми болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ (а не только йододефицитными заболеваниями щитовидной железы) составляет 0,64% [15].

2. Барьерные защитные системы призваны не допустить потенциально вредного агента (физического, химического или биологического) туда, где его присутствие небезопасно. Организм имеет системы внешней и внутренней барьерной защиты.

Внешнюю барьерную защиту в частности обеспечивают кожа и слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей, мочеполовых путей и глаз, а также достаточно мощное электромагнитное поле на их поверхностях.

К системам внутренней барьерной защиты относятся кровеносные сосуды (их стенки) и гематоэнцефалический барьер (между кровью и мозгом).

Важная защитная роль барьерных систем вполне очевидна. Недопущение в организм, а тем более в кровь или мозг чужеродных агентов есть важная задача защиты здоровья любого организма.

3. Генетические защитные системы. Системы репарации устраняют повреждения нитей ДНК, вызванные физическими факторами, в частности, излучениями (например, рентгеновским) и химическими мутагенными факторами. Системы репарации в точности восстанавливают исходную кодовую последовательность в поврежденном участке молекулы ДНК, и тем самым ликвидируют последствия мутагенных воздействий, то есть ликвидируют мутации.

Системы рекомбинации и мейоза защищают будущий организм от аномальных хромосом (хромосомных aberrаций) и от дисгармоничных, и потому неблагоприятных для здоровья, сочетаний генов, то есть от груза неблагоприятных сегрегаций (сегрегационного генетического груза).

Рекомбинация – это обмен генами между материнскими и отцовскими хромосомами.

Для каждого организма природа трижды пытается уменьшить его будущий сегрегационный груз. Первая рекомбинация происходит в процессе созревания яйцеклетки матери и в результате лучшие сегрегации с большей вероятностью остаются в яйцеклетке, а худшие удаляются с так называемыми направлятельными тельцами. Понятно, что при созревании яйцеклетки идет рекомбинация генов бабушки и дедушки по материнской линии.

Вторая рекомбинация происходит при формировании сперматозоидов и третья – сразу после оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом.

4. Метаболические защитные системы. Системы детоксикации, депонирования и выведения защищают организм от действия токсических химических соединений (токсикантов). Они могут попадать в организм извне (через кожу и любые слизистые оболочки) и тогда они являются экотоксикантами. Они могут быть продуктами собственного метаболизма (биохимических реакций внутри организма) и тогда они являются гомотоксикантами.

Принципы защиты от химической угрозы те же, что и от любой иной угрозы: недопущение, нейтрализация, изоляция и выдворение либо ликвидация.

Если индивид допустил (что зависит от уровня его культуры) попадание в организм или образование в нем заметной дозы токсиканта (алкоголь, никотин и т.п.), то организм будет пытаться:

- ликвидировать токсикант путем химического превращения в нетоксичное соединение,
- нейтрализовать его путем сорбции на подходящих биомолекулах,
- вывести из организма и сам токсикант, и продукты его метаболизма,
- изолировать его в специальных тканевых депо.

Ликвидацией и нейтрализацией занимаются системы детоксикации, выведением – системы выведения, а изоляцией – системы депонирования. Против любого токсиканта работают, как правило, несколько систем защиты. Проследим это на примере такого токсиканта, как алкоголь.

Барьерную функцию недопущения алкоголя в организм или допущения его в разумных дозах выполняет, как многие полагают, культура неупотребления или употребления алкоголя. В действительности, эта культура является внешним проявлением деятельности внутренних систем рефлексивной психической защиты. В этих системах рефлексия замыкается на духовно-нравственные ценности личности. В итоге, «культура питья» оказывается лишь частным проявлением духовно-нравственного статуса.

При первом в жизни поступлении в организм алкоголя в действие вводится вторая система защиты – система генетической преадаптации. Алкоголь индуцирует активность гена алкогольдегидрогеназы и начинается синтез этого фермента, который превращает этанол в ацетальдегид. При достижении некоторой пороговой концентрации ацетальдегида в организме аналогичным образом происходит индукция еще одного гена преадаптации – гена ацетальдегиддегидрогеназы. Этот фермент превращает ацетальдегид в нетоксичное соединение. Эти ферменты синтезируются всю оставшуюся жизнь и активность каждого из них соответствует своему генотипу.

Даже при максимальной активности этих ферментов в организм может поступить такое количество алкоголя, которое превышает возможности

ферментативной детоксикации. Тогда в действие вводятся другие системы. Это ликвидация ацетальдегида путем неферментативной реакции с адреналином, норадреналином и дофамином с образованием нетоксичных продуктов. Это нейтрализация этанола и ацетальдегида путем их связывания с белками, включая жиросодержащие. Это выведение этих токсикантов, в том числе через кожу и легкие. Это их изоляция в тканевых депо вплоть до затылочных долей мозга.

Даже при самом тщательном режиме недопущения экотоксикантов в организм, в нем могут вырабатываться гомотоксиканты, то есть вещества, которые вырабатываются собственным организмом, но в слишком больших количествах. Причины этого всегда генетические. Чем ниже гармоничность генотипа, тем выше вероятность гомотоксикозов. Пока с гомотоксикозом справляются системы детоксикации и выделения, он не представляет угрозы для здоровья. Но, когда они перестают справляться и начинается депонирование, а наступление этой фазы процесса зависит от мощности (гармоничности) систем защиты, от общей токсической нагрузки на организм и от возраста, то далее инициируется индивидуально закономерная последовательность болезней.

Есть относительно безобидные варианты гомотоксикоза. Например, накопление и депонирование мочевой кислоты. В молодости повышенный уровень мочевой кислоты ничем не угрожает, кроме повышенных умственных способностей. С возрастом, когда уже слабеют системы выведения, начинают последовательно заполняться все уровни тканевых депо и достигается последний уровень депонирования – суставы. Отложение солей мочевой кислоты в мелких суставах называется классической подагрой.

Скорость накопления гомотоксикантов зависит от баланса объемов их синтеза и выведения. Подагру и последствия накопления других гомотоксикантов можно избежать или отсрочить на несколько десятилетий, если выявить у индивида потенциальные гомотоксиканты, вовремя

позаботиться о метаболическом балансе и на уровне культуры питания снизить объемы синтеза и/или увеличить объемы выведения токсиканта.

5. Иммунные защитные системы. Системы иммунитета призваны защитить организм от биологических агентов и прежде всего от инфекций (вирусных, бактериальных, грибковых и других), инвазий (глистов и микропаразитов) и аллергенов (пищевых, пыльцевых, лекарственных).

Работа иммунных систем в полной мере опирается на ресурсы генетической преадаптации индивида. И не только на гармоничность молекулярного генотипа и набор генов иммунной защиты. Генетика нынче существенно расширила сферу своего самоосознания.

Еще тридцать с небольшим лет тому назад некоторые генетики предлагали относить к области своей науки только рассмотрение отдельных генов. Сегодня практически все согласны с тем, что в сферу интересов генетики входит передача от одного поколения к другому любой информации с разной природой ее носителя (нуклеотидной, белково-метаболической, иммунопептидной, волновой и социо-культурной).

Для формирования иммуногенетической преадаптации природа предусмотрела дополнительный канал передачи иммуногенетической информации от матери к ребенку. Носителем этой дополнительной, но исключительно важной информации являются иммунопептиды, которые в максимальном количестве содержатся в молозиве матери. Поэтому основную массу иммунопептидной информации ребенок получает в течение первых трех часов после своего рождения. Это путь передачи ребенку иммунного опыта своей матери и своего рода. Недополучение иммунопептидной информации в указанные сроки существенно снижает потенциал иммунной защиты организма вплоть до формирования относительного иммунодефицита. Иммунитет впитывается с молозивом матери. Полученные от матери иммунопептиды запускают, по-видимому, синтез ферментов, продуцирующих собственные иммунопептиды.

Имунопептиды выполняют функции иммуномедиаторов, то есть специфических посредников передачи иммунного сигнала внутри иммунной системы. Каждый из сотен (а быть может и тысяч – оценки их числа пока нет) иммуномедиаторов способен специфично связываться с соответствующим иммунорецептором, открывая тем самым определенный канал передачи иммунного сигнала и обуславливая адекватный иммунный ответ.

6. Рефлекторные системы защиты. К рефлекторным системам защиты здоровья относятся все простые рефлекторно исполняемые функции, имеющие защитное назначение. К ним относятся, например, рефлекторное смыкание век при угрозе механического или светового повреждения глаз, отдергивание руки от горячего, рвотный рефлекс при пищевой интоксикации, рефлекторное уклонение от опасно движущегося предмета и другие.

7. Системы нейро-вегетативной защиты здоровья включают множество сложных механизмов реализации индивидуального генотипического потенциала устойчивости к действию некоторых физических, климатических, метеорологических и эмоциогенных факторов. Основной принцип достижения устойчивости к таким факторам заключается в нейтрализации их действия на основе использования индивидуальных ресурсов нервных, гуморальных и метаболических систем регуляции функций.

Например, устойчивость к холоду определяется особенностями режимов работы нейро-гуморальных, метаболических и других систем. Эти особенности запрограммированы генетически и онтогенетически. Так, устойчивость к морозам у чукчей заметно выше, чем у туркмен.

Устойчивость следует понимать, как способность к реализации определенных режимов функционирования, а все способности предопределяются генетически и доопределяются в онтогенезе. При наличии способностей необходимые режимы работы систем организма легко формируются и хорошо тренируются. Иными словами, тренировки без способностей результатов дать не могут. Чем выше гармоничность генотипа, тем больше способностей и тем выше потенциал их реализации.

Суть нейро-вегетативной защиты в нейтрализации действия некоторых внешних и внутренних факторов путем включения и регуляции защитных режимов работы функциональных и метаболических систем организма (в пределах индивидуальных генотипических ограничений).

Нейро-вегетативная защита занимает особенное место в иерархии систем защиты здоровья и играет особую роль.

В иерархии защитных систем нейро-вегетативная система занимает место между системами рефлексивной психической защиты сверху и всеми остальными снизу. Нейро-вегетативные системы существенно влияют на эффективность режимов работы нижележащих систем защиты и сами находятся в существенной зависимости от состояния систем рефлексивной психической защиты и соответствующего состояния психической сферы индивида.

Особая роль нейро-вегетативной защиты заключается в ее влиянии на стрессоустойчивость индивида.

8. Системы рефлексивной психической защиты здоровья. Слабость систем рефлексивной психической защиты приводит к подавлению психической активности индивида (например, в форме скуки, пониженного настроения, гиподепрессии или депрессии). Низкая психическая активность (низкий психический тонус) вызывает подавление функциональной активности систем нейро-вегетативной защиты, а снижение нейро-вегетативной активности автоматически снижает активность всех остальных систем защиты здоровья индивида. Отсюда понятно, сколь сильно здоровью зависит от состояния систем рефлексивной психической защиты.

Рефлексивная психическая защита призвана не допускать негативные (разрушительные) состояния психики и позиции личности индивида и способствовать позитивным (конструктивным, созидательным) состояниям психики и позициям личности.

Для индивида индикатором негативных состояний являются отрицательные эмоции, а индикатором негативных позиций являются

охранительные чувства, в том числе угрызения совести, чувства стыда, вины, раскаяния и т.п. Разумеется, если эти чувства получили развитие в онтогенезе индивида.

Когда системы рефлексивной психической защиты гармонично сформированы и хорошо работают, тогда отрицательные эмоции и охранительные чувства не возникают. Это случай идеальной психической организации личности. В реальности они возникают с различной частотой, но практически у всех. Эффективность работы систем рефлексивной психической защиты зависит от того, как индивид осознает и оценивает свои чувства, эмоции и породившую их ситуацию.

Защитными рефлексиями являются вопросы самому себе (не зависимо от того осознаются они или нет) следующего содержания: «А правильно ли я собираюсь поступить?», «А правильно ли я поступаю?» и «А правильно ли я поступил?». При этом правильность индивид оценивает относительно своих внутренних качеств (доброты, достоинства, честности и т.д.), ценности одноименных понятий и ценности духовных (идеологических) идентификаций.

Совокупность нравственных качеств и нравственных ценностей составляет ядро личности. Таким образом, защитные рефлексии в системе психической рефлексивной защиты здоровья замыкаются на ядро личности.

Известное сходство ряда позитивных духовно-нравственных установок распространенных религий свидетельствует о том, что одной из задач этих религий является формирование у индивида системы рефлексивной психической защиты здоровья. Эту связь религии и здоровья люди интуитивно ощущают и нередко, заболев, обращаются к религии.

Смысл рефлексивной психической защиты заключается в предотвращении аномалий поведения и отношения. Аномалии поведения приводят к психозависимым болезням (нарко-, токсико-, игро-, алкогольным и другим психическим зависимостям, а также к инфекциям, передающимся половым путем). Предотвращение аномалий отношения (к людям, ситуациям и т.д.), важно потому, что они порождают психосоматические и психические

заболевания (то есть практически все остальные болезни). Заметим, что аномалиям поведения всегда предшествуют аномалии отношения, то есть, если человек к чему-то относится адекватно, то адекватным будет и его поведение.

9. Культура здоровья. Смысл этой (последней по списку, но первой по значимости) системы защиты здоровья, то есть культуры здоровья, заключается в том, что именно культура индивида определяет его образ жизни, а культура здоровья является единственным источником формирования здорового образа жизни. Культура здоровья, включая психогигиеническую, энергогигиеническую, биогигиеническую, гигиеническую, питания и физическую (в порядке убывания их относительной значимости для здоровья), естественным образом формирует у человека разумное предохранительное поведение. В этом ключе очевидно, что органичной частью культуры здоровья является культура контроля здоровья.

Любая защита в организме по своему биологическому смыслу является преадаптацией – генетической, онтогенетической или психоонтогенетической. Генетическая преадаптация есть результат процесса генетической адаптации в ряду поколений своего рода. Онтогенетическая преадаптация есть результат процесса адаптации в эмбриогенезе и детстве. Психоонтогенетическая преадаптация есть результат правильного воспитания и самовоспитания.

Метаболические и функциональные онтогенетические преадаптации формируются, в основном, путем включения обычных или переключения триггерных генов, а психическая онтогенетическая преадаптация – путем воспитания позитивных духовно–нравственных качеств.

Наличие достаточного уровня преадаптации обеспечивает защиту от неблагоприятных факторов среды и в адаптации к этим факторам, как правило, нет необходимости.

Когда уровень защиты против конкретного фактора недостаточен, то возникает необходимость в адаптации к этому фактору.

Адаптация дословно переводится как приспособление. В зависимости от контекста адаптацию понимают или как результат процесса приспособления, или как сам процесс.

Процесс адаптации это самонастройка управления функциями клеток, тканей, органов и систем организма, направленная на достижение приемлемого биологического или психологического баланса в ответ на действие неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды организма.

В зависимости от природы действующих факторов, речь может идти о метаболическом, иммунном, функциональном, психическом и других видах баланса.

Частных адаптационных реакций (процессов) существует великое множество. Например, расширение зрачков глаз в темноте.

Общих адаптационных реакций, в которые вовлекается целый ряд систем организма, немного. Самой известной является стрессовая реакция или просто стресс. Кроме стресса, к общим реакциям адаптации относятся реакции активации и тренировки. И стресс, и другие общие реакции адаптации являются совершенно нормальными и безопасными для здоровья человека реакциями. Они направлены на мобилизацию тех или иных ресурсов организма для достижения соответствующего баланса, то есть «равновесия» здоровья.

Вместе с тем, если воздействие среды чрезмерно по силе или продолжительности, то при условии слабости (недостаточности ресурсов) соответствующих систем, может формироваться не вполне нормальная, дисгармоничная реакция адаптации, которая сама по себе составляет угрозу для здоровья.

Именно поэтому опасен не стресс, а только дистресс, то есть дисгармоничный стресс. В качестве примера рассмотрим психогенный стресс. Самыми сильными стрессовыми факторами на уровне психики человека являются смерть близкого человека и супружеская измена.

Смысл адаптации заключается в том, чтобы перевести организм (или систему организма) в новый функциональный режим, который помогает защите здоровья.

Всю защиту здоровья можно разделить на стратегическую и оперативную. Стратегическую защиту обеспечивают девять основных систем защиты здоровья, рассмотренных выше. Оперативные задачи защиты здоровья решают системы адаптации.

Существует несколько вариантов решения оперативных задач защиты здоровья, то есть вариантов адаптации.

Первый вариант – формирование временной защиты. Например, сужение зрачка глаза в ответ на яркий свет или сужение сосудов кожи в ответ на холод.

Второй вариант – общая мобилизация защитных сил организма, приведение организма в боевую готовность. Это реакция стресса.

Третий вариант – частная мобилизация ресурсов тех или иных систем защиты здоровья. Это реакция активации. Активация защитной системы эффективна тогда, когда система имеет достаточные функциональные резервы, объем которых зависит от генотипической гармоничности.

Четвертый вариант – реакция тренировки. Это перевод системы в новый функциональный режим, противостоящий новому уровню действия того или иного фактора. Например, появился фактор повышенных физических нагрузок. Даже без наращивания мышечной массы, нейро-вегетативные системы постепенно переводят мышцы в новый режим работы, адекватный уровню нагрузок.

Пятый вариант – патологическая адаптация. Она вступает в действие тогда, когда уровень нагрузки на систему для данного индивида слишком велик, когда возможности стресса, активации и тренировки исчерпаны, а ресурса защитной системы все равно не хватает. В таком случае обычно говорят о срыве адаптации. Да, можно говорить о срыве нормальных способов адаптации (стресса, активации, тренировки), но более правильно понимать это

как продолжение адаптации, как переход к иному, патологическому (ненормальному, болезнетворному) способу адаптации.

Переход к патологическому способу адаптации происходит при несостоятельности защиты. Образно говоря, после того, как враг разрушил твою защиту, адаптация означает поиск способа мирного сосуществования с врагом. При этом врагом здоровья может выступать и сам индивид. Переход к патологическому способу адаптации означает начало болезни. Какое то время болезнь может протекать латентно (скрыто), а затем проявляется явно в той форме, которая соответствует конституциональным особенностям индивида.

1.3. КОНСТИТУЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ

Конституцией называют типологический (классификационный) вариант развития (организации) той или иной системы организма или организма в целом (например, в случае телосложения) [6]. Выделение типов конституции это пока основной способ разобраться в огромном индивидуальном разнообразии.

Конституции (соматические и психические) являются результатом взаимодействия генетических и средовых факторов в онтогенезе. Иными словами, конституция это фенотипический вариант индивидуального развития.

Конституции принято разделять на общие и частные. Общие конституции широко известны, как соматические (типы телосложения), так и психофизиологические (типы высшей нервной деятельности). Изучение частных конституций только начинается.

Общие конституции практически не имеют медицинской значимости. Конечно, ассоциаций различных типов общих конституций с различными заболеваниями выявлено много. Но они никогда не достигают диагностической значимости. Иначе и быть не может, потому что общие конституции строились с академическими целями и представляют лишь теоретический интерес.

Частные конституции (в медицине и в медицинской антропологии) всегда строят с практической целью диагностики генетико-конституциональной

предрасположенности к чему либо. Сколько есть болезней, столько можно построить классификаций частных конституций с целью диагностики предрасположенности к конкретным заболеваниям. Сегодня такие классификации частных (предрасполагающих) конституций построены для артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, бронхиальной астмы и некоторых других видов патологии.

Далее, говоря о конституциях, мы будем подразумевать только частные конституции.

Существует четыре основных состояния здоровья:

1. Состояние гармоничного здоровья;
2. Состояние предрасположенности (генетико-конституциональной склонности);
3. Состояние физиологической или психической подверженности;
4. Состояние актуального риска заболевания.

Состояние гармоничного здоровья в целом, то есть всего организма и личности, в период культурной и, соответственно, генетической деградации явление достаточно редкое.

Состояние гармоничного здоровья относительно одной из систем организма можно выявить у большинства людей даже в наше время. Состояние гармоничного здоровья относительно данной системы организма (например, сердечно-сосудистой) имеет одну главную причину, которая заключается в гармоничности конституции индивида по этой системе.

Состояния предрасположенности к болезни, подверженности действию тех или иных факторов среды или склонности к патологическим реакциям определенного типа определяется одной из дисгармоничных конституций по соответствующей системе организма.

Для понимания явления предрасположенности (склонности) важны две закономерности:

1. Болезнь возможна только при наличии соответствующей предрасполагающей конституции.

2. Наличие предрасполагающей конституции не означает неизбежности заболевания.

Например, конституциональная предрасположенность индивида к алкоголизму и его психическая (психотипическая) подверженность алкоголизму не могут повредить его здоровью до тех пор, пока этот индивид не начал употреблять алкоголь.

Предрасположенность всегда является следствием дисгармоничности генотипа по причине сегрегационного или (крайне редко) мутационного генетического груза и соответствующей дисгармоничности индивидуального развития, приводящей к малым аномалиям развития и формированию предрасполагающей частной конституции. Предрасположенность является обязательной основой для формирования риска соответствующего заболевания. Иными словами, нет риска без предрасположенности.

Состояния физиологической или психической подверженности возникают, соответственно, либо в результате не вполне адекватных режимов физиологической или психической деятельности, либо как следствие действия факторов внешней среды, приводящего к состояниям подверженности. Физиологическими последствиями действия внешних факторов могут быть состояния переохлаждения, перегревания, переутомления и другие. Психическим последствием чрезмерного действия внешних факторов, как правило, является дисстресс.

Состояние актуального риска, как одного из состояний здоровья, характеризуют следующие закономерности:

1. Состояние риска любого заболевания возможно только при наличии конституциональной предрасположенности к данному заболеванию.

2. Конституциональная предрасположенность имеет исходную ненулевую величину риска, которая зависит от сочетания типов конституции по нескольким заинтересованным системам. Эту величину исходного риска определяет генотип, то есть это генетическая компонента риска. Предположительно, она может составлять от 10% до 30%.

3. Возрастание риска от исходного генетического значения и выше происходит постепенно, и темпы роста риска зависят от ряда факторов – культурных, психических, поведенческих и средовых, которые создают физиологическую (или психическую) подверженность заболеванию.

4. Напряжение адаптации имеет место уже в зоне среднего риска (40%-60%).

5. Срыв нормальной адаптации, то есть переход к патологической адаптации происходит в зоне очень высокого риска (80%-100%).

Зоны высокого и очень высокого риска (60%-100%) являются состояниями актуального риска. Эти состояния обычно называют состояниями предболезни, а зону очень высокого риска называют также пограничным состоянием. Тем не менее, эти состояния относятся к состояниям здоровья и лишь после проявления заболевания (его манифестации) наступает состояние болезни.

Всякая классификация частных конституций имеет в своем составе несколько предрасполагающих и, как минимум, одну не предрасполагающую конституции.

Когда имеется несколько частных конституций, предрасполагающих к данному заболеванию, то каждая из них отражает особенности организации (и особенности дисгармоничности) тех защитных и адаптационных систем организма, недостаточность которых является причиной этого заболевания.

Предположим, нам удалось выявить несколько иммунных конституций подверженности конкретному типу вируса герпеса. Это означает, что существует несколько вариантов дефицита иммунной защиты против вируса герпеса. Поскольку вирус герпеса присутствует в организме у всех людей, а болеют лишь несколько процентов, то понятно, что заболевают только те, кто имеют один из конституциональных вариантов дефицита иммунной защиты против этого вируса. Каждый такой вариант детерминирован конституционально, то есть генетически и онтогенетически. При этом

разумеется, что конституционально предрасположенные заболевают только в периоды физиологической или психической подверженности.

Индивидуальные варианты конституций по системам организма определяют ресурсы систем защиты здоровья и, соответственно, устойчивость к потенциально вредным факторам внешней среды.

1.4. МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Известное высказывание Козьмы Пруtkова можно дополнить следующим образом. Некоторые вещи мы не понимаем не потому, что наши понятия слабы, а потому что сии вещи не входят в круг наших понятий или потому, что наши определения имеющихся понятий неправильно отображают соотношения вещей.

Научно корректные определения понятий, как правило не противоречат здравому смыслу, если смысл действительно здравый. Здоровые смыслы существуют в смысловом поле, которое непосредственно связано с понятием здоровья. При этом эти смыслы должны в необходимой мере отвечать требованиям логической полноты, многомерной связности и логической непротиворечивости. Здесь главным является требование логической полноты дискурса (смыслового поля), которая достигается только на уровне достаточно широкого миропонимания, немного выходящего за рамки официального научного мировоззрения. Что касается логической непротиворечивости, то иллюзия таковой достигается на уровне несложных идеологических систем (эффект ограниченного дискурса).

За последние 30 лет научные представления о здоровье существенно расширили своё смысловое поле. Этот процесс продолжается и начинает оказывать влияние на официальную (западную, аллопатическую) медицину, которую длительный период интересовали только болезни. Сказанное касается также ментального здоровья в широком смысле, проблематика которого наиболее полно отражена в цикле работ П.И. Сидорова [7]. Ещё

более важно влияние развития представлений о здоровье на педагогику, особенно в аспекте ментального здоровья. Далее мы обсудим проблему ментального здоровья (в его узком смысле) с использованием основных понятий лингвистики, генетики и медицины.

Постулируем подразделение здоровья на генетическое, ментальное, эмоциональное и соматическое (физическое). При этом совокупность ментального и эмоционального составляет психическое.

Заметим, что в научной литературе довольно часто используют как синонимы понятия ментального и психического здоровья и это логически допустимо как расширенное понимание ментального (ментальное в широком смысле), но не вполне корректно с позиций не тождественности ментального (в узком и строгом смысле) и эмоционального. В строгом смысле ментальное (ментальная сфера) это сфера мышления, это образ мышления или, если угодно, это качество мышления. Эмоциональное (эмоциональная сфера) это чувства, это страсти, это переживания, это оценочные реакции.

Как было отмечено выше, здоровье индивида следует понимать как результат гармоничного онтогенеза.

Для гармоничного онтогенеза необходимы следующие условия:

-- гармоничный генотип или, иными словами, достаточно низкие уровни сегрегационного и, соответственно, мутационного генетического груза,

-- гармоничные условия индивидуального развития (ментального, эмоционального и физического) в процессах выращивания, воспитания и образования,

-- гармоничная среда обитания (ментальная, эмоциональная, физико-химическая и биологическая).

Чем выше гармоничность генотипа и условий индивидуального развития, тем лучше здоровье ребенка и тем крепче генетико-онтогенетический фундамент здоровья взрослого. Чем гармоничнее

(индивидуально благоприятнее) социальная и экологическая среда обитания, тем легче сохранять конституциональный уровень здоровья.

Для формирования любого типа нездоровья (патологии) необходимы:

-- генетическая предрасположенность к определенной патологии вследствие сегрегационного генетического груза,

-- физиологическая подверженность определенной патологии вследствие дисгармоничных условий индивидуального развития, включая ментальное, эмоциональное и физическое развитие,

-- средовые провокации вследствие дисгармоничной среды обитания или поведенческой неадекватности.

Чем ниже генетическая предрасположенность и физиологическая подверженность индивида, тем выше его устойчивость к средовым провокациям. Соответственно – крепче его здоровье и меньше вероятность нездоровья (в том числе заболеваний). То есть здоровье можно рассматривать как меру устойчивости индивида к внешне-средовым провокациям, включая ментальные, эмоциональные, физические, химические и биологические провокации.

В современной медицине принято различать нозологические (проявленные, манифестные) и донозологические (доманифестные) формы нездоровья. При этом на донозологическом уровне рассматривают латентные стадии (формы) заболевания, либо предпатологические функциональные нарушения. Однако, это не единственный способ рассмотрения донозологического патогенеза. Ведическая традиция, в частности Аюрведа, выделяет шесть стадий развития патологии, включая:

-- ментальную,

-- эфирную (биоволновую, эмоциональную),

-- дисрегуляторную (нейро-эндокринную),

-- эндотоксическую, (метаболическую),

-- проявленную (манифестную),

-- терминальную [8].

В этой последовательности стадий обращают на себя внимание следующие обстоятельства. Во-первых, это факт отсутствия принципиальных противоречий с современным состоянием научных медицинских знаний. Во-вторых, наличие четырех вполне логичных и содержательно наполненных стадий донозологической (доманифестной) фазы патогенеза. В-третьих, относительность понятий лечения и профилактики, поскольку относительно манифестации лечение на любой донозологической стадии патогенеза является профилактикой манифестации.

Если принять, что донозологический патогенез последовательно проходит ментальную, эмоциональную, дисрегуляторную и эндотоксическую стадии, то необходимо признать иницилирующую и, по всей видимости, ключевую роль ментальной стадии патогенеза. Примечательно, что аюрведическая концепция перекликается с концепцией гомотоксикологии Г. Рекевега, в которой в качестве гомотоксинов рассматривают не только физико-химические, но и психические факторы.

Таким образом, можно вполне обоснованно предположить, что нездоровье первично связано с особенностями ментальной сферы индивида (отягощенностью ментальным грузом) и приблизительно в той же мере оно первично связано с особенностями генотипа (отягощенностью сегрегационным генетическим грузом).

Ментальная сфера индивида включает системы осознанных и неосознанных понятий и системы осознанных и неосознанных ценностей этих понятий. Осознанным понятиям и ценностям индивид способен дать определения и объяснения, а также обоснования своих определений и объяснений. Если это условие осознанности не выполняется, то индивид использует (или не использует) понятия и их ценности в соответствии с усвоенными в процессах воспитания и образования стандартными понятийными наборами и ценностными штампами. При этом очевидно, что в

большей или меньшей части официальные понятийные наборы могут быть неполными, а ценностные штампы могут быть некорректными.

Ментальный груз составляют неведение (скудный понятийный аппарат, когда многие вещи не входят в круг имеющихся понятий), невежество (искажения смысла понятий, когда определения понятий неправильно отображают соотношения реальных вещей) и нравственные дефициты (деформации системы ценностей личности, когда связанные со здоровьем натуральные нравственные ценности не занимают высших позиций в иерархии ценностей).

Совокупность некоторого множества понятий и их ценностей будем называть понятийной системой. Примерами понятийных систем служат школьные предметы, научные дисциплины, концепции, теории, религии, идеологии, политические доктрины и социальные декларации.

Качество понятийной системы определяют несколько факторов.

Во-первых, его определяет смысловое содержание понятий, входящих в понятийную систему. Смысловое содержание понятия зависит от его семантики (определения понятия и его логических или иных связей с другими понятиями) и от его прагматики (присвоенной ценности или привязки к цели).

Во-вторых, качество понятийной системы зависит от алгоритма (способа) логического (квазилогического, псевдологического) замыкания системы определений входящих понятий. В лингвистике такой алгоритм называют синтагмой.

В-третьих, оно зависит от алгоритма перенормировки ценностей. В лингвистике этот алгоритм называют парадигмой. Любая парадигма, в том числе и любая научная парадигма - это способ восприятия информации в контексте конкретной системы ценностей и целей. Смену парадигмы (естественную или искусственную) в любой предметной области осуществляют путем замены понятий на высших позициях иерархии ценностей (куда может быть поставлена некая цель, в том числе и ложная).

Например, «наша цель – коммунизм» это ложная цель а «Наша цель – здоровый народ» это не ложная цель.

В-четвертых (по списку, но не по значимости), качество понятийной системы зависит от её логического согласования с тремя главными понятийными системами человека. Именно это согласование формирует систему понимания в цикле осознания конкретной понятийной системы [9].

Тремя главными понятийными системами являются нравственная, антропологическая и космологическая. Нравственную систему составляют понятия и соответствующие ценности, имеющие естественное, то есть природное происхождение и прямое отношение к здоровью семьи, рода и народа. Заметим, что моральные понятийные системы имеют искусственное социально-политическое происхождение. Поэтому моральных систем много, а нравственная одна.

Нравственная понятийная система (в соответствии с её индивидуальным качеством) контролирует принятие решений, включая поведенческие решения и является базисом психо-рефлексивной защиты здоровья [10]. Как известно, нравственная система контролирует поведение человека даже в состоянии гипноза.

Антропологическая понятийная система включает понятия, связанные с вещественно-волновой природой человека (тело и дух), с природой здоровья индивида, рода и народа, с природными закономерностями этногенеза и закономерностями социогенеза.

Космологическая понятийная система формирует представления о множестве миров, о мерности миров, об устройстве и эволюции мироздания и связи человека с мирозданием. Отметим, что все три главные понятийные системы тесно связаны между собой (обладают высокой многомерной связностью).

Ментальное здоровье формируется на пересечении систем усвоенных понятий и их ценностей. Усвоенные индивидом системы понятий и ценностей (независимо от степени их осознанности) определяют отношение

индивида к природе и людям, к информации и событиям, к условиям жизни и к себе самому. В свою очередь, это отношение определяет поведение во всех жизненных ситуациях индивида.

Здравые смыслы и нравственные понятия напрямую и непосредственно связаны с понятием здоровья. Здравые смыслы индивида зависят от понимания природы здоровья и от понимания роли нравственности для здоровья (своего и потомства), а это понимание в существенной мере определяет ценности соответствующих понятий. В норме объективно и субъективно ценности предопределяют цели и рефлексивно управляют поведением и деятельностью.

Основной понятийно-ценностный аппарат индивид формирует в дошкольном и школьном возрасте. Отсюда следует, что ментальное здоровье формируют семья, системы дошкольного и школьного образования и СМИ. На этапе позднего подросткового и раннего юношеского периодов происходит частичная переоценка ценностей личности и важно помочь чаду закрепить нравственные ценности и соответствующие здравые смыслы.

В существующей сегодня реальности аномии, идеологического полиморфизма и ментального терроризма трудно всем и, особенно, родителям, детям, педагогам и врачам. Поэтому актуально, необходимо и важно возрождать здравые смыслы на основе высоких нравственных ценностей, включая в первую очередь ценности генетического, ментального, эмоционального и физического здоровья индивида, рода и народа. В упрощенном виде главными жизненными и нравственными ценностями являются следующие:

1. Первый и высший приоритет - здоровье рода, то есть здоровье еще не родившихся детей, внуков, правнуков и последующих потомков.
2. Второй приоритет - здоровье девочек и девушек.
3. Третий приоритет - здоровье мальчиков и юношей.
4. Четвертый приоритет - здоровье женщин и мужчин трудоспособного возраста.

5. Пятый приоритет - здоровье пенсионеров.

В случае высшего приоритета речь идет о генетическом здоровье, а в остальных случаях - о ментальном, эмоциональном и физическом здоровье.

С позиций ментального здоровья общества можно утверждать, что идеология здоровья должна составлять первую и главную компоненту идеологии общества и государства.

Важно знать и понимать, что фундамент эмоционального и физического здоровья составляют генетическое и ментальное здоровье. При этом генетическое здоровье детей зависит от ментального здоровья родителей. Ментально здоровыми родителями являются те, кто знает и чтит традиционные правила благобрачия, согласно которым заключать семейный союз следует в рамках своего народа (этноса), в девственности и по любви. Несоблюдение этих биоантропологических правил ведет к дальнейшему увеличению числа рождений психопатов, уродов и больных.

Суть ментального здоровья в позитивно-конструктивном отношении к здоровью своего рода и своего народа. Это обеспечивает адекватная природе человека понятийно-ценностная система, которая легко прослеживается в культурной традиции многих народов и в качестве главных элементов включает следующее:

1. Здоровье и его воспроизводство в поколениях
2. Познание и его практическое воплощение
3. Роднолюбие (к родной крови и родной земле) и его трудовая созидательная реализация.

Иными словами, традиция утверждает **здоровье, познание и созидание** на родной земле и на благо своего рода и народа в качестве главных ценностей человека. Следует обратить внимание на то, что среди всего многообразия современных идеологических систем (включая религиозные) не встречается выделенный выше триединый конструктив «здоровье – познание – созидание». Этот конструктив характерен только для древней ведической традиции. Сегодня важно то, что природные

конструктивы и другие знания ведической традиции не только не противоречат современным научным знаниям, но и получают всё новые и новые подтверждения. Не грех поучиться у своих древних предков, если это на пользу здоровью и процветанию своего рода и своего народа. В качестве примера приведём основные положения из кона славянского:

1. Чтить своих Богов как своих Предков;
2. Почитать своих Предков как Хранителей;
3. Жить по совести;
4. Поступать по справедливости;
5. Стремиться к праведности;
6. Блюсти родную Природу;
7. Хранить чистоту родной крови;
8. Беречь пределы родной земли⁴
9. Служить родному народу.

Для любого ментально здорового человека (в том числе не имеющего отношения к славянскому этносу) эти положения являются, безусловно, позитивными. И не только эти положения. Во всех трех приведенных выше списках утверждаются натуральные (природные) ценности и понятия, которые необходимы для здоровой жизни человека и его потомства.

Позитивные ценности и понятия составляют конструктивную компоненту ментального здоровья (негатив неконструктивен). Существует также охранительная компонента ментального здоровья, которую составляют оппозитные деструктивные ценности и понятия. Конструктивные ценности - это то, что необходимо, нужно и важно, к чему следует стремиться и что должно исполнять. Деструктивные ценности - это то, что недопустимо, срамно, стыдно, вредно, не нужно и не важно, что следует исключать или избегать. Очевидно, что практически у каждого понятия с конструктивным смыслом имеется оппозитное понятие с деструктивным относительно здоровья смыслом. Примером могут служить смертные грехи и соответствующие добродетели:

1. Целомудрие – блуд
2. Выдержка – гнев
3. Сознание – гордыня (самость)
4. Совесть – зависть
5. Долг – корысть (сребролюбие)
6. Честь и достоинство – уныние (гиподепрессия)
7. Умеренность – чревоугодие и т.п.

Оптимально высокий уровень баланса ценностей конструктивных (позитивных) и деструктивных (негативных) понятий, то есть одинаково оптимально высокий уровень ценности соответствующих парных понятий обеспечивает ментальное здоровье. Или иными словами, позитивные (со знаком плюс) и негативные (со знаком минус) ценности в парах (в идеале) должны быть равны по модулю. Низкие уровни ценности тех или иных парных нравственных понятий означают наличие соответствующих нравственных дефицитов. Гармоничная система духовно-нравственных понятий и ценностей (ментальное здоровье) обеспечивает эффективный контроль эмоциональной сферы, то есть обеспечивает эмоциональное здоровье, а следом и физическое здоровье.

Ментальное развитие это развитие личности. Развитие личности в существенной мере обусловлено личными стремлениями. Кто-то стремится обрести знания. Кто-то стремится обрести веру. Знания это факты и закономерности, а вера это внутренние убеждения, независимо от их происхождения.

И только те, кто стремится добывать соль знаний, обретают то и другое.

Соль знаний это понимание.

Вопросы «что важно знать?» и «почему это важно знать?» находят свои ответы только после ответа на вопрос «как это понимать?». Понимание без знания невозможно, а знание без понимания бесплодно.

Понимание имеет много масштабов и много уровней. Ориентиром в поиске верного масштаба и адекватного уровня понимания служит постулат единства при Родной (эволюционной) сущности Богов, людей и мироздания.

Можно выстраивать свою систему понимания реальностей. Можно выбирать систему понимания среди предлагаемых на информационном рынке. Обозревая рынок, исключительно важно знать, что он изобилует ложными системами понимания.

Вторым ориентиром служит понимание ключевых (жизненно важных) понятий мировоззрения. Отметим главные понятия, без которых невозможно формирование здоровых смыслов.

Духовность.

Существует два определения духовности – интуитивное и рациональное. Интуитивное определение: «Духовность это ощущение и осознание духа своих предков и Богов». Это определение отражает интуитивную связь со своим Родом земным и со своим Родом небесным. Рациональное определение: «Духовность это смысловая и ценностная идентификация личностью идей и систем и своей причастности к ним» (по Роберту Дилтсу [11]). Эти два определения отражают две стороны единой сущности и по сути являются знанием. Разумеется, что путь от кратких определений до их глубокого понимания предполагает процесс добычи соли знаний.

Род.

Свой род это свои предки и свои потомки. Своими способностями и возможностями каждый обязан своим предкам минимум до седьмого колена. Мать дает тело (молекулярное наследование по линии матери), отец дает дух (волновое наследование по линии отца), родители и прародители дают воспитание (социо-культурное наследование по линии рода). Позитивные генетические и культурные накопления рода формируются многими поколениями. Разрушить эти накопления можно за одно поколение, прервав родовую линию межэтническим браком, бездетностью или нетрадиционным воспитанием.

Здоровье.

Здоровье это результат гармоничного индивидуального развития от зачатия и до смерти. Гармоничное развитие индивида определяют позитивные генетические и культурные накопления рода, гармоничный брак родителей (в своем этносе, в девственности и по любви), правильное выращивание и воспитание, адекватное природе мировоззрение и осознанная культура здоровья.

Чистота.

Чистота это преодоление грязи, которой вокруг много. Это постоянный труд, направленный на очищение тела и души, жилища и одежды, помыслов и намерений, мировоззрения и отношений с людьми.

Совесьть.

Совесьть это принятие и уважение интересов других людей. Совесьть это ощущение духовной или душевной (эмоциональной) связи с другими людьми, включая мертвых предков и не рожденных потомков. Так же, как наличие злобности исключает доброту, наличие зависти исключает совесьть. Совесьть порождает достоинство.

Долг.

Долг это святая обязанность почитания родного и близкого. Почитания своих родителей и прародителей, всех предков своего рода, своей семьи, своего народа, своих учителей и наставников, родной земли и родных Богов. Исполнение долга порождает честь. Долг несовместим с корыстью.

Сознание.

Сознание это результат осознания себя как продолжения и произведения своих родителей и прародителей, своих учителей и наставников. Это признание того, что все мы, во всем и всегда стоим на плечах своих предшественников. Сознание исключает самость (когда человек думает, что он все сам) и ее логическое продолжение – гордыню.

Справедливость.

Справедливость это признание достоинства человека. Достоинства высокого или низкого, нравственного или преступного, социального или асоциального, служения или предательства, достижения или падения. Никто не рождается с равным достоинством и никто с равным достоинством не живет, ибо у каждого свое достоинство в меру развития совести, исполнения долга и достигнутого уровня сознания.

Познание.

Познание это процесс духовного (ментального) развития и саморазвития, становления и совершенствования, это процесс накопления знаний и результат их понимания. Знание без понимания бесплодно, а познание без понимания невозможно. Познание есть результат понимания.

Созидание.

Созидание это процесс духовного и материального развития, это создание своего ментального и материального благосостояния, это трудовая реализация познания на благо своего рода и своего народа. Разрушение благосостояния другого рода или народа на благо своего рода и народа созиданием не является, и не только созиданием, но и просто благом.

К жизненно важным относятся, также, такие понятия как добро и благо, сострадание и терпение, любовь и миролюбие.

М.В. Ломоносов, граф И.И. Шувалов, Д.И. Менделеев и Л.Н. Гумилев, каждый в своё время, развивали одну и ту же идею. Это идея высшей общественной ценности и высшего государственного приоритета здоровья, безопасности и приумножения своего народа. Здоровье, безопасность и приумножение народа Л.Н. Гумилев положил в основу критерия жизни, по которому необходимо различать системы и антисистемы, а также системные и антисистемные идеи, ценности и цели, включая мероприятия по их утверждению, в том числе законы, указы, постановления, нормативы, программы, декларации, лозунги и любые другие тексты, а также их невербальные экспликации.

В соответствии с критерием жизни всё, что способствует жизни, то есть способствует здоровью, безопасности и приумножению народа является системным, а все, что противоречит критерию жизни, является антисистемным.

Любые идеи, ценности и цели, а также все их производные формулируют с помощью того или иного понятийного аппарата, то есть всё это с очевидностью относится к ментальной сфере человека. Столь же очевидно, что антисистемные идеи, ценности, цели и их производные относятся к области ментального нездоровья.

Нравственные (конструктивные) качества и ценности являются системными. Антинравственные пороки и антиценности являются антисистемными. Нравственные качества формируют на системных ценностях. Пороки формируют на антисистемных ценностях. Несложный анализ показывает, что многие либеральные ценности являются антисистемными.

Критерий жизни столь же четко разграничивает духовное и антидуховное, если духовность понимать в достаточно строгом научном смысле. В определении духовности будем следовать позиции Р. Дилтса, Согласно которой, духовность имеет смысл содержательной (смысловой) и ценностной идентификации идей, и систем, а также идентификации своей принадлежности к конкретным системам [11].

Духовность индивида отвечает на вопросы: «Для чего я это делаю?», «Ради чего я это делаю?», «Почему я так думаю?», «Почему я это так понимаю?». В этом контексте вполне понятно, что уровень духовности, прежде всего, зависит от объема и качества дискурса (смыслового поля) главных понятийных систем – нравственной, антропологической и космологической.

Принадлежность индивида к конкретным системам (идеологическим, политическим, религиозным, профессиональным, общественным и другим), в зависимости от степени его включенности в конкретные системы, влияет

на его смысловые и оценочные идентификации других систем (в которые он не считает себя включенным).

Наличие дефицитов нравственного и (или) духовного в ментальной структуре личности, а также наличие в ней элементов антинравственного и (или) антидуховного в различных сочетаниях создают большое число вариантов ментального нездоровья.

Можно выделить несколько основных (типичных) вариантов ментального нездоровья:

1. Нравственные дефициты;
2. Духовные дефициты;
3. Сверхценные идеи;
4. Антинравственные черты;
5. Антидуховные убеждения.

Эти варианты выделены по принципу преобладания соответствующей симптоматики в общей картине ментального дисбаланса. Каждый вариант является ментальной стадией развития той или иной патологии и закономерно влечет за собой развитие последующих стадий – эмоциональной, нейро-эндокринной, эндотоксической и проявленной.

Для одновременного низкого уровня субъективной ценности (актуальности) конструктивных и оппозитивных нравственных ценностей (нравственный дефицит, нравственная слабость) типичным является развитие психических зависимостей, включая алко-, нарко-, лудо-, блудо- и других зависимостей. Классик малой психиатрии проф. Ганнушкин П.Б. отмечал, что нравственная слабость характерна практически для всех видов психопатии [12].

Для варианта духовных дефицитов характерно развитие психосоматозов, включая артериальную гипертензию, сахарный диабет, псориаз, язвенную болезнь, бронхиальную астму, ревматоидный полиартрит, туберкулез и многие другие заболевания.

Формирование сверхценных идей часто приводит к развитию психопатии типа фанатизма (неважно какого – футбольного, идеологического или политического).

Антинравственные черты и антидуховные убеждения могут приводить к развитию онкологических заболеваний. Разумеется, что приведенные соответствия относительны и являются упрощением реальных ментальных ситуаций.

Нередко встречается такая форма ментального нездоровья как уход в болезнь. Человек живет своей болезнью, часто много о ней знает. Одни охотно о ней рассказывают, другие замыкаются в себе, третьи требуют от окружающих повышенного внимания и даже шантажируют. Уходу в болезнь способствуют депрессивные состояния, кажущиеся преимущества такой позиции, низкая актуальность нравственных ценностей. Препятствуют уходу в болезнь важные жизненные цели, чувство долга (например, долг поднимать детей или внуков), высокая актуальность ценности профессионального служения, другие нравственные ценности. Состояние ухода в болезнь человек, как правило, не осознает.

Всё изложенное демонстрирует принципиальную важность для здоровья людей создания в обществе здорового духовно-нравственного климата на основе обеспечения нормального нравственного и ментального развития детей и молодежи [13].

Знания о ментальном здоровье и представления об его исключительной ценности для сохранения физического здоровья индивида и созидания генетического здоровья потомства необходимы всем родителям, педагогам и врачам. Создание здорового духовно-нравственного климата в обществе невозможно без активного участия в этом процессе ментально здоровых людей, которых, к сожалению, пока недостаточно.

В условиях внешнего и внутреннего противостояния главной является информационная, а, по сути, – ментальная война. Использование множества видов ментального оружия направлено на метисацию населения (увеличение

сегрегационного генетического груза), разрушение нравственной традиции (в том числе прививка либеральных «ценностей») и дебилизацию населения (обеднение дискурса образовательных программ и общего смыслового поля). Поэтому актуальным является не только дальнейшее развитие знаний, представлений и смыслового поля в целом в области проблематики ментального здоровья, но и активное освоение этого жизненно важного дискурса всеми слоями населения.

1.5. СФЕРЫ ОРГАНИЗМА

В описании организма человека традиционно используют два подхода, а именно, рассмотрение уровней биологической организации и выделение морфо-функциональных систем. В рамках первого подхода обычно выделяют молекулярный, клеточный, тканевый, органнй и системный уровень организации. В рамках второго подхода рассматривают опорно-двигательную, сердечно-сосудистую, пищеварительную, нервную, бронхо-легочную, мочеполовую, эндокринную и другие системы организма.

В научной и практической деятельности недостаточно используется третий подход, который опирается на выделение основных сфер организма, которые отражают разные типы процессов в организме.

Все три подхода взаимно дополняют друг друга. Они взаимно дополнительны потому, что отображают три аспекта рассмотрения единой системной реальности, включая аспект иерархии уровней биологической организации, аспект организации структур каждого уровня и аспект типологии процессов.

Уровни, структуры и процессы представляют собой минимальную систему координат для описания реальных систем. На каждом уровне есть свои вещественные процессы. Но рассмотрение только вещественных процессов является неполным без учёта вещественно-волновых и волновых процессов.

Основные сферы организма включают генетическую, метаболическую, функциональную, психическую и волновую. Каждая сфера организма имеет свой тип процессов.

Генетическая сфера включает все генетические процессы от рекомбинации прародительских генов в гаметогенезе и рекомбинации родительских генов в ходе оплодотворения яйцеклетки до завершения биосинтеза белка. Состояние генетической сферы зависит от волновой сферы, индивидуального генетического груза, главным образом от сегрегационного генетического груза. Чем выше сегрегационный генетический груз, главным источником которого являются межэтнические браки, тем ниже гармоничность генотипа и тем сильнее генетические предрасположенности к болезням и генетические подверженности действию вредных агентов и факторов. Гармоничность генотипа важна в силу высокой сложности молекулярно-генетических и всех эпигенетических процессов.

Как и все биологические процессы, генетические процессы сопряжены с соответствующими волновыми процессами. Для генетико-волновых процессов характерны частоты электромагнитных волн в звуковой области частот и в области частот ультрафиолетового излучения (митогенетические лучи Гурвича).

Для здоровья индивида генетическая сфера является основополагающей потому, что дисгармоничности в генетической сфере естественным образом в процессе реализации молекулярно-генетической информации проецируются на все остальные сферы организма. Коэффициенты наследуемости болезней системы кровообращения свидетельствует о том, что вклад генетических факторов (факторов генетической дисгармоничности по причине сегрегационного генетического груза) составляет от 60% до 80%. Очевидно, что вклад генетических факторов в генезе аномалий развития (и больших и малых) еще выше. Груз генетической дисгармоничности вносит вклад в развитие практически всех патологических процессов, в том числе и

психических, а особенно высокий - в развитие сердечно-сосудистой патологии, а также малых и больших уродств.

Метаболическая сфера включает все процессы обмена веществ и его гуморальной регуляции. Состояние метаболической сферы зависит от состояния волновой сферы, генетической сферы, экологического груза и функциональных нагрузок. Зависимость метаболической сферы от генетической очевидна уже из того, что метаболиты принято называть вторичными продуктами генов. Классические компоненты экологического груза, включая алиментарные дефициты, химические токсиканты и лекарства, инфекции и инвазии, оказывают существенное влияние на метаболическую сферу индивида. Функциональные нагрузки на ту или иную систему (избыточные или недостаточные) также оказывают влияние на соответствующие балансы метаболических процессов.

С позиции коррекции здоровья метаболическая сфера является одним из главных плацдармов деятельности врача, включая оздоровительную, профилактическую, лечебную и реабилитационную деятельность. В пределах этой сферы врач занимается коррекцией дефицитов эссенциальных нутриентов (витаминов, микроэлементов и других) алиментарного, обменного или индуцированного генеза. Примером обменного генеза дефицита может быть та или иная ферментная недостаточность. Примером индуцированного дефицита является снижение уровня кремния в случае инвазии. В этой сфере осуществляется коррекция гомотоксических и гетеротоксических состояний. В этой сфере врач воздействует на инфекционные и инвазивные агенты и нагрузки, осуществляя медикаментозное вмешательство в метаболизм микроорганизмов и макроорганизма. Медикаментозное вмешательство на уровне макроорганизма (организма пациента) предпринимается, например, с целью активации иммунной системы. Все лекарственные препараты натуропатии и аллопатии, кроме потенцированных, действуют на организм на

уровне метаболической сферы. Метаболическая сфера является фундаментом функциональной сферы организма.

Функциональная сфера организма включает функциональные процессы во всех морфологических системах. Состояние функциональной сферы зависит от состояния волновой сферы, метаболической сферы, а также от поведенческого груза. Функциональная сфера охватывает все физиологические процессы и практически все патологические процессы, включая процессы воспаления, дегенерации и дисрегуляции. Процессы в этой сфере составляют предмет физиологии и патофизиологии. Врачебная коррекция непосредственно функциональной сферы опирается, в основном, на коррекцию режимов жизнедеятельности индивида. Такая коррекция имеет очень большое оздоровительно-профилактическое значение. Неблагоприятные для здоровья стереотипы поведения часто обуславливают вредные для здоровья режимы жизнедеятельности. Такие стереотипы поведения называют поведенческим грузом. Поведенческий груз, как неадекватное сохранению здоровья поведение, возникает по причине дисгармоничной психической организации личности, которая в свою очередь возникает как следствие культурного груза, большую часть которого составляет нравственная неадекватность вследствие дефицитной системы воспитания.

Психическая сфера включает все психические процессы. Состояние психической сферы зависит от состояния волновой сферы, менталитета, культурного груза и эмоционального груза индивида. Культурный груз (груз неведения и невежества) через системы актуальных для личности целей, ценностей и смыслов обуславливает особенности психической деятельности, которые могут быть как благоприятными, так и неблагоприятными для сохранения и укрепления здоровья. Так, нравственные дефициты лежат в основе психозависимостей (алкогольной, наркотической и всех других), а духовные дефициты составляют основу всякой психосоматической патологии,

а точнее психосоматического компонента любой острой и хронической патологии. При этом психосоматической патологией (психосоматозами) называют те заболевания, для которых психосоматическая компонента патогенеза является преобладающей (бронхиальная астма, эссенциальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки, язвенный колит, нейродермит, гипертериоз, ревматоидный артрит, рак и многие другие).

Эмоциональный груз, как груз отрицательных эмоций, зафиксированный в гиподепрессивных и депрессивных состояниях, является прямым следствием культурного груза. О медицинской значимости эмоционального груза говорит факт наличия клинического уровня депрессии почти у половины пациентов общесоматических отделений больниц. Этот факт становится понятным, если принять во внимание зависимость функциональной сферы от психоэмоционального тонуса пациента. Снижение психического тонуса (гиподепрессия) приводит к снижению функционального тонуса всех систем организма без исключения. А последствия снижения функционального тонуса проявляются в соответствии с принципом *locus minoris* (слабого звена).

Волновая сфера включает все волновые процессы в организме и его окрестности. Частотный диапазон этих волновых процессов от долей герца до частот ультрафиолетового излучения. Наиболее важным частотным диапазоном волновых процессов в организме является звуковой диапазон частот электромагнитных волн.

Состояние волновой сферы организма зависит от состояния всех остальных сфер организма, от полевого и биополевого грузов.

Обоюдная взаимозависимость волновой сферы и всех остальных сфер организма делают **волновую сферу главным фактором, а вещественно-волновые взаимодействия - главным механизмом интеграции организма в единое целое.** Без этого механизма цельность организма недостижима как таковая. Волновая сфера охватывает все остальные сферы, а точнее составляет с ними единое органичное целое.

Деление процессов на вещественные и волновые является условным. Реально в организме существуют единые и неразделимые вещественно-волновые процессы. Или, иными словами, в пределах организма существует единая и очень сложная система вещественно-волновых процессов. В окрестности организма существуют и чисто волновые процессы.

Вещественно-волновые взаимодействия симметричны. Вещественные процессы влияют на волновые, поскольку все вещественные процессы генерируют волновые процессы, имеющие свои строго специфические спектрально-динамические параметры. В свою очередь волновые процессы оказывают влияние на соответствующие (по спектрально-динамическим параметрам) вещественные процессы. Вещественно-волновые взаимодействия реализуются, в основном, через механизмы фазовой синхронизации, резонанса и компенсации.

Рассмотрение волновых процессов логически инициирует вопрос о соотношении процесса, структуры и функции.

С позиций конструктора первична функция. С визуальных позиций, а также с позиций управленца-организатора первичной является структура. С объективных аналитических позиций в пределах логической видимости в природе первичны процессы. Соответственно, структуры вторичны, а функции третичны.

Первичность процессов имеет множество подтверждений и одним из самых простых является волновое происхождение атомных и субатомных структур. Очевидным подтверждением являются и процессы морфогенеза в эмбриональном развитии.

По отношению к процессам любые структуры вторичны. Функция есть атрибут структуры (основное, существенное, неотъемлемое свойство). Структура предопределяет множество своих допустимых функций. По отношению к процессам, порождающим структуры, функция третична. Функция принадлежит структуре так же как структура процессу. В

биологических системах каждый процесс контролируют функции структур нижележащего уровня организации.

Наиболее важным является рассмотрение фундаментального аспекта основного утверждения о первичности процессов. Это рассмотрение возможно на основе представлений об основных уровнях организации биологических процессов [14]. Согласно этим представлениям, в природе существует три основных уровня реализации биологических процессов, включая вещественный, вещественно-волновой и психоволновой.

На вещественном уровне реализуются механические процессы, включая макромеханические, микромеханические, макромолекулярные и молекулярные. На вещественно-волновом уровне реализуются процессы формирования волновых матриц вещественных динамических систем и процессы вещественно-волновых взаимодействий, то есть взаимодействий волновых матриц и вещественных динамических систем. На психоволновом уровне в организме реализуются процессы формирования психоволновых матриц и их взаимодействия с волновыми матрицами нижележащих уровней организации организма.

Рассматривая биосистемы как динамические системы, современные исследователи обнаруживают, что вещественно-волновые и психоволновые процессы играют огромную, часто ключевую роль в развитии вещественных процессов в биосистемах [15, 16].

В наиболее общем виде основную биологическую роль волновых процессов следует определить как управляющую. Иными словами, волновые процессы управляют вещественными. Более строго, волновые процессы формируют волновые структуры (так называемые матрицы), которые выполняют функцию управления процессами нижележащего уровня [17]. Основной биологической функцией психоволновых структур является управление вещественно-волновыми мозговыми процессами, функцией вещественно-волновых структур является управление вещественными процессами, а функцией вещественных структур разных уровней является

управление органно-тканевыми процессами. Разумеется, что обратные влияния не исключаются. Эта иерархия управления является естественной в силу того, что каждый более высокий уровень управления имеет более высокий уровень организации.

Оценить уровень организации можно по степени сложности процессов каждого уровня на основе понятия мерности.

Мерностью называют минимальное число координат (переменных), которые необходимы для формального описания объекта (процесса) в данном пространстве. Такой, уже давно ставший традиционным, смысл понятия мерности вполне достаточен для описания объектов. В случае необходимости описания процессов, особенно сложных вещественных процессов (биологических) и тем более - сложных волновых процессов, интуитивно ощущается, что координатный смысл является недостаточным, особенно в контексте задач оценки сложности процессов. Поэтому мы предлагаем понятие динамической мерности процесса.

Динамическая мерность процесса – это реальное число векторов движения элементов динамической системы.

Так, динамическая мерность процесса мышечного сокращения даже в объеме элементарного ансамбля из толстой протофибриллы, молекулярных мостиков и шести тонких протофибрилл и с учетом вращения толстой протофибриллы оказывается довольно высокой. Но, в сопоставлении с совокупностью нейродинамических процессов мозга, она, несомненно мала.

Динамическая мерность моноволнового динамического процесса включает число векторов самого волнового процесса и число векторов распространения волнового фронта. Для многоволнового процесса некоторой части частотного спектра динамическая мерность возрастает пропорционально числу вовлеченных в процесс частотных (спектральных) позиций и числу их взаимодействий. Отсюда ясно, что динамическая мерность волновых процессов очень высока и что для психоволновых процессов она выше, чем для вещественно-волновых.

Оценивая сложность организации процессов на психоволновом, вещественно-волновом и вещественном уровнях с позиций их динамической мерности, представляется не только весьма вероятным, но и практически очевидным, что различия между уровнями могут составлять, как минимум, по несколько порядков величины динамической мерности. Вместе с тем, все три уровня принадлежат одному организму, а точнее, образуют единый организм. Но тогда высший ранг биологической (и медицинской) значимости принадлежит психоволновым процессам, средний – вещественно-волновым и низший – вещественным. Это означает не декларативный, а естественный (природный) примат психического над физическим и духовного над вещественным. Такое следствие из анализа уровней организации процессов является принципиально важным не только для биологии и медицины.

Биология и медицина долгое время находились в шорах примитивно-вещественного мышления. В природе подсистема с низким уровнем организации не может управлять подсистемой с высоким уровнем организации, но может разрушать, как вирус может разрушить клетку. Замкнутость медико-биологического и, по сопряженности, философско-методологического мышления на вещественном уровне организации привела к ситуации, в которой профилактическая медицина оказалась к началу 21 века в методологическом тупике, а лечебная медицина стала одним из источников повышения заболеваемости. В этой ситуации наука и реальная жизнь существовали сами по себе, соприкасаясь лишь на уровне закона Ома и других простейших закономерностей. Сегодня волновая физика начинает разработку идей Н. Тесла, а волновая медицина переходит от гомеопатической эмпирики к аппаратно-программным средствам ФСД-диагностики актуальности нозологических рисков, наличия латентных патологических процессов, индивидуальной комплементарности лечебно-профилактических средств, а также распознавания психологических проблем, миазмов и других важных факторов рискогенеза. Использование столь мощных средств распознавания дает врачу возможности для применения наилучших индивидуализированных методов и средств

профилактической или лечебно-профилактической коррекции, включая методы волновой коррекции.

Волновые процессы всех уровней в силу единой волновой природы образуют естественное единство, единую волновую сферу организма. Благодаря действию физических законов, о которых мы пока только догадываемся, единство волновой сферы достигает той высокой степени, для которой характерно качество голографичности. Напомним, что качество голографичности заключается в том, что любой фрагмент голограммы содержит ту же информацию, что и голограмма в целом. К примеру, если разбить стеклянную пластинку с плоским голографическим изображением некоторой картины, то каждый осколок будет содержать исходное целое изображение этой картины. Голографичность волновой сферы организма проявляется в том, что волновые сигналы, снятые с помощью КМСД с разных участков поверхности кожи, дают одинаковую диагностическую информацию о пациенте. Этот факт знает каждый врач, который работает с технологией ФСД-диагностики. Если принять, что многомерные волновые матрицы вещественно-волнового и психоволнового уровней слагаются в единую голографическую «картину», в единую динамическую систему, то есть в единый вещественно-волновой организм, то тогда появляется возможность не только понять и объяснить, но и практически решить целый ряд важных вопросов профилактической и лечебной медицины. Приведем несколько примеров из опыта волновой медицины.

Точно подобранный гомеопатический препарат (не содержащий ни одной молекулы исходного вещества) на вещественно-волновом уровне купирует патологический процесс, снимая одновременно соматические и психические симптомы и создавая условия для завершения процесса излечения силами систем защиты здоровья организма.

При пищевом отравлении выявление с помощью КМСД штамма возбудителя и его последующая спектрально-динамическая компенсация

приводит к излечению без дополнительных мероприятий (позволяя избежать двухнедельной госпитализации).

После укуса клеща выявление с помощью КМСД риска клещевого энцефалита и его последующая спектрально-динамическая компенсация надежно профилактирует заболевание энцефалитом.

Выявление с помощью КМСД риска инфаркта миокарда с последующей спектрально-динамической компенсацией риска и другими необходимыми мероприятиями предотвращает инфаркт.

Все эти и многие другие медицинские возможности технически обеспечены принципом распознавания образов сложных биологических волновых полей.

Несколько слов о термине «биополе». В термине "биополе" приставка "био" имеет смысл формального указания на биологическое происхождение поля, на его принадлежность к биологическому объекту. В содержательном плане биополе является совокупностью физических электромагнитных полей, которая имеет только одну отличительную особенность. Эта особенность заключается в высокой сложности организации биологических волновых полей, которая соответствует сложности организации процессов в биологическом объекте.

В силу закономерного отображения в волновой сфере остальных сфер, а точнее естественного единства волновой сферы и остальных сфер организма, волновая сфера содержит информацию обо всех процессах в организме без исключения. Это делает волновую сферу уникальным источником диагностических данных и универсальным посредником для коррекции патологических процессов. И не только патологических, но и патогенетических и рискогенетических.

В развитии любой патологии имеет место последовательность процессов рискогенеза (постепенное формирование высокого риска заболевания), латентного патогенеза (скрытого развития заболевания), манифестации

(проявления болезни), нозогенеза (явного развития болезни) и мортогенеза (формирование риска смерти).

Наиболее важным является диагностическое выявление процессов рискогенеза, а проще говоря, диагностика актуальных рисков заболеваний. Заметим, что генетические риски, которые выявляют по генетическим маркерам, это потенциальные риски, которые вносят свой вклад в актуальные риски, но сами по себе актуальными не являются.

Диагностика актуальных нозологических рисков является абсолютно необходимой основой для эффективной профилактики болезней. Точно так же, как диагностика болезней является необходимой основой для эффективного лечения. Важной является также диагностика латентных стадий заболеваний. Заметим, что все эти диагностические задачи успешно решает ФСД-диагностика [18, 19].

Медицинские технологии работы с волновой сферой организма получили название технологий волновой диагностики и волновой коррекции.

Всякий процесс в организме является функциональным процессом. Волновые процессы столь же функциональны, сколь и вещественные. Вещественно-волновое единство всех функциональных процессов в любых биосистемах обуславливает понимание любой волновой диагностики как функциональной диагностики и любой волновой коррекции (за исключением лучевой терапии) как функциональной коррекции.

Среди существующих волновых медицинских технологий наиболее перспективной является ФСД-диагностика.

Состояние волновой сферы, как упоминалось выше, зависит от состояния всех остальных сфер организма, а также от полевого груза.

Полевой груз складывается из техногенных полей (электросмог), геопатогенных полей и неблагоприятных космических полей. Заметим, что ФСД-диагностика позволяет оценивать индивидуальную геопатогенную нагрузку и нагрузку на организм электросмога.

Волновая сфера организма является диагностически равномошной остальным четырем сферам организма вместе взятым. Она равновелика всем остальным сферам и в смысле потенциальных возможностей медицинской коррекции с использованием ФСД-диагностики индивидуального соответствия (комплементарности) всех типов лекарственных средств, включая аллопатические, гомеопатические, изопатические и натуропатические.

Дополнение существующих представлений об уровнях биологической организации и морфо-функциональных системах организма представлениями об основных сферах организма способствует более глубокому пониманию природы здоровья и более успешному решению множества конкретных медицинских задач. Это дополнение существующих представлений расширяет смысловое поле врачебной деятельности и способствует разработкам новых медицинских методов прогноза и диагностики, оздоровления и профилактики, лечения и реабилитации.

Глава 2. КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Основными классами факторов индивидуального здоровья являются:

- факторы физической природы,
- факторы химической природы,
- факторы биологической природы,
- факторы питания,
- факторы режимов жизнедеятельности.

Для каждого класса факторов индивидуального здоровья существует два способа контроля. Это самоконтроль гигиенического поведения и ФСД-диагностика различных индивидуальных нагрузок на организм и комплементарности продуктов питания.

2.1. ФАКТОРЫ ФИЗИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

К факторам физической природы относятся физическая (двигательная) активность индивида и воздействия на него потенциально вредных физических факторов внешней среды.

Достаточный уровень двигательной активности является обязательным и важным условием обеспечения здоровья в любом возрасте. Это связано с тем, что нормальная (необходимая и достаточная) двигательная активность благотворно влияет на метаболический баланс организма, на эмоциональный баланс и на иммунную систему.

Минимально достаточным следует считать уровень двигательной активности, который обеспечивает постоянство массы тела и хорошее физическое самочувствие. Если вес избыточен или нарастает, то необходимо повысить уровень двигательной активности и скорректировать диету.

В большинстве случаев изменения массы тела определяются балансом физической активности и калорийности диеты. Постепенное повышение физической активности и параллельное снижение калорийности диеты

являются наилучшим средством борьбы с избыточным весом, который является фактором риска многих заболеваний.

Постепенно повышая физическую активность и понижая калорийность диеты, следует пользоваться следующими простыми критериями. Уровень активности достаточен, если сопровождается чувством легкой физической усталости. Калорийность диеты достаточна, если после каждого приема пищи остается чувство легкого голода. Эти критерии недостаточны для лиц с актуальным риском диабета и диабетиков, для которых необходимы двигательные нагрузки до выраженной физической усталости.

Кроме общего уровня физической активности имеет значение характер физических нагрузок. Выбирая вид физических нагрузок нужно помнить, что силовые и скоростные нагрузки имеют много противопоказаний. Самое частое противопоказание – это склонность к повышению артериального давления. Даже наличие у родственников сердечно–сосудистых заболеваний должно рассматриваться как относительное противопоказание для силовых и скоростных физических нагрузок и повод для ФСД-диагностики индивидуального риска гипертензии.

Очень важно понимать, что речь идет о ежедневной физической активности. Если ежедневный режим невозможен, то можно считать приемлемым режим занятий не реже трех раз в неделю. Разумеется, что общая физическая активность включает в себя утренний комплекс упражнений, домашнюю работу, прогулки, специальные занятия и другие виды физической активности. Весьма значимым компонентом индивидуальной физической культуры является дыхательная гимнастика [20].

К физической культуре относятся также культура использования полезных физических факторов и культура избегания действия вредных физических факторов или защиты от их действия.

К полезным физическим факторам относятся воздушные и солнечные ванны при их разумно умеренном использовании. Благоприятный для здоровья комплекс физических факторов имеют русская и финская бани.

Вредное действие физических факторов, как правило, связано с забвением принципа умеренности или с недостаточной осторожностью (гигиенической культурой), потому что оно связано не с самим фактором, а с его передозировкой и может проявляться, например, в переохлаждении или перегревании организма, перенапряжении той или иной системы организма, переутомлении и т.п. Вредными являются также различные физические травмы, в том числе механические (ушибы и переломы), радиационные и температурные (ожоги и обморожения), акустические перегрузки. Следует помнить, что никакая травма или чрезмерная нагрузка не проходит для организма бесследно (механическая, акустическая, температурная или иная).

Отдельную группу потенциально вредных физических факторов составляют физические методы диагностики и лечения. Без очевидной медицинской необходимости следует избегать воздействий этих методов, в частности, таких, как ультразвуковые, рентгеновские, резонансные, импульсные и микроволновые.

Особую группу потенциально вредных физических факторов составляют профессиональные факторы, то есть факторы, сопровождающие профессиональную деятельность индивида. Это температурные, лучевые, вибрационные, акустические, пылевые и полевые (электромагнитные и другие поля). Статистика профессиональных заболеваний показывает, что подверженными действию конкретного потенциально вредного производственного фактора оказываются до 20% работающих в зоне действия этого фактора. Конечно, это не означает, что на здоровье остальных 80% работающих данный фактор никакого влияния не оказывает. Это означает, что и тем и другим необходима периодическая ФСД-диагностика состояния здоровья. Для первых (подверженных действию вредного профессионального фактора) она позволит своевременно выявить актуальный риск заболевания и обеспечить безопасную профессиональную ориентацию. Для вторых (устойчивых) она позволит получить индивидуальные рекомендации по

укреплению защитных систем организма, что повысит устойчивость к потенциально вредному профессиональному фактору.

Потенциально вредными являются бытовые физические факторы, включая электромагнитные излучения всей бытовой техники (холодильник, телевизор, телефон, компьютер, утюг и др.). В сочетании с внешними источниками электромагнитных излучений (линии электропередач, ретрансляторы, антенны мобильной связи и др.) общий уровень электромагнитной нагрузки (электросмог) может достигать критических величин. Опасными физическими факторами являются, также, геопатогенные поля. Уровни индивидуальной электромагнитной и геопатогенной нагрузок на организм подлежат ФСД-диагностике.

2.2. ФАКТОРЫ ХИМИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Культура контроля химических факторов индивидуального здоровья составляет ту часть гигиенической культуры индивида, которую можно кратко назвать химической культурой и которая включает определенные знания, умения и адекватное отношение к потенциально вредным для здоровья химическим веществам.

Прежде всего, необходимо знание основных классов химических веществ, представляющих ту или иную угрозу для здоровья, и путей их поступления в организм.

Основными источниками химической угрозы здоровью являются:

- консерванты, вкусовые и другие химические добавки;
- лекарства;
- бытовая химия;
- косметические средства;
- строительные смеси и лакокрасочные материалы;
- выхлопные газы и органические загрязнители;
- промышленные газы и стоки, тяжелые металлы;

- пестициды, гербициды и органические удобрения.

Основные пути поступления потенциально опасных химических веществ в организм следующие:

- с пищей или водой через желудочно–кишечный тракт,
- с воздухом через легкие,
- через кожу.

По направлению вредного действия химические вещества могут быть:

- токсичными (вызывают отравление),
- аллергенными (вызывают аллергию),
- мутагенными (вызывают мутации),
- тератогенными (вызывают врожденные уродства).

Для формирования химической культуры важно достичь понимания нескольких важных закономерностей.

Первая заключается в том, что основное значение имеет общая (совокупная) химическая нагрузка чужеродными соединениями на конкретный организм. В случае токсических соединений речь идет о совокупной токсической нагрузке, а в случае аллергенных веществ – о совокупной аллергенной нагрузке. В совокупную химическую нагрузку на индивида вносят вклад все восемь основных источников химической угрозы, которые приведены выше.

Вторая закономерность состоит в том, что степень опасности конкретного токсичного или аллергенного вещества для данного индивида зависит от его индивидуальной чувствительности (устойчивости) к действию этого вещества.

И третья закономерность заключается в том, что индивидуальная чувствительность к конкретному веществу зависит от совокупной токсической или аллергенной нагрузки.

Чем выше общая нагрузка, тем ниже устойчивость и выше чувствительность. Снижая совокупную (общую) химическую нагрузку мы увеличиваем ресурсы защитных систем и систем адаптации и повышаем устойчивость к конкретным веществам.

Эти закономерности сохраняют свою значимость и при сочетанном действии потенциально вредных факторов физической и химической природы. Более того, некоторые сочетания обнаруживают не суммирование, а умножение вредного действия. Так, например, присутствие в питьевой воде нитратов и нитритов в несколько раз усиливает мутагенное действие малых доз радиации. С другой стороны, встречаются ситуации, в которых вредные факторы нейтрализуют друг друга или взаимно компенсируют свое вредное действие. Но эти ситуации являются редкими.

Химическая культура имеет четыре основных аспекта.

Первый аспект – это культура снижения совокупной химической нагрузки на организм на основе избегания потенциально вредных химических веществ. К методам избегания относятся: употребление, по возможности, чистых продуктов питания, минимальное использование продуктов промышленной консервации, применение домашних фильтров для питьевой воды, проживание в районе города с меньшим загрязнением воздуха, аккуратность в работе со средствами бытовой химии, гигиеническими и косметическими средствами, строгий врачебный контроль употребляемых лекарств, избегание купаний в водоемах сомнительной чистоты и другие меры защиты от потенциально вредных химических веществ.

Второй аспект химической культуры заключается в практике снижения химической нагрузки на организм путем создания условий для лучшего выведения из организма токсических веществ. Главным натуральным средством детоксикации организма являются пищевые волокна. Гигиеническая норма потребления пищевых волокон составляет 25–30 грамм в сутки. Больше всего пищевых волокон содержат злаковые отруби (до 50%) и хорошие сорта хлеба (до 5%), а все остальные продукты, за исключением гороха (6%) и молодой кукурузы (4%), содержат менее 3% пищевых волокон. Отсюда следует, что включение в рацион отрубей необходимо и обязательно. Важным дополнительным естественным средством детоксикации являются цеолиты (линия препаратов «Литовит»), а также смектиты (препарат «Смекта»). Следует

предостеречь от использования с целью оздоровительной детоксикации не натуральных (синтетических), тем более мощных энтеросорбентов (например, активированного угля) и процедур промывания кишечника. Это лечебные препараты и процедуры, которые имеют строго ограниченные медицинские показания.

Третий аспект химической культуры заключается в понимании того, что эффективная индивидуальная программа оздоровительной или профилактической детоксикации может быть составлена только врачом и только на основе диагностики здоровья. Так, ФСД-диагностика здоровья позволяет врачу установить какие именно токсические вещества и аллергены актуальны для индивида, подобрать комплементарный энтеросорбент и дать индивидуальные эффективные рекомендации. При этом речь идет не только о токсикантах внешне средового происхождения, но и о накоплении токсических веществ, которые вырабатываются в самом организме, то есть, о так называемых гомотоксикантах.

Четвертый аспект касается высшей человеческой ценности – здоровья детей. Дело в том, что по своей массе яйцеклетка матери, из которой развивается будущий ребенок, в 150 тысяч раз больше массы ДНК, получаемой от отца. Эта огромная по сравнению с ДНК отца масса яйцеклетки содержит все вредные химические вещества, которые имеются в организме матери. Это справедливо и для развивающегося в период беременности плода. Отсюда следует, что химические токсиканты действуют на развитие и здоровье ребенка только через мать. Именно поэтому девушкам и женщинам детородного возраста необходим особый и очень строгий охранительный режим. Именно поэтому необходимо совершенно решительно и бескомпромиссно противостоять женскому курению, употреблению женщинами алкогольных напитков, контактам женщин с токсическими веществами в быту и на производстве. И к этому нужно добавить необходимость для всех девочек и девушек регулярного (не реже, чем дважды в год) проведения системной

(комплексной) ФСД-диагностики здоровья и соответствующих индивидуально обоснованных оздоровительных и профилактических мероприятий.

2.3. ФАКТОРЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Культура контроля факторов биологической природы или, кратко, биогигиеническая культура – это совокупность представлений и знаний, ценностей и целей, умений и убеждений, позволяющих избегать или не допускать ситуаций, форм своего поведения и сути личного отношения, которые неблагоприятны для здоровья будущих детей и собственного здоровья.

Биогигиеническая культура включает биологические отношения с другими людьми и с другими биологическими видами. Именно совокупность взаимосвязанных биологических отношений с людьми и другими биоорганизмами делает биогигиену едва ли не самым важным разделом гигиенической культуры.

Биогигиена отношений с другими биологическими видами сводится, в основном, к избеганию контактов и недопущению попадания в организм инфекционных (вирусы и бактерии) и инвазивных (микропаразиты и глисты) агентов, а также недопущения активизации тех агентов, которые в организме уже имеются.

Инфекционные агенты (вирусы, бактерии, патогенные грибки), и равно агенты инвазивные (микропаразиты, простейшие, гельминты) при их попадании в организм в количествах, превышающих ресурсы защитных систем организма, вызывают соответствующие латентные, острые или хронические инфекционные или паразитарные заболевания.

Объем ресурсов защитных систем по отношению к конкретному агенту определяется прежде всего генетической гармоничностью индивида, которая определяет генетически обусловленную устойчивость индивида к данному агенту. Всегда существуют генотипически устойчивые лица даже к особо опасным инфекциям, таким как холера и чума. Эти лица не заболевают даже в

условиях эпидемии. Но устойчивость к одному конкретному биоагенту не исключает подверженности многим другим. При поступлении биоагентов в организм обычным путем и в малых количествах, которые не превышают ресурсы защитных систем, это происходит незаметно и поступивший агент либо уничтожается, либо встраивается в эндоэкологическую систему данного организма, до поры до времени ничем себя не проявляя.

Эндоэкологическая, то есть внутренняя экологическая система организма всегда содержит тот или иной набор инфекционных и инвазивных агентов в неактивном или слабоактивном состояниях. Общая масса эндоэкологического сообщества организма составляет 2-3 кг.

Неактивное состояние агента может быть обусловлено его компенсацией или подавлением либо со стороны других агентов, входящих в эндоэкологическую систему организма, либо со стороны иммунной системы организма. Практически любой агент может попасть в организм в детстве и десятки лет находиться в неактивном состоянии. Это явление называется носительством (вирусоносительством, бациллоносительством и т.д.).

Со временем, в силу тех или иных обстоятельств, влияющих на ресурсы защитных систем, из неактивного состояния агент может перейти в слабоактивное или активное состояние и вызывать, соответственно, латентный или острый патологический процесс.

Слабоактивное состояние обуславливает скрытый (латентный) воспалительный процесс, который легко выявить средствами ФСД-диагностики здоровья. При этом выявляют не только факт латентного воспалительного процесса, но и конкретного агента (или агентов), вызывающих и поддерживающих этот процесс. Имея такую диагностическую информацию уже несложно провести несколько курсов индивидуальной профилактической программы и добиться, как минимум, недопущения активизации процесса и его явного проявления, то есть манифестации заболевания. Как максимум, можно добиться (и всегда следует добиваться) перевода агента в неактивное состояние и соответствующего прекращения латентного процесса.

Таким образом, биогигиена по отношению к инфекциям включает в себя не только культуру их избегания, но также культуру поддержки защитных систем организма и культуру периодической комплексной ФСД-диагностики и коррекции здоровья, то есть культуру контроля здоровья.

Биогигиеническая культура биологических отношений между людьми включает два аспекта. Первый связан с обменом микрофлорой (инфекционными агентами) и микрофауной (инвазивными агентами) при бытовых и половых контактах. Бытовая передача инфекций и инвазий достаточно надежно предотвращается путем соблюдения общегигиенических правил, включая личную гигиену, гигиену посуды, одежды и мест общего пользования.

Половая передача флоры и фауны представляет сегодня актуальную проблему, корни которой в низком уровне биогигиенического и нравственного воспитания, адекватного задачам сохранения своего здоровья и созидания здоровья будущих детей.

Особенно актуальна эта проблема для женщин, которые несут практически полную ответственность за здоровье своих детей. По законам иммунологии организм женщины обязан выработать устойчивость (толерантность) к антигенному комплексу только своего первого мужчины. На антигенный комплекс второго мужчины организм женщины не обязан вырабатывать толерантность и не вырабатывает, а приводит в действие защитные механизмы иммунной системы.

Антигенный комплекс мужчины включает две компоненты – комплекс антигенов спермы и комплекс антигенов сопутствующей индивидуальной микрофлоры. Каждого нового мужчину женщина оплачивает утраченной частью ресурсов своей иммунной системы, а затем и воспалительными процессами половых органов. Несколько мужчин в «донжуанском» списке женщины и благоприобретенный иммунодефицит ей практически гарантирован. Не случайно грамотный гинеколог, выяснив, что у пациентки

было несколько мужчин, берет ее на контроль в плане возможности онкологических заболеваний.

Очевидно, что относительные иммунодефициты, воспалительные процессы и многообразие микробов не могут положительно сказываться на здоровье будущих детей, если они в таких условиях появятся.

Второй аспект биогигиены биологических отношений между людьми является наиболее значимым для здоровья будущих детей. Этот аспект касается сильной зависимости здоровья потомства от характера браков их предков, то есть от соблюдения ими правил благобрачия, согласно которым семейный союз следует заключать в рамках своего этноса, в девственности и по любви.

2.4. ФАКТОРЫ ПИТАНИЯ

Культура питания вносит большой вклад в обеспечение здоровья ее обладателя [21, 22]. Она опирается на три главных принципа:

- умеренности,
- индивидуальности.
- грамотности.

У каждого из нас есть свои любимые и нелюбимые блюда и продукты. Это неслучайно. Пищевые симпатии и антипатии часто связаны с особенностями генотипа и соответствующими эффектами и дефектами в молекулярных системах превращений и обмена веществ. Они могут быть связаны и с временными функциональными состояниями соответствующих систем организма.

Свои особенности следует уважать, к нежеланиям своего организма нужно прислушиваться. Вместе с тем, пищевые пристрастия могут быть обусловлены неправильными стереотипами питания. К каждому блюду дома на своем столе и, особенно, не дома, а на чужом столе необходимо приглядываться. Все это для того, чтобы пища была на пользу, а не во вред, чтобы укрепить свое здоровье, а не получить отравление, пусть даже скрытое.

Осознавание и соблюдение собственных индивидуальных предпочтений и ограничений актуально даже для лиц с гармоничным генотипом, то есть с низким генетическим грузом. Для лиц с высоким генетическим грузом и, соответственно, с выраженными дисбалансами тех или иных метаболических процессов на огромной биохимической фабрике организма принцип индивидуализации питания, можно сказать, жизненно важен. У этих лиц легче и чаще возникают ситуации индивидуальной неадекватности питания.

Неадекватность питания различной степени является такой же серьезной и вредной внешнесредовой нагрузкой на организм, какими являются гепатогенные, электромагнитные и радиационные нагрузки. По сути, индивидуальная неадекватность питания эквивалентна токсической нагрузке.

Важно понимать, что индивидуальная неадекватность питания вместе с другими внешними нагрузками и неблагоприятными внутренними факторами (например, психическими) может приводить к заболеваниям.

Факт и степень неадекватности питания, а также индивидуально необходимые организму продукты питания (в текущий период времени) можно установить с помощью ФСД-диагностики.

Грамотность питания предполагает наличие у человека некоторого уровня знаний о правильной организации питания и наличие соответствующего уровня культуры питания. Знания создают основу для формирования культуры, но сами по себе таковой не являются.

Культура есть воплощенное знание. Воплощенное в индивидуальных (и общественных) ценностях и соответствующих мотивациях, воплощенное в понимании, умении и поведении. Тем не менее, в основе культуры лежат знания.

Минимальные знания, необходимые для грамотного питания здорового человека касаются следующих основных гигиенических правил:

- 1) Умеренности питания (главное правило);
- 2) Соотношения растительных и животных продуктов должно быть в пользу растительных;

- 3) Учета происхождения растительных продуктов;
- 4) Разнообразия растительных продуктов;
- 5) Ограничения рафинированных и консервированных продуктов;
- 6) Минимизации в рационе индивидуально аллергенных продуктов;
- 7) Разнообразия кисломолочных продуктов;
- 8) Нормы потребления пищевых волокон
- 9) Совместимости основных видов продуктов;
- 10) Применения комплементарных биологически активных добавок.

Мы не вынесли в основной список правило регулярности питания, поскольку это правило всем хорошо известно. Оно относится к элементарным, наряду с правилами пережевывания пищи и несовмещения процесса еды с другими занятиями.

Первое правило, то есть правило умеренности питания, исключительно важно, поскольку избыточное питание является очень мощным фактором разрушения здоровья и, ввиду исключительной важности, это правило мы обсудим в конце раздела.

Второе правило устанавливает приоритет продуктов растительного происхождения. С учетом индивидуальных особенностей растительные продукты должны составлять от 70% до 90% массы рациона. Это относится и к соотношению потребляемых жиров растительного (желательно нерафинированные) и животного происхождения. И чем больше преобладание, тем лучше.

Третье правило предписывает преимущественное использование растительных продуктов местного происхождения, то есть, во-первых, из растений, произрастающих в данной местности (где живете Вы и жили Ваши предки), и, во-вторых, выращенных в данной местности. Местное происхождение продуктов имеет глубокий смысл для здоровья. Ко всем съедобным растениям, произрастающим в родной местности, человек генетически преадаптирован. Экзотические заморские продукты, к которым нет выработанной десятками поколений генетической преадаптации, увеличивают

аллергенную и токсическую нагрузку на организм. Разумеется, это не означает, что изредка нельзя позволить себе вспомнить вкус банана или мандарина.

Четвертое правило требует разнообразия употребляемых растительных продуктов местного происхождения. Именно разнообразие потребляемых Вами местных растительных продуктов обеспечивает то, что принято называть полноценным питанием. Полноценность питания определяется полнотой спектра каждого класса получаемых организмом незаменимых пищевых веществ, к которым следует относить классы микроэлементов, витаминов, незаменимых аминокислот, незаменимых жирных кислот, адаптогенов, антиоксидантов и пищевых волокон.

Каждый из этих основных семи классов незаменимых пищевых веществ включает от одного десятка до многих десятков конкретных биологически активных соединений. Их получение может обеспечить только достаточное разнообразие растительных продуктов. Разнообразие растительного рациона может служить мерой культуры питания. О том, насколько сегодня деградировала культура питания, свидетельствует рацион наших предков. Каких-то две сотни лет назад наши предки употребляли в пищу до 200 видов местных растений. Попробуйте посчитать, сколько видов местных растений Вы употребляете в пищу хотя бы изредка, даже раз в год. Вряд ли насчитаете более 40.

Правило ограничения использования рафинированных и консервированных продуктов, включая концентраты, преследует две цели. Первая заключается в снижении ударных нагрузок на поджелудочную железу, которые она получает при употреблении сахара, хлеба из муки высшего сорта, выпечки, макаронных и кондитерских изделий и других продуктов, содержащих рафинированные углеводы.

Вторая цель заключается в том, чтобы снизить аллергенные нагрузки на иммунную систему и токсические нагрузки на печень и на организм в целом, которые он получает вместе с продуктами, содержащими консерванты, вкусовые добавки (например, глутамат натрия), пищевые добавки

(ароматизаторы, стабилизаторы и др.). Консервированными являются все продукты в герметичной промышленной упаковке (в банках, бутылках, контейнерах, тубах, пакетах, эластичных оболочках). В список консервированных продуктов попадают колбасы, паштеты, молоко, концентраты и приправы, за исключением сухих натуральных растительных приправ.

Следующее правило, касающееся исключения из рациона аллергенных и токсических продуктов, перекликается с изложенными выше и существенно его расширяет.

В предыдущих разделах мы уже говорили о совокупной аллергенной нагрузке на организм. Для того, чтобы существенно снизить эту нагрузку путем минимизации потребления индивидуальных аллергенов, нужно знать свои пищевые и другие аллергены. Самый простой и быстрый способ получить список своих актуальных пищевых и других аллергенов – это ФСД-диагностика.

Правило разнообразия кисломолочных продуктов отражает исключительную важность обеспечения и сохранения нормального состояния кишечной микрофлоры. Это важно для хорошей работы кишечника, для профилактики дисбактериозов и для поддержки иммунной системы.

Нормальное гармоничное функционирование микрофлоры кишечника во многом обеспечивает качество пищеварения, уровень обеспечения организма витаминами и микроэлементами, защиту от условно болезнетворных микроорганизмов и выведение потенциально вредных продуктов обмена веществ из организма.

Необходимо стремиться включать в рацион хоть понемногу, но различные виды кефира, простокваши и, особенно, био- и бифидо-кисломолочных продуктов.

Очень большую значимость правила соблюдения нормы ежедневного потребления пищевых волокон иллюстрирует следующий факт. Недостаточное потребление пищевых волокон является фактором риска практически всех

распространенных заболеваний. И это закономерно, потому что пищевые волокна обладают следующими свойствами:

- являются необходимым фактором нормальной жизнедеятельности кишечной микрофлоры,
- улучшают пристеночное пищеварение,
- способствуют тонкой регуляции индивидуального метаболического баланса, то есть баланса обмена веществ,
- за счет сильного набухания они существенно увеличивают массу кишечного содержимого, а это усиливает перистальтику, то есть двигательную активность кишечника,
- являются основным естественным энтеросорбентом, выводящим вредные вещества из организма.

Главным источником пищевых волокон являются отруби злаков и этот источник никаким другим заменить нельзя. Кроме пищевых волокон отруби поставляют организму целый ряд витаминов и органических (которые легко усваиваются) микроэлементов.

Достаточным уровнем (гигиенической нормой) потребления пищевых волокон считают уровень 25–30 грамм в сутки. Заметим, что наши предки потребляли их в два раза больше.

Отруби содержат до 50% пищевых волокон. Следовательно, минимум суточного потребления пищевых волокон обеспечивают 50 грамм отрубей.

Второе место по содержанию пищевых волокон занимает хлеб. Хорошие сорта хлеба содержат до 5% пищевых волокон. Различные сорта отрубного хлеба (с добавлением отрубей) обычно содержат до 7% пищевых волокон. Горох содержит около 6%, брюссельская капуста и молодая кукуруза – до 4% пищевых волокон. Все остальные продукты, включая все овощи и фрукты, содержат от 0,5% до 3% пищевых волокон. Поэтому грамотные хозяйки, когда варят кашу, то на 3–4 ложки крупы или хлопьев добавляют 1 ложку отрубей, а также добавляют отруби во все первые блюда и кисели. Гранулированные отруби можно употреблять вместо печенья. Заметим, что яблоки, которые

отличаются относительно большим содержанием пектинов, в целом содержат до 1,5% пищевых волокон.

С учетом особенностей современной структуры питания большинство людей недополучает около половины необходимого количества пищевых волокон. Это означает, что ежедневная добавка отрубей в рацион должна составлять не менее 20 граммов.

Правило умеренности питания настолько важно, что одновременно является основополагающим принципом питания. Умеренность следует понимать как неизбыточность питания. Неизбыточность в чисто количественном выражении. Качественную полноценность питания легко обеспечить не только при неизбыточных, но и при малых по количеству рационах.

Неизбыточность определяется по отношению к реальным энергетическим потребностям индивида. Реальная энергетическая потребность зависит от конституции индивида (чем гармоничнее генотип, тем меньше реальная энергетическая потребность индивида) и от текущих физических нагрузок на организм.

Рацион подавляющей части населения благополучных стран превышает индивидуальную реальную энергетическую потребность в 1,5 – 3 раза.

Логично спросить: «Так что же плохого в том, чтобы есть до сыта?» Да ничего плохого нет, если говорить о первом чувстве сытости и качественной пище. От первого чувства сытости до последнего «не могу» простирается большой диапазон ощущений. Вопрос в том, в какой области этого диапазона индивид принимает решение завершить трапезу. Что касается качества пищи, то она должна содержать достаточное количество пищевых волокон, которые набухают и быстрее дают ощущение сытости.

Каждый прием пищи является существенной нагрузкой на иммунную систему организма. Если сделать анализ крови не натощак, а после завтрака, то по результатам анализа можно заподозрить воспаление легких. После каждого приема пищи организм мобилизует ресурсы иммунной системы на

противостояние поступающим с пищей биоагентам, включая аллергены. Не случайно при остром заболевании человек, как правило, теряет аппетит. В этом случае организм экономит ресурсы своей иммунной системы на борьбу с инфекцией.

Избыточный прием пищи это не только очень большая нагрузка на иммунную систему, но и гарантия неполного переваривания пищи и, соответственно, гарантия токсической нагрузки на организм.

При избыточном рационе питания токсическая нагрузка накапливается, а также рано или поздно наступает истощение ресурсов иммунной системы, то есть появляется своеобразный благоприобретенный относительный иммунодефицит. Иммунная недостаточность делает организм уязвимым для различных заболеваний. Заболев в соответствии со своей конституциональной предрасположенностью и накопленным риском, человек вряд ли будет связывать это со своим привычным режимом избыточного питания. Тем не менее, избыточное питание является одним из основных факторов накопления риска болезней по профилю своей предрасположенности.

Людям, склонным к полноте и диабету, одной коррекции питания недостаточно. Таким людям на фоне медленного (в течение нескольких месяцев) снижения калорийности рациона при сохранении или улучшении его качества необходимо столь же медленно и неуклонно повышать свои ежедневные физические нагрузки. Разумеется, что делать это лучше под наблюдением врача.

Вопрос о совместимости продуктов питания имеет два аспекта. Во-первых, это аспект индивидуальной совместимости. Как правило, каждый для себя знает свои варианты несовместимости продуктов. Во-вторых, это аспект физиологической совместимости. По этому аспекту имеется достаточно много доступной литературы.

В качестве основных правил отметим, что хорошо совместимы белковые продукты (мясо, рыба, яйца, молоко и др.) и нейтральные продукты (орехи, сливочное масло, растительное масло, овощи, зелень, грибы, отруби и др.), а

также хорошо совместимы нейтральные продукты и крахмалистые продукты (злаковые, сладкие фрукты и др.). Плохо совместимы:

- крахмалистые продукты и кислые продукты,
- белковые продукты и жидкие продукты,
- жирные продукты и белковые продукты,
- белковые продукты и крахмалистые продукты,
- крахмалистые продукты и сладости.

Общее простое правило совместимости продуктов питания состоит в том, что при каждом приеме пищи желательно существенное преобладание продуктов одного типа.

Применение комплементарных (индивидуально полезных) биологически активных добавок является эффективным средством оздоровления и профилактики заболеваний. Комплементарность (индивидуальное соответствие) биодобавки определяют с помощью ФСД-диагностики в процессе комплексной диагностики здоровья. Общее правило применения заключается в том, что с целью оздоровления используют одну четвертую часть от рекомендуемой в аннотации суточной дозы биодобавки, а с целью профилактики заболевания – одну вторую часть рекомендуемой суточной дозы. Цель приема комплементарной биодобавки (оздоровительную или профилактическую) определяет врач на основе ФСД-диагностики здоровья.

С медицинских позиций питание является важным способом и средством поддержания и укрепления здоровья, посредством снижения системных (физиологических) рисков. Системные риски формируются вследствие ослабления или истощения иммунной, эндокринной или иной системы организма. Дополнение системного риска остальными рисками (конституциональным, культурным и экологическим) порождает нозологический риск, то есть актуальный риск конкретного заболевания. Поскольку нозологические риски связаны с индивидуальным развитием (онтогенезом) и с индивидуальными экологическими условиями, постольку

принцип индивидуальности питания имеет четкий оздоровительно-профилактический смысл.

Любой продукт питания или препарат может в разной степени подходить (требоваться) или не подходить (не требоваться) конкретному индивиду в данный период времени. Питание, которое соответствует индивидуальным потребностям организма в продуктах питания (питательных веществах) на данный момент времени – это комплементарное питание. Понятие комплементарности отражает факт и меру соответствия продукта или препарата потребности организма индивида на данном отрезке времени. ФСД-диагностика комплементарности продуктов питания, пищевых добавок и биостимуляторов или, говоря коротко, - алиментарная диагностика обеспечивает новый, более высокий уровень контроля индивидуального питания, повышая его оздоровительно-профилактическую или лечебную значимость.

ФСД-диагностику можно проводить для определения комплементарности всех основных продуктов питания, большинства биоактивных пищевых добавок отечественных и зарубежных производителей, многих натуропатических и аллопатических биостимуляторов, лекарственных трав и аллопатических витаминных и микроэлементных препаратов. В контексте рационального питания важными являются возможности ФСД-диагностики индивидуальных пищевых аллергенов, интоксикаций и дисбактериозов.

Поскольку алиментарная диагностика преследует цели обеспечения индивидуальной полноценности питания и повышения профилактической значимости питания, постольку такая диагностика имеет прямое отношение к индивидуальной гигиене питания и, следовательно, может быть отнесена к области гигиенической диагностики. Отметим, что к области индивидуальной гигиенической диагностики относятся и другие возможности ФСД-диагностики, включая, прежде всего диагностику индивидуальных нагрузок на организм, в том числе электромагнитной, геопатогенной, психической,

токсической и эндоэкологической (вирусной, бактериальной, грибковой и паразитарной).

Комплементарное питание можно рассматривать как новое направление развития диетологии. Но главное, что комплементарное питание на основе алиментарной ФСД-диагностики это формирование более высокого уровня индивидуальной культуры питания.

Из четырех режимов укрепления здоровья, включая духовно-нравственный, питания, движения и отдыха, питание по своей значимости по праву занимает второе место после духовно-нравственного режима. Основными характеристиками рационального питания являются умеренность, натуральность, индивидуальность, полноценность, регулярность и позитивность. Характеристика позитивности означает обеспечение положительного эмоционального фона в процессе приема пищи. Неслучайно в культурной традиции многих народов существуют обычаи благодарения за пищу и благословения пищи.

Признавая важную роль питания в укреплении здоровья и профилактике заболеваний, следует отметить основные факторы уничтожения питательной ценности пищи. К таким факторам относятся микроволновая обработка, излишняя термическая обработка, неправильное или слишком длительное хранение и другие технологические нарушения, а также наличие в пище ксенобиотиков и ГМО.

2.5. ФАКТОРЫ РЕЖИМОВ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основные факторы общего режима жизнедеятельности включают:

- режим дня,
- психо-эмоциональный режим.

Каждый режим имеет прямое отношение к установлению и качеству соответствующего физиологического баланса организма. Режим определяет баланс, а баланс определяет риски – системные (истощения систем) и

нозологические (заболеваний). Нормализация режимов есть основное средство сохранения здоровья и оздоровления.

Режим дня должен соответствовать суточным биоритмам организма. У человека суточный биоритм имеет около 500 функций и процессов. В норме биоритмы организма соответствуют геофизическим и космофизическим ритмам. Рассогласование фазовых соотношений внешних природных ритмов и внутренних биоритмов организма называют десинхронозом. Десинхронозы всегда являются существенным и нередко основным фактором патогенеза распространенной патологии, в том числе психопатологии, включая психические зависимости.

Одним из наиболее важных режимов является режим бодрствования и сна. Нормальный ночной сон это основное средство восстановления физических ресурсов организма и психических ресурсов личности. Практически для всех, включая «жаворонков» и «сов», ночной сон должен составлять 7 – 9 часов. Любые нарушения сна следует воспринимать как серьезный фактор дестабилизации здоровья. Существенную помощь в лечении нарушений сна может оказать ФСД-диагностика, включая подбор комлементарных препаратов.

Утром полезна физическая зарядка и, желательно, не силовая. Хорошим вариантом утренней зарядки (пригодным для любого возраста) является тибетский ритуал «Пять тибетских жемчужин» [20]. Вечером, после работы или учебы, возможны различные варианты физических нагрузок, но конкретный индивидуальный вариант желательно согласовать с врачом после комплексной ФСД-диагностики здоровья. Дело в том, что некоторые варианты физической нагрузки могут быть противопоказаны в соответствии с наличием риска по тому или иному заболеванию.

Главные принципы режима питания это умеренность и регулярность. Режим питания должен включать 2 - 4 приема пищи в день, если иное не рекомендовано врачом. Последний прием пищи желателен до 19 часов, поскольку в это время падает активность поджелудочной железы. После 19

часов нужно пить чистую воду. При неполном разгрузочном дне лучшим ужином будет легкий салат из зелени и свежих овощей.

Традиционно сложилось, что режим труда и отдыха одновременно касается режима дня, режима недели, режима праздников и режима года. Важнейшим из них является режим дня. Необходимо ежедневно трудиться и ежедневно отдыхать. Разумеется, что ежедневный баланс труда и отдыха весьма индивидуален. Поэтому каждый должен выстраивать свой баланс, а критерием хорошего баланса является практическое отсутствие накопления либо незначительное накопление утомления к концу рабочей недели.

Накопление утомления и другие ощущения, связанные со здоровьем и самочувствием, существенно зависят от психо-эмоционального режима. Еще раз напомним, что режим определяет баланс. А психический баланс определяет многие другие балансы в организме.

В каждой системе организма есть свои базовые балансы и соответствующие базовые параметры. В метаболических системах одним из таких базовых балансов является кислотно-щелочное равновесие, а базовым параметром для него является величина рН крови. Для функционирования сердечно-сосудистой системы базовым балансом является тканевой энергетический баланс, а базовым параметром – артериальное давление, от которого зависит уровень снабжения тканей кислородом и питательными веществами. С этих позиций можно понять, почему избыточный вес и артериальная гипертензия «дружат» между собой и с диабетом, и почему необходима физическая активность.

Особое и огромное значение для здоровья имеет психо-эмоциональный режим жизнедеятельности, для соблюдения которого необходимо понимание природы психического баланса.

Базовым психическим балансом является баланс положительных и отрицательных психо-эмоциональных состояний, а базовым параметром – психо-эмоциональный тонус индивида.

Психо–эмоциональный или просто психический тонус может быть нормальным, повышенным или пониженным. Людей с нормальным психотонусом принято называть синтонными. Состояния повышенного психического тонуса – это вполне благоприятные и нормальные состояния повышенной работоспособности и творческой активности. Они проявляются повышенным, приподнятым настроением, иногда некоторой возбужденностью. Эти состояния безопасны для здоровья. Вместе с тем, состояние крайне высокого психического тонуса является патологическим и называется маниакальным.

Состояния очень низкого психического тонуса это депрессии и они подлежат обязательному клиническому лечению. Состояния пониженного психического тонуса принято называть гиподепрессивными. Эти состояния находятся в пределах нормы, но являются весьма неблагоприятными для здоровья. Внешние проявления гиподепрессивных состояний многообразны: пониженное настроение, неудовлетворенность различными аспектами своей жизни, снижение физической активности, низкая оценка своих социальных или иных перспектив, сомнение в своем здоровье, печаль, тоска, уныние, подавленность, утомляемость, удрученность, пессимизм, опустошенность, отчаянье, безысходность, потерянности. Сюда же относят меланхолию, кручину и снижение жизненного тонуса.

По своему смыслу гиподепрессия практически эквивалентна отсутствию желания активной жизни или, по меньшей мере, существенному уменьшению этого желания.

При углублении гиподепрессии она может приобрести болезненный характер, то есть достигать уровня депрессии. Далее мы будем говорить только о тех уровнях гиподепрессии, которые, не требуя обращения к психиатру, требуют повышенного внимания.

Прежде всего, необходимо рассмотреть главный механизм и уровни контроля психического баланса.

Основными подсистемами системы контроля психического баланса (то есть системы, в которой реализуется главный механизм его контроля) являются следующие подсистемы.

1) Личностные качества и актуальные нравственные ценности.

Краткое обозначение этой ключевой подсистемы: качества и ценности.

Качества и ценности личности имеют определенную генотипическую основу и формируются в процессе воспитания. Достаточно развитые нравственные качества и актуальные ценности формируют позитивные потребности личности, а потребности непосредственно определяют формирование мотиваций. Кроме этого, качества и ценности определяют личностное отношение к людям, идеям и жизненным ситуациям. Подчеркнем, что речь идет именно о духовно–нравственных качествах и ценностях.

2) Мотивации, которые непосредственно влияют на психический баланс, формируются на основе качеств и ценностей, которые определяют такие уровни мотивации, как желательно, хочу, необходимо.

3) С другой стороны, на формирование психического баланса влияют личностные оценки внешних ситуаций. Это оценки типа возможно, реализуемо, благоприятно, трудно, опасно, невозможно и т.п. Интеграция внутренних мотиваций и оценок внешних ограничений непосредственно и преимущественно формирует психический баланс.

4) Отношение и позиция, которые также формируются на пересечении качеств и ценностей с оценками внешних субъектов, объектов и ситуаций. Эти оценки могут быть позитивными и негативными. Отношение и позиция также непосредственно влияют на формирование особенностей психического баланса.

5) Пятой подсистемой системы контроля психического баланса является социальная среда, включая микросоциальную и макросоциальную. Социальная среда играет основную роль в процессе формирования системы ценностей личности. Через воспитание, социализацию и другие механизмы социальная среда влияет на формирование системы ценностей, а через ситуации она влияет на формирование мотиваций и позиций личности.

От особенностей психического баланса непосредственно зависит поведение индивида. Точнее, психический баланс полностью определяет поведение. Каков баланс – таково и поведение.

Отражением нашего психического баланса являются эмоции и чувства. И для себя, и для других они служат индикаторами состояний психики и являются важными элементами системы рефлексивного самоуправления личности своим психическим балансом и поведением. Отсюда следует, что контроль своего психо-эмоционального режима это адекватные рефлексии своих чувств и эмоций на основе нравственных ценностей.

Теперь о главном механизме контроля психического баланса. Это механизм рефлексии. Рефлексия – это осознанное или неосознанное соотнесение мотивации, отношения, поведения, эмоции, позиции, чувства и результата поведения со своими качествами и ценностями.

Осознанно рефлексия оформляется в виде серии вопросов типа: «А правильно ли я поступил в соответствии со своими качествами и ценностями?». Этот вопрос относится к уровню результата поведения. На уровне выполнения поведенческого акта вопрос будет: «А правильно ли я поступаю?». На уровне мотивации – «А правильно ли я собираюсь поступить?». На уровне эмоции – «А правильно ли я реагирую?» и т.д.

Главным является то, что во всех случаях (мотивации, поведения, результата поведения, отношения, позиции, эмоции и чувства) рефлексия замыкается на качества и ценности. Это замыкание, то есть рефлексия, выполняет роль обратной связи, необходимой для корректировки мотивации, отношения и позиции в соответствии с качествами и ценностями. Такая корректировка приводит к новому качеству психического баланса и, соответственно, к изменению поведения.

Механизм рефлексии показывает, что психический баланс в наибольшей степени определяют позитивные качества и ценности личности.

Роберт Дилтс в своей книге «Фокусы языка» развил представления Бейтсона о логических уровнях контроля поведения, а, следовательно, и психического баланса [11].

Первым самым нижним уровнем являются стереотипы и стратегии. Они контролируют вопросы что, где и когда надо делать.

Второй уровень принадлежит способностям, которые, как минимум, помогают решить, как это надо делать и, как максимум, выработать новую стратегию или скорректировать старую. На этом уровне находятся все способности – мышечные (сила, пластика), сенсорные, то есть связанные с органами слуха, зрения, вестибулярным аппаратом, с рецепторами вкуса, осязания и температуры, а также интеллектуальные способности и более сложные способности, такие как вербальные (речевые), художественные и музыкальные. Примечательно и совершенно правильно, что все способности находятся на одном уровне и не одна из них не может быть поставлена выше другой.

Первые два уровня образуют нижний слой сознания – сферу сенсорного сознания, которая контролирует элементарную безопасность, связанную с правильной ориентацией в пространстве, времени, и окружающей обстановке. Именно это сознание имеют в виду врачи, говоря, что пациент находится в сознании.

Третий уровень контроля составляют убеждения. Убеждения контролируют проявление способностей. Если человек убежден, что у него нет музыкальных способностей, то они блокируются и проявиться они не могут и их, как бы, и нет. Снятие ложных убеждений есть важная часть любой психокоррекционной работы. Убеждения могут также контролировать формирование стратегий. Убеждения контролируют вопрос: «Зачем мы это делаем?».

Четвертый уровень составляют ценности. Система актуальных (то есть влияющих на мотивацию) нравственных ценностей является ядром личности, которое в наибольшей степени определяет психический баланс, поведение и

отношение. В самой простой шкале различные ценности можно представить как высокопозитивные, позитивные, околонулевые, негативные и высоконегативные. Околонулевые ценности являются для личности неактуальными.

Третий и четвертый уровни образуют средний слой сознания – сферу нравственного сознания. Гармоничность позитивного развития именно этой сферы в наибольшей мере влияет на психический баланс и далее на поведение и поведенческие риски, включая риски любых зависимостей и их последствий. В случае, когда нижняя сфера сознания и, в частности, интеллект, хорошо развиты, а средняя сфера сознания плохо развита, мы имеем безнравственного интеллектуала или интеллектуального подонка.

Пятый уровень контроля психического баланса составляют идентификации, а точнее идентификации людей. Они соответствуют вопросам: «Кто он?», «Кто она?», «Кто они?», «Кто мы?», «Кто я?», а также: «Кому это надо?».

Шестой, самый высокий уровень контроля психического баланса называется духовностью (в узком научном смысле, предложенным Р. Дилтсом) и имеет смысл идентификации (смысловой и ценностной) идей и систем, а также идентификации своей причастности к той или иной идее и своей включенности в ту или иную систему. Здесь имеются в виду любые идеи во всем диапазоне от идеи патриотизма до идеи нигилизма и любых систем от семьи до государства. Можно сказать, что духовность – это смысловая и ценностная идентификация реальных, в том числе социальных, и вербальных, в том числе идеологических, систем. Обратим внимание на то, что понятие духовности в смысле Р. Дилтса практически совпадает с понятием ментальности, как состояния мыслительной сферы личности.

Применительно к какой-либо конкретной системе духовность, как идентификация этой системы, опирается на знания о системе (содержательные и феноменологические), включая правила отношения и поведения и ценностные представления о системе, включая оценки объективной и

субъективной ценности. Кроме знаний и представлений о системе, ее духовная идентификация имеет важный компонент оценки собственной принадлежности этой системе, собственной включенности в ее функционирование или причастности к определенным структурам или процессам, принадлежащим данной системе.

Важно, что духовность интегрирует и консолидирует три нижележащие уровня, а именно, личностные системы идентификаций, ценностей и убеждений. Соответственно, недоразвитие духовного (ментального) уровня контроля препятствует такой интеграции и консолидации и, следовательно, препятствует правильному пониманию реальности, правильному поведению, правильному отношению к людям и к различным идеям и идеологиям.

Духовность отвечает на вопросы: «Для чего я это делаю?», «Ради чего я это делаю?».

Пятый и шестой уровни контроля психического баланса образуют верхний слой сознания – сферу духовного сознания личности.

От гармоничности духовного сознания человека в значительной степени зависит соматическое (физическое) и психическое здоровье индивида.

В механизме рефлексивного контроля психического баланса качества и ценности включают таковые из всех трех сфер сознания личности – сенсорной, нравственной и духовной.

Смысл работы механизма рефлексивного контроля психического баланса заключается в обеспечении рефлексивной психической защиты здоровья индивида. Эффективность психической защиты целиком и полностью определяется гармоничностью качеств и ценностей личности, можно сказать – гармоничностью личности. В зависимости от уровня этой гармоничности и характера возникающих жизненных ситуаций психический баланс колеблется в некотором индивидуальном диапазоне. Как правило, этот диапазон захватывает и позитивные и негативные психо–эмоциональные состояния.

Общий итоговый психический баланс зависит, в основном, от суммарной продолжительности нахождения баланса в позитивной и негативной областях

диапазона, а также от интенсивности положительных и отрицательных психоэмоциональных переживаний. Если большую часть времени (при одинаковой интенсивности эмоций) баланс был позитивным, то и общий баланс будет позитивным, и это свидетельствует о хорошем качестве рефлексивной психозащиты индивида. Разумеется, что все это справедливо при условии позитивной направленности личности. Однако, если человек радуется по поводу чужого горя, итоговый психический баланс не может быть положительным. Ни природу, ни свой собственный мозг, а тем более свою душу обмануть нельзя. Неосознаваемая подлость остается подлостью и в подсознании фиксируется как негатив. Если же негативные состояния преобладают по продолжительности и/или по интенсивности, то и общий баланс будет негативным.

Даже небольшое негативное смещение психического баланса при длительном действии способно породить большие последствия для здоровья. Дело в том, что в качестве нулевого значения (базиса контроля баланса) наша внутренняя физиологическая система контроля психического баланса использует текущий уровень психического тонуса последних нескольких недель. Именно относительно этого условно нулевого базиса тонус снижается при отрицательном балансе и повышается при положительном. То есть, время прошло, базис понизился и, относительно нового базиса, все опять неплохо.

Отсюда следует, что небольшое негативное смещение психического баланса немного снижает психический тонус и через определенное время этот сниженный психический тонус становится новым базисом контроля баланса. Небольшое снижение баланса относительно нового базиса повторяет этот цикл еще раз и еще раз, пока человек не достигает состояния гиподепрессии, то есть состояния достаточно выраженного снижения психического тонуса. Процесс снижения психического тонуса называют также накоплением эмоционального груза.

Процесс своего постепенного погружения в гиподепрессию человек может не замечать годами. И не только потому, что процесс медленный, а

потому, что на каждом отрезке времени относительно текущего базиса контроля поддерживается хороший (околонулевой) баланс отрицательных и положительных психо-эмоциональных состояний, что создает впечатление благополучия.

Психический тонус определяет уровень функциональной активности нервной системы и эндокринной системы, а через них – всех органов и систем организма. Соответственно этому, гиподепрессия снижает функциональную активность всех органов и систем организма, включая основные системы защиты здоровья. Этот процесс идет по принципу цепной реакции смещения базисов регуляции в различных системах организма. В зависимости от особенностей конституции, для одного человека критичной оказывается относительная функциональная недостаточность иммунной системы, для другого – систем детоксикации, для третьего – нейро-вегетативной защиты. Болезнь у каждого формируется в соответствии со своей генетической предрасположенностью, а основная причина развития болезни оказывается общей и заключается в гиподепрессии.

Таков механизм психосоматического влияния гиподепрессии на здоровье, который является основным механизмом психосоматики.

Более редкой формой реализации психосоматики является психическая травма. Но если психическая травма завершается фрустрацией (переживанием разочарования), то она также трансформируется в гиподепрессию.

Теперь о главном, о том, что обеспечивает рефлексивную психическую защиту от гиподепрессии как основной формы эмоционального груза. Защиту обеспечивает гармоничность качеств и ценностей индивида. Точнее, от уровня гармоничности и актуальности качеств и ценностей человека зависит эффективность его рефлексивной психической защиты.

Качества и ценности формируются в процессе нравственного воспитания и самовоспитания, духовного развития и саморазвития, обучения и социальных влияний.

В системе рефлексивной психической защиты работают духовно–нравственные качества и ценности. Именно они составляют ядро личности.

В возрасте до 7 лет формируется первый и наиболее значимый слой ядра личности (суггестивно зависимый), до 14 лет формируется второй слой (эмоционально зависимый) и до 21 года в основном формируется третий слой (ментально зависимый), который способен развиваться всю жизнь.

Главными источниками формирования ядра личности являются семейный уклад, традиции, родной язык, сказки родного народа и отечественная художественная литература.

Из этих источников, отражающих родную культурную традицию, человек усваивает гармоничную систему убеждений и ценностей, идентификаций и духовности. Он усваивает это через различные вербальные и невербальные формы получения информации. Среди вербальных форм наиболее значимыми являются пословицы и поговорки, афоризмы и определения, заповеди, поэтические образы, девизы, правила и ограничения, предупреждения и наставления.

Важной причиной накопления эмоционального груза, то есть погружения в гиподепрессию, являются духовные дефициты, особенно в той части духовности, которая касается самоидентификации собственных позиций в семье, среди родственников, в коллективе и социуме. Следствием духовных дефицитов являются аномалии отношения. Прежде всего аномалии отношения к конкретным людям, но также и к коллективам, сообществам, этносам, ситуациям, идеям и т.д. Аномалии отношения становятся непосредственной причиной нарушений психического баланса и накопления эмоционального груза, то есть причиной гиподепрессии.

Гиподепрессивные состояния причастны к развитию всех распространенных заболеваний. В этом смысле все эти заболевания (сердечно–сосудистые, бронхо–легочные, желудочно–кишечные, мочеполовой сферы, опорно–двигательного аппарата, инфекционные, аллергические, онкологические и другие) и воспалительные, и дегенеративные являются

психосоматическими, то есть с большим или меньшим участием гиподепрессивного компонента.

Вот почему так важны духовно–нравственные установки. Они имеют смысл психогигиенических правил. Они составляют суть и основу рефлексивной психической защиты здоровья. Для нашего мозга они являются программой психической защиты здоровья. Чем лучше программа, тем надежнее защита.

Основные мировые религии проповедуют принципиально сходные духовно–нравственные ценности. Главный смысл этих ценностей в защите здоровья людей.

Смертные грехи христианской традиции называются таковыми потому, что преждевременная смерть является прямым следствием этих грехов. Каждый смертный грех приводит к ослаблению и недостаточности конкретных систем защиты здоровья – психорефлексивной, иммунной и др. Недостаточность защитных систем ведет к болезни и смерти. Каждому смертному греху противопоставлена добродетель, что образует пары ценностей с разным знаком для согласованного одновременного действия позитивной и негативной рефлексий.

К психозависимым болезням относят все зависимости и последствия некоторых из них.

К основным психическим зависимостям относятся:

- никотиновая (курение),
- алкогольная (алкоголизм),
- наркотические (наркомании),
- токсические (токсикомании),
- игровые (лудомании),
- половые (блудомании),
- компьютерные (виртуализм).

Кроме этого, в литературе обсуждают пищевые зависимости (в основном, пристрастие к сладкому) и некоторые другие.

Прямыми последствиями беспорядочной половой жизни являются инфекционные болезни, передаваемые половым путем, которые принято называть венерическими болезнями. Венерические болезни и ВИЧ/СПИД также относят к психозависимым заболеваниям. ВИЧ/СПИД сопряжен также с наркоманиями (передача вируса через шприцы).

Основными факторами предрасположенности к психозависимостям являются:

- генотипическая дисгармоничность вследствие сегрегационного генетического груза,
- особенности психоконституции вследствие генотипической дисгармоничности и аномального воспитания,
- аномалии развития личности вследствие недостатков нравственного воспитания. Суть аномалий – наличие у личности нравственных дефицитов.

Решающим, а точнее разрешающим фактором является последний. Именно он разрешает проявляться двум первым. Это происходит потому, что нравственные дефициты образуют брешь в системе рефлексивной психической защиты, и эта система не срабатывает.

Нравственные дефициты представляют собой дефекты индивидуального развития личности. Эти дефекты крайне редко имеют преимущественно генетическую природу. Практически всегда причиной дефектов нравственности являются дефекты воспитания.

Психогигиеническую защиту от психозависимостей человеку обеспечивают родители и педагоги своим поведением, своими душевными усилиями и каждодневным трудом по воспитанию нравственно развитой личности.

У психиатров давно существует диагноз: «патохарактерологическое развитие личности». Известный психолог Б.С. Братусь предложил использовать другой диагноз: «Психически здоров, но личностно болен» [3]. Более корректной формулировкой будет: «психическая норма с аномалиями развития личности». Именно эти состояния сегодня принято называть акцентуациями.

Аномалии развития личности, связанные с низким уровнем воспитания, являются главной причиной всех психозависимостей. Личностные аномалии развития психозависимых лиц всегда одного типа – это нравственные дефициты.

Таким образом, главным в деле психогигиены и профилактики психозависимостей является нравственное воспитание. А что же может сделать сам человек для улучшения своего психогигиенического статуса? Человек может сознательно заниматься самовоспитанием, может обратиться к психологу или психотерапевту.

Очень важным является вопрос о том, что является главным в помощи тем, кто уже стал психозависимым.

Опыт работы общества анонимных алкоголиков, душепопечительского Православного центра, Кундала–центров и других достаточно успешных организаций показывает, что в основу их внешне различных технологий положен один и тот же принцип – принцип нравственной реабилитации. В соответствии с этим принципом, в основе успешной реабилитации психозависимых всегда лежит нормализация системы нравственных ценностей личности. Обязательными условиями нравственной реабилитации (нормализации) являются дисциплина, труд и переосознание элементарных первичных жизненных ценностей, таких как своя жизнь и свое здоровье, жизнь и здоровье своих родных и близких, хлеб и вода, труд и дисциплина, предки и Боги (может быть любой Бог или высший разум). Эффективными формами реабилитации (при обеспечении должной дисциплины) оказались крестьянский труд, монастырское послушание, воинская служба и другие формы изъятия больного из привычного социума на достаточно длительный срок.

Внутрисемейное накопление психозависимостей известно давно. Еще Аристотель отмечал, что у матерей–пьяниц дети предаются тому же пороку и Плутарх говорил, что «пьяницы рожают пьяниц». Но возникает вопрос: «Рожают или воспитывают?». Наиболее точный ответ: рожают предрасположенных и воспитывают подверженных.

Неспециалисты иногда пытаются истолковывать генетическую предрасположенность как преимущественно генетическую обусловленность, предполагающую автоматическое проявление имеющейся генетической предрасположенности. В частности, такое толкование использует одна из категорий психозависимых лиц, а именно, гомосексуалисты, говоря о правах сексуальных меньшинств.

Почти полувековой опыт генетических исследований предрасположенности свидетельствует совершенно о другом. Он свидетельствует о том, что никакая генетическая предрасположенность, даже моногенная (то есть вследствие генной мутации) не может реализоваться сама по себе.

Для реализации предрасположенности в аномалию развития, болезнь или психозависимость всегда необходимо наличие еще двух групп факторов:

- 1) внутренних факторов (физиологических или психических) подверженности действию внешних провоцирующих факторов;
- 2) внешнесредовых провоцирующих факторов.

Для формирования аномалии, болезни или зависимости необходимо одновременное сочетание всех трех условий – предрасположенности, подверженности и провокаций.

В случае зависимостей внешние провокационные факторы должны преодолеть противодействие системы рефлексивной психозащиты. При условии нормального развития нравственности рефлексивная психозащита успешно отразит все провокации. При наличии у индивида нравственных дефицитов, то есть при наличии подверженности, защита не работает. И только в этом случае наличия психической подверженности все зависит от наличия предрасположенности. Если ее нет, то зависимость не сформируется. Если она есть, то сформируется. Кстати говоря, наличие генетической предрасположенности есть следствие нарушения правил биогигиены родителями или прародителями. Эти нарушения стали причиной генетического груза и, как следствие, предрасположенности. Так что никакого повода для

генетических оправданий нет, но вполне может быть стыдно за ошибки в брачном выборе своих родителей и прародителей.

Слабость или несостоятельность рефлексивной психической защиты вследствие нравственных дефицитов приводит также к аномалиям поведения, включая рискованное поведение (в том числе рискованное половое поведение) и просто неадекватное или некрасивое поведение.

При отсутствии или недостаточной актуальности нравственных ценностей индивид не видит причин, почему нельзя так себя вести или воспринимает нравственные причины как несущественные, или иные причины кажутся более существенными, чем нравственные. На таком субъективном фоне аномалии поведения сами по себе не вызывают существенных нарушений психического баланса. Они просто приводят к той или иной психозависимости. И уже психозависимость влечет за собой последствия для здоровья и жизни самого индивида и его потомства.

Таким образом, нравственные аномалии являются причиной несостоятельности рефлексивной психической защиты, которая вызывает аномалии поведения, а они являются непосредственной причиной психозависимостей.

В итоге, изложенное позволяет утверждать, что нормальный психо-эмоциональный режим жизнедеятельности это режим позитивного мышления, высокой нравственности и здравосозидательных убеждений.

Глава 3. КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Главным средством контроля состояния индивидуального здоровья является врачебная диагностика здоровья. Только врач, вооруженный достаточно полной теорией здоровья и достаточно мощной технологией диагностики здоровья, может осуществлять его контроль. Современные теоретические представления о природе и динамике здоровья вынуждают частично отказаться от старых методологических (философских) постулатов в области медицинской деятельности.

3.1. СТАРАЯ И НОВАЯ ФИЛОСОФИЯ

Старая философия здоровья вольно или невольно исходит из предположения, что все люди одинаковы. Поэтому всем дают одинаковые рекомендации вести здоровый образ жизни, избегать одних и тех же факторов риска и правильно питаться. Всем назначают одинаковое лечение в соответствии со стандартными протоколами лечения данного заболевания, предав забвению классический принцип: «лечить больного, а не болезнь».

Новая философия здоровья исходит из факта, что все люди разные, и каждый имеет индивидуальные особенности своего здоровья и своего заболевания. Их определяют генетические, физиологические и духовно-нравственные качества индивида.

В старой философии человек или здоров, или болен. Здоров – гуляй. Болен – иди к врачу. В новой философии здоровый человек, как минимум, имеет риски заболеваний и, как максимум, скрытые, пока ничем себя не проявляющие заболевания, хотя и чувствует себя здоровым.

В старой философии понятие диагностики относилось только к болезням. В новой -- это понятие в полной мере относится и к здоровью. У здорового человека можно и нужно проводить диагностику функциональных напряжений и рисков истощения для различных систем организма и различных нагрузок на

организм (психических, электромагнитных, токсических, инфекционных и других). А главное – это проводить диагностику актуальных рисков заболеваний и скрытых (латентных) стадий и форм заболеваний, то есть проводить раннюю диагностику с целью проведения своевременной профилактики и раннего лечения.

Согласно старой философии основные причины заболеваний связаны с внешними факторами (экологическими условиями, качеством питания, инфекциями, стрессовыми ситуациями и т.д.). В новой – основные и наиболее частые причины заболеваний связаны с внутренними системами организма и, прежде всего, с ослаблением систем защиты здоровья.

Системы защиты здоровья можно в первом приближении разделить на психические, генетические, иммунные, нейро-вегетативные и детоксикационные. Соответственно, диагностика состояния систем защиты здоровья имеет большое значение для формирования индивидуальных рекомендаций по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, а равно и для повышения эффективности лечения.

Разумеется, что диагностика здоровья не цель, а средство. Средство для выработки строго индивидуальных оздоровительных и профилактических рекомендаций и назначений. Диагностика здоровья – это базис для индивидуального оздоровительно-профилактического консультирования.

Оздоровительно-профилактическое консультирование – это новый и самый эффективный вид медицинской помощи людям. Максимальную эффективность имеет семейное оздоровительно-профилактическое консультирование. Это связано с огромной ролью семьи для здоровья индивида, с тем, что здоровье членов семьи взаимосвязано и взаимообусловлено. С тем, что семейные режимы и условия более существенно влияют на здоровье, чем индивидуальные. И это особенно важно для детей.

Вместе с тем, индивидуальное оздоровительно-профилактическое консультирование актуальности не теряет. Оно особенно актуально для деловых людей и молодых людей. А также для одиноких пожилых людей.

Периодичность проведения диагностики здоровья и оздоровительно-профилактического консультирования, в зависимости от состояния здоровья, может варьировать от 2 до 6 месяцев. Для практически здорового человека 2 – 4 оздоровительно-профилактических консультирования в год могут обеспечивать сохранение здоровья и уменьшение рисков заболеваний на протяжении всей жизни.

Освоение новой философии здоровья важно для всех, но особенно для матерей, ибо от них во многом зависит здоровье их детей в настоящем и в будущем. В настоящем важно блокировать накопление рисков у ребенка, а на будущее важно воспитывать у ребенка культуру контроля здоровья и саму культуру здоровья с учетом его индивидуальных особенностей и, разумеется, под руководством и с помощью врача, который консультирует.

В этой связи важно знать о четырех аспектах воспитания культуры здоровья. Это воспитание семейно-родовой культуры, духовно-нравственной культуры, гигиенической культуры и физической культуры. Мы привели эти аспекты в порядке убывания их значимости для здоровья.

В рамках старой философии здоровья врач воспринимался как тот, кто лечит. Иными словами тот, кто помогает вернуть здоровье. В новой философии врач это тот, кто помогает быть и оставаться здоровым. Помогает своевременным и обоснованным советом. Обоснованность обеспечивает диагностика здоровья (а также диагностика индивидуальной комплементарности (индивидуальной эффективности) оздоровительно-профилактических и лечебных средств.

Своевременность обеспечивает сам пациент путем регулярности посещения врача с целью диагностики здоровья и оздоровительно-профилактического консультирования.

Кстати говоря, качество оздоровительно-профилактической помощи обеспечивает тоже сам пациент путем строгого исполнения врачебных рекомендаций и назначений.

В старой философии здоровья оздоровление ассоциировалось с домом отдыха, стадионом и фитнес клубом. То есть врач в оздоровлении участия не принимал. В новой философии врач является главным режиссером контроля здоровья и оздоровления. Именно врач рекомендует или не рекомендует стадион и, конечно, индивидуально выверенные виды физических нагрузок.

В старой философии не только оздоровление, но и само здоровье представлялось как здоровье физическое. В качестве главного источника здоровья рассматривали физическое воспитание и спорт.

В новой философии здоровья – первый и главный источник здоровья это семейно-родовая духовно-нравственная культура, которая предопределяет генетические и духовные качества будущих детей, внуков и правнуков, а эти качества, в свою очередь, на 90% предопределяют их здоровье.

Вторым по значимости источником здоровья является гигиеническая культура, включая психогигиеническую, энергогигиеническую, биогигиеническую и общегигиеническую.

Третий источник здоровья это культура контроля своего здоровья по всем аспектам здоровья, включая духовно-нравственный, психический и физический. Контроль здоровья включает самоконтроль и врачебный контроль. Культура контроля здоровья должна воспитываться с детства.

И четвертым источником здоровья является физическая культура, которая формируется на основе физического воспитания детей. Практики физической культуры необходимы всю жизнь, а спорт как частный и экстремальный случай физической культуры допустим только в молодости и только в соответствии с индивидуальными особенностями и общим ресурсом здоровья, для определения которых необходима диагностика здоровья.

3.2. КОМПЛЕКСНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗДОРОВЬЯ

Еще несколько лет назад возможности диагностики здоровья были очень ограничены для врача и еще более – для пациента. Сегодня эта проблема в

прошлом. Аппаратура ФСД-диагностики позволяет решать все задачи диагностики здоровья. Более того, решать эти задачи оперативно и в режимах, которые удобны и для врача, и для пациента.

Сегодня неуклонно растет внимание к здоровью здоровых. Специалисты накапливают технологический опыт медицинского оздоровления. Методы оздоровления нередко позволяют врачу избавить пациента от тяжелого хронического недуга. Именно методы оздоровления, а не привычного нам лечения. И это называется оздоровительное лечение. Примеров тому много.

К настоящему времени методически и технологически сформирован новый вид медицинской помощи – оздоровительно-профилактическое консультирование. Отметим, что помимо чисто медицинских аспектов оздоровительно-профилактическое консультирование включает в себя консультирование по всем компонентам культуры здоровья (по всем источникам здоровья) на основе комплексной и подробной диагностики здоровья.

ФСД-диагностика манифестных распространённых заболеваний показала свою высокую диагностическую эффективность уже более десяти лет назад. Дальнейшее развитие ФСД-диагностики было связано с решением задач диагностики рисков и латентных стадий заболеваний. Успешное решение этих задач позволило разработать технологию оздоровительно-профилактического консультирования. Восемь лет эксплуатации этой технологии дают достаточные основания для того, чтобы сделать вывод о ее высокой эффективности.

Почти полвека в профилактической медицине господствовало популяционное направление, которое опиралось на концепцию факторов риска. В 1994г. на Всероссийской конференции по профилактической медицине в С.-Петербурге было официально признано, что между понятиями «здоровый образ жизни популяции» и «здоровый образ жизни индивида» существуют принципиальные различия [24]. Это был переломный момент - популяционное направление отошло на второй план, а на первый план вышло индивидуальное

направление. С тех пор приоритет индивидуальной профилактики является абсолютным.

Существует способ индивидуального оздоровительно-профилактического консультирования на основе концепции индивидуального интегрального риска (риска умереть в ближайшие 15 лет) [24, 25]. Этот способ консультирования используют в центрах здоровья Российской Федерации.

Оздоровительно-профилактическое консультирование на основе ФСД-диагностики опирается на концепцию индивидуального нозологического риска [26, 27]. Нозологический риск – это риск манифестации конкретного заболевания у конкретного пациента. Сроки манифестации зависят от величины индивидуального риска заболевания, типа заболевания и величины системных рисков (например, риска истощения иммунной системы).

Концепция индивидуального нозологического риска инициировала новый этап развития профилактической медицины. Главной характеристикой этого этапа является строгая индивидуализация оздоровительно -профилактических рекомендаций и назначений.

ФСД-диагностика нозологических рисков и латентной патологии, а также строгая индивидуализация рекомендаций стали возможны благодаря принципу работы КМСД. С помощью КМСД достигается строгая индивидуализация рекомендаций относительно:

- конкретных нозологических рисков,
- конкретных системных рисков,
- конкретных экологических нагрузок на организм,
- конкретных функциональных нагрузок на организм,
- конкретных этиологических агентов,
- индивидуальной комплементарности препаратов любого типа.

Последняя позиция означает индивидуализацию оздоровительно-профилактических и лечебных назначений препаратов на основе диагностики их комплементарности (индивидуального соответствия) организму индивида. К

этому следует добавить возможности аппаратной компенсации конкретных рисков, этиологических агентов и экологических нагрузок.

Технология индивидуального оздоровительно-профилактического консультирования на основе концепции нозологического риска и ФСД-диагностики с помощью КМСД включает комплексное и повторное консультирование.

В описании технологии комплексного оздоровительно-профилактического консультирования мы будем говорить о выявлении рисков, помня о том, что шкала нозологического риска включает диапазоны и латентных, и манифестных процессов. Иными словами, говоря о рисках, мы подразумеваем возможность диагностики не только актуальных рисков (процессов активного рискогенеза), но и латентных процессов патогенеза и манифестных процессов.

Комплексное консультирование включает следующие этапы:

1. Фиксация паспортных данных пациента.
2. Запись жалоб и анамнестических данных.
3. Сообщение пациенту правил проведения ФСД- диагностики.
4. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в органах желудочно-кишечного тракта. При обследовании пищевода, желудка и 12-перстной кишки, прежде всего, выявляют риски и признаки эзофагита, гастрита, дуоденита и язвенной болезни. При наличии риска язвенной болезни проверяют активность *Helicobacter pylori* в желудке и в 12-перстной кишке (при необходимости проводя аппаратную эрадикацию) и наличие дегенеративных процессов в околожелудочных нервных сплетениях. Разумеется, что и здесь и далее мы упоминаем самые основные диагностические позиции, которые составляют лишь часть диагностических возможностей КМСД. При обследовании гепатобилиарной системы выявляют риски холецистита, включая калькулёзный, гепатитов, цирроза и др. Выявление риска или латентной фазы, например,

гепатита С, позволяет провести профилактику (включая компенсацию вируса) и не допустить манифестации заболевания. Обследование поджелудочной железы позволяет выявить риски панкреатита и диабета. Обследование кишечника направлено на выявление рисков энтерита, аппендицита, колита, болезни Крона, дисбактериоза, геморроя и др.

5. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в сердечно-сосудистой системе. Выявляют риски и признаки артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, миокардита и эндокардита, инфаркта миокарда, нарушений мозгового кровообращения, анемии, гиперхолестеринемии, атеросклероза и др.

6. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в мочеполовой системе. Выявляют риски и признаки нефритов, нефроза, простатита, аднексита, мочекаменной болезни, гиперплазии предстательной железы, цистита, пиелита, различных дегенеративных процессов и др.

7. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в бронхо-лёгочной системе. Выявляют риски бронхита, пневмонии, обструктивной болезни, бронхиальной астмы, саркоидоза, плеврита, бронхоэктазов и др.

8. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в ЛОР-органах. Выявляют риски и признаки тонзиллита, хронического тонзиллита, отита, гайморита, фронтита и др.

9. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в нервной системе. Выявляют риски и признаки менинго-энцефалитов, нейропатий и энцефалопатий, рассеянного склероза, болезни Паркинсона, воспалительных и дегенеративных процессов в периферических нервах и различных нервных сплетениях и узлах.

10. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в костно-суставной системе. Выявляют риски и признаки артритов, включая воспаление межпозвонковых суставов, подагры, остеохондроза, остеопороза, артрозов, мышечной дистрофии, ревматоидных и подагрических полиартритов и др.

11. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в иммунной системе. Выявляют риски и признаки процессов напряжения и истощения иммунной системы и её отягощений (лимфатического, грибкового, вирусного и бактериального), причину и уровень поражения иммунной системы, комплементарные иммунопротекторы. Заметим, что комплементарные препараты выявляют и для всех других систем организма с целью профилактической или лечебной коррекции.

12. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в эндокринной системе. Выявляют риски и признаки воспалительных и дегенеративных процессов по основным железам внутренней секреции, включая эпифиз, гипофиз, щитовидную железу, надпочечники и половые железы, а также уровень тех или иных гормонов.

13. Диагностика психического статуса. Выявляют риски и процессы гиподепрессии, тревожности, напряжения вегетативной нервной системы и психической нагрузки. При необходимости проводят диагностику психосоматических проблем.

14. Диагностика онкологических рисков. Выявляют актуальные риски по конкретной онкологической патологии (по всем органам и тканям организма). Отметим, что онкологическая ФСД-диагностика эффективна только на ранних стадиях развития онкологических процессов.

15. Диагностика процессов рискогенеза и патогенеза в других системах организма. При необходимости проводят ФСД-диагностику органов зрения, зубо-челюстной системы, кожи, обмена веществ и других систем.

16. Диагностика экологических нагрузок. Данный этап включает оценки статуса питания и оценки уровня нагрузок, включая аллергенную, вирусную, грибковую, бактериальную и паразитарную. Характеристики статуса питания включают признаки неадекватности питания, склонности к пищевой аллергии, возможных передозировок регулярно употребляемых веществ, в том числе лекарств. Оценки уровней нагрузок осуществляют в порядковой шкале из четырёх уровней нагрузки (низкая, умеренная, выраженная, высокая).

При необходимости оценивают и другие нагрузки (электромагнитную, геопатогенную, токсическую).

17. Диагностика комплементарности продуктов питания. Определяют комплементарность конкретных растительных, молочных, рыбных, мясных, хлебобулочных и других продуктов питания. Комплементарные (требуемые организму) конкретные продукты питания рекомендуют пациенту включить в рацион.

18. Диагностика пищевых аллергенов. Выявляют аллергенные продукты питания, которые рекомендуют минимизировать в рационе пациента. Кроме этого, в соответствии с установленными ранее рисками и патологическими процессами дают рекомендации по исключению из рациона определённых продуктов (например, жаренных, копчёных, солёных продуктов, сладостей и др.).

19. Диагностика непищевых аллергенов. Выявляют непищевые аллергены (бытовые, растительные, производственные, пылевые и др.) и дают пациенту рекомендации по их избеганию или исключению контакта.

20. Формирование рекомендаций по режимам жизнедеятельности. На этом этапе формируют индивидуальные рекомендации по психоэмоциональному и физическому режимам. Эти рекомендации формируют с учётом всех данных комплексного обследования. Рекомендации по психоэмоциональному режиму касаются режима сна и психогигиенического режима.

21. Диагностика комплементарности оздоровительно-профилактических препаратов и формирование назначений. Оздоровительно-профилактические (а при необходимости и лечебные) назначения формируют на основе индивидуальной комплементарности (соответствия организму) препаратов. В соответствии с установленными рисками и патологическими процессами выбирают комплементарные препараты и формируют медикаментозные назначения, которые являются важной частью индивидуальной

оздоровительно-профилактической программы или лечебно-профилактической программы.

22. Формирование рекомендаций по дополнительным обследованиям и консультациям специалистов. Выявление в процессе СДД латентных патологических процессов нередко предполагает проведение дополнительных обследований (морфологических, лабораторных или функциональных) и консультаций специалистов. Соответственно такой необходимости, в консультативное заключение комплексного оздоровительно-профилактического консультирования записывают конкретные рекомендации.

23. Формирование рекомендации по срокам дальнейшего оздоровительно-профилактического консультирования. В заключении записывают (по согласованию с пациентом) даты повторного консультирования (как правило, через 1-4 недели) и следующего комплексного консультирования (как правило, через 3-6 месяцев).

Изложенное содержание 23 этапов комплексного консультирования даёт возможность предметно-содержательного сравнения технологии нозологического риска и технологии интегрального риска. Заметим, что результаты проводимых в рамках технологии интегрального риска функциональных и лабораторных исследований играют, в основном, мотивационную роль, мотивируя пациента на здоровый образ жизни.

Оздоровительно-профилактическое консультирование как вид медицинской помощи необходим практически всем, за редким исключением индивидов, которые обладают высоко гармоничным генотипом и высоко гармоничным нравственным ядром личности одновременно.

Этот вид медицинской помощи может дополняться предварительным скринингом рисков с помощью технологии ФСД-экспресс-диагностики или с помощью систем автоматической ФСД-диагностики рисков [28, 29].

На проведение комплексного оздоровительно-профилактического консультирования врач затрачивает до 2-х часов времени (в среднем по 4-5 минут на каждый из 23 этапов). Комплексное консультирование создаёт

достаточно полную диагностическую основу для составления и реализации индивидуальной оздоровительно-профилактической программы.

В большинстве случаев важной частью такой программы является повторное консультирование. Повторное консультирование преследует четыре основные цели.

Первая цель заключается в проведении углублённой диагностики причин рисков и латентных патологических процессов, выявленных при комплексном консультировании. Диагностика причин проводится с использованием методов диагностического тестирования, перекрёстного диагностического анализа и других технологических приёмов. Диагностика причин позволяет достаточно глубоко разобраться с особенностями организма пациента и спланировать долговременную индивидуальную оздоровительно-профилактическую программу. Соответственно выявленным причинам уточняют профилактические назначения.

Вторая цель заключается в проведении спектрально-динамической коррекции выявленных причин, включая микробиологические (вирусы, бактерии, грибки, микропаразиты и др.), экологические (аллергены, токсины и др.), физиологические (функциональные напряжения, дисбалансы и др.), патологические (воспалительные процессы, дегенеративные процессы) и некоторые другие классы причин.

Третьей целью повторного консультирования является разъяснительная, мотивационная и психокоррекционная работа с пациентом. Эта очень важная часть комплексной оздоровительно-профилактической программы не может быть в полной мере реализована в рамках первичного или периодического комплексного консультирования.

Четвёртая цель заключается в своевременной коррекции оздоровительно-профилактических назначений и рекомендаций.

Проведение нескольких повторных консультаций благодаря итерационным и послойным процедурам по всем четырём аспектам (целям) повторного консультирования позволяет добиваться высокой эффективности

индивидуальной оздоровительно-профилактической работы в целом. Повторное оздоровительно-профилактическое консультирование занимает, как правило, 40-60 минут времени.

В обозримом будущем технология оздоровительно-профилактического консультирования на основе ФСД-диагностики может обрести статус базовой технологии первичной медицинской помощи, включая амбулаторную, санаторную и даже неотложную медицинскую помощь.

Технологические усовершенствования и, прежде всего, создание систем автоматической ФСД-диагностики рисков, позволят сократить затраты времени врача и пациента на проведение комплексной оздоровительно-профилактической консультации. В случае организации консультирования по принципу главного риска время консультирования снижается ещё более. Поясним понятие главного риска на следующем примере. У пациента выявлены риски инфаркта миокарда и гастрита. Очевидно, что главным риском врач будет считать риск инфаркта миокарда и, соответственно, формировать рекомендации, оставляя рассмотрение риска гастрита на повторное консультирование.

Широкое применение оздоровительно-профилактического консультирования по нозологическим рискам естественным образом изменит отношение врачей и пациентов к не индивидуализированным по нозологическим рискам, то есть к относительно беспредметным рекомендациям по здоровому образу жизни. Оно повысит культуру контроля здоровья и само здоровье населения.

Далее раскроем понятие оздоровительного лечения. Понятие оздоровительного лечения в определенном смысле противопоставляется понятию нозологического лечения [30, 31]. Этот определенный смысл в том, что суть нозологического лечения заключается в подавлении конкретного патологического процесса, а суть оздоровительного лечения – в сочетании активации систем защиты здоровья организма, повышения общего ресурса здоровья и подавления патологического процесса. Такое противопоставление

становится излишним, когда достигается понимание абсолютной необходимости оздоровительной программы в процессе любого лечения. Этому пониманию способствуют данные о том, что даже отдельные (не комплексные) оздоровительные мероприятия способны давать до 80% вклада в конечный результат достижения положительных клинических исходов заболевания [32]. Этому пониманию способствуют также современные представления о структуре классов первичных этиологических факторов распространенных заболеваний.

Выделим классы первичных этиологических факторов:

- генетические,
- онтогенетические,
- психические.

Эти классы факторов в различных пропорциях присутствуют всегда. Иными словами, эти классы факторов можно рассматривать как обязательные этиологические компоненты рискогенеза и патогенеза распространенных заболеваний.

Из первичных этиологических факторов не подлежат коррекции генетические факторы и факторы прошедшего онтогенеза. Факторы будущего онтогенеза и психические факторы подлежат оздоровительной коррекции.

Перечислим классы вторичных этиологических факторов:

1. инфекционные,
2. инвазивные,
3. токсические,
4. аллергенные,
5. алиментарные,
6. мезенхимные,
7. нейро-трофические,
8. эндокринные,
9. иммунные,
10. метаболические,

11. режимные,
12. посттравматические.

Для различных заболеваний и их патогенетических форм существуют характерные сочетания вторичных этиологических факторов из нескольких классов. Все вторичные этиологические факторы подлежат оздоровительной коррекции на основе ФСД-диагностики с помощью КМСД.

Кроме первичных и вторичных этиологических факторов в оздоровительном лечении важно учитывать патогенетические факторы, то есть факторы, которые модулируют действие этиологических факторов, оказывая влияние на характер и темпы патогенеза. К патогенетическим факторам относятся функциональные дисбалансы в отдельных системах или между системами организма. Примерами могут служить дискинезии, дисбактериозы и другие дисфункции. Достаточно многообразны межсистемные дисбалансы.

Например, молодой человек занимается тяжелой атлетикой на фоне выраженного дисбактериоза. В результате нарушается межсистемный баланс по следующей причинно-следственной цепочке. Дисбактериоз вызывает брожение и сдвиг рН в кислую сторону. Это истощает резервы фосфатного буфера и, соответственно, активизирует Са-мобилизирующую функцию остеокластов, вызывая системный остеопороз. В итоге, в наиболее нагруженных суставах формируется артроз. При этом медикаментозное лечение бесполезно без оздоровительной коррекции функций ЖКТ.

В приведенном случае патогенетические связи достаточно очевидны. В большинстве случаев эти связи не столь прозрачны. Однако, при достаточной полноте диагностики грузов, дисбалансов и рисков, которую обеспечивает ФСД-диагностика, врачу вполне реально сформировать для пациента достаточно адекватную и результативную лечебно-оздоровительную или оздоровительно-профилактическую программу.

3.3. ВРАЧЕБНОЕ МЫШЛЕНИЕ

Знание предшествует пониманию, но не всегда им завершается. Для работы с ФСД-диагностикой врачу не требуется существенного повышения объема медицинских знаний, но требуется существенное повышение уровня их понимания, то есть повышение качества врачебного мышления.

За последние десятилетия все большее число врачей улучшает качество своего врачебного мышления. Это утверждение основано на моем опыте преподавания в системе последипломного образования. Повышение качества врачебного мышления имеет большое значение потому, что оно непосредственно определяет квалификацию врача и, соответственно, определяет качество медицинской помощи.

Качество мышления зависит от объема и качества актуального понятийного аппарата и от уровня развития системы понимания. Систему понимания предопределяет смысловое поле, то есть поле освоенных смыслов, которое принято называть дискурсом [33]. Понимание всякого конкретного смысла возникает в области соответствующего ситуации пересечения трех систем – знаний, понятий и ценностей. В любой профессиональной ситуации понимание связано с различением истинных и ложных (применимых и неприменимых, адекватных и неадекватных) знаний, понятий, ценностей и смыслов. Качество мышления на 10% определяется интеллектом (в смысле IQ) и на 90% оно определяется актуальной системой понимания. Чем сложнее системы рассматриваемых процессов, тем выше значимость системы их понимания. Врач работает с человеком, то есть с системами процессов очень высокой сложности. Именно поэтому так важно качество врачебного мышления.

Постепенное улучшение качества врачебного мышления обусловлено расширением системы понятий и гармонизацией системы представлений. Иными словами, оно связано с ознакомлением с медицинскими фактами, понятиями, закономерностями и технологиями, выходящими за рамки

программ базового медицинского образования, а также с признанием новых и древних взглядов, интерпретаций и объяснений. Далее мы перечислим основные смысловые моменты, с которыми связано улучшение качества врачебного мышления.

Момент 1. Понимание основ современной генетики и роли генетических факторов.

Что касается молекулярного наследования, то сегодня существует три генетики: моногенная, полигенная и системная. Моногенные модели Г. Менделя и его последователей применимы (с некоторыми оговорками и ограничениями) к моногенной патологии, главным этиологическим фактором которой является мутантный ген. Моногенных болезней очень много, но каждая из них является очень редкой и совокупная частота всей моногенной патологии в европейских популяциях не превышает нескольких процентов, а, например, в японских популяциях она много ниже и это связано с зависимостью величины мутационного груза от величины сегрегационного груза. Вероятность мутации сильно зависит от величины сегрегационного генетического груза, который разрушает гармоничность генотипа.

Гармоничность генотипа предопределяет вероятность заболеть полигенными болезнями, которые называют распространенными. Основы полигенной генетики были заложены трудами А.С. Серебровского, Д.С. Фальконера и др. [5, 34, 35].

Более глубокий научный подход к изучению болезней развивается в рамках системной генетики, основы которой были заложены в трудах В.А. Ратнера [36]. Системная генетика рассматривает не отдельные гены (как моногенная) и не наборы генов (как полигенная), а сложные системы генов и закономерности их формирования, устойчивости и взаимодействия в процессах онтогенеза. Устойчивые системы генов детерминируют этнические типы и конституции, как общие, так и частные. Частными принято называть конституции, предрасполагающие к конкретной болезни.

Важным направлением развития системной генетики является изучение волнового генома, инициированное трудами П.П. Гаряева [15]. Работы в этом направлении выявили роль вещественно-волновых взаимодействий и механизмов в регуляции генной активности. Развитие этого направления исследований весьма перспективно и может способствовать пониманию волнового механизма телегонии.

Правильное понимание закономерностей генетического наследования, связанных с системой брачного выбора (генетический фундамент здоровья), и закономерностей социального наследования, связанных с системой воспитания (духовно-нравственный фундамент здоровья), является источником осознания природы здоровья, предрасположенностей и подверженностей. Генетическая гармоничность индивида как следствие генетически гармоничных браков родителей и прародителей и психо-социальная гармоничность индивида как следствие гармоничного воспитания радикально повышают устойчивость к действию потенциально вредных факторов внешней среды и, как следствие, снижают риски заболеваний [4].

Момент 2. Понимание основ гомеопатии и природы миазмов.

При этом от врача не требуются профессиональные знания в области гомеопатической медицины, а только понимание ее основ. Гомеопатия основана на сочетании принципов подобия и потенцирования [37]. Принцип подобия гласит: «Подобное лечится подобным». При этом имеется в виду подобие симптоматики, то есть внешних проявлений (соматических и психических) некоторой болезни с одной стороны и действия некоторого вещественного препарата с другой стороны. Принцип потенцирования гласит: «Гомеопатическое лечение проводится потенцированным препаратом». Потенцированием называется многократное последовательное разведение исходного раствора вещественного препарата (например, каждый раз в 100 раз). Число разведений может достигь 1000 и уже на первом десятке разведений в гомеопатическом препарате в соответствии с числом Авогадро не остается ни

одной молекулы исходного вещества. Таким образом, действующим началом гомеопатических препаратов являются не молекулы вещества, а их волновые реплики (отпечатки) на структуре воды или гомеопатической крупки или иного подходящего носителя. Волновое излучение этих реплик (после приема гомеопатического препарата) вступает в волновые взаимодействия (резонансные или компенсаторные) с соответствующими компонентами волнового поля организма пациента и через вещественно-волновые взаимодействия оказывает влияние на соответствующие вещественные процессы, включая метаболические и другие функциональные процессы. И уже эти вещественно-волновые взаимодействия дают искомый терапевтический эффект.

Представления о миазмах, предложенные Ганеманом 200 лет назад, получили существенное развитие 100 лет назад [38]. Вместе с тем, возможность быстрой, простой и надежной диагностики миазмов появилась благодаря ФСД-диагностике. Эта диагностическая возможность сделала актуальным понимание природы миазмов для всех врачей.

В первом приближении миазм можно определить, как волновую структуру (в смысле устойчивого волнового процесса), которая формируется в волновой сфере пациента после присутствия в организме и последующего физического или химического уничтожения таких этиологических агентов как гонококк (возбудитель гонореи), бледная спирохета (возбудитель сифилиса), палочка Коха (возбудитель туберкулеза), чесоточный клещ (возбудитель чесотки) и других агентов.

Основными миазмами являются:

сикоз (от гонококка),

люес (от бледной спирохеты),

туберкулинум (от палочки Коха),

псора (от чесоточного клеща).

Активные миазмы являются мощными факторами дестабилизации здоровья. Миазмы способствуют проявлению болезней в молодом возрасте, их

атипичному развитию и более тяжелому течению. Миазмы могут быть сочетанными, то есть у индивида могут быть активны два и более миазмов. Избавиться от миазмов можно только с помощью методов волновой коррекции (гомеопатической, частотно-резонансной или спектрально-динамической).

Согласно приведенному выше определению, миазм можно приобрести в результате перенесенного (и аллопатически пролеченного) заболевания. Кроме того, миазмы передаются от мужчине к женщине по механизму телегонии и от женщины к ее детям по механизму волнового наследования. Например, молодой человек заразился гонореей, и его пролечили антибиотиками, подавили инфекционный процесс и оставили нетронутым сикотический миазм. Потом молодой человек женился и передал миазм супруге. Через 2-3 года ее здоровье заметно ухудшается без видимых причин. Она рождает детей, передает им миазм. И в ряде случаев уже в школьном возрасте ребенок,отягощенный этим миазмом, начинает болеть, да так, что врачи не могут понять, что происходит. При этом у супругов миазм, разумеется, сохраняется. Кроме представлений о миазмах важны также и связанные с ними представления о гомеопатических конституциях [39, 40].

Момент 3. Понимание основ изопатии и гомотоксикологии.

Изопатическая медицина основана на сочетании принципов идентичности и потенцирования. Принцип идентичности гласит: «Идентичное лечится идентичным». При этом имеется в виду идентичность волновой сути (волнового образа) болезни и волновой сути (волнового образа) изопатического препарата. Например, Гиппократ лечил неукротимую рвоту потенцированным препаратом рвотных масс пациента. Технология потенцирования препаратов в изопатии аналогична таковой в гомеопатии.

Поскольку изопатическое лечение использует потенцированные препараты, действие которых осуществляется через волновую сферу организма, то «некоторая волновая суть» и болезни и ее материальных проявлений

(чешуйки кожи, пот, слезы, мокрота и другие физиологические и патологические выделения) должна принадлежать волновой сфере организма.

В 1902 году монография доктора Д. Колле ознаменовала начало современного этапа развития изопатии, а полвека спустя в 1949 году Г.Г. Реккевег разработал концептуальные основы гомотоксикологии. Существует интерпретация понятия «гомотоксинов» как человеческих токсинов, а также как противопоставление гетеротоксинам. Вместе с тем не исключено, что автор имел в виду гомологию токсинов разной природы – физических и химических, биологических и психических, эндотоксинов и экзотоксинов. Такая гомологичность не только возможна, но и вполне закономерна на уровне гомоморфизмов соответствующих волновых структур, а точнее – структур волновых процессов. То есть на том уровне, на котором реализуется первичное действие потенцированных препаратов.

Болезнь в гомотоксикологии рассматривается как защитная реакция организма, а симптомы заболевания как проявление этих защитных реакций [41]. Болезни в их привычном нозологическом смысле гомотоксикология классифицирует по принадлежности к фазам гомотоксикологического процесса. Шесть фаз гомотоксикоза закономерно сменяют друг друга и, в случае гармоничного генотипа и разумного образа жизни индивида, могут растянуться на достаточно долгую жизнь. В гомотоксикологии конкретный нозологический риск зависит от фазы гомотоксикоза, а фаза от суммарной гомотоксической нагрузки, то есть от суммы всех грузов – генетического, экологического, поведенческого, эмоционального, культурного, полевого и биополевого. Ясно, что значимость каждого из семи видов груза для рискогенеза различна для разных людей и типов патологии. Поэтому развитие гомотоксикоза (прогрессивная викариация) может быть быстрым и достигать шестой фазы практически в любом возрасте.

Логика антигомотоксической терапии более всего соответствует логике оздоровительно-профилактической медицины, включая компоненты гигиены, детоксикации, активации клеточных и органных функций и поддержку

защитных систем организма. Регрессивная викариация (обратное развитие гомотоксического процесса под влиянием врачебной коррекции) в гомотоксикологии является по сути восстановлением общего ресурса здоровья в результате грамотного (в том числе и в смысле гомотоксикологии) оздоровительного лечения и общего оздоровления пациента. И не случайно антигомтоксическая терапия предъявляет жесткие требования к структуре питания пациента.

Как уже упоминалось в первом разделе, аюрведическая традиция выделяет эндотоксическую стадию патогенеза заболеваний, то есть древняя аюрведа по смыслу одной из основных стадий патогенеза перекликается с современной гомотоксикологией.

Момент 4. Понимание основ натуропатии и принципа интегральной коррекции.

Натуропатическая медицина основана на сочетании принципов натуральности лечебно-профилактических средств и системной целостности организма [42]. Сегодня натуропатические препараты представлены, в основном, биологически активными добавками к пище. Их применение подчиняется принципу аллопатии: «Противоположное лечится противоположным». Вместе с тем, в отличие от аллопатии, натуропатия не использует синтетические препараты, а главное, последовательно применяет принцип системной цельности организма и принцип восполнения дефицитов эссенциальных нутриентов. Совокупность этих принципов приводит не только к тому, что натуропатия использует как средства метаболического действия (в основном растительного происхождения), так и средства волнового действия, но и к тому, что она в итоге использует принцип интегральной коррекции. Натуропатия стала базисом развития интегральной медицины [43]. Именно поэтому представители изопатии склонны относить свою деятельность к области натуропатии.

Принцип интегральной коррекции заключается в параллельном использовании для целей оздоровительно-профилактической или лечебно-профилактической коррекции метаболической, функциональной, психической и волновой сфер организма. К основным видам коррекции относится оздоровление, включая оздоровительное лечение, профилактика, включая профилактическое лечение, и собственно лечение. Интегральная коррекция использует все типы методов и средств, в том числе натуропатические, волновые (гомеопатические, изопатические, частотно-резонансные и спектрально-динамические методы), пунктурные, психотерапевтические и аллопатические.

Исторически сложилось так, что натуропатия явилась центром притяжения целого ряда и старых, и новых медицинских идей и технологий и, благодаря этому, стала центром кристаллизации интегральной медицины [44]. Формирование интегральной медицины, прежде всего, означает формирование интегрального врачебного мышления. Разумеется, что процесс становления интегрального врачебного мышления сопряжен с выходом за пределы узко специального мышления, например, узко гомеопатического или узко аллопатического.

Момент 5. Понимание основ восточной медицины и функции меридианов.

Медицинская феноменология Востока (Китая, Индии, Тибета) постепенно расширяет свое влияние на западных врачей. Этому способствуют технологии электропунктурной (Фолля и Накатани) и волновой (частотно-резонансной и спектрально-динамической) диагностики.

Из глубин молекулярной биологии древние медицинские теории выглядят наивными, а с высоты современной теории динамических систем они выглядят интересными. Конечно, феноменологические теории восточной медицины (например, теория У-син) пока не имеют строгих научных интерпретаций, но это не означает, что они априори исключены. И, разумеется,

врачей привлекает не красота древних теорий, а медицинские результаты их применения. Применение древних теорий в сочетании с современной аппаратурой обеспечивает хорошие и часто очень хорошие результаты. Сегодня это могут подтвердить многие врачи.

Некоторые врачи считают, что меридиан это понятие «географическое», что это воображаемая линия. Вместе с тем, существуют данные о методах импрегнации и препарирования меридианов, а также данные об избирательном распространении по меридиану изотопа технеция и лучей света [45]. Эти данные свидетельствуют о морфологической реальности меридианов. Впрочем, для нас вполне достаточно общепризнанной функциональной реальности меридианов.

Понимание функции системы меридианов предполагает научную экспликацию основных понятий восточной медицины в терминах современных научных представлений. Распутать весь клубок древних понятий дело не быстрое и начинать нужно с ключевых понятий. Одним из них является понятие главных органов (теория Джан-Фу). В соответствии с этой теорией к категории главных органов принадлежат пять плотных органов Джан (сердце, легкие, селезенка, почки, печень) - это органы накопления (энергии) и пять полых органов Фу (желудок, толстая кишка, тонкая кишка, желчный пузырь, мочевого пузырь) - это рабочие органы.

Понятие главного органа в восточной медицине по смыслу радикально отличается от понятия органа в западной медицине, где это морфологическая структура (то, что можно удалить). Главный орган в восточной медицине это не только и не столько трехмерная морфологическая реальность (самого органа, соответствующей ему пары меридианов и др.), сколько многомерная функциональная реальность. В соответствии с этим смыслом и для краткости будем называть «главный орган» гиперорганом. Термин гиперорган отражает существование функционального гиперпространства. В соответствии с этим, кроме 10 упомянутых гиперорганов существуют 2 «виртуальных» гипероргана: «перикард», относящийся к системе Джан, и «три обогревателя», относящийся

к системе Фу, а также 2 гипероргана непарных меридианов – переднесрединного и заднесрединного, не входящих в 12 основных. Кроме 14 постоянных гиперорганов, в критических ситуациях могут формироваться временные, которые называют чудесными.

Каждый гиперорган представляет собой гиперконтур управления функциями органов, с которыми он связан. Вся система гиперорганов вместе с системой чакр образуют третий основной уровень регуляции функций организма после гуморального уровня регуляции и нервного уровня регуляции функций.

Следующим из ключевых является понятие энергии Чи, которая циркулирует в системе меридианов, а точнее, в системе гиперорганов в 24-х часовом цикле. Пока в понимании врача Чи остается абстрактной энергией, невозможно двигаться вперед ни в теории, ни в эксперименте, ни в практике. Нужна гипотеза, которую можно проверять и логически, и экспериментально. Мы предлагаем гипотезу управляющих волновых процессов (УВП). В системе гиперорганов эти процессы выполняют две функции – информационную и энергетическую. С определенных системных позиций можно говорить о двуединой функции УВП – информационно-энергетической. В этом контексте меридианы служат волноводами для УВП. То есть, система меридианов как четвертая проводниковая система (после кровеносной, лимфатической и нервной) обеспечивает пространственно-временную организацию определенного класса УВП в организме. Понимание высокой сложности волновых процессов является принципиально важным. Прежде всего, эту сложность следует понимать в спектрально-динамическом аспекте как сложность распределения по частотному спектру волновых колебаний их фазовых характеристик, направления вращения и скорости вращения фазовых плоскостей.

Момент 6. Знание основ профилактики и понимание роли оздоровительных технологий.

В последнее десятилетие специалисты осознали приоритетность индивидуальной профилактики [24]. Это, разумеется, не умаляет необходимости популяционных и групповых форм профилактической работы, а просто отдает должное конечной эффективности технологий индивидуального и семейного оздоровительно-профилактического консультирования.

Освоение смыслового поля оздоровительно-профилактической медицины и формирование гармоничного врачебного мышления происходит в процессе переосознания ценностей конкурирующих медицинских парадигм:

- популяционной и семейно-индивидуальной,
- монофакторной и многофакторной,
- этиологической и балансовой,
- механистической и холистической.

Можно утверждать, что все большее число врачей склоняются и переходят к семейно-индивидуальному, многофакторному, балансовому и холистическому медицинскому мышлению. Отметим, что формированию системного врачебного мышления способствует практическая технология ФСД-диагностики с помощью КМСД. Эта технология позволяет комплексно использовать знание и понимание основ генетики, гомеопатии, изопатии, натуропатии, восточной и оздоровительно-профилактической медицины в процессах диагностики здоровья и болезней и врачебного консультирования с оздоровительно-профилактическими и лечебными целями.

Момент 7. Понимание принципа доказательности в медицине.

Каждый врач заинтересован в принятии наилучших профессиональных решений. Принятие медицинских решений, то есть собственно врачебная деятельность, является одной из самых сложных областей человеческой деятельности. Это обусловлено сложностью условий деятельности врача, главным из которых является дефицит информации об индивидуальных особенностях организма, личности, онтогенеза и среды пациента.

Качество принимаемых медицинских решений зависит от квалификации врача и доступных ему диагностических возможностей. Квалификация врача включает:

- 1) качество базовых знаний (анатомия, физиология и т.д.),
- 2) качество этиологических знаний,
- 3) качество патогенетических представлений,
- 4) качество терапевтических знаний,
- 5) качество системы понимания всех имеющихся знаний и представлений.

Базовые знания это самое простое. Этиологические знания сложнее, ибо они не ограничиваются отношениями с организмом человека и между собой множества микробиологических агентов (вирусы, бактерии, грибки и т.д.) и множества волновых агентов и факторов (миазмы, геопатогенные поля, электросмог и др.), а предполагают системное рассмотрение во взаимодействии с организмом как этих, так и других множеств агентов и факторов (физических, химических, режимных и др.).

Система патогенетических представлений еще сложнее. Главная причина этого в системной цельности организма и в том, что патогенез это, как правило, неотъемлемая часть онтогенеза. А это требует учета индивидуальных особенностей онтогенеза, в том числе и психического онтогенеза.

Качество терапевтических (профилактических, лечебных, реабилитационных) знаний определяется представлениями не только о конкретных лекарствах и особенностях их применения, но также о стратегии (подходах) и тактике (схемах, алгоритмах) терапевтической и другой коррекционной практики.

Система понимания это самое сложное. Можно быть кладезем всяческих знаний и при этом мало что понимать. Можно не быть энциклопедистом и обладать высококачественной системой понимания, от которой в конечном итоге зависит качество принимаемых врачебных решений.

Врачебная квалификация, которая складывается из пяти перечисленных выше составляющих, является одной из двух основ качества медицинской помощи.

Второй основой является диагностика, точнее те диагностические возможности, которыми врач реально располагает. Чем больше у врача диагностической информации о пациенте, тем полнее он реализует свою квалификацию и тем выше качество медицинской помощи, которую он оказывает пациенту.

Итак, качество медицинской помощи пациенту определяют квалификация врача и объем доступной ему диагностической информации. Это в равной мере относится к оздоровительной, профилактической, лечебной и восстановительной (реабилитационной) медицинской помощи.

Высокое качество медицинской помощи пациенту имеет место тогда, когда имеет место наилучшее врачебное решение. Наилучшее врачебное решение имеет место тогда, когда на основе пяти основных компонент своей квалификации и достаточно полной диагностической информации о пациенте врач доказал себе правильность принимаемых медицинских решений.

Это и есть доказательная медицина.

Медицинские решения относятся к конкретному пациенту. Медицина – это практика работы с конкретным пациентом. Доказательная медицина – это доказательства правильности медицинского решения непосредственно для конкретного пациента. А любые медицинские статистические исследования – это медицинская наука.

Развитие доказательной медицины предполагает новые усилия по повышению квалификации врачей и по расширению диагностической базы. Необходимо улучшать систему базового медицинского образования, систему повышения квалификации, систему медицинских исследований и систему медицинской информации. Необходимо развивать и применять новые методы диагностики.

Теперь о том, что сегодня в медицинской литературе принято называть доказательной медициной [46]. Очевидно, что правильнее это называть

доказательной клинической фармакологией, и еще правильнее – статистической клинической фармакологией.

Статистические обоснования эффективности применения конкретных лекарств в определенных клинических ситуациях являются неотъемлемой частью медицинских испытаний лекарственных препаратов как разрешительной процедуры. Статистические исследования действия разрешенных лекарств нужны для более глубокого понимания различных аспектов их действия. Эти исследования вносят свой вклад в четвертую компоненту квалификации врача (качество терапевтических знаний). Вместе с тем, не следует забывать, что статистическая клиническая фармакология обслуживает не только интересы врачей, но также интересы фармацевтических компаний. Возникающие в связи с этим ситуации уже обсуждаются в медицинской и публицистической литературе.

Важно отметить, что статистическая фармакология в принципе не может решить проблему безопасности лекарств, которая существенно связана с особенностью индивидуальной реакции на лекарство, индивидуальной чувствительности к нему, индивидуальной способностью его метаболизировать и т.д. Кроме проблемы безопасности, важной является и проблема индивидуальной эффективности лекарств. Хорошо известно, что частота развития неблагоприятных побочных реакций на лекарства составляет до 30%. А как часто лекарства оказываются индивидуально неэффективными? Это установить довольно сложно. Добавим, что существуют и скрытые (непроявленные) реакции и что в амбулаторных условиях контроль безопасности и эффективности лекарств более затруднен. Проблема индивидуальной безопасности и эффективности лекарств не может быть решена в рамках статистической клинической фармакологии.

Врачи хорошо понимают, что даже высоко достоверное статистическое обоснование не является доказательством применительно к конкретному пациенту. Врач работает с конкретным пациентом, а не с выборкой. М.В. Ломоносов, который в 1739 году окончил Марбургский университет

кандидатом медицины, писал: «Лекарства действуют не только по одному состоянию своих собственных сил, но купно и по свойствам того тела, которое их принимает».

В работе врача два парадокса:

1. Индивидуальная диагностика на основе популяционной нормы признака.
2. Индивидуальное назначение препаратов на основе статистических оценок их эффективности.

Вторая позиция хуже первой потому, что врачу пока недоступны средства индивидуальной оценки соотношения пользы и вреда приема данного препарата для конкретного пациента. Заметим, что оба эти парадокса нейтрализует технология ФСД-диагностики.

Таким образом, статистические оценки действия лекарств необходимы для испытаний и исследований. Но они мало значимы для индивидуальных назначений.

Несколько слов о кумулятивном метаанализе, который лежит в основе системных обзоров в области статистической фармакологии (которую называют доказательной медициной). В метаанализе используют статистические обобщения (взвешенные средние или разности) статистических результатов исследований нескольких клинических центров. Те врачи-исследователи, которые самостоятельно работают в области статистического анализа данных, знают, что такое обобщение относится к косвенным измерениям, погрешности которых не меньше погрешностей прямых статистических измерений на исходных выборочных данных. Отсюда ясно, что результаты метаанализа имеют удвоенные погрешности и в этом случае лучше посмотреть результаты самих клинических центров и оценить их совокупность интуитивно.

Выше мы отмечали, что врачу пока недоступна оценка соотношения пользы и вреда приема данного препарата для конкретного пациента. Это означает, что врачам пока недоступны средства диагностики индивидуальной

комплементарности препаратов. Комплементарность это строго индивидуальное соответствие препарата состоянию организма пациента.

Комплементарность любых препаратов и продуктов позволяет устанавливать и оценивать ФСД-диагностика с помощью КМСД.

ФСД-диагностика позволяет врачу эффективно использовать на благо конкретного пациента свою квалификацию, включая системы базовых, этиологических, патогенетических и терапевтических знаний, а также систему понимания. ФСД-диагностика повышает системное (комплексное) качество, а следовательно и доказательность диагностики, и, благодаря возможности оценки комплементарности препаратов, впервые дает простой способ достижения индивидуальной доказательности назначений.

Комплементарность препарата означает индивидуальную эффективность при отсутствии вредного побочного действия. Некомплементарность препарата означает низкую индивидуальную эффективность препарата (продукта) и/или его потенциальную токсичность для конкретного пациента.

На основании изложенного можно утверждать, что доказательная медицина складывается из следующих основных четырех аспектов доказательности в медицинской деятельности:

1. Индивидуальной доказательности диагностических исследований пациента.
2. Индивидуальной доказательности комплементарности назначаемых пациенту лечебно-профилактических средств.
3. Содержательной доказательности фундаментальных и прикладных медицинских исследований.
4. Статистической доказательности медицинских испытаний и клинических исследований лечебно-профилактических средств

Медицина должна быть доказательна во всех четырех аспектах доказательности. Обозначение лишь одного из четырех аспектов в качестве доказательной медицины как минимум некорректно. Заметим, что для пациента более важны первый и второй аспекты доказательности. Именно эти аспекты

доказательности, то есть индивидуальная доказательность диагностики и комплементарности средств лечения непосредственно определяют качество медицинской помощи.

Таким образом, рандомизированные выборочные клинико-статистические исследования с различного типа контролями, кумулятивный метаанализ и системные обзоры это средства развития доказательности медицинской науки. Реальное средство развития собственно доказательной медицины, как практики работы с конкретными пациентами, это ФСД-диагностика, включая диагностику комплементарности лекарств.

Диагностика индивидуальной комплементарности лекарств радикально решает проблему их индивидуальной безопасности, то есть проблему исключения неблагоприятных побочных реакций на лекарства. Разумеется при условии использования грамотных дозировок и схем приема.

Очень важно понимать, что доказательной должна быть вся медицина, а не только лечебная. Не менее, а может быть и более важно иметь доказательную оздоровительно-профилактическую медицину. ФСД-диагностика впервые предоставляет возможность внедрять и развивать доказательную оздоровительно-профилактическую медицину.

В итоге ФСД-диагностика впервые обеспечивает в полном объеме индивидуальную доказательность не только лечебной, но и оздоровительно-профилактической деятельности врача. Разумеется, что это не убавляет требований, предъявляемых к уровню квалификации врача, а даже их прибавляет в аспектах, специфичных для оздоровительно-профилактической медицины. Оздоровительно-профилактическое консультирование на основе ФСД-диагностики требует от врача дополнительных знаний, выходящих за привычные рамки парадигмы лечебной медицины.

Таким образом, понятие «доказательная медицина» охватывает по четыре аспекта в трех областях медицины (оздоровительно-профилактической, лечебной и восстановительной).

Как отмечалось выше, доказательность может быть содержательной (логической), индивидуальной и статистической. Для врачебной практики важны индивидуальная доказательность и логика врачебного мышления.

Момент 8. Понимание логики интегрального врачебного мышления.

Под интегральной медициной мы понимаем способ врачебного мышления, который включает три измерения интеграции медицинских знаний.

Первое измерение это интеграция знаний основных методических направлений врачебной науки и практики:

-- натуропатического (применение натуральных препаратов, в том числе биологически активных добавок),

-- физиопатического (изопатические, гомеопатические, идеопатические, в том числе идеомоторные методы),

-- восточного (традиционная китайская, индийская и тибетская медицина),

-- аллопатического (западное направление).

Второе измерение это интеграция знаний оздоровительного, профилактического и лечебного разделов медицины.

Третье измерение это интеграция знаний об основных причинных уровнях детерминации патологии, включая:

1. Генетический,
2. Ментальный,
3. Эмоциональный (психический),
4. Биоволновой,
5. Морфологический,
6. Функциональный.

Исторически интегральное врачебное мышление было более характерно для донаучного этапа развития медицины. Научный этап развития медицины в силу аналитико-измерительной и вещественной доминант молодой науки на несколько столетий притормозил развитие интегрального врачебного

мышления. И только к началу текущего века сложились условия для нового витка развития интегральной медицины.

На современном этапе основоположником русской школы интегральной медицины является профессор Иванченко В.А., труды которого дают мощный импульс для развития интегральной медицины [47].

До того времени, когда интегральная медицина станет общепризнанным достоянием научной медицины и широкого круга практических врачей, необходимо пройти путь осознания и освоения ее базисов – теоретического, методического и технологического.

В ряду основных медицинских направлений (натуропатического, физиопатического, аллопатического и восточного) относительно новым является понятие физиопатии.

К физиопатии относятся все средства физической коррекции волновой сферы организма на основе высоко специфичных волновых полей независимо от типа носителя поля и способа его генерации. Так, для изопатических и гомеопатических препаратов классическим способом генерации высоко специфичного волнового поля является процедура потенцирования (разведения) вещественного препарата до тех степеней разведения, при которых препарат уже не содержит ни одной молекулы вещества препарата и в «растворе» остаются только полевые фантомы (полевые реплики), зафиксированные в спиновых композициях надмолекулярных структур воды. К неклассическим способам относятся способы генерации волновых полей с помощью электроники с использованием промежуточных информационных носителей, в том числе компьютерных, как это делается в частотно-резонансной и спектрально-динамической технологиях.

Идеопатические препараты готовят, используя волновые поля умственной деятельности человека. Идеопатические методы и средства, использующие волновые поля разумной деятельности, не следует путать с идиопатическими состояниями человека, связанными с неустановленной причиной состояния.

Физиопатические методы и средства отличаются от физиотерапевтических следующие особенности:

- очень высокая специфичность волнового действия вследствие высокой сложности волновых сигналов;
- очень низкая энергия волнового действия (излучаемая мощность порядка 10 нановатт и менее), когда речь идет не о воздействии на ткани достаточно мощного волнового поля (милливатты и более), а фактически о действии на организм волновых сигналов.

Эти особенности создают впечатление наличия информационного компонента физиопатического действия, хотя более адекватно, по-видимому, говорить не о привнесении информации, а об изменении волновой матрицы вещественно-волновых процессов.

При всех принципиальных различиях физиотерапии и физиопатии, последняя также относится к физической медицине, основанной на законах физики, а не на законах химии, как медицина аллопатическая.

Натуропатические средства имеют, по-видимому, два компонента позитивного действия, включая химический и физиопатический.

В ряду основных разделов медицины (оздоровительного, профилактического и лечебного) особое место занимает оздоровительная медицина. Это место особое потому, что оздоровительная медицина в потенциале обладает максимальной эффективностью. Медицинское оздоровление это медицинское вмешательство, направленное на повышение физиологических ресурсов систем защиты здоровья индивида, или на улучшение балансов в системах организма и между ними.

Иерархический ряд уровней организации, на которых формируются причины патологии, в простейшем виде приведен выше (третье измерение интеграции знаний в медицине). Эта иерархия справедлива только для индивидуального здоровья. Для здоровья рода и народа на первой позиции находится ментальный (духовный) уровень, а на второй позиции находится

генетический уровень. При этом здоровье индивида опосредовано здоровьем рода.

Для индивида основным источником патологии являются дисгении, то есть дисгармоничные сочетания генов, возникающих вследствие процессов расщепления гетерозисных генотипов, которые образуются, как правило, после межэтнического брака у предков.

Вторым по значимости источником (связанным с первым и усиливающим первый) являются дисгармоничности духовно-нравственной сферы, то есть ментальные дисгармоничности или, кратко, дисментальности. Значение этого источника патологии хорошо понимали в древности, о чем свидетельствуют Ведические тексты – славянские, индусские и другие. Достаточно вспомнить рассуждение Лао Цзы о ста болезнях и ста лекарствах [48]. О том же свидетельствует и понятие смертных грехов. Следует заметить, что любой грех это преступление против природы, природы человека и природы в целом, как того, что при Роде. Поэтому грех автоматически (в силу биологических законов) наказуем болезнями, своими и своих потомков. Заметим, что дисгении индивида коррекции не подлежат, а дисментальности можно и нужно устранять.

Третьим источником патологии являются дисгармоничности психической деятельности, прежде всего эмоциональной, или, просто диспсихии. Вполне понятно, что диспсихии связаны с дисгениями и существенно зависят от дисментальностей через механизмы функционирования систем рефлексивной психической защиты здоровья. Диспсихии включают в себя диапазон состояний от легкой акцентуации до тяжелой психопатии.

Четвертый источник патологии это дисгармоничные состояния волновой сферы организма. Поскольку волновые поля всех уровней в организме интегрируются на уровне так называемого эфирного двойника, то все биоволновые дисгармоничности отражаются на состоянии эфирного поля и эти биоволновые дисгармоничности можно обозначить как дисэфирии. Визуально дисэфирии выявляют методом электрографии (газоразрядной визуализации).

Существуют как внутренние, так и внешние причины дисэфирий. Внутренними причинами чаще всего являются дисментальности и диспсихии, а, точнее, их вербальные и эмоциональные проявления, поля которых проецируются на эфирный уровень. Внешними причинами могут быть различные поля (например, геопатогенные), волновые нагрузки (например, электросмог), негативные биоволновые воздействия (например, сглаз).

Дисэфирии фактически опосредуют все типы патогенных и саногенных влияний:

- сверху вниз (влияние ментального и эмоционального на соматическое),
- снизу вверх (влияние соматического на эмоциональное и ментальное),
- снаружи внутрь (влияние внешних полей на организм),
- изнутри наружу (влияние полей организма на внешние объекты и субъекты).

Дисэфирии отображают все дисфункции – от функционального напряжения до проявленной патологии.

Пятым источником патологии являются дисморфии, то есть малые аномалии развития (стигмы), которые считаются вариантами нормы. Они обнаруживаются как визуально, так и на тканевом уровне (например, дисплазии соединительной ткани, с которыми ассоциирована артериальная гипертензия). Во врачебной практике используют более 150 визуально выявляемых стигм. Стигмы являются индикаторами сегрегационного генетического груза (дисгений). Современной нормой считают 5-7 стигм на индивида. Не только в случае артериальной гипертензии, но практически всегда дисморфии обуславливают дисфункции, которые во взаимодействии с другими причинами приводят к патологии. Именно поэтому наиболее конструктивно определение здоровья как результата гармоничного онтогенеза. А для гармоничного онтогенеза необходимо иметь минимум дисгений для успешного эмбрионального развития и минимум дисментальностей для успешного постнатального развития.

Шестым источником патологии являются дисфункции, которые формируются под воздействием причин предыдущих уровней. Дисфункции это непосредственный источник соматической и психической патологии.

Как уже отмечалось, большой вклад в развитие интегральной медицины вносят труды проф. В.А. Иванченко. Ему удалось существенно обобщить накопленный в этой области опыт. Вместе с тем, этот опыт нуждается в дальнейшей концептуализации и последующей алгоритмизации. Для того чтобы успешно решать эти задачи, необходим единый технологический базис. Сегодня на роль такого базиса претендует ФСД-диагностика.

Развитие теории, методов и технологических средств интегральной медицины представляет собой новое масштабное направление в научной и практической медицине. Это развитие сохраняет существующую структуру медицинской деятельности. Иными словами, речь идет не о том, чтобы все врачи стали специалистами по интегральной медицине, а о том, чтобы врачам различных специальностей стали доступны ее методы и средства, способные повысить качество оздоровительной, профилактической и лечебной медицинской помощи.

3.4. ЭТАПЫ КОНТРОЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Принцип этапности оказания медицинской помощи является классическим и фундаментальным принципом организации здравоохранения со времен Н.И. Пирогова. Конечная эффективность системы здравоохранения зависит от организационного наличия всех этапов без исключения, их технологического наполнения и качества медицинской помощи на каждом этапе.

Медицинской помощью является информационное или манипуляционное прямое или опосредованное (телекоммуникацией, аппаратурой, роботом) взаимодействие врача (фельдшера, медицинской сестры) и конкретного пациента, направленное на решение конкретной медицинской задачи [49]. Все,

что не входит в это определение является медицинской услугой (больничная койка, лабораторный анализ, больничное питание, диспетчеризация и др.).

Качество медицинской помощи на каждом этапе определяется квалификацией врача, а также уровнем доступной диагностической базы и медико-технологического оборудования.

Медицинская помощь не ограничена рамками лечебной медицины, где ее основные задачи составляют диагностическая, лечебная и реабилитационная помощь. Не менее важна оздоровительно-профилактическая медицинская помощь, в которую входят задачи диагностики различных рисков и латентных процессов, оздоровительной помощи и профилактической помощи.

Этапом медицинской помощи мы называем класс задач или вид медицинской помощи, занимающий свое этапное место в этиопатогенетической последовательности фаз детерминации заболеваний. Каждый этап включает в себя в качестве основных и обязательных подэтапы диагностики и коррекции (оздоровительной, профилактической, лечебной или реабилитационной), которые в свою очередь имеют свои подэтапы в соответствии со спецификой двух первых уровней.

Логически существуют и применяются (в той или иной мере) в мировой медицинской практике следующие двенадцать этапов медицинской помощи.

Этап 1. Добрачный.

Включает диагностику генетических рисков заболеваний будущих детей и добрачное консультирование будущих родителей.

На добрачном этапе решают задачу минимизации генетических рисков заключения брака для будущего потомства. Именно на этом этапе медико-генетическое консультирование наиболее эффективно.

Диагностика и консультирование на добрачном этапе традиционно касаются, как правило, моногенных рисков, связанных с мутационным генетическим грузом потенциальных родителей.

Вместе с тем, на этом этапе более важно осуществлять диагностику полигенных рисков, которые связаны с сегрегационным генетическим грузом, а также проводить консультирование относительного риска возрастания сегрегационного генетического груза у потомства в случае заключения предполагаемого брака. В частности, добрачное консультирование по полигенным рискам способно существенно сократить частоту хромосомной патологии, болезней системы кровообращения и других распространенных полигенных (многофакторных) заболеваний у будущего потомства.

Этап 2. Прегравидарный.

Включает диагностику онтогенетических рисков и прегравидарную профилактику.

На прегравидарном этапе решают задачи диагностики и минимизации онтогенетических рисков, а также задачи подготовки семьи к зачатию и беременности. В силу не информированности населения о важности добрачного консультирования, прегравидарную профилактику начинают, как правило, с медико-генетического консультирования. Не считая медико-генетического консультирования, к основным мероприятиям этого этапа относятся диагностика и профилактика гиповитаминозов, гормональных дисбалансов, актуальных инфекций, инвазий, интоксикаций и других, неблагоприятных для предстоящей беременности факторов, а также профилактику возможных осложнений будущей беременности.

С наилучшим соотношением эффективность/стоимость задачи прегравидарной диагностики и профилактики позволяет решать технология ФСД-диагностики на основе КМСД.

Этап 3. Антенатальный.

На антенатальном этапе проводят диагностику рисков периода беременности и реализуют соответствующие профилактические программы

(первый подэтап), а также проводят пренатальную диагностику и профилактику патологии плода (второй подэтап).

Сегодня более развит второй подэтап (пренатальной диагностики), на котором применяют инвазивные методы (амниоцентез, кордоцентез, биопсия хориона) и активные (с воздействием на организм) неинвазивные методы, в том числе ультразвуковые исследования, включая морфологические исследования плода, оболочек и плаценты и доплерометрические исследования гемодинамики в системе мать – плацента - плод, а также пассивные (без воздействия на организм) неинвазивные методы, включая электрокардиографию и фонокардиографию плода.

Современные возможности пренатальной диагностики позволяют выявлять моногенную и хромосомную патологию, морфологические аномалии развития плода, его функциональное состояние, внутриутробные инфекции и биофизический профиль плода.

Пренатальную профилактику часто отождествляют с избирательным прерыванием беременности по поводу выявления той или иной генетической или онтогенетической патологии. Вместе с тем задачи пренатальной профилактики намного шире. Хорошо известны методы пренатальной витаминпрофилактики (например, препаратами фолиевой кислоты) и методы пренатальной гомеопатической профилактики. В задачи пренатальной профилактики входят также медицинское оздоровление беременных и профилактика осложнений беременности (в частности, гестоза) и в решении этих задач несомненную помощь может оказать ФСД-диагностика, включая выбор комплементарных диетических, натуропатических и аллопатических средств.

Этап 4. Оздоровительный.

Оздоровительный этап включает оказание медицинской (индивидуальной) оздоровительной помощи детям, взрослым и старикам, как здоровым, так и больным. В основе оздоровительной медицинской помощи

лежит диагностика системных рисков. Индивидуальные системные риски – это риски снижения ресурсов здоровья, которые связаны с функциональным дисбалансом, напряжением или истощением конкретных систем организма (иммунной, эндозоологической, эндокринной, нейро-вегетативной, психической и других). Прямым, надежным и технологичным методом диагностики индивидуальных системных рисков является ФСД-диагностика.

Индивидуальное оздоровление следует рассматривать как неспецифическую профилактику и как ключевую профилактическую технологию для всех периодов постнатального развития индивида. Индивидуальное оздоровление важно проводить здоровым пациентам для сохранения ресурсов здоровья на своем конституциональном уровне и особенно важно проводить больным, потому что свои ресурсы здоровья организму необходимо затрачивать и на борьбу с заболеванием и на борьбу с его лечением.

В составлении индивидуальных программ медицинского оздоровления практически незаменимую помощь оказывает ФСД-диагностика в части выбора и оздоровительного назначения балансовых агентов, включая энтеросорбенты, иммунопротекторы, гепатопротекторы и другие препараты, в оздоровительных дозах.

Этап 5. Первичной профилактики.

Включает диагностику первичных нозологических рисков и первичную индивидуальную профилактику в соответствии с выявленными первичными рисками заболеваний.

Этап первичной профилактики начинается с подэтапа диагностики первичных нозологических рисков, то есть первичных рисков манифестации конкретных заболеваний. Диагноз первичного нозологического риска является таким же строгим основанием для первичной профилактики, каким нозологический диагноз является для лечения. Простой и быстрый способ выявления первичных нозологических рисков по широкому спектру

распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний предоставляет ФСД-диагностика.

Индивидуальная первичная профилактика опирается на применение нозологически ориентированных лекарственных средств, выбираемых по комплементарности и актуальности с помощью ФСД-диагностики и назначаемых в профилактических дозах. Разумеется, что на этом этапе профилактические и оздоровительные назначения осуществляют в комплексе, то есть в рамках индивидуальной оздоровительно-профилактической программы.

Этап 6. Раннего лечения.

Включает диагностику латентной стадии заболеваний и раннее лечение.

На этапе раннего лечения основанием для такового является ранняя диагностика, то есть диагностика латентной (скрытой, бессимптомной) стадии заболевания. Формально раннее лечение является профилактикой, так как относится к донозологической (доманифестной) фазе патогенеза болезни. Но содержательно этот этап является лечебным, поскольку он относится не к фазе рискогенеза, а к ранней фазе патогенеза. Важно, что технологические средства ФСД-диагностики позволяют достаточно четко различать фазы рискогенеза и патогенеза, то есть дифференцировать первичные риски и латентные стадии заболеваний.

Этап 7. Лечебный.

Включает диагностику манифестной патологии и лечение.

На лечебном этапе, который начинается с диагностики манифестной патологии, также практически всегда полезна и часто необходима ФСД-диагностика, как в плане диагностических уточнений (например, различения бактериальных, грибковых и паразитарных нефритов), так и в плане назначения комплементарной терапии, не говоря о трудно диагностируемой патологии (например, воспаление селезенки).

Этап 8. Вторичной профилактики.

Включает диагностику вторичных нозологических рисков, то есть рисков обострений, осложнений и рецидивов имеющихся заболеваний и вторичную индивидуальную профилактику. Для этапа вторичной профилактики справедливо все, что сказано при рассмотрении этапа первичной профилактики.

Этап 9. Раннего лечения осложнений и рецидивов.

Включает диагностику латентной стадии обострений, рецидивов и осложнений заболеваний и их раннее лечение.

Этап 10. Лечение осложнений и рецидивов.

Включает диагностику манифестных обострений, осложнений и рецидивов заболеваний и их лечение.

Этап 11. Медицинской реабилитации.

Включает диагностику ресурсов восстановления функций органов и систем соответственно перенесенному заболеванию и реализацию программы медицинской реабилитации.

Этап 12. Реанимационный.

Включает диагностику терминальных состояний и реализацию реанимационных мероприятий.

Изложенное показывает, что из 12-ти этапов медицинской помощи формально 8 этапов, а по содержанию – 6 этапов (1 - 5 и 8) составляют медицинскую (индивидуальную) профилактику.

Отдавая должное методам групповой и популяционной профилактики заболеваний, следует признать, что конкретный профилактический результат у конкретного пациента достигается только путем индивидуальной медицинской профилактики, то есть путем индивидуальной донологической коррекции на основе диагноза конкретного риска (системного или нозологического) или

латентной стадии заболевания. Наш опыт индивидуально-профилактической работы показал, что медицинская профилактика на основе ФСД-диагностики системных и нозологических рисков и латентных процессов обеспечивает профилактическую эффективность порядка 95%.

Практически важно, что ФСД-диагностика имеет технологический режим экспресс-диагностики [28]. В режиме экспресс-диагностики врач затрачивает 2-3 мин. на проведение диагностики по одной системе организма, выявляя нозологические риски и латентные процессы по этой системе организма. Еще более важно, что сегодня имеются предпосылки для создания систем автоматической диагностики заболеваний, включая ранние стадии, и для систем автоматической оценки рисков заболеваний на основе КМСД.

Восемь этапов из 12-ти, которые формально и фактически составляют оздоровительно-профилактическую медицинскую помощь, в случае их нормального организационного развития на уже существующих диагностическом и технологическом базисах способны постепенно решить проблемы высокой заболеваемости, инвалидизации и сверхсмертности. Пока эти 8 этапов медицинской помощи организационно развиты, мягко говоря, крайне слабо. Тому есть много причин и мало оправданий.

Разумные, полезные и необходимые направления работ по достижению нравственной культуры, экологической чистоты, здорового образа жизни и физической культуры сами по себе, без организационного и технологического выстраивания 8-ми оздоровительно-профилактических этапов медицинской помощи не способны реально снизить заболеваемость, инвалидизацию и сверхсмертность.

В последние годы в обществе растет потребность в эффективном контроле здоровья (включая выявление актуальных рисков) и в оздоровительно-профилактической медицинской помощи. Медико-технологический базис для удовлетворения этой потребности уже существует. Задача в том, чтобы сделать все 8 видов (этапов) оздоровительно-

профилактической медицинской помощи доступными, то есть малозатратными по времени и недорогими.

Вполне разумно рассматривать возможности и варианты перехода к новой парадигме организации здравоохранения, а точнее к парадигме гармоничного развития медицинской помощи. Суть парадигмы гармоничного развития медицинской помощи заключается в оптимальном распределении ресурсов (кадровых, информационных, бюджетных и других) между всеми этапами медицинской помощи. При этом, основным критерием оптимальности является конечная рентабельность медицинской помощи на каждом конкретном ее этапе относительно общей стоимости груза болезней, который, как известно, может достигать 20% ВВП региона или страны.

3.5. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

Актуальность проблемы ранней диагностики заболеваний в обоснованиях не нуждается. Тем более что речь идет не о какой-либо отдельной болезни и даже не о группе заболеваний, а практически обо всех распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваниях.

Ранней диагностикой в узком смысле следует называть выявление латентных (скрытых) стадий патогенеза конкретного заболевания. Допустимо относить к ранней диагностике стадию проявления первых симптомов болезни. Здесь, в этом разделе мы будем использовать понятие ранней диагностики в широком смысле, включая в это понятие не только диагностику латентной патологии, но и диагностику актуальных первичных и вторичных рисков заболеваний [50].

Заметим, что любой грамотный врач понимает, что в медицинской реальности латентной патологии больше, чем манифестной. Врачи также хорошо понимают, что раннее лечение, то есть лечение на ранних стадиях патогенеза, имеет практически гарантированную эффективность.

Рассматривая неинвазивные методы диагностики, легко видеть, что они включают два класса методов – функциональные и структурные (морфологические).

К функциональной диагностике относятся ЭКГ, ЭЭГ, фонокардиография, реография, спирография, пневмотахометрия, импедансные и термометрические методы и другие неинвазивные методы выявления функциональных проявлений развития патологических процессов. При этом выявляемые функциональные проявления развития патологических процессов оценивают на основе измерений соответствующих функциональных параметров.

К структурной (морфологической) диагностике относятся рентгеновские, ультразвуковые, магнитно-резонансные, инфракрасные, оптические и другие методы выявления структурных (морфологических) последствий патологических процессов. При этом выявляемые последствия патологических процессов оценивают на основе визуального распознавания на тех или иных изображениях соответствующих структурных изменений (нарушений).

Изложенное показывает, что методы структурной диагностики в принципе непригодны и не предназначены для решения задач ранней диагностики, потому что они выявляют структурные нарушения в результате уже развившихся патологических процессов.

Среди четырех десятков существующих технологий функциональной диагностики особую позицию занимают технологии ФСД-диагностики. Перечислим главные детерминанты этой особой позиции.

1. Обеспечение ранней диагностики распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний (по всем системам организма). Разумеется, что манифестная патология также подлежит ФСД-диагностике.

2. Простота процедуры обследования. Достаточно положить ладонь на пассивный электрод, либо обеспечить контакт пассивного электрода с любым участком кожи пациента (непосредственный, через салфетку или тонкую ткань).

3. Быстрота процедуры обследования. Время записи волнового сигнала и формирования пакета динамических спектров составляет 35 сек.

4. Простота интерпретации диагностических данных. Врачу, имеющему диплом врача-лечебника или врача-педиатра, требуется две недели обучения технологиям ФСД-диагностики.

Суть ФСД-диагностики состоит в пассивной записи электромагнитных колебаний волнового поля на поверхности кожи пациента в диапазоне частот от 20 Гц до 11 КГц с последующим спектральным анализом фазовой динамики, формированием спектрально-динамического кода и распознавания кодовых образов маркеров в коде пациента.

Принципиальное отличие ФСД-диагностики от существующих диагностических технологий заключается в следующей совокупности характеристик:

-- принцип распознавания образов вместо принципа измерения параметров;

-- принцип пассивности основного режима диагностики (без воздействия на организм);

-- наноэнергодиапазон излучаемой мощности волнового сигнала в режиме диагностического тестирования;

-- возможность автоматизации нозологической диагностики.

Отметим, что автоматизация ранней нозологической диагностики принципиально невозможна для всех иных существующих сегодня диагностических технологий.

Диагностическая надежность ФСД-диагностики по результатам клинических испытаний и апробаций более чем в двадцати клиниках Российской Федерации и Республики Беларусь составляет 93-95% для распространенной патологии независимо от возраста пациентов.

Ограничения для ФСД-диагностики вытекают из принципа распознавания волновых процессов, которые отражают соответствующие функциональные процессы в клетках, тканях, органах и системах организма.

Ключевым словом здесь является слово процессы, и чем активнее процесс, тем лучше он распознается, а наиболее активные процессы протекают на ранних стадиях патогенеза. Любая функциональная диагностика имеет дело не со структурами, а с процессами и это предполагает формирование у врача процессного мышления.

В силу своей функциональной сути, ФСД-диагностика не предназначена для выявления структурной патологии, в том числе генетической, морфогенетической, морфологической, травматической, а также нарушений нервной проводимости, спазмов и некоторых других состояний. Вместе с тем, ФСД-диагностика хорошо выявляет на ранних стадиях процессы роста опухоли, кисты или камня в конкретных органах.

Конкретное организационно-технологическое решение существующей проблемы ранней диагностики заболеваний заключается в организации в поликлиниках и больницах кабинетов ранней диагностики на основе ФСД-диагностики.

Для организации кабинета ранней диагностики необходимы одна комната минимально разрешенной площади, один КМСД и два врача – для двухсменной работы, а также для обеспечения бесперебойной работы кабинета в случае болезни или отпуска одного из врачей.

Организация работы кабинета ранней диагностики возможна и целесообразна как на бесплатной, так и на платной основе. При этом вполне рациональным является их сочетание. Например, пациент, обратившийся в кабинет ранней диагностики по направлению своего врача, получает бесплатную диагностическую помощь, а пациент, пришедший по собственной инициативе, получает платную диагностическую помощь. Поскольку основными факторами ценообразования данного вида диагностической помощи являются квалификация врача, время, затраченное им на диагностическую консультацию, и эксплуатация КМСД, то возможно использование поминутного тарифа оплаты. Из опыта работы медицинских центров,

эксплуатирующих КМСД, следует, что некоммерческий тариф составит порядка 0,5 условной единицы за одну минуту консультации.

В работе кабинета ранней диагностики целесообразно использовать два технологических режима.

Первый технологический режим – это ФСД-экспресс-диагностика [28]. В этом режиме врач затрачивает до трех минут времени на раннюю диагностику по одной системе организма. Соответственно, он затрачивает до 15 минут времени на экспресс-диагностику по 5 системам организма.

Исключительно важно понимать, что ФСД-диагностика это нозологическая диагностика. Соответственно, ФСД-экспресс-диагностика это нозологическая экспресс-диагностика, то есть экспресс-распознавание самого заболевания.

Существует множество методов лабораторной и функциональной экспресс-диагностики. Строго говоря, практически все они являются методами экспресс-измерений отдельных диагностически значимых лабораторных или функциональных показателей. Эти показатели, имея то или иное отношение к патогенезу и тот или иной уровень патогномичности, являются не более чем результатами измерений отдельных параметров, косвенно свидетельствующих о вероятности патологии.

Нозологическая диагностика как таковая к процедурам измерения не относится, она относится к процедурам распознавания. Измеряют величины количественных признаков (показателей). Выявляют наличие качественных признаков, в том числе симптомов. Распознают образы болезней как нозологических единиц.

КМСД распознает образы конкретных патологических процессов, то есть образы конкретных нозологических единиц. Поэтому ФСД-экспресс-диагностика является нозологической экспресс-диагностикой.

Нозологическая экспресс-диагностика позволяет выявить основное заболевание и, при необходимости, перейти ко второму технологическому режиму – режиму углубленной ФСД-диагностики. В этом режиме врач

использует перекрестный анализ диагностических данных и диагностическое тестирование, затрачивая до десяти минут времени на углубленную диагностику по одной системе организма.

Перекрестный анализ данных включает сравнение данных обзорной базы маркеров, которая была использована при экспресс-диагностике, с данными других, дополнительных баз маркеров в контексте уточняемого диагноза, а также сравнение данных дополнительных баз между собой. В качестве дополнительных данных, как правило, рассматривают комплементарные (индивидуально показанные) аллопатические и изопатические препараты, актуальные для пациента этиологические агенты, состояние его иммунной и эндокринной систем, текущий психический статус и другие дополнительные данные по смыслу решаемой диагностической задачи.

При необходимости врач использует диагностическое тестирование, с помощью которого он оценивает актуальность для пациента того или иного этиологического или патогенетического процесса. Для этого через активный электрод КМСД на ладонь пациента подается инвертированный волновой сигнал конкретного маркера (волнового процесса) с излучаемой мощностью менее 10 нановатт. Одновременно через пассивный электрод снимается волновой сигнал от пальцев пациента с целью контроля по принципу биообратной связи уровня компенсации волнового процесса. Поскольку подаваемый сигнал (волновой процесс) и тестируемый (в организме пациента) процесс находятся в противофазе, в организме происходит компенсация соответствующего маркеру волнового (спектрально-динамического) паттерна. КМСД отслеживает уровень компенсации по биологической обратной связи и, по достижении 98% компенсации, КМСД автоматически отключает тестирование. Тестируемый процесс считают неактуальным для организма пациента, если компенсация автоматически завершается за 1 минуту ± 30 секунд.

Перекрестный анализ диагностических данных и диагностическое тестирование в совокупности позволяют решать достаточно сложные

диагностические задачи, а главное, уверенно подтвердить и уточнить диагноз, полученный при ФСД-экспресс-диагностике.

Ранняя диагностика в узком смысле, то есть в смысле диагностики латентных стадий болезни, является основанием для раннего лечения. Для неинфекционных заболеваний раннее лечение формально (поскольку оно проводится до манифестации) является профилактикой. Отсюда следует, что ранняя диагностика может внести весомый вклад в профилактику распространенных неинфекционных заболеваний.

ФСД-диагностика позволяет выявлять не только ранние стадии заболеваний, но и актуальные нозологические риски. При этом имеются необходимые технологические возможности для того, чтобы отличить раннюю стадию болезни от актуального нозологического риска. ФСД-диагностика актуальных рисков заболеваний является строгим основанием для индивидуальной первичной профилактики.

Важно отметить, что ФСД-диагностика индивидуальной комплементарности лекарственных препаратов и последующее назначение высоко комплементарных средств практически гарантирует высокую индивидуальную эффективность назначаемых лекарств. И это справедливо не только для лечения той или иной стадии заболевания, но и для проведения первичной и вторичной медикаментозной профилактики.

Таким образом, организация кабинетов ранней диагностики в поликлиниках, диспансерах и больницах является основой для решения нескольких актуальных задач, включая раннюю диагностику заболеваний, повышения эффективности лечения путем назначения комплементарных лекарственных средств и проведение индивидуальной профилактики заболеваний на основе выявления актуальных нозологических рисков.

Своевременность диагностики непосредственно влияет на эффективность лечения. Ранняя диагностика обеспечивает снижение экономических потерь по трем основным позициям, включая потери на этапе амбулаторного лечения, потери на этапе госпитального лечения и потери от сверхсмертности, то есть от

избыточной (превышающей биологическую норму для данного возрастного диапазона) смертности лиц трудоспособного возраста [51].

Опираясь на 14 лет опыта работы, можно претендовать на экспертную оценку экономической эффективности ФСД-технологий. Самые осторожные оценки позволяют утверждать, что ранняя диагностика и раннее лечение способны обеспечить снижение экономических потерь как минимум на 10% по каждой из трех указанных выше позиций. Оптимально оптимистичные оценки приводят к заключению о возможности снижения потерь по этим позициям до 20%.

Далее будем исходить из реальной возможности снижения экономических потерь на 10%.

Для расчетов будем использовать подход, аналогичный таковому в DALY-анализе и возьмем за основу понятие числа утраченных рабочих дней. Будем придерживаться медико-статистических и демографических данных РФ за 2014 год.

На амбулаторном этапе, в который принято включать профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний и диспансерное наблюдение, ранняя диагностика и назначение комплементарных препаратов особенно важны, поскольку именно на этом этапе закладываются вероятности потерь на следующих этапах, то есть экономических потерь вследствие госпитализации и сверхсмертности. На этом этапе ранняя нозологическая диагностика частично предотвращает утрату рабочих дней благодаря индивидуальной нозологической профилактике и частично сокращает эти потери благодаря своевременности и комплементарности лечения.

Будем учитывать диагностику заболеваний по основным системам организма, включая пищеварительную, сердечно-сосудистую, моче-половую, бронхо-легочную, нервную, костно-мышечную, кожу и эндокринную систему, а также диагностику инфекционных и паразитарных заболеваний и диагностику онкорисков. Совокупная заболеваемость по этим позициям составляет 595,7%. Среднюю продолжительность амбулаторного лечения с выдачей листа

нетрудоспособности примем равной семи дням. Отсюда, для населения 143,7 млн. человек сокращение числа утраченных рабочих дней на 10% составит 59 921 463 дня. Для амбулаторного этапа мы не будем учитывать стоимость самой медицинской помощи ввиду ее низких величин (прием терапевта стоит менее 300 рубл.).

На госпитальном этапе будем исходить из нормы стационарной помощи, составляющей три койко-дня на одного жителя. Отсюда, сокращение числа утраченных рабочих дней на 10% составит 43 110 000 дней. На этом этапе следует учесть и стоимость медицинской помощи. Стоимость одного койко-дня в стационаре терапевтического профиля примем равной 30 у.е. Отсюда, экономия средств составляет: $43\,110\,000 \times 30 = 1\,293\,300$ тыс. у.е.

Экономические потери от сверхсмертности являются наиболее значимыми. Отметим, что уровень сверхсмертности существенно зависит от социальных факторов (социальной духовности, социальной справедливости, нравственного климата и социального оптимизма) и от качества диагностической, профилактической и лечебной помощи на амбулаторном этапе, а также, в гораздо меньшей степени, - на госпитальном этапе. Основной вклад в сокращение сверхсмертности вносит ранняя диагностика обострений, осложнений и рецидивов.

Несколько лет назад мы провели исследование явления сверхсмертности и среди прочего выявили, что усредненная по возрастным подгруппам (в диапазоне 30-59 лет) доля сверхсмертности в общей смертности трудоспособного населения составляет 50,2%. Доля трудоспособного населения составляет 59,3% от населения РФ. Общая смертность трудоспособного населения составила в 2014 году 235 940 человек [52]. Поскольку значимая сверхсмертность имеет место в возрастном диапазоне 30 – 60 лет, средняя продолжительность жизни составила 66 лет, а в году (2014г.) 247 рабочих дней, то сокращение сверхсмертности на 10% добавляет в экономику:

$$(66-45) \times 247 \times 235\,940 \times 0,1 = 122\,382\,078 \text{ рабочих дней.}$$

Каждый рабочий день вносит свой вклад в ВВП региона и страны. Этот вклад равен частному от деления величины ВВП на душу населения (6 843,91 у.е.) на число рабочих дней в году (247 дней) и составляет 27,7 у.е.

ВВП РФ в текущих ценах 2014 года составил 70 975 млрд. рублей, реальный курс доллара на конец года составил 70 рублей за 1 доллар США и, таким образом, ВВП РФ составил 1013,9 млрд. у.е. Далее рассчитаем экономию в долях ВВП как наиболее удобной единице измерения.

На амбулаторном этапе экономия составляет:

$$(59\,921\,463 \text{ дн.} \times 27,7 \text{ у.е.} \div 1013,9 \text{ млрд. у.е.}) \times 100 = 0,16\% \text{ ВВП}$$

На госпитальном этапе экономия составляет:

$$((43\,110\,000 \times 27,7 \text{ у.е.} + 1\,293\,300\,000 \text{ у.е.}) \div 1013,9 \text{ млрд. у.е.}) \times 100 = 0,24\% \text{ ВВП}$$

Экономический эффект снижения сверхсмертности составляет:

$$(122\,382\,078 \text{ дн.} \times 27,7 \text{ у.е.} \div 1013,9 \text{ млрд. у.е.}) \times 100 = 0,33\% \text{ ВВП.}$$

Совокупно по трем позициям добавка в экономику составляет 0,73% ВВП или 518,1 млрд. рублей (7,4 млрд. у.е.).

Таким образом, организация кабинетов ранней диагностики способна внести существенный вклад в развитие и повышение качества первичной медицинской помощи населению и дать значительный экономический эффект.

Дальнейшее развитие ФСД-диагностики и, прежде всего, создание систем автоматической диагностики позволят сократить затраты времени врача, а тем самым повысить производительность его труда и снизить себестоимость ранней диагностики. Кроме этого, системы автоматической диагностики откроют перспективу высоко эффективного и высоко экономичного скрининга латентной патологии и нозологических рисков. Телемедицинские версии этих систем в виде мобильных приложений могут сделать раннюю диагностику массовым явлением.

Применение методов ранней диагностики целесообразно в различных технологических вариантах мобильной медицины, которая призвана решать проблему доступности медицинской помощи.

Проблема доступности врачебной помощи остаётся актуальной для большинства сельских районов, особенно в регионах Сибири и Дальнего Востока. Современные транспортные средства (автомобили, катера, вертолеты и т.д.) позволяют доставить врача практически в любой населенный пункт, однако понятно, что без надлежащего диагностического обеспечения работа врача будет малоэффективной. Поэтому в последние десятилетия мобильная медицина развивалась по пути создания мобильных диагностических комплексов. Эти комплексы получаются весьма громоздкими, (как правило, на шасси большого грузовика) недостаточно универсальными и пригодными, в основном, для предварительного диагностического скрининга. В итоге, мобильные диагностические комплексы оказываются, как минимум, низко рентабельными и, как максимум, они оказываются малоэффективными. Наилучшее решение заключается в том, чтобы предоставить врачу общей практики компактный и достаточно универсальный диагностический комплекс для работы в мобильном режиме.

Вполне очевидна потенциальная эффективность организации мобильной общей врачебной практики в сельских и труднодоступных районах на основе применения ФСД-диагностики с помощью КМСД.

КМСД имеет практически все диагностические функции, которые необходимы и достаточны для обеспечения работы врача общей практики. КМСД помещают и переносят в сумке для ноутбука. Вес комплекса не превышает 6 кг. Для комфортной работы с КМСД необходимы небольшой стол и два стула (для врача и для пациента). Возможна работа в полевых условиях.

Особый интерес представляет мобильная общая врачебная практика, которая имеет два варианта реализации [53].

Первый вариант предполагает самостоятельную работу врача общей практики на основе применения КМСД в мобильном режиме с использованием адекватного конкретным условиям транспорта.

Второй вариант заключается в том, что врач общей практики, вооруженный КМСД, работает в составе бригад существующих мобильных

диагностических комплексов. При этом в зависимости от задач и обстоятельств врач общей практики может выполнять экспресс-диагностику узкого или широкого круга заболеваний (задачи скрининга или диспансеризации), может работать в режиме врача общей практики или осуществлять комплексное профилактическое консультирование по выявляемым с помощью КМСД актуальным индивидуальным рискам заболеваний различных систем организма.

Основным организационно-технологическим вариантом мобильной общей врачебной практики является выезд врача с КМСД на любом транспорте в любой населенный пункт в плановом или в экстренном порядке. В случае планового выезда целью работы может быть врачебный прием, диспансеризация или профилактическое консультирование.

Перспективой развития технологии мобильной общей врачебной практики является медицинская теледиагностика на основе КМСД [29]. Приведем пример. В населенном пункте, курируемым данным врачом (в случае наличия покрытия этого населенного пункта сетью мобильной телефонной связи) медицинская сестра, доверенное лицо врача или сам пациент записывает волновой сигнал организма на смартфон с помощью штатного дивайса и пересылает файл с записанным сигналом на электронную почту мобильного телефона врача, который переписывает полученный файл на КМСД, проводит удаленную ФСД-диагностику и, при необходимости, выезжает к пациенту или пересылает медицинской сестре свое диагностическое заключение, рекомендации и комплементарные назначения.

Организация мобильной общей врачебной практики на основе ФСД-диагностики способна радикально повысить доступность и качество первичной медицинской помощи сельскому населению.

Очень важны возможности ранней диагностики для диспансеризации [54]. Диспансеризацию на основе ФСД-диагностики с помощью КМСД целесообразно проводить в три этапа, включая этапы диагностического

скрининга, первичного обследования по результатам скрининга и периодического диспансерного наблюдения.

На этапе диагностического скрининга наиболее важным является выявление лиц с высокими рисками, латентными формами и ранними стадиями заболеваний.

Первый технологический вариант диагностического скрининга на основе КМСД отличается разделением процедуры спектрально-динамического обследования (записи пакета динамических спектров) и процедуры экспресс-диагностики. В этом варианте процедуру обследования выполняет медицинская сестра на отдельном рабочем месте или на выезде, то есть в дошкольных, школьных, средних и высших учебных заведениях, на предприятиях, в организациях и учреждениях. На выезде удобно использовать переносное исполнение КМСД. Процедуру экспресс-диагностики выполняет врач с помощником (медицинская сестра) на своем рабочем месте по записанным в процессе обследования динамическим спектрам пациентов.

Второй технологический вариант диагностического скрининга отличается тем, что его от начала и до конца осуществляет врач, последовательно проводя процедуру записи пакета динамических спектров пациента и процедуру экспресс-диагностики.

На этапе первичного обследования врач повторно записывает на КМСД пакет динамических спектров пациента и проводит (с помощником) обследование по тем системам организма, для которых на этапе диагностического скрининга были выявлены высокие риски или наличие патологических процессов. Первичное обследование по одной системе организма занимает до 10 минут. Присутствие пациента обязательно ввиду возможных вопросов врача и возможной необходимости диагностического тестирования. При необходимости врач проводит углубленное обследование с помощью КМСД или направляет пациента на углубленное обследование по конкретной нозологической позиции в профильное медицинское учреждение.

На этапе диспансерного наблюдения врач обследует пациента с помощью КМСД с периодичностью, диктуемой состоянием пациента. Обычно периодичность визитов пациента варьирует в диапазоне 1-12 месяцев. При каждом визите врач с помощью КМСД оценивает эффективность профилактики или лечения, уточняет индивидуальные профилактические рекомендации и делает назначения комPLEMENTАРНЫХ лечебно-профилактических средств. Возможность контроля эффективности профилактики и лечения является важным достоинством КМСД.

Технология диспансеризации на основе ФСД-диагностики является гибкой технологией и позволяет организаторам здравоохранения планировать и реализовывать различные технологические варианты диспансеризации в зависимости от региональной приоритетности тех или иных задач.

В заключение этого раздела несколько слов об исключительно важной области применения ранней диагностики. Это область оздоровительной индустрии. Это санатории, профилактории, курортные отели, летние лагеря и другие места оздоровления. Во всех этих местах быстрая ранняя диагностика и строго индивидуальные рекомендации и назначения гарантируют существенное повышение эффективности оздоровления и своевременную медицинскую помощь в ситуациях острой патологии.

В санаториях ФСД-диагностика обеспечивает:

- быструю комплексную диагностику при поступлении с возможностью заполнения санаторно-курортной карты,
- составление индивидуальных оздоровительно-профилактических программ на санаторный период,
- выявление латентной патологии и предпатологии,
- индивидуальную оптимизацию комплексной терапии,
- быструю контрольную диагностику в конце санаторного периода с оценкой эффективности оздоровительно-профилактической или лечебно-профилактической программы,

-- составление индивидуальных оздоровительно-профилактических программ на постсанаторный период.

Новыми и особенно важными являются здесь первая и последняя позиции.

Глава 4. КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Здоровье общества создается здоровым умом на основе здоровых смыслов. А здоровыми смыслами являются те, которые соответствуют главным социальным и просто человеческим задачам – задачам укрепления здоровья и умножения здоровых.

Жизнь общества определяют, в основном, те позиции в иерархиях идей, ценностей и целей, которые занимают высшие места в этих смыслообразующих иерархиях. Если в каждой из них одно из первых мест не занимают идеи, ценности и цели созидания и охраны здоровья народа, то ни о какой культуре общественного здоровья и речи быть не может.

4.1. СУТЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Личная гигиена – это забота о чистоте души и тела индивида, а общественная гигиена – это забота о чистоте «души» и «тела» общества. Гигиеническая и психогигиеническая культура личности призвана защитить здоровье индивида, а социально–гигиеническая культура необходима для защиты здоровья общества, от которого зависит здоровье каждого человека. В большей или меньшей степени (в зависимости от того, как считать) все болезни являются социально зависимыми.

Больное общество умножает болезни людей. Так, в период социальных неурядиц с 1988 г. по 1996 г. заболеваемость сифилисом в Республике Беларусь увеличилась в 152 раза [55]. За последние 10 лет заболеваемость сифилисом уменьшилась в 2 раза, продолжая превышать уровень 1988 г. в 75 раз.

Чем больше болеют, тем больше умирают. Это очевидно. Менее очевидны главные причины роста заболеваемости. Конечно, причин всегда много. Есть группа причин генетических, есть группа причин экологических и есть группа социальных причин. Анализ показал, что в указанном выше периоде ведущей является группа социальных причин, а внутри этой группы

анализ указывает на преимущественное влияние подгруппы причин, связанных с духовно–нравственным состоянием общества.

Духовность в обиходном смысле это совокупность духовно–нравственных качеств. В научном смысле это способ и система смысловых и ценностных идентификаций социально значимых идей. Научный смысл понятия духовности удалось сформулировать благодаря работам одного из крупнейших специалистов в области психолингвистики и психотерапии Р. Дилтса [11].

Научное определение духовности показывает, что она тесно связана с идеологией, то есть изменение идеологии должно приводить к изменению духовности. Так оно и происходит. Например, принятие в начале 90–х годов идеологии либеральных ценностей снизило уровень духовности и через известные психо–физиологические и психосоматические механизмы быстро привело к росту заболеваемости и смертности, к падению рождаемости, что вызвало демографический кризис. Анализируя медико–демографические процессы в разных странах, проф. Гундаров И.А. сформулировал закон духовно–демографической детерминации [56]. В реальном действии этого закона сегодня сомневаться уже не приходится.

Для понимания сути и задач общественной гигиены необходимы знания и представления о главных силах подавления здоровья населения, которыми являются биологический и социальный грузы [4].

Груз болезней популяции (весь объем заболеваний и аномалий развития в данной популяции) целиком и полностью детерминирован совокупной величиной биологического и социального грузов популяции. Биологический груз включает в себя генетический и экологический грузы, а социальный груз включает эмоциональный и культурный грузы. Генетический груз включает сегрегационный груз и производный от него мутационный груз. Экологический груз включает экологические дефициты эссенциальных нутриентов и экологические токсиканты. Эмоциональный груз это груз накопленных отрицательных эмоций, зафиксированный в гиподепрессивных и депрессивных

состояниях. Культурный груз это груз неправильного воспитания и недостаточного образования, то есть груз невежества и неведения (ментальный груз). Важно, что сила воздействия экологического груза зависит от величины генетического груза, а вероятность и темпы накопления эмоционального груза зависят от величины культурного груза.

Развивая идеи И.А. Гундарова, мы сформулировали основные закономерности социальной детерминации здоровья:

-- Социальная духовность определяет динамику всех видов биологического и социального груза и, как следствие, она определяет основные демографические процессы, включая рождаемость, заболеваемость и смертность (закон Гундарова).

-- Социальная справедливость влияет на величину эмоционального груза и, соответственно, на частоту психозависимой и психосоматической патологии.

-- Социальная защищенность влияет на здоровье инвалидов и пенсионеров.

Действия, мероприятия и предложения, направленные на улучшение общественного здоровья, могут касаться следующих направлений государственной и общественной деятельности:

- идеологической работы,
- нравственного воспитания,
- преподавания культуры здоровья,
- социальной справедливости,
- социального оптимизма,
- социальной работы.

По каждой позиции этого перечня существует множество проблем, вопросов и задач, которые необходимо решать в интересах здоровья людей, благополучия народа и безопасности страны.

Приведенный перечень основных направлений социально-гигиенической деятельности по гармонизации социума позволяет глубже понять суть социальной гигиены и отметить особенности этой работы.

Во–первых, эта работа является необходимым условием развития общей культуры общества в интересах здоровья населения.

Во–вторых, она реализуется на уровнях государственного управления и межведомственных проектов.

Целенаправленная социально–гигиеническая работа необходима в интересах здоровья и прироста населения. Что касается прироста населения, то величина рождаемости определяется, в основном, качеством духовно–нравственного воспитания детей, уровнем социального оптимизма молодежи и уровнем социальной защиты семьи. Что касается здоровья населения, то его определяют все позиции приведенного выше перечня. Главное – это понимать, что путь и как в оптимизм, так и в депрессию лежит через качество жизни, а оно существенно зависит от всей совокупности детерминант социальной духовности и социальной справедливости. А уже эта совокупность предопределяет субъективную установку на оптимизм или пессимизм.

4.2. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Необходимо хорошо понимать смысловые различия понятий уровня жизни, качества условий жизни и качества жизни.

Уровнем жизни семьи, социальной группы или населения принято называть величину ее материального обеспечения, которая равна сумме прямых, косвенных и побочных доходов.

Прямые доходы (заработная плата, дивиденды, гонорары и др.) включают в налоговую декларацию и обычно именно прямые доходы используют для оценок уровня жизни семьи, социальной группы и населения.

Косвенные доходы включают товары и услуги, приобретаемые бесплатно или по неполной стоимости, когда часть стоимости оплачивает государство, профсоюз, предприятие и т.д. Такие льготные условия приобретения существуют для кредитов, санаторных и других путевок, туров, питания, спецодежды, жилья, проезда в городском и междугороднем транспорте и т.д. В

некоторых социальных группах (студенты, чиновники и др.) косвенные доходы могут быть сопоставимы с прямыми доходами.

Побочные доходы включают то, что официально учесть невозможно (доходы от приусадебного участка, рукоделия, случайных не оформляемых работ, подарков и др.).

Существует мнение, что уровень здоровья связан с уровнем жизни. Эти представления верны лишь в малой части, а зависимость неоднозначна.

Качеством условий жизни называют обеспеченность семьи или населения жильем, коммунальными удобствами и услугами, транспортом, связью, инфраструктурой досуга, образовательными, медицинскими, социальными и вероисповедальными учреждениями, обеспеченность безопасности жизни и здоровья, включая экологическую и социально–экологическую безопасность.

Важными компонентами качества условий жизни являются социальные условия, такие как духовно–нравственное состояние общества и уровни социальной справедливости, социальной защищенности и социального оптимизма.

При всей важности для большинства людей, непосредственно и само по себе качество условий жизни на здоровье не влияет. Качество условий жизни может оказывать влияние на здоровье людей только через качество жизни. Иными словами, качество условий жизни может влиять (не всегда) на качество жизни, а уже качество жизни влияет на здоровье.

Качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются. Это определение зафиксировано в документах Всемирной организации здравоохранения, в частности, в документе «Здоровье–21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ». Главное, что это определение совершенно правильное.

В более точном переводе этого определения на русский язык: качество жизни – это восприятие отдельными людьми или группами людей того, в какой

степени их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются.

Из определения качества жизни видно, что оно есть явление сугубо субъективное. Сущность качества жизни имеет социально–психологическую природу и заключается в ощущении индивидом собственной удовлетворенности различными аспектами своей жизни в социуме. Это ощущение формируется на пересечении своих внутренних качеств и ценностей и внешних социально–средовых возможностей (обстоятельств, условий, ограничений). Качества и ценности личности определяют ее потребности, запросы и претензии, которые формируют мотивации. Внутренние мотивации могут противоречить внешним возможностям и, возникающий при этом психический дисбаланс, проявляется в чувстве неудовлетворенности. Разумеется, что это чувство могут сопровождать и другие ощущения (недовольства, разочарования, раздражения и т.д.).

Так что же важнее – внутренние качества и ценности или внешние возможности? Конечно же, важнее качества и ценности личности, то есть ее (личности) нравственные основы. Как минимум по следующим причинам.

Во–первых, неудовлетворенность нередко связана с завышенными потребностями, запросами и претензиями.

Во–вторых, это может быть связано с низким, аномальным или односторонним развитием системы ценностей личности. Например, слабым развитием подсистемы духовных ценностей, вследствие чего актуальными оказываются лишь те ценности, которые касаются материальных интересов.

В–третьих, когда у человека есть необходимые качества, тогда неудовлетворенность может быть трансформирована в конструктивные решения.

Из состояния неудовлетворенности всегда есть два выхода. Первый – это трансформировать неудовлетворенность в конструктивное решение по изменению ситуации, своего отношения к ситуации или своей позиции, своих ценностей или поведения. Второй выход – ничего не делать и

неудовлетворенность сама трансформируется в агрессию и, далее, в депрессию и её неизбежные последствия для здоровья.

Поскольку путь в гиподепрессию лежит через низкое качество жизни, то возможность оценки индивидуального качества жизни представляет большой интерес для социально–гигиенических исследований.

Опираясь на изложенные соображения, мы разработали метод для оценки индивидуального качества жизни [57].

При построении метода мы исходили из того, что общая оценка качества жизни должна слагаться из оценок удовлетворенности несколькими, достаточно общими аспектами жизни, а также из того, что оценка каждого аспекта должна быть нормированной на субъективные ценности, соответствующие смыслу аспекта. В итоге, в метод было включено пять аспектов, то есть пять компонент общей оценки.

Первая компонента (аспект удовлетворенности прошлым) является отношением оценки удовлетворенности своей жизнью к оценке своих требований к жизни.

Вторая компонента (аспект настоящего) является отношением оценки интереса к жизни к оценке необходимости своей деятельности.

Третья компонента (аспект будущего) есть отношение оценки своих перспектив к оценке уровня притязаний.

Четвертая компонента (аспект самодостаточности) – это отношение оценки своей нужности людям к оценке зависимости от других людей.

И пятая компонента (аспект здоровья) является отношением оценки своего здоровья к оценке риска ухудшения здоровья.

Исследование целого ряда выборок трудоспособного населения показало, что средний уровень качества жизни составляет 25-30%, что следует интерпретировать как низкий уровень качества жизни населения.

4.3. СОЦИАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ ЗДОРОВЬЯ

Попытаемся ответить на вопрос: «Чего стоит здоровье для человека и для страны?».

Для человека здоровье стоит жизни. Ибо жизнь без здоровья не может быть радостной и долгой.

Для страны здоровье стоит как минимум экономики. И причин этому несколько. Во-первых, страна несет огромные потери трудовых ресурсов вследствие заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте. Во-вторых, страна несет демографические потери вследствие духовно-нравственного и физического нездоровья молодежи. В-третьих, и страна и люди несут прямые затраты на лечение болезней.

Сегодня мы имеем хорошо развитую лечебную медицину. Но заболеваемость и смертность растут. И это потому, что лечение в принципе не может добавить или просто сохранить здоровье. Лечение может спасти жизнь или снизить темпы утраты здоровья. Сохранить здоровье может только медицинская (индивидуальная) профилактика. Добавить здоровья может только индивидуальное оздоровление.

Для простоты будем называть медицинской профилактикой всю совокупность медицинских технологий индивидуального оздоровления и технологий индивидуальной профилактики. А все технологии групповой и массовой профилактической работы по формированию здорового образа жизни будем называть санпросветом [58].

Санпросвет очень важен для повышения культуры здоровья людей, но он не является профилактической медицинской помощью конкретному человеку. Такой помощью является индивидуальная профилактика на основе ФСД-диагностики рисков, которая может обеспечить заинтересованному человеку сохранение и даже повышение индивидуального ресурса здоровья [59].

Эффективной технологической формой и первичной и вторичной профилактики распространенных заболеваний является рассмотренное выше

индивидуальное оздоровительно-профилактическое консультирование. Оно может осуществляться в существующих отделениях и кабинетах профилактики поликлиник, в центрах здоровья, в центрах здоровья молодежи, в геронтологических центрах и в других местах. Оздоровительно-профилактическое консультирование является базисной технологией, по отношению к которой все остальные профилактические технологии являются вспомогательными. Большинство вспомогательных профилактических технологий, включая различные школы для здоровых и больных и санпросвет в целом, необходимы, прежде всего, для формирования у людей мотивации на оздоровительно-профилактическую активность.

Чего стоит здоровье для государства? В аспекте затрат оно не стоит ничего, ибо бюджет отрасли здравоохранения формируют за деньги налогоплательщиков. В аспекте прибыли здоровье для государства стоит много. Со времен работ академика Рейна 1911 года общеизвестно, что 1 рубль, вложенный в лечебную медицину, приносит до 5 рублей прибыли [60]. По нашим оценкам 1 рубль, вложенный в профилактическую медицину и, особенно, в медицинскую профилактику, может приносить до 20 рублей прибыли. Недостаточные вложения в профилактическую медицину оборачиваются для государства упущенной прибылью. Таким образом, здоровье для государства стоит упущенной прибыли и немалой.

Еще более важно, что здоровье для государства стоит упущенного социального оптимизма населения, который определяют главным образом три социальные системы – образования, здравоохранения и СМИ.

К основным социальным системам защиты здоровья населения относятся:

- идеологическая система общества,
- система семейного воспитания детей,
- система дошкольного воспитания,
- система школьного воспитания,
- системы среднего специального и высшего образования,

-- системы оздоровительных и профилактических служб отрасли здравоохранения.

Идеологическая система общества (можно сказать, идеологическая культура общества) оказывает большое влияние на здоровье населения, поскольку на ее основе издаются законы и другие нормативные акты. Рассмотрение идеологической системы с позиций защиты здоровья предполагает решение двух основных задач.

Первая задача заключается в развитии идеологии здоровья как неотъемлемой части идеологической системы государства. Эта часть должна быть выделена в явном виде в качестве раздела официальной идеологии. Поскольку здоровье является одной из главных человеческих ценностей, то идеология здоровья должна входить в число основных разделов идеологической системы.

Вторая задача – это выявление в идеологической системе тех идеологем, которые противоречат или препятствуют защите здоровья. Такие идеологемы необходимо либо исключать, либо принимать меры по ограничению их действия в тех сферах социальных отношений, где они угрожают здоровью людей. Приведем пример.

Появление новых инфекций (ВИЧ/СПИД, гепатит С) и активизация некоторых старых инфекций (инфекции, передаваемые половым путем, туберкулез) поставили систему здравоохранения перед необходимостью противостоять этим эпидемическим угрозам по всем правилам медико–профилактической науки и практики. Все технологические возможности для этого есть. Но возникло одно чисто идеологическое препятствие. Оказалось, что применение медико–профилактических технологий (в том числе и против ВИЧ/СПИД) невозможно в условиях неограниченного действия идеологемы прав человека. Напомним, что под эту идеологему издан целый ряд законов. По мнению многих специалистов, сложилась серьезная ситуация. С одной стороны все подтверждают необходимость медицинской профилактики этих инфекций. С другой стороны, предельно догматизированная идеологема прав человека

реально препятствует медицинской профилактике и наносит огромный ущерб здоровью и жизни людей.

Идеологема прав человека отнимает у здоровых право на здоровье. Эта ситуация представляет собой социальный конфликт между здоровыми и больными.

Здоровье и жизнь являются главными ценностями и главными правами человека. Угроза здоровью эквивалентна угрозе жизни. Ответственность за угрозу здоровью должна быть равна ответственности за угрозу жизни.

Система семейного воспитания детей и дошкольного образования имеет основополагающее значение. Именно в первые годы жизни ребенок получает наибольшую и наиглавнейшую часть впечатлений, знаний, ценностей и умений. Это налагает на родителей и педагогов огромную ответственность за будущее здоровье ребенка.

Воспитание должно охватывать как минимум три половые цикла индивидуального развития ребенка (по 7 лет), то есть как минимум 21 год. Особого внимания требует нравственное воспитание, ибо нравственность – залог будущего здоровья. Нравственная полноценность определяет надежность рефлексивной психозащиты от всех психозависимостей, а в своем духовном аспекте она определяет надежность этого уровня защиты от всех других болезней.

Ключевыми технологиями повышения здоровья населения являются: гигиеническое и нравственное воспитание на всех этапах образования, здравосозидательная социальная политика, включая формирование идеологии здоровья и соответствующего законодательства, и развитие профилактических служб в системе здравоохранения.

Сегодня на профилактическую медицину, включая санитарно-эпидемиологическую службу и санпросвет, расходуют около 2-4% бюджета здравоохранения.

Для успешного развития всей профилактической медицины и, в том числе для обеспечения создания сети кабинетов оздоровительно-профилактического

консультирования на основе ФСД-диагностики, как основного направления модернизации медицинской профилактики, достаточно к исходным 2% бюджета на профилактику добавлять 1-2% в год, чтобы через 10 лет приблизиться к приемлемому уровню баланса бюджетов профилактической и лечебной медицины. Заметим, что в Швеции на профилактические цели предусматривают до 20 % бюджета здравоохранения страны [61].

4.4. МИФОЛОГЕМЫ ДЕМОГРАФИИ

Самой распространенной психопатологией является паралич понимания. Чаще всего паралич понимания обусловлен внушением ложных ценностей, которые деформируют структуры интересов и мотиваций, то есть деформируют прагматику личности. Прагматика (система ценностей) влияет на систему приоритетов, то есть на парадигму и на представления о данной области реальности.

Вторым источником паралича понимания является деформация знаний путем усиленной пропаганды одних фактов и закономерностей и активного замалчивания или дискредитации других.

Деформации и знаний и представлений влияют на понимание как на систему интерпретации и формируют патологический дискурс, то есть искаженное смысловое поле.

В тератологии принято различать плюс-уродства и минус-уродства, то есть варианты морфологической избыточности и недостаточности. Аналогично, варианты смысловой гипертрофии и гипотрофии являются аномалиями развития ментальности личностей и сообществ. Разумеется, что интеллектуально-нравственному тератогенезу способствуют дефицит рефлексивно-критического мышления с одной стороны и политически ангажированная деятельность с другой стороны.

В научной литературе смысловую аномалию принято называть мифом. В демографической литературе имеется ряд работ, посвященных анализу

основных мифов в этой области [62 - 64]. Здесь наша задача заключается в ранжировании демографических мифологем по степени вредоносности.

Первая мифологема.

Первая демографическая мифологема относится к категории минус-дефектов и заключается в замалчивании и неявном отрицании актуальности проблемы воспроизводства качества населения, то есть гармоничности генотипов, которая на 90% определяет здоровье будущих поколений. Гармоничность родительских генотипов потомство утрачивает, в основном, вследствие аутбредных (преимущественно межэтнических) браков и добрачной половой жизни.

Явление дегармонизации генотипов потомков принято называть дисгенией [65] или сегрегационным генетическим грузом [4]. Дисгения ведет к генетическому вырождению. Сюда же примыкает мифологема равенства всех людей, в частности, утверждение первого параграфа декларации прав человека о том, что все люди рождаются с равным достоинством. Очевидно, что генетическое достоинство людей относительно здоровья может сильно различаться.

Вторая мифологема.

Комплексная мифологема «устойчивого развития» и «концепции репродуктивных прав и репродуктивного здоровья» закреплена десятком международных документов, начиная с декларации прав человека (1948г.) и заканчивая материалами всемирной конференции по положению женщины (1995г.). Программа «устойчивого развития» до 2015 года была принята на Каирской конференции (1994г.). Содержание программы повторяет меморандум национальной безопасности (1974г.), составленный советом по национальной безопасности, который координирует зарубежные операции США. Первые пункты «концепции репродуктивного здоровья» в переводе с «каирского» на русский сводятся к следующему:

- содействие подростковой распущенности;
- создание службы планирования отсутствия семьи;
- профилактика беременности.

В п. 7.13. материалов конференции сказано: «Программы в области планирования семьи внесли значительный вклад в уменьшение средней рождаемости». А в п. 7.20. предписано: «Правительства должны устранить барьеры в области планирования семьи». Отсюда ясно, что каирская мифология есть часть геополитической программы, которую в 1946 году инициировал А. Даллес, пообещав привить нам ложные ценности. Н.Н. Бойко обозначил эту ситуацию как каирское иго [66].

Третья мифологема.

Мифологема существенного влияния смертности на воспроизводство населения продолжает индуцировать паралич понимания и даже присутствует в национальных программах демографической безопасности. И это, несмотря на то, что еще в 1984 году были получены строгие оценки влияния смертности на воспроизводство населения. А именно, рост смертности обуславливает снижение нетто-коэффициента воспроизводства населения только на 0,6%, а остальные 99,4% приходятся на падение рождаемости.

Четвертая мифологема.

Близкие по смыслу мифологемы о влиянии на рождаемость экономических факторов, уровня жизни и социальной защиты являются очень живучими, особенно среди неспециалистов. В 1987г. Антонов В.И. и Медков В.М. показали, что экономические мотивы рождаемости актуальны только для 18,6% семей, в то время как социальные мотивы – для 31,7% семей, а психологические мотивы – для 41,3% [67].

Выполненные нами исследования динамических корреляций 35 социальных индикаторов и характеристик для основных демографических процессов (рождаемость и смертность) показали, что рождаемость не связана с

социальной защищенностью, а связана, прежде всего, с уровнями социальной духовности, социальной справедливости и социального оптимизма населения.

Пятая мифологема.

Мифологема спасительности миграции является не только несостоятельной, потому что вклад миграции в демографическую динамику очень мал (в Республике Беларусь это менее 0,1%), но и вредной по своему смыслу.

Эмигрируют, как правило, наиболее активные, наиболее способные и, как правило, молодые люди, то есть люди наиболее репродуктивно ценные. Их эмиграция обедняет генофонд и сказывается на самом главном, а именно – на воспроизводстве качества населения.

Иммигрируют далеко не лучшие, а самое плохое то, что приезжают представители других этносов, что неизбежно приводит к возрастанию сегрегационного генетического груза (дисгении) популяции и соответствующему снижению демографического качества населения. Иными словами, миграционное замещение является генетической миной замедленного действия.

Шестая мифологема.

Мифологема зависимости рождаемости от образованности основана на подлоге, в котором воспитанность подменяется образованностью. В действительности рождаемость зависит от воспитанности, то есть от качества привитой в процессе воспитания системы духовно-нравственных ценностей. Суть в том, что современная система образования спроектирована так, чтобы обеспечивать в своем воспитательном аспекте максимум нравственной депривации. И. Белобородов пишет: «Характер образования на всей планете почему-то развивается в антисемейном ключе» [64]. Ответ на это «почему-то» содержится в материалах Каирской конференции.

Седьмая мифологема.

Мифологема об особой инерционности демографических процессов, которые с трудом поддаются внешним воздействиям, является одной из самых популярных. Инерционность демографических процессов объясняется их «подчиненностью законам популяционного развития». Снижение численности населения, наблюдаемое в настоящее время практически во всех развитых странах, а также демографический кризис, поразивший Россию и Белоруссию, с позиций этого мифа нам пытаются представить длительным и труднопреодолимым процессом.

Однако исследование демографической динамики, выполненное И.А. Гундаровым, демонстрирует высокую динамичность демографического процесса смертности и возможность эффективно регулировать его интенсивность средствами социума [56]. Показатели рождаемости также отзывчивы к социальным переменам [67, 68]. Отложенная рождаемость реализуется практически вслед за проведением стимулирующих социальных мероприятий. Частота же рождения третьих и последующих детей в семьях меняется по мере изменения реальной потребности общества в детях, которая формируется социальной духовностью и социальным оптимизмом.

Восьмая мифологема.

Устойчивым демографическим мифом является теория демографического перехода (в первоначальном варианте - теория демографической революции). А.И. Кузьмин отмечает, что основные положения этой теории, появились в 1929 году, а их автором является польский юрист Л. Рабинович [69]. В настоящее время существуют различные версии этой теории, отличающиеся способом объяснения природы демографической динамики. Общей частью этих версий является утверждение о том, что социально-экономическое развитие общества неизбежно сопровождается снижением уровня рождаемости, что приводит к стабилизации численности населения на оптимальном уровне. Однако увеличение рождаемости в Германии 30-х годов, в Америке 50-60-х

годов, в СССР 20-х, 60-х и 80-х годов фактически опровергает это утверждение [56].

Использование концепции демографического перехода как теоретической основы при анализе демографических данных приводит к тому, что ухудшение демографических показателей воспринимается как естественный процесс регуляции численности популяции. Вместе с тем, демографический опыт многих стран, и, прежде всего России и Белоруссии, наглядно демонстрирует, к чему приводит запаздывание осознания наличия демографических угроз.

4.5 ПЕДАГОГИКА ЗДРАВООСОЗИДАНИЯ

По нашему глубокому убеждению следует исходить из того, что педагогика есть достояние не только педагогов, но и родителей. И, если профессиональная педагогика начинается со дня прихода ребенка в учреждение образования, то родительская педагогика начинается до зачатия ребенка. Родители должны получать педагогические знания от профессиональных педагогов. В случае педагогики здоровья и здравосозидания педагоги получают необходимые знания от врачей и передают их будущим родителям. Разумеется, что здесь речь идет о тех врачах, которые профессионально занимаются проблематикой здоровья и оздоровления. Базовые знания, необходимые для развития педагогики здравосозидания, изложены в работах [4, 10].

Здравосозидание это система и процесс расширенного воспроизводства здоровья в поколениях плюс система оказания индивидуальной оздоровительно-профилактической медицинской помощи.

Расширенное воспроизводство здоровья в поколениях означает, что здоровье и его показатели у последующих поколений лучше, чем у предыдущих.

Воспроизводство здоровья в поколениях является наиважнейшим механизмом здравосозидания потому, что здоровье будущих поколений на 80% определяется гармоничностью их генотипов. В частности, это следует из того,

что линейный показатель наследуемости сердечно-сосудистых заболеваний равен 80%. Уже более полувека заболеваемость населения неуклонно растет и это означает, что новые поколения рождаются со всё более низким генетическим потенциалом здоровья. Это означает также, что мы не имеем даже простого воспроизводства здоровья в поколениях, не говоря уже о расширенном.

Воспроизводство здоровья в поколениях включает воспроизводство генетического базиса здоровья и воспроизводство культурного базиса здоровья. Культурный базис определяет здоровье одного поколения (то есть без учета культуры воспроизводства генетического базиса здоровья) примерно на 20%, а с учетом культуры воспроизводства генетического базиса здоровья (то есть в масштабе 3-5 поколений) – на 100%.

Воспроизводство генетического базиса здоровья обеспечивается воспитанием семейно-родовой культуры. Семейно-родовая культура призвана, как минимум, поддерживать достигнутый уровень генетической гармоничности рода и, как максимум, повышать уровень генетической гармоничности рода. Смысловое ядро семейно-родовой культуры отражает основное правило благобрачия: «Брак необходимо заключать в пределах своего этноса, в девственности и по любви». Воспитание семейно-родовой культуры основано на понимании абсолютного приоритета ценности здоровья будущих поколений и, отсюда, высокого приоритета семейно-родовых ценностей.

Педагогика здравосозидания это воспитание нравственной и физической чистоты, то есть - чистоты души и тела.

Чистота порождает гармоничность. Этническая чистота – генетическую гармоничность, нравственная чистота – духовную гармоничность, физическая чистота – физиологическую гармоничность.

Грязь убивает гармоничность. Нравственная грязь ведет к извращениям (психическим и физическим), эклектика духовных примитивов – к смертным

грехам, химическая грязь – к отравлениям, микробиологическая – к инфекциям и все вместе – к болезням.

Благодаря достигнутой нашими предками генетической гармоничности Славянский этнос в основном сохраняет свои позиции даже в современных тяжелых условиях сетевой (в том числе информационной) войны. Вместе с тем уже прослеживаются тревожные тенденции дисгении. Особенно актуальна постепенная утрата культурной чистоты (семейно-родовой, нравственной и гигиенической), которая представляет серьезную угрозу здоровью будущих поколений. Динамика показателей здоровья последнего столетия убедительно свидетельствует о деградации культуры, которая, в основном, является следствием деградации системы воспитания.

Ключевое место в системе воспитания занимает нравственное воспитание. Нравственное ядро личности включает врожденные нравственные качества и склонности и приобретенные в процессе воспитания и самовоспитания нравственные ценности. Относительно здоровья нравственное ядро является, образно говоря, иммунной системой личности.

Нравственность является ядром системы ценностей личности. Именно это ядро работает базисом рефлексий в системе рефлексивной психической защиты здоровья [70, 71]. Являясь рефлексивным базисом, нравственное ядро предопределяет, определяет и контролирует психические процессы мотивации, детерминации отношения к чему-либо, эмоциональных реакций, формирования позиции и, на следующем уровне, процессы поведения и особенности образа жизни, процессы осознания и особенности мышления.

Главной нравственной ценностью является совесть. Прежде всего, необходимо иметь совесть по отношению к своим будущим детям. В корневое поле совести попадают предки, семья (родительская и своя), свой род и свой народ. И уже, как следствие, в поле совести вовлекаются все люди и все живые существа.

Второй ценностью нравственного воспитания является чистота. Чистота - понятие нравственное. Оно всеобъемлюще и включает чистоту души и тела,

этническую и гигиеническую, желаний и помыслов, чувства и мысли, поступков и поведения, отношения к людям и природе. Душевная чистота означает и доброту, ибо чистая душа не может быть злобной.

Третьей ценностью нравственного воспитания является познание. Ценность познания включает в себя ценности труда и учения, общения с людьми и природой, размышления и постижения, осознания и творчества. Одна из ведических заповедей гласит: «Идите через Миры многие, познавая их и совершенствуя Дух свой».

Четвертой ценностью нравственного воспитания является умеренность. Умеренность во всех потребностях и любом потреблении, умеренность эмоциональная и физическая, умеренность в оценке себя, в оценках других людей и любых идей. Умеренность – мать адекватности.

Пятой ценностью нравственного воспитания является служение. Служение своей семье и своему роду, включая родителей и прародителей, детей и внуков, служение своей земле и своему народу, профессиональное служение людям и служение своему делу.

Этот перечень можно дополнить правдолюбием, миролюбием, справедливостью, честностью, долгом, верностью и другими нравственными ценностями.

Итак, главными ценностями нравственного воспитания являются совесть, чистота и умеренность, познание и служение.

Этническая чистота рода гарантирует его продолжателям гармоничное развитие и достаточную мощь соматических систем защиты здоровья (генетической преадаптации, репарации и рекомбинации, детоксикации и выведения, барьерной, иммунной и других). Гигиеническая чистота человека обеспечивает защиту от вредоносного действия химической, физической, микробиологической, эмоциональной и ментальной грязи.

Нравственная чистота защищает от негативных биоэнергетических воздействий и от аномалий поведения, приводящих к психическим зависимостям (алкоголизму, наркоманиям, игровым, компьютерным и другим),

а также к заражению инфекциями, передающимися половым путем. Нравственная чистота вместе с духовной гармоничностью защищает от аномалий отношений, следствием которых являются психосоматические заболевания (практически все распространенные болезни), возникающие при посредстве разрушающих эмоций (обида, зависти, гнева и других).

Всем известно, как важно мыть руки и все остальное, как важно питаться чистыми продуктами, пить чистую воду и дышать чистым воздухом. Все это сохраняет чистоту тела. Для здоровья еще более важно сохранять и соблюдать чистоту души. Психическая грязь опаснее телесной. Психическую чистоплотность обеспечивают установки на высокую ценность нравственной чистоты и на избежание всех видов психической грязи, включая умственную (азартные игры, бульварная литература, сектантство, либеральная идея, включая феминизм, и другую грязь) и эмоциональную (пошло-порно-похоть, мат, музыкальная попса, теле- и кино- насилие и другую грязь).

Важным источником адекватных нравственных установок являются заповеди.

Приведем 5 (имеющих отношение к здоровью и нравственному воспитанию) из 33 заповедей Иисуса Христа:

«Блаженны нищие духом» (то есть те, которые осознают необходимость познания и просят духовного подаяния).

«Блаженны кроткие» (то есть умеренные в своих желаниях).

«Блаженны чистые сердцем» (то есть нравственно чистые).

«Да светит свет ваш пред людьми, чтобы они видели ваши добрые дела».

«Берегитесь лжепророков, которые приходят к вам в овечьей одежде, а внутри суть волки хищные. По плодам их узнаете их. Собирают ли с терновника виноград или с репейника смокву».

В славянской Ведической традиции есть два Великих принципа: «Свято чтить Богов и Предков своих» и «Жить по совести» и более 180 заповедей. Приведем лишь те из ведических заповедей, которые имеют наиболее явное отношение к здоровью и нравственному воспитанию:

«Идите через Миры многие, познавая их и совершенствуя Дух свой»;

«Не разрушайте Мир ваш и природу его, ибо себя погубите и свой Мир потеряете»;

«Убегайте от Кривды и следуйте Правде, чтите Род свой и Рода Небесного»;

«Почитайте Великий пост»;

«Почитайте старость и защищайте младость, познавайте Мудрость, что оставили вам Предки ваши»;

«Не питайтесь пищей с кровию, ибо будете как звери дикие, и болезни многие поселятся в вас»;

«Вы питайтесь пищей чистою, что растет на полях ваших, в лесах и садах ваших, обретете вы тогда силы многие, силы светлые, и не настигнут вас хвори–болезни и мучения со страданиями»;

«Воспитай отец сынов с дочерьми, приучи их к жизни праведной, воспитай ты в них трудолюбие, уважение к младости и почтение к старости»;

«Какие деяния творят вам люди, такие и вы сотворяйте им, ибо каждое деяние своею мерою мерится»;

«Не отвергайте незнаемое и необъяснимое, но постарайтесь незнаемое познать, а необъяснимое объяснить, ибо Боги помогают стремящимся к познанию Мудрости»;

«Воспитайте в чадах своих любовь к Родной земле, дабы не прельщались они чудесами заморскими, а могли сами сотворить чудеса, более чудные и прекрасные, да во славу Святой земли вашей...»;

«Творите дела добрые, да во славу Рода вашего и Предков ваших...»;

«Не унижайте достоинство других людей, и да не унижено будет достоинство ваше...»;

«Не творите бед людям других Вер, ибо Бог–Творец Един над всеми Землями и над всеми Мирами...»;

«Кто убежит из земли своей на чужбину, в поисках жизни легкой, тот отступник Рода своего...»;

«Любите ближнего вашего, если он того достоин...»;

«Не берите в жены, брат – сестру свою, а сын – Мать свою, ибо Богов прогневите и кровь рода загубите...»;

«Не берите жен с черной кожей, ибо оскверните дом и свой Род загубите, а берите жен с кожей белой, вы свой дом прославите и свой Род продолжите...»;

«Не рушьте узы Союза Семейного, Богами освященные ...»;

«Да не убиенно будет чадо во чреве матери ...»;

«Не пейте много питья хмельного, знайте меру в питье, ибо кто много питья хмельного пьет, теряет вид человеческий...»;

«Помните, люди, что богатство и процветание древних Родов ваших изначально заключено в малых чадах ваших, коих вам надлежит воспитать в любви, благости и трудолюбии»;

«Самые великие и безценные драгоценности в Мире - это Меч, Совесть и Мудрость. Все остальное не принесет процветание Роду»;

«Не допускайте, люди, страх перед неизведанным в сердца ваши, а глупость и невежество - в мысли и речи ваши»;

«Ведайте, люди, что каждый потомок Древних Богов должен иметь Родовую Веру, ясный Разум, пытливый Ум, любящее и храброе Сердце, чистую Совесть, сильные Руки и крепкую Волю»;

«Не допускайте, люди, зло и гнев несправедный в Души ваши ...»;

«Да вложит любая Мать Душу свою, да во все деяния свои, и сотворит в Доме своём Покой, Ладность и Радость»;

«Да примет дочь Божия в Семейном Союзе, супруга наречённого своего, и любить-почитать будет его, как Бога-Защитника Рода своего»;

«Да примет сын Божий в Семейном Союзе супругу наречённую свою и любить-почитать будет её, как Богиню-Хранительницу домашнего Очага своего и продолжательницу Рода своего»;

«Чем больше детей будет в Родах ваших, тем больше Любви, Радости и Счастья пребудет в Родах ваших, ибо дети ваши укрепляют Роды ваши и приводят их к величию и процветанию»;

«Кто Любовь расточает, тот её потеряет, а кто Любовь излучает, тот её умножает»;

«Пусть во всех деяниях ваших Совесть и Законы Рода будут мерилom всего»;

«Отторгайте от себя мысли и деяния чужеземные, кои ведут в Пекло Безмерное»;

«Кто оберегает чадо своё от созидательных деяний, тот губит Душу чада своего»;

«Кто потакает прихотям чада своего, тот губит великий Дух чада своего»;

«Не губите Природу вашу и Кровь Родов ваших, ибо это две Великие Силы, кои дают возможность продолжать существование Древним Родам вашим».

Основой педагогики здравосозидания является **триединое воспитание культуры здоровья**, включающее воспитание:

- **семейно-родовой культуры,**
- **духовно-нравственной культуры**
- **гигиенической культуры.**

Три эти аспекта воспитания культуры здоровья переплетены и тесно взаимосвязаны. Они практически едины, ибо семейно-родовая культура является фундаментом для воспитания духовно-нравственной и гигиенической культуры. Иными словами, личное здоровье ценно не столько само по себе, сколько в качестве залога здоровья будущих детей и внуков. Залог здоровья это чистота - духовно-нравственная, этническая и гигиеническая.

Потенциал воспитания очень велик для подавляющего большинства детей. Даже при довольно высоком уровне врожденной склонности к порочности в соответствующих условиях можно воспитать достойного члена

общества. Сегодня эти возможности ограничивает неадекватный социальный дискурс.

Для успешной педагогической работы учителям и родителям необходимо знать и понимать также основные онтогенетические закономерности, то есть закономерности индивидуального развития человека.

В плане формирования условий для нормального соматического развития помимо своевременного воспитания культуры питания, физической и гигиенической культуры важно обеспечить в детстве достаточные возможности общения с родной природой, с огородом, садом и домашними животными. Такое общение препятствует формированию подверженности, в частности, аллергической патологии. Этому же способствует ограничение дальности поездок ребенка. Чем дальше от родной земли, тем больше рисков для здоровья.

В плане формирования условий для нормального психического развития необходимо иметь представление об этапах нравственного развития ребенка и последовательности освоения ребенком основных нравственных качеств. Этапы нравственного развития ребенка до 21 года хорошо изложены в книге А.Ц. Гармаева [13].

В этой последовательности человек осваивает понятия, ценности и навыки, соответствующие им смыслы, идентификации, идеи и модели поведения, если ему не навязывают ложные (например, либеральные) понятийно-ценностные конструкции.

В заключение подчеркнем, что у педагогики нет более актуальной и более высокой цели, чем созидание здоровья рожденных и будущих поколений.

4.6. СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Сто лет врачи верят в будущее профилактической медицины. Энтузиасты работают на это будущее. Работают именно энтузиасты, потому что в постсоветских странах на профилактическую медицину (включая санитарно-

эпидемиологическую службу) выделяют 2%-4% от общего бюджета здравоохранения.

В профилактической медицине существуют два принципиально отличных направления деятельности – социальное и медицинское. Социальная профилактика направлена на улучшение условий жизнедеятельности людей, включая санитарные и социальные условия жизни, что преследует цель уменьшения коллективных рисков. Медицинская профилактика направлена на содействие здоровью и противодействие рискам у индивидов в целях снижения индивидуальных рисков.

Направление социальной профилактики включает санитарно-гигиеническую и социально-гигиеническую стратегии. Направление медицинской профилактики включает оздоровительную и профилактическую стратегии. Каждую стратегию реализуют с помощью своего класса технологий.

Технологии реализации санитарно-гигиенической стратегии включают технологии санитарного контроля и гигиенического нормирования. Санитарно-гигиенические технологии давно оформились в виде службы в государственной системе здравоохранения

Основными классами технологий реализации социально-гигиенической стратегии являются социокультурные, включая образовательные и социально-экономические технологии. Эти технологии вне врачебной среды часто не воспринимаются как часть системы здравоохранения. Вместе с тем, социокультурные технологии воспитания духовно-нравственной культуры и культуры здоровья, а также технологии образования и массового информирования в области культуры здоровья являются (для данного поколения) основополагающими в профилактике заболеваемости и смертности населения. Социально-экономические технологии также оказывают существенное влияние на смертность, а точнее, на ту ее часть, которую принято называть сверхсмертностью.

Возвращаясь к социокультурным технологиям, заметим, что коэффициенты полезного действия пропаганды здорового образа жизни и

воспитания культуры здоровья соотносятся так же, как они соотносятся у паровой машины и электродвигателя, то есть менее 20% и более 80% соответственно. При этом, речь идет о воспитании, образовании и массовом информировании касательно самого здоровья и факторов здоровья, а не болезней и факторов риска заболеваний.

Направление медицинской профилактики включает оздоровительную и профилактическую стратегии. Оздоровительная и профилактическая стратегии медицинской профилактики отличаются тем, что в первом случае работа врачей направлена на повышение общего ресурса здоровья организма индивида, а во втором случае она направлена на снижение первичных и вторичных рисков.

В медицинской профилактике в рамках двух стратегий (оздоровительной и профилактической) на сегодняшний день сложились два класса технологий: массового информирования и индивидуального консультирования.

Технологии массового информирования реализуются, в основном, в рамках парадигмы пропаганды здорового образа жизни. Эта парадигма опирается на факторы популяционного риска, такие, как курение, гиподинамия, избыточная масса тела, несбалансированное питание, психоэмоциональный стресс, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, неблагоприятная наследственность. Это продолжается и сегодня, хотя уже более 20 лет назад на Всероссийской конференции по профилактической медицине в С.-Петербурге было признано, что риск для популяции и риск для индивида – это не одно и то же и что факторы популяционного риска и факторы индивидуального риска – это также не одно и то же. Иными словами, факторы риска, выявленные на уровне популяции, не обязаны работать на уровне индивида, а факторы риска, выявленные для индивида, не обязаны быть репрезентативными на уровне популяции.

Далее правомерно поставить вопрос: «А почему обсуждают популяционные факторы риска заболеваний, а не популяционные факторы здоровья?». Ответ прост. Факторы здоровья это культурные факторы, которые не подлежат примитивному статистическому анализу.

К первичным факторам популяционного здоровья относятся:

- культура брачного выбора,
- культура воспитания детей,
- социально-гигиеническая культура,
- санитарно-гигиеническая культура,
- культура контроля здоровья,
- экологическая культура.

Вторичными факторами популяционного здоровья являются:

- низкий сегрегационный генетический груз популяции,
- высокий духовно-нравственный статус общества,
- высокий социальный оптимизм населения,
- низкие санитарно-эпидемические риски,
- реальный приоритет профилактики в системе здравоохранения,
- низкие экологические риски.

Технологии индивидуального консультирования реализуют в парадигме индивидуального риска заболеваний. Кроме рисков заболеваний, важными являются факторы индивидуального здоровья, а точнее, индивидуальные факторы здоровья.

Существует две технологии индивидуального оздоровительно-профилактического консультирования. Это технологии консультирования на основе концепций интегрального риска и нозологического риска. Интегральный риск – это риск умереть в ближайшие 15 лет. Нозологический риск – это риск манифестации конкретного заболевания в ближайшие месяцы или годы в зависимости от величины риска.

Диагностическим базисом консультирования по интегральному риску являются экспресс-оценки функций сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем плюс определение артериального давления, индекса массы тела, общего содержания в крови холестерина и глюкозы. По результатам консультирования составляют рекомендации по здоровому образу жизни.

Диагностическим базисом консультирования по нозологическим рискам является выявление рисков конкретных заболеваний по всем системам организма методом ФСД-диагностики с помощью КМСД. Этот вид консультирования был рассмотрен выше в разделе 3.2. Результатом консультирования по нозологическим рискам является индивидуальная оздоровительно-профилактическая программа, которая включает строго индивидуальные рекомендации по режимам жизнедеятельности (физическому, психическому, питания и аллергорежиму) и профилактические назначения комPLEMENTАРНЫХ препаратов (натуропатических, аллопатических и др.). Еще раз отметим, что нозологические риски, а также содействующие риски (системные, психосоматические, этиологические и др.) выявляют на единой технологической основе ФСД–диагностики.

Текущее состояние развития и применения всех упомянутых технологий профилактической медицины, кроме санитарно-гигиенических, является неудовлетворительным.

Наиболее высоким потенциалом развития и влияния на здоровье населения обладают социокультурные технологии и технологии индивидуального оздоровительно-профилактического консультирования.

Высокий потенциал влияния имеют, также, технологии массового информирования, но, разумеется, в случае отказа от медицинской рекламы и акцентирования внимания не на болезнях и факторах их возникновения, а на факторах сохранения здоровья и научных знаниях о природе факторов здоровья.

Глава 5. КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Состояние общественного здоровья отражают показатели здоровья населения, характеристики демографических процессов и системные показатели, построение и применение которых наиболее перспективно. Из системных показателей сегодня применяют, в основном, индекс человеческого развития. В этой главе мы рассмотрим некоторые новые системные показатели состояния общественного здоровья и общемедицинские понятия.

5.1. СОЦИАЛЬНАЯ ЭНЕРГИЯ ОБЩЕСТВА

Будущее развитие общества как социального организма в значительной мере зависит от рефлексивной оценки своего настоящего состояния.

Состояние общества определяется актуальными смыслами, которыми оно живет. Актуальные смыслы определяют здоровье общества и его членов, реальную и потенциальную человеческую энергию социума и эффективность позитивной реализации этой энергии. Приобретение и актуализация социальных смыслов осуществляется людьми в процессах воспитания и образования и этим процессам принадлежит ключевая роль в актуализации позитивных (здоровых) или негативных (подложных) социальных смыслов. Позитивными являются только те идеи, которые несут позитивный нравственный смысл. Критерием позитивного нравственного смысла (здорового смысла) является защита здоровья и жизни людей и, прежде всего, детей – будущих и настоящих. К примеру, идеи прав человека имеют негативный нравственный смысл потому, что препятствуют защите здоровья здоровых людей.

Существует смысловое различие между пересекающимися понятиями общества и социума. Общество – это система коммуникаций и отношений между личностями, семьями и коллективами. Социум есть система

установленных в обществе иерархий и отношений между ними. Систему социума образуют два типа иерархий [72].

Первый тип иерархий – формообразующие иерархии («тело» социума). К ним относятся законодательные, исполнительные, религиозные, силовые, инфраструктурные (энергетика, транспорт, связь, финансы, наука), отраслевые (по отраслям промышленной и социальной сфер) и добровольные (профсоюзные, партийные и др.) иерархии. Вертикальная (сверху вниз) проекция системы формообразующих иерархий на плоскость дает картину (карту) общественных секторов.

Второй тип иерархий – смыслообразующие иерархии («душа» социума). К ним относятся иерархии идей, актуализированных в данном обществе (идеология), общественных ценностей (нравственных и моральных), общественных целей (задачи и планы развития) и общественных знаний (научно обоснованные теории и технологии, а также знания и умения традиционной этнической культуры).

Качество смыслообразующих иерархий определяет эффективность функционирования формообразующих систем (на данном уровне их качества) и социума в целом. Критериями качества систем смыслообразующих и формообразующих иерархий являются их нравственная непротиворечивость и логическая полнота, в совокупности определяющие системную гармоничность. Состояние высокой системной гармоничности социума называют синархией (синархия – «симфония» иерархий).

Общество физически существует в рамках своих государственных границ, а ментально – в рамках своей этнической (или полиэтнической) культуры. Государство определяет для общества не только его географические границы, но и структуру («тело») социума. Через государство и его структуры реализуются влияния на смыслообразующие иерархии, то есть на «душу» социума. Эти влияния обычно исходят от некоторого слоя своего общества, но при этом они могут быть индуцированы внешними источниками.

Два человека могут быть вполне похожими внешне и различаться своей индивидуальной энергичностью. Один и тот же человек в разные периоды своей жизни может иметь разный уровень энергичности. Общество как социальный организм и как совокупная сверхличность также может обладать тем или иным уровнем своей социальной энергии.

Многосложная природа социальной энергетики не позволяет пока дать понятию социальной энергетики прямого категориального определения. Это понятие пока остается существенно интуитивным. Вместе с тем нет препятствий для рассмотрения основных детерминант и для моделирования оценок социальной энергии. Аналогично этому, мы не располагаем прямым категориальным определением электричества, но научились измерять его параметры, и успешно развиваем электротехнику и электронику.

Главными детерминантами социальной энергии общества являются здоровье и качество жизни его членов, а также здоровье самого социума как системы отношений общественных иерархий.

Принято различать и выделять в качестве основных следующие аспекты здоровья: генетический, физический, психический и духовно–нравственный.

Для всех членов общества физическое и психическое здоровье являются вторичными, а генетическое и духовно–нравственное здоровье – первичными. Иными словами, генетическое и духовно–нравственное здоровье полностью определяют физическое и психическое здоровье людей. Рассмотрим принципиальный механизм этого предопределения.

Будем исходить из следующего определения: здоровье есть норма и гармония генетического, физического, психического и духовно–нравственного состояния и развития индивида, рода и народа [4].

На физическом и психическом уровнях организации для оценки здоровья и для диагностики болезней используют понятия и модели нормы и патологии. Эта традиционная практика вполне оправдана и достаточно эффективна для решения лечебных медицинских задач. Для решения ряда медицинских и, тем более, социальных задач оздоровления и профилактики, а также для понимания

главных детерминант социальной энергии общества понятие нормы оказывается недостаточным.

На генетическом и духовно–нравственном уровнях организации предпочтительно использование понятия гармоничности. На генетическом уровне это связано с тем, что генетическая предрасположенность к болезням и генетическая подверженность действию потенциально вредных факторов внешней среды практически всегда (в 98% случаев) реализуются в пределах нормальных генотипов, то есть в пределах генотипической нормы. Предрасположенность и подверженность определяются типами и степенями генетической дисгармоничности в пределах генотипической нормы. Основной причиной генотипической дисгармоничности является сегрегационный генетический груз.

На духовно–нравственном уровне понятие гармоничности предпочтительно потому, что за последнее столетие традиционные представления о духовно–нравственной норме подверглись эрозии, разрушению и расширению. В результате, понятие духовно–нравственной нормы оказалось размытым, нечетким и смещенным. В противоположность этому понятие духовно–нравственной гармоничности сохраняет свое позитивное смысловое содержание и непосредственно соотносится с рисками психозависимой патологии (ИППП–ВИЧ, алкоголизма, наркомании, игровой, компьютерной) и психосоматической патологии (все распространенные заболевания). Отсюда следует, что генетический аспект здоровья характеризуется гармоничностью генотипа а духовно-нравственный — гармоничностью духовно-нравственного развития.

Дисгармоничность генотипа приводит к дисгармоничности онтогенеза (индивидуального развития), которая проявляется в большем или меньшем числе малых аномалий развития в тех или иных органах и системах. Так у 85% больных артериальной гипертензией имеются признаки дисплазии соединительной ткани, а у 87% бронхолегочных больных имеют место малые аномалии развития бронхиального дерева. Дисгармоничность генотипа,

зафиксированная в малых аномалиях развития, является основной причиной предрасположенности и последующего заболевания.

Дисгармоничность духовно–нравственного развития фиксируется в структуре личности, то есть в системе нравственных ценностей (ядро личности), в убеждениях, смысловых и ценностных идентификациях различных идей. Например, молодые люди 15–25 лет, которые подвержены рискованному половому поведению, отличаются низкими оценками значимости для себя нравственных качеств [73]. Это означает, что система рефлексивной психозащиты здоровья у них практически не работает, потому что нет личностно актуальных нравственных ценностей, на которые могли бы замыкаться защитные рефлексии.

Важно понимать, что генетическая и духовно–нравственная дисгармоничность являются главными причинами всех болезней, включая психические. В этой связи вспомним еще одно определение здоровья.

Здоровье – есть результат гармоничного индивидуального развития организма и личности на основе гармоничного генотипа и гармоничного воспитания.

Поскольку гармоничность генотипа зависит от культуры брачного выбора, а гармоничность воспитания зависит от культуры воспитания, а культура брачного выбора также подлежит воспитанию, то главной детерминантой здоровья и, соответственно корневой детерминантой социальной энергии, оказывается культура (система) воспитания детей. На культуру воспитания существенное влияние оказывают актуализируемые в обществе идеологические системы (духовность тождественно равна смысловой и ценностной идентификации идей) и связанные с ними представления о нравственности. Для подъема духовности общества исключительно важными являются актуализация и развитие идеологии здоровья.

Здоровье социума как системы определяется уровнем значимости в обществе, в его идеологии и законодательстве ценностей здоровья, идеологием здоровья, целей формирования и защиты здоровья. Особую значимость имеет

воспитание нравственного здоровья и подготовленность тех, кто занимается воспитанием, то есть педагогов и родителей.

Здоровье социума и его членов реализуется в социальной энергии общества, от которой зависит качество и темпы развития всех секторов общественной деятельности. Достаточно высокая социальная энергетика общества особенно важна для развития таких областей деятельности как научная и техническая, инновационная и коммерческая, искусство и литература. Заметим, что высокой энергетике общества не бывает без его высокой нравственности.

Как было отмечено выше, второй после здоровья главной детерминантой социальной энергии общества является качество жизни его членов. Согласно определению ВОЗ "«качество жизни - это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются». Следует четко различать качество жизни от качества условий жизни и уровня жизни, которые вносят лишь небольшой вклад в качество жизни. Качество жизни людей в основном социально детерминировано. Оно зависит от уровней таких характеристик социума, как социальная духовность (духовно–нравственный статус социума), социальная справедливость, социальный оптимизм, социальная защищенность.

Итак, социальная энергия общества в основном определяется уровнем здоровья и уровнем качества жизни. На этом основании можно предложить формулу для оценки социальной энергии общества:

$$\hat{N}Y\hat{I} = \hat{E}\hat{A}E \times \frac{\times\hat{I} - (\times\hat{E} + \times\tilde{O}\hat{A})}{\times\hat{I}}, \text{ где:}$$

СЭО – социальная энергия общества (в %),

КЖ – среднее значение качества жизни (в %),

ЧН – численность населения,

ЧИ – число инвалидов,

ЧХБ – число хронических больных.

Дробь имеет смысл доли здоровых членов общества, а точнее доли людей, не имеющих инвалидности и хронических заболеваний.

Таким образом, согласно модели, социальная энергия общества равна произведению среднего значения качества жизни его членов на долю здоровых членов общества.

Наши оценки качества жизни для целого ряда выборок различных возрастных и профессиональных групп показали, что средние значения качества жизни во всех выборках составляло около 30% от максимально возможного [74].

Если учитывать всех хронических больных (с патологией сердечно–сосудистой, бронхо–легочной, желудочно–кишечной, моче–половой, эндокринной, нервной и опорно–двигательной систем, а также лиц с психической патологией и лиц, имеющих инвалидность), то по оптимистичной оценке доля относительно здоровых в странах СНГ не превышает половины. Отсюда, оценки социальной энергии общества составляют около 15%, то есть социальная энергия общества находится на очень низком уровне.

Социальная энергия общества реализуется в трудовой, семейно–родовой, социо–культурной и другой позитивной деятельности его членов. Можно утверждать, что величина социальной энергии общества является наиболее точной характеристикой потенциала его развития. Для любой позитивной и созидательной деятельности необходим достаточно высокий энергетический потенциал.

Задача увеличения социальной энергии общества включает задачи повышения качества жизни и улучшения здоровья населения.

Решение этих задач зависит от политиков, педагогов и врачей. Индикатором отношения политиков к задачам повышения качества жизни и улучшения здоровья населения является их отношение к педагогам и врачам.

При условии адекватной позиции политиков основная роль в деле восстановления социальной энергии общества принадлежит родителям и педагогам. Они формируют у подрастающих поколений представления о нормах социальной справедливости, об источниках социального оптимизма, о смысловом содержании идеологических и нравственных категорий. Они формируют у детей и молодежи культуру здоровья, которая является единственным источником формирования здорового образа жизни. Обязанность врачей заключается в обеспечении педагогов и всех остальных необходимыми знаниями и представлениями о природе здоровья. Заметим, что, например, в Республике Беларусь врачей около 50 тысяч человек, а педагогов около 500 тысяч.

Казалось бы, очевидно, что законодателям необходимо обеспечить условия создания и развития педагогики здоровья, а также медицинских оздоровительно–профилактических служб, включая медико–профилактические службы детских садов, школ, учреждений среднего специального образования и ВУЗов, обеспечить опережающее развитие санаториев и профилакториев, детских оздоровительных лагерей. Также очевидно, что повышение социальной энергии общества является делом всего общества и требует оздоровления самого социума как системы общественных идей, ценностей и целей, определяющих систему общественных отношений. Оздоровление социума требует комплексных мер, начиная с мер социальной санитарии и заканчивая законодательным закреплением высоких нравственных стандартов. Однако, реализация этих очевидностей маловероятна в условиях существующей идеологической парадигмы.

Развиваемая концепция социальной энергии общества существенно отличается от широко известной концепции человеческого развития. Индекс человеческого развития рассчитывают на основе ожидаемой при рождении продолжительности жизни, показателя охвата обучением (соотношение общего числа учащихся к численности населения в возрасте 5–24 лет) и величины валового внутреннего продукта на душу населения.

Показатель социальной энергии общества учитывает качество жизни и здоровье. Его отличие от индекса человеческого развития следует из того, что можно получить образование и прожить достаточно обеспеченную и достаточно продолжительную, но не очень здоровую, вялую и малопродуктивную жизнь, что часто имеет место в реальности.

Вполне понятно, что показатель социальной энергии общества может служить инструментом контроля состояния общественного здоровья.

5.2. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Понятие «демография» вошло в научный обиход более 150 лет тому назад, когда в 1855 года вышла в свет книга французского исследователя Ашиля Гийяра под названием «Элементы статистики человека или сравнительная демография, где представлены принципы этой новой науки, и сопоставлены, по наиболее достоверным материалам, состояние, общее движение и развитие населения в цивилизованных странах». Под демографией А. Гийяр понимал «математическое познание населений, их общего движения, физического, гражданского, интеллектуального и морального состояния» [75, 76].

К настоящему времени сложилась обширная система демографических наук, которая включает теоретическую демографию, экономическую демографию, медицинскую демографию, этническую демографию, демографию семьи, политическую демографию, и др.

Пересечение демографии со смежными областями знаний приводит к смещению содержания демографических терминов, но вместе с тем и порождает потребность в их смысловой реконструкции. Содержательный вектор формирования демографических понятий задается тем, как будут определены предмет демографии, объект демографии, а также содержанием методологии.

В учебнике демографии В.М. Медкова [77] приведено определение демографии, которое дается в Многоязычном демографическом словаре, подготовленном специалистами ООН: «...демография изучает закономерности и социальную обусловленность рождаемости, смертности, брачности и прекращения брака, воспроизводства супружеских пар и семей, воспроизводства населения в целом как единства этих процессов». Электронная энциклопедия Википедия предлагает нам следующую формулировку: «Демография (греч. δῆμος — народ, γράφω — пишу) - наука о закономерностях воспроизводства населения, о зависимости его характера от социально-экономических, природных условий, миграции, изучающая численность, территориальное размещение и состав населения, их изменения, причины и следствия этих изменений и дающая рекомендации по их улучшению» [76]. Анализ выше приведенных и ряда других определений демографии показывает, что предметом этой науки предлагается считать закономерности воспроизводства населения.

Изучение закономерностей демографической динамики, выполненное И. А. Гундаровым, позволило выявить социальную обусловленность демографических процессов и сформулировать закон духовно-демографической детерминации, в соответствии с которым «при прочих равных условиях улучшение (ухудшение) нравственно-эмоционального состояния общества сопровождается улучшением (ухудшением) демографической ситуации» [56]. Идеи И. А. Гундарова получили дальнейшее развитие в цикле исследований, в которых были выявлены социальные детерминанты для демографических процессов рождаемости, смертности и миграции. [78 - 81].

Закономерности демографической динамики проявляются, прежде всего, как закономерности социальной детерминации демографических процессов, поэтому в качестве предмета современной демографии более логично рассматривать **детерминанты демографической динамики**, причем в современных обществах главными классами детерминант являются социальные

и политические. Выявление и изучение демографических детерминант позволяют определять способы управления воспроизводством поколений.

Принято рассматривать два аспекта воспроизводства поколений: воспроизводство качества и воспроизводство численности. Качество воспроизводимых поколений – это их здоровье. Именно здоровье и, прежде всего, духовное, обеспечивает те характеристики, которые принято считать показателями качества населения – показатели рождаемости, смертности, брачности, уровня образования, социальных аномалий и т.п. Качеством воспроизводимых поколений в конечном итоге определяются и их количественные характеристики. Поэтому воспроизводство качества в поколениях является главным аспектом воспроизводства, а воспроизводство численности – второстепенным аспектом. Смысловой анализ понятия «закономерности и социальная обусловленность воспроизводства» также приводит к пониманию того, что предметом демографии следует считать детерминанты демографических процессов и способы обеспечения воспроизводства поколений, их качественных и количественных характеристик.

Формирование представления о предмете демографии позволяет перейти к постановке вопроса об объекте, изучаемом этой наукой. Объект изучения в демографии должен быть пригодным для объективного и эффективного выявления детерминант и способов обеспечения нормального воспроизводства поколений.

В научной литературе по демографии в качестве объектов демографических исследований упоминаются:

- популяция,
- население,
- народонаселение,
- народ.

Популяционный уровень используется в этно-, эколого-, генетико-, и медико-демографических исследованиях. При этом под популяцией людей, как правило, понимают группу лиц, характеризующуюся единством

местообитания. Конкретизация критериев популяции задается исследовательской задачей. Поэтому в демографических исследованиях объекты-популяции практически всегда не тождественны друг другу. Соответственно этому, результаты популяционно-демографических исследований не всегда достаточно информативны.

Основным объектом демографических исследований, согласно утвердившейся позиции является население. Под населением в демографии понимают самовоспроизводящую совокупность людей, населяющую определенную территорию, то есть основной критерий выделения объекта исследования в данном случае - территориальный. Населения, заселяющие территории современных стран, как правило, достаточно разнородны как в социокультурном, так и в биогенетическом отношении. Поэтому выявление детерминант демографической динамики относительно заведомо высоко гетерогенного населения приводит к получению неадекватно усредненного результата, не позволяющего достичь необходимого уровня информативности детерминант.

Понятие народонаселения неоднозначно в своей интерпретации. Это либо население, состоящее из нескольких народов, либо конкретный народ на конкретной территории.

В современной демографии население, народ и народонаселение принято рассматривать как понятия синонимичные. Однако понятие народа имеет более глубокое и демографически более осмысленное содержание. В толковом словаре В. Даля народом называется «люди, народившийся на известном пространстве, ...жители страны, говорящие одним языком; обыватели страны, состоящей под одним управлением».

Говоря современным нам языком, народ – это генетическая, историческая, языковая, культурная и территориальная общность людей. Однородность народа по социальным, культурным, историческим и биогенетическим критериям полностью соответствует задаче выявления

детерминант и определения способов нормализации демографических процессов.

Это соответствие позволяет **считать народ главным объектом демографии**. По мнению российского демографа В.А. Башлачева, именно на изучение народа нацеливал А. Гийяр науку демографию, нарекая ее от известных греческих корней, в отличие от предшествующей ей популяционистики (от французского *population* – население) [82].

Анализ содержания предмета и объекта демографии приводит к следующему определению демографии как науки: **демография - это наука о детерминантах и способах нормализации воспроизводства численности народа и его качества.**

В демографическом контексте целесообразно рассматривать два аспекта качества народа: демографическое качество и социо-культурное качество. Основой демографического качества народа является его духовно-нравственное, генетическое, психическое и физическое здоровье. Демографическое качество народа определяется показателями здоровья ныне живущих поколений и создает базу для формирования демографического качества будущих поколений.

Основу социо-культурного качества народа составляют два аспекта его коллективного сознания: семейно-родовой и этно-патриотический. Иными словами, сознание народа определяется уровнем его этнической самоидентификации и семейно-родовой культуры. Этническое и семейно-родовое сознание обуславливают преемственность традиций, культуры, образования, социальной организации, т.е. социальное наследование и воспроизводство. Отсюда видно, что демографический и социо-культурный аспекты качества народа взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Взаимодействие двух аспектов качества народа осуществляется через духовно-нравственный статус, определяемый актуальной структурой ценностных и целевых приоритетов. Именно особенностями духовно-нравственного состояния общества объясняется невысокая эффективность

социальных программ материального стимулирования рождаемости, поскольку рост материальных возможностей при доминирующей системе материальных целей и ценностей приводит к росту материальных же потребностей, а не к ожидаемому изменению репродуктивной установки. Этим же объясняется и «демографический парадокс» экономически развитых стран: чем выше уровень жизни, тем меньше детей в семьях.

Глубина понимания сути демографических процессов определяется содержанием методологии, избираемой для их изучения. Современная демография рассматривает демографические процессы с позиций их общественно-исторической обусловленности. Доминирование историко-социального подхода в демографии обусловлено стремлением выявлять социальные закономерности воспроизводства населения. Соответственно этому стремлению, основными методологическими принципами в демографии становятся принципы историзма и статистического измерения [69]. Можно сказать, что специфику историко-социального научного подхода к методологии демографии передает следующее высказывание В.И. Ленина: «Условия размножения человека непосредственно зависят от устройства различных социальных организмов...» [83].

Если принять определение демографии как науки о детерминантах и способах нормализации воспроизводства конкретного народа и его качества, то логически неизбежен этно-социальный научный подход. Суть этого подхода состоит в демографическом анализе духовно-нравственных, генетических и социальных детерминант качества народа и выявлении комплексных детерминант и соответствующих им способов нормализации демографических процессов у конкретного народа.

Этно-социальному подходу в демографии соответствует методология индикаторного анализа и выявления детерминант. Методология индикаторного анализа была сформирована в области демографии И.А. Гундаровым и основана на выявлении социальных индикаторов демографических процессов на основе анализа связей динамики социальных и демографических

показателей. Под социальным индикатором понимают социальный показатель, динамика которого опережает динамику демографического процесса и указывает направление демографической динамики [56].

Методология выявления детерминант основана на определении актуальных социальных факторов, их статистическом и содержательном анализе, выявлении простых и конструировании комплексных детерминант демографической динамики, включая детерминанты качества народа [78 - 81].

Анализ основных структурных элементов демографии позволяет утверждать, что излагаемая система взглядов позволяет генерировать более адекватные варианты постановки проблем и способов их решений, то есть обладает более высоким познавательным потенциалом.

Для понимания природы основных тенденций динамики демографических процессов, для правильного оценивания значимости как медико–демографических, так и других социальных процессов, для осознания их системной целостности, глубокой и тесной взаимосвязи, необходимо развитие системных представлений о детерминации этих процессов.

Три демографических процесса – рождаемости, смертности и миграции– количественно неравноможны и качественно неравнозначны. Главными являются качественные соотношения.

Для процессов иммиграции и эмиграции основное качественное соотношение можно сформулировать следующим образом: приезжают не лучшие, а уезжают не худшие. Качество процесса смертности определяет уровень смертности лиц трудоспособного возраста. Качество процесса рождаемости связано с уровнем генетического здоровья семей, а также с внебрачной рождаемостью, рождаемостью в гипосоциальных семьях, то есть в социально неблагополучных семьях.

Анализ количественных соотношений показывает следующее. Что касается процессов миграции, то в последний период из Республики Беларусь только в страны СНГ и Балтии (не считая всех других стран) ежегодно уезжают около 8 тысяч человек, а разрешение на постоянное место жительства в РБ

ежегодно получают около 9 тысяч человек. С учетом эмиграции за пределы территории бывшего СССР баланс иммиграции и эмиграции оказывается околонулевым (разность составляет плюс 0,02% от численности населения), то есть неспособным внести положительный вклад в общий демографический баланс, а с учетом качественного аспекта этот вклад может оказаться существенно отрицательным.

Одним из лучших показателей общего демографического баланса является нетто-коэффициент воспроизводства населения (НКВН). Этот коэффициент отражает степень замещения поколения матерей поколением их дочерей с учетом доживания дочерей до окончания репродуктивного периода. При значениях НКВН больше единицы коэффициент естественного прироста имеет положительные значения.

Анализ демографической динамики в России за 1986–1999 гг. показал, что, если общее снижение НКВН принять за 100%, то 99,4% этого снижения обусловлено падением рождаемости, и только 0,6% – ростом смертности [84]. Этот факт убедительно свидетельствует о том, что рождаемость является главным демографическим процессом.

Адекватное оценивание и достоверное прогнозирование демографических процессов являются необходимой основой для эффективного управления. Иными словами, успешность позитивного управления зависит от качества оценивания и прогнозирования. Это качество в свою очередь зависит от понимания ряда системных аспектов демографических процессов. Некоторые из таких аспектов рассмотрим ниже.

Аспект 1.

Природа социальных систем, реализующих демографические процессы.

Демографические процессы реализуют два класса взаимодействующих социальных систем: микросоциальные и макросоциальные.

Микросоциальные, то есть семейно-родовые, системы непосредственно реализуют все демографические процессы. Макросоциальные системы

(социум) являются для микросоциальных систем активной рефлексивно управляющей средой.

Микросоциум есть система семей и родовых отношений между ними. Родственные связи, их глубина и широта определяют структуры микросоциума. Семейно-родовые ценности, их субъективная значимость и личностная актуальность через процессы воспитания детей определяют эффективность реализации демографической функции микросоциума.

Макросоциум есть система общественных иерархий и отношений между ними. Эту систему образуют два типа иерархий, которые были рассмотрены выше. Первый тип – формообразующие иерархии («тело» социума). Второй тип – смыслообразующие иерархии («душа» социума).

Жизнь общества определяют, в основном, те идеи, ценности и цели, которые занимают высшие места в соответствующих смыслообразующих иерархиях.

Аспект 2.

Системные макросоциальные факторы детерминации демографических процессов.

Факт зависимости демографической динамики от состояния социума вполне очевиден. Менее очевидны основные координаты факторного пространства, в котором реализуется эта зависимость. Анализ научной литературы по социологии [56, 63, 77, 84, 85] и опыт собственных исследований [86 - 88] позволяет выделить главные координаты факторного пространства социальной детерминации демографической динамики.

Эти координаты следующие:

- социальная духовность,
- социальная справедливость,
- социальная защищенность.

Эти координаты не ортогональны, то есть они не являются независимыми. Первая существенно влияет на остальные. Социальная

духовность предопределяет уровни социальной справедливости и защищенности. Кроме этого, от социальной справедливости зависит социальная защищенность. Социальные переменные духовности, справедливости и защищенности естественным образом отображают культуру общества – общую культуру, культуру здоровья и культуру воспроизводства здоровых.

Как уже упоминалось, ведущая роль духовности нашла отражение в законе духовно–демографической детерминации, который был сформулирован И.А. Гундаровым: «При прочих равных условиях улучшение (ухудшение) духовного состояния общества сопровождается снижением (ростом) заболеваемости и смертности».

Глубина понимания этого закона зависит от четкости представлений о том, что такое духовность. Формированием научных представлений о духовности мы обязаны Р. Дилтсу [11]. Р. Дилтс развивал идеи Б. Рассела и Г. Бейтсона о логических типах и логических уровнях. Р. Дилтс пишет следующее «...в рамках отдельного человека или группы существует естественная иерархия уровней, в которой осуществляются различные логические типы процессов. Каждый уровень синтезирует, организует и направляет тот или иной вид деятельности на нижележащем уровне. Какое-либо изменение на верхнем уровне обязательно распространяется вниз, вызывая изменения на нижних уровнях. Однако, поскольку каждый последующий уровень относится к другому логическому типу процессов, изменение чего-либо на нижнем уровне не обязательно отразится на верхних уровнях. К примеру, убеждения формируются и изменяются под действием иных правил, чем поведенческие рефлексы. Поощрение или наказание за какое-либо поведение не обязательно скажется на убеждениях человека, потому что системы убеждений представляют собой иной психический и нервный тип процессов, чем поведенческие проявления.

Согласно модели нейро-лингвистических уровней, влияние окружения включает в себя специфические внешние условия, в которых имеет место наше поведение. Формы поведения, лишённые какой-либо внутренней карты, плана

или стратегии, подобны коленному рефлексу, привычкам или ритуалам. На уровне способности мы можем выбирать, изменить и адаптировать тот или иной вид поведения к более широкому спектру внешних ситуаций. На уровне убеждений и ценностей мы поощряем, запрещаем или обобщаем ту или иную стратегию, план или способ мышления. Идентификация, разумеется, консолидирует все системы убеждений и ценностей в самосознание. Духовный уровень связан с ощущением, что наша идентификация является частью чего-то большего, чем мы сами, а также с нашим видением тех систем, к которым мы принадлежим. В то время как каждый новый уровень все больше и больше абстрагируется от особенностей поведения и сенсорного опыта, его воздействие на поведение оказывается все более и более широким».

Из этих представлений следует научное определение понятия духовности: духовность – это система смысловой и ценностной идентификации социально значимых идей. Иными словами, духовность – это идеология в самом широком смысле этого слова. Социальная духовность включает смысловую и ценностную идентификацию всех идей, которые актуальны в данном обществе – религиозных, социальных, политических, космогонических и других.

Сфера духовного сознания, включающая идентификацию идей и людей, оказывает большое влияние на сферу нравственного сознания. Это влияние реализуется, в основном, через перенормировку нравственных ценностей. Сферы духовного и нравственного сознания в совокупности детерминируют качество рефлексивной психической защиты здоровья. Именно в этом суть механизмов духовно-демографической детерминации.

В общем случае можно выделить три основных уровня защитных рефлексий, включая рефлексии (чаще подсознательные) на собственные ценности, рефлексии на ценности других людей (в том числе родных и близких) и рефлексии на ценности мироздания (мировоззренческие ценности).

Разумеется, что социальные факторы духовности, справедливости и защищенности всегда работают вместе, совокупно и нелинейно. Тем не менее,

для каждой из этих координат выделяют показатели, которые служат индикаторами этих социальных факторов и обладают прогностической значимостью относительно их динамики.

Индикаторами социальной духовности являются частоты психозависимостей (алкоголизма, наркоманий и др.), венерических заболеваний и разводов, а также частота самоубийств и показатели социального сиротства.

Индикаторами социальной справедливости являются, например, показатели преступности, доступности жилья, работы, образования и медицинской помощи и отношение максимальной и минимальной величин заработной платы и других доходов.

Индикатором социальной защищенности является показатель продолжительности жизни.

Рождаемость и частота самоубийств являются индикаторами совокупного действия социальных систем духовности, справедливости и защиты.

Поскольку социальная духовность предопределяет справедливость и защищенность, постольку все индикаторы в большей или в меньшей мере связаны с духовностью.

Основу (ядро) духовности составляют естественные (натуральные) ценности, которые соответствуют природной (биосоциальной) сущности человека. Для преодоления демографического кризиса и обеспечения позитивного развития общества необходим переход от мифологии "измов" к идеологии здоровья и системе натуральных ценностей.

Суть идеологии здоровья отражает критерий жизни Ломоносова – Шувалова – Менделеева – Гумилева: «Любое социально–значимое решение или действие, как минимум, не должно создавать прямой или косвенной угрозы безопасности и здоровью рода, народа и общества и, как максимум, должно способствовать повышению безопасности и здоровья рода, народа и общества».

Систему натуральных ценностей составляют следующие:

-- здоровье и его воспроизводство в поколениях,

- роднолюбие (в том числе патриотизм) и его трудовая реализация,
- познание и его духовная реализация.

Именно эти ценности задают положительные значения социальных координат, которые детерминируют демографические процессы.

Аспект 3.

Система основных демографических характеристик.

Основными демографическими характеристиками являются: качество населения, качество воспроизводства населения и количество (численность) населения.

Следует согласиться с М.С. Бедным в том, что первой качественной характеристикой населения является его здоровье (духовно-нравственное, генетическое и физическое) и что для того, чтобы иметь здоровое население, необходимо обеспечить воспроизводство здоровых поколений [63]. Именно обеспечить, потому, что здоровье будущих поколений преимущественно (на 90%) и закономерно определяется генетическим статусом и системой воспитания потенциальных родителей [4]. Задача повышения здоровья будущих поколений имеет первостепенное и первоочередное значение и требует формирования культуры воспроизводства здоровья населения по многим аспектам и, особенно, в аспекте культуры брачного выбора.

На здоровье родившихся поколений (при некотором достигнутом уровне генетической гармоничности) наиболее существенно влияет качество нравственного развития. А это предъявляет определенные требования к качеству домашнего, дошкольного и школьного воспитания. Нравственное развитие является второй характеристикой качества населения.

Третьей основной характеристикой качества населения является уровень образования, включая не только количество специалистов каждого образовательного уровня, но и качество образования, в том числе качественные и количественные показатели подготовки специалистов высшей квалификации (кандидатов и докторов наук). В конечном итоге уровень образования зависит

от количества и качества научных школ, а, следовательно, от поддержки тех ученых, которые способны их создавать.

Изложенное показывает, что качество населения определяется духовно-нравственным, генетическим и физическим здоровьем населения, а также уровнями нравственного развития и образования.

Качество воспроизводства населения определяется уровнем семейно-родовой культуры, включая культуру брачного выбора, культуру зачатия и вынашивания детей, а также культуру воспитания детей. Чем выше семейно-родовая культура, тем выше качество воспроизводства населения и, соответственно выше качество воспроизводимого населения. Таким образом, качество населения полностью определяется качеством его воспроизводства.

Количество населения определяется воспроизводством его численности, темпы которого связаны с качеством населения и качеством социальных условий. Так, если оба супруга здоровы, то 72% таких семей имеют более одного ребенка, а если один из супругов болен, то 48% этих семей имеет только одного ребенка [63]. Мы согласны с теми авторами, которые утверждают, что имеющиеся в научной литературе «противопоставления качества и количества населения являются надуманными», ибо в демографии количество определяется качеством [85]. Эти же авторы справедливо утверждают, что «ключевым управляемым параметром динамики процесса воспроизводства населения в современных условиях является уровень рождаемости [85]. Это действительно так, потому что смертность в принципе не может быть ключевым параметром и потому что смертность является пока практически мало управляемым демографическим параметром. Последнее связано, во-первых, с тем, что проблема социогенной смертности является пока предметом демографической науки, а не практики социального управления. Во-вторых, это частично связано с технологическими ограничениями современной медицины. Главными технологическими ограничениями современной медицины являются недоступность средств ранней диагностики (первичной и вторичной) и эмбриональный уровень развития оздоровительно-профилактических служб

здравоохранения (2% - 4% бюджета отрасли здравоохранения). Очевидно, что в пределах принципиальных возможностей отрасли здравоохранения только ранняя диагностика и профилактика (особенно вторичная) на основе технологий ФСД-диагностики способны повлиять на уровень смертности, которая связана, в основном, со вторичной заболеваемостью, то есть с обострениями, рецидивами и осложнениями имеющихся заболеваний.

Таким образом, кроме генетической и нравственной гармоничности на здоровье населения существенное влияние оказывают доступность ранней диагностики, включая диагностику всех видов индивидуального риска (смотри раздел 3.4.) и объем профилактической и ранней медицинской помощи.

Аспект 4.

Микросоциальные, то есть семейно–родовые системы.

В.М. Медков совершенно точно идентифицирует главную детерминанту демографической динамики как состояние социального института семьи и, соответственно, главную причину демографической катастрофы как деградацию социального института семьи [77].

Как уже было упомянуто, главным демографическим ресурсом является рождаемость.носителем этого ресурса являются семьи, а на степень реализации этого ресурса влияет социум. Отсюда следует необходимость понимания природы внутрисемейной детерминации ресурса деторождения. От этого понимания зависит эффективность разработки спектра основных социально–политических мер, направленных на рефлексивное стимулирование рождаемости.

Природа внутрисемейной детерминации ресурса деторождения является преимущественно нравственно–психологической, то есть первым и главным фактором является нравственное здоровье семьи. Вторым фактором является репродуктивное здоровье семьи, включая генетический и функциональный аспекты репродуктивного здоровья. Третьим фактором является качество жизни семьи, на которое преимущественно влияют ее духовно–нравственные

ценности, а также качество условий жизни, уровень жизни и другие социально обусловленные обстоятельства. Четвертым фактором является качество медицинской защиты семьи, в том числе защиты будущей семьи, то есть медицинской защиты репродуктивного здоровья.

Все четыре фактора внутрисемейной детерминации ресурса деторождения находятся под существенным влиянием социума, а можно сказать – под контролем социума. Социальные ценности в виде популярных (популяризируемых) идеологием формируют духовно–нравственный статус молодых людей и молодых семей, формируют соответствующую структуру потребностей семьи, создают стереотипы мнений и представлений о семье, смещают внутрисемейные ценности в сторону индивидуализма и материального потребления и приводят к соответствующей структуре семейных потребностей. В результате потребность супругов в детях проигрывает конкуренцию другим, в основном, материальным семейным потребностям.

Основной функцией семьи является воспроизводство своего рода – воспроизводство качественное и воспроизводство количественное. При этом воспроизводство качества своего рода гораздо важнее, чем воспроизводство количества. Но даже при рассмотрении только количественного аспекта воспроизводства понятно, что детность в семье предопределяется определенными качественными характеристиками здоровья семьи. Совокупность таких характеристик формирует качество здоровья семьи.

Аспект 5.

Оценка репродуктивного потенциала семьи.

В демографическом контексте наиболее очевидными и, безусловно доказуемыми являются три компонента качества семьи: генетический, функциональный и духовно–нравственный. Эти три компонента соответствуют трем аспектам здоровья: генетическому, физическому и духовному [4]. Важно понимать, что указанные компоненты качества здоровья семьи не являются

аддитивными, а взаимно усиливают (или ослабляют) друг друга. Отсюда следует, что модель для оценки качества здоровья семьи должна быть мультипликативной. В рамках каждого компонента необходимо оценить соответствующий статус семьи: генетический, функциональный и духовно–нравственный. Если каждый статус оценивать по 10–бальной шкале, то модель для оценки удобно представить в следующем виде:

$$\hat{E}_{\zeta\tilde{N}} = \frac{\tilde{A}_{\zeta\tilde{N}} \times \hat{O}_{\zeta\tilde{N}} \times \tilde{A}'_{\zeta\tilde{N}}}{\hat{E}_1} \times 100, \text{ где:}$$

КЗС – качество здоровья семьи (%),

ГЗС – генетический статус здоровья семьи,

ФЗС – функциональный статус здоровья семьи,

ДНЗС – духовно–нравственный статус здоровья семьи,

К1 – нормировочный коэффициент (его значение равняется произведению максимальных значений градаций для ГЗС, ФЗС и ДНЗС, т.е. 1000).

Оценка генетического статуса здоровья семьи должна проводиться на основе семейно-родового анамнеза обоих супругов и учитывать сегрегационный и мутационный генетические грузы.

Оценка функционального статуса здоровья семьи проводится на основе медицинского обследования обоих супругов и учитывает репродуктивно значимые болезни.

Для оценки духовно–нравственного статуса здоровья семьи можно с успехом адаптировать метод выявления подверженности и оценки индивидуальных рисков реализации рискованного полового поведения [89]. Этот метод опирается на индивидуальные оценки основных нравственных ценностей.

Репродуктивный потенциал семьи зависит от качества здоровья семьи, качества жизни семьи и качества медицинской защиты семьи. Для его оценки можно использовать следующую мультипликативную модель:

$$RPN = \frac{KZS \times KZS \times KMZS}{K2} \times 100, \text{ где:}$$

РПС – репродуктивный потенциал семьи (%),

КЗС – качество здоровья семьи (%),

КЖС – качество жизни семьи (%),

КМЗС – качество медицинской защиты семьи (%),

К2–нормировочный коэффициент, (его значение равняется произведению максимальных значений для КЗС, КЖС и КМЗС). При использовании шкалы % для всех показателей, входящих в формулу, К2=1000000.

Для оценки качества жизни семьи целесообразно использовать метод оценки индивидуального качества жизни [74], который основан на определении качества жизни, зафиксированном в документах Всемирной организации здравоохранения [90]. При этом за качество жизни семьи следует принимать качество жизни того из супругов, чья индивидуальная оценка ниже.

Качеством медицинской защиты семьи мы называем уровень полноты медико–профилактических мероприятий, предшествующих зачатию и рождению ребенка. Модель для оценки КМЗС может включать: 1. оценки уровня знаний, необходимых будущим маме и папе; 2. оценку процесса планирования зачатия; 3. оценку мероприятий по онтогенетической (пренатальной) профилактике.

Аспект 6.

Системное оценивание демографических процессов.

Системные оценки демографических процессов могут выполняться на двух уровнях: микросоциальном и макросоциальном. Микросоциальные и

макросоциальные оценки представляют собой два направления системных исследований демографических процессов. Оба направления одинаково актуальны и важны для понимания этих процессов. Достаточно полное понимание природы, особенностей и локальной специфики демографических процессов может быть достигнуто только при совместном рассмотрении условий формирования макросоциального вектора этих процессов (социальные системы духовности, справедливости и защиты) и микросоциальной реализации этих процессов в индивидуально–семейных системах (смертность, миграции) и семейно–родовых системах (рождаемость).

И микро– и макросоциальные системные оценки могут быть формальными и содержательными. Формальные оценки получают на основе формально информативных (например, коррелирующих с демографическими показателями) наборов или композиций микро– или макросоциальных показателей. Это традиционный и наиболее распространенный подход к системному оцениванию. Формальные оценки помогают осознанию важности социальных факторов и их высокой связности, а также нередко позволяют выявить наиболее важные факторы и наиболее информативные предикторы. Содержательные оценки выполняют на основе осмысленных моделей главных характеристик рассматриваемых систем.

Для микросоциальных систем такой главной характеристикой является репродуктивный потенциал семьи. Содержательная модель репродуктивного потенциала семьи приведена выше.

Для макросоциальных систем главными содержательными характеристиками являются социальная духовность, справедливость и защищенность. Задачи разработки содержательных моделей для оценки этих характеристик являются нерешенными и, разумеется, исключительно актуальными.

Главным этапом решения задач системного оценивания демографических процессов на макросоциальном уровне является выявление ключевых идеологем духовности, а также репрезентативных показателей социальной

справедливости и защищенности и выделение на их совокупном множестве смысловых подсистем, для которых имеет место нарушение баланса социальных ценностей, приводящее к негативному влиянию на демографические процессы или на здоровье населения. Заметим, что дисбаланс социальных ценностей системных идеологием негативно влияет на здоровье и репродуктивный потенциал семьи по механизму снижения эффективности личностных систем рефлексивной психической защиты.

Проиллюстрируем этап выявления ключевых идеологием на примере смысловой подсистемы основных уровней организации общества: личности, семьи, рода и народа. Гармоничная идеология предполагает определенный баланс ценностей и целей и соответствующих обязанностей и прав между личностью, семьей, родом и народом. Заметим, что интересы народа формально представляет государство. Вряд ли можно найти основания сомневаться в том, что гармоничный баланс интересов личности, семьи, рода и народа есть необходимое условие нормального демографического развития и, как следствие, устойчивого социально-экономического развития.

Гармоничный баланс в системе «личность–семья–род–народ» достигается в случае приоритета, то есть относительно более высокой значимости семейно-родовых ценностей и семейно-родовых прав и обязанностей.

Нарушение и сдвиг этого баланса вправо, то есть в пользу интересов народа, а точнее его представителя – государства, формирует тоталитарный тип аномального развития общества. Нарушение и сдвиг гармоничного баланса влево, то есть в пользу интересов личности, формирует либеральный тип аномального развития общества. Любой тип аномалии развития есть патология. И правосторонний, и левосторонний варианты патологического процесса в равной мере принижают семейно-родовые ценности и понижают демографический потенциал семьи и общества.

Аспект 7.

Связи макросоциальных показателей и рождаемости.

Мы исследовали корреляционные связи между динамическими рядами 35 макросоциальных и 22 демографических показателей за период 1990–2005 гг. для Республики Беларусь. Макросоциальные показатели отражают основные классы социальных условий (социальные характеристики условий воспроизводства населения, социальные характеристики качества населения, социальные показатели демографических угроз). В качестве корреляционной меры использован коэффициент корреляции Спирмена с учетом автокорреляций. В результате динамического корреляционного анализа выявлено семь макросоциальных показателей, которые имеют достоверные коэффициенты корреляций с показателями рождаемости и воспроизводства населения, включая общий коэффициент рождаемости, число родившихся, суммарный коэффициент рождаемости, коэффициент естественного прироста населения и нетто-коэффициент воспроизводства населения.

Эти семь показателей следующие:

- уровень безработицы,
- число случаев заболевания ИППП,
- число случаев самоубийства,
- число лиц, получивших среднее образование,
- число студентов ВУЗов,
- число случаев заболевания психическими зависимостями,
- число детей, рожденных вне брака.

Эти семь макросоциальных показателей связаны с теми социальными явлениями, которые по своему смыслу отражают прямое или косвенное негативное влияние социума на рождаемость.

Аспект 8.

Системные характеристики социальной детерминации рождаемости.

Общий демографический баланс практически полностью определяется процессом рождаемости. Отсюда следует, что разработка системных характеристик демографической ситуации должна опираться на показатели рождаемости. В качестве формального представления системных характеристик удобны индексы типа отношений, которые имеют следующие преимущества:

- 1) более высокую информативность по отношению к исходным показателям,
- 2) простоту представления,
- 3) хорошую интерпретируемость.

Структура индексов социальных показателей отражает соотношения соответствующих социальных субпроцессов. Совокупность таких системных характеристик позволяет качественно оценивать эффективность социальной системы относительно целевых демографических показателей, а входящие в системные характеристики социальные показатели указывают на основные направления оздоровления социума с целью решения демографической проблемы.

На основе 35 макросоциальных показателей по содержательному принципу было сформировано 60 индексов. В результате динамического корреляционного анализа индексов и основных показателей, характеризующих рождаемость (общий показатель рождаемости, число родившихся обоих полов, суммарный коэффициент рождаемости, естественный прирост населения, нетто-коэффициент воспроизводства) получены три высоко достоверных индекса, являющихся по своему содержанию системными характеристиками главного демографического процесса, то есть рождаемости.

Эти три индекса следующие:

- отношение числа случаев заболевания психическими зависимостями к числу самоубийств,
- отношение общего числа преступлений к уровню безработицы,

-- отношение общего числа преступлений к числу случаев заболевания ИППП.

Выявленные системные характеристики подтверждают свой статус тем, что имеют высоко достоверные коэффициенты корреляции не только с показателями рождаемости, но также и с показателями численности населения.

Точная интерпретация системных характеристик социальной среды, связанных с динамикой рождаемости, предполагает проведение специальных исследований, потому что каждая системная характеристика состоит из двух переменных. Вместе с тем, полученные результаты показывают, что главными переменными в составе системных характеристик являются уровень безработицы, заболеваемость ИППП, заболеваемость психическими зависимостями и частота самоубийств.

Таким образом, основными переменными системных характеристик являются два социальных показателя (уровень безработицы и общее число преступлений) и три социальных индикатора (заболеваемость ИППП, заболеваемость психическими зависимостями и частота самоубийств).

Социальный показатель «уровень безработицы» отражает один из аспектов социальной справедливости, а именно аспект доступности работы. Два других аспекта социальной справедливости, а именно социальной дифференциации по доходам и социального достоинства (профессионального, семейно-родового, этнического, конфессионального) существенно связаны с качеством социальной духовности. Заметим, что справедливость это всегда результат признания достоинства.

Аспект доступности (работы, жилья, образования и т.д.) связан, в основном, с качеством системы социальной защиты. Главная функция системы социальной защиты заключается в компенсации дефицита социальной справедливости. Социальный показатель «общее число преступлений» также связан с социальной справедливостью.

Индикаторами социальной духовности являются заболеваемость ИППП, заболеваемость психическими зависимостями и частота самоубийств. Более

конкретно, заболеваемость ИППП и психическими зависимостями непосредственно связаны с нравственными дефицитами, то есть с аномалиями нравственного развития вследствие дефектов воспитания. Частота самоубийств естественным образом отражает частоту депрессивных состояний, характеризующую средний уровень психоэмоционального тонуса населения, который в свою очередь связан с уровнем социального оптимизма.

Есть основания предполагать, что средний уровень психоэмоционального тонуса населения находится в зоне гиподепрессии. Частота самоубийств как социальный индикатор совокупного действия факторов духовности, справедливости и защищенности указывает на идеологические и законодательные дефициты, приводящие к пониженному уровню социального оптимизма.

Таким образом, системные характеристики главного демографического процесса позволяют утверждать следующее.

Во-первых, на динамику рождаемости существенно влияет комплекс социальных условий, зависимый от социальной духовности.

Во-вторых, на динамику рождаемости несомненно и значительно влияет качество нравственного воспитания.

В-третьих, на рождаемость оказывают влияние идеологические и социально-политические установления и установки, которые определяют уровень социального оптимизма населения.

Отсюда следует, что в законе духовно-демографической детерминации И.А. Гундарова к заболеваемости и смертности необходимо добавить рождаемость. Общий вывод заключается в том, что все демографические процессы имеют духовно-социальную детерминацию.

Вопреки распространенному мнению, демографический процесс рождаемости не связан с такими показателями, как объем внутреннего валового продукта, индекс потребительских цен и объем экспорта. Они не связаны со средней заработной платой, бюджетом прожиточного минимума и долями населения с доходами выше и ниже прожиточного минимума. Они не связаны

также со средним размером построенных квартир, с числом лиц с высшим образованием и потребительскими расходами населения на алкоголь.

Угрожающее состояние демографического процесса рождаемости принято называть депопуляцией. Депопуляция порождает в обществе ряд серьезных проблем – медико-демографических, социальных, экономических и геополитических. В медико-демографическом аспекте следствием депопуляции является снижение показателей качества населения, и, прежде всего уровня здоровья. Социальные проблемы связаны со старением населения, ростом демографической нагрузки и необходимостью дополнительных социальных расходов. Экономические последствия связаны с уменьшением абсолютной численности трудоспособного населения и снижением его трудового потенциала. В геополитическом аспекте результатом депопуляции может стать миграционное давление и возможные территориальные претензии со стороны соседних государств [85].

Важным является сравнительный анализ угрозы депопуляции для конкретных народов, населяющих страну.

5.3. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Демографическая безопасность это состояние защищенности социально-экономического развития государства и общества от демографических угроз и рисков. Основными демографическими угрозами являются: деградация социального института семьи и семейно-родовых традиций, депопуляция и старение населения, а также нерегулируемые миграционные процессы.

Деградация института семьи и семейно-родовых устоев является главной демографической угрозой. Она проявляется увеличением количества неполных семей и гражданских браков, ростом внебрачной рождаемости и распространением установок на малодетность. Эта угроза будет сохраняться, пока не будет преодолено разрушительное действие либеральной идеологии.

Депопуляция развивается в результате превышения смертности над рождаемостью. В Республике Беларусь в период с 1990г. по 2005г. общий коэффициент смертности увеличился в 1,3 раза, а общий коэффициент рождаемости уменьшился в 1,5 раза. Параметры воспроизводства населения оказались почти в 2 раза ниже, чем необходимо для уровня простого замещения поколений [91]. Сегодня угрозы депопуляции снижаются, но проблема остается, особенно для славянских народов.

Демографическое старение означает, что возрастная структура населения изменяется в сторону уменьшения численности младших возрастных групп. Малочисленность младших возрастных когорт приводит со временем к дефициту трудовых ресурсов. Постарение населения также является одним из следствий снижения уровня рождаемости.

Демографическую угрозу, создаваемую миграционными процессами, традиционно связывают с возможностью возникновения социальной напряженности в результате притока мигрантов.

Содержание демографических угроз указывает на то, что демографическая безопасность общества и государства не может быть обеспечена только за счет увеличения валовой численности населения. Противостояние общества демографическим угрозам возможно только при условии воспроизводства населения, обладающего определенными качественными характеристиками. Качество населения связано с уровнем здоровья, этнической структурой, частотой межэтнических браков, нравственным развитием, качеством образования, качеством жизни, профессиональной структурой и культурными особенностями [63, 92, 93]. Определим характеристики качества населения, которые являются наиболее значимыми с позиций обеспечения демографической безопасности. Это уровень здоровья населения, этнический состав, частота межэтнических браков, нравственное развитие и качество образования.

Основной характеристикой качества населения является уровень его здоровья. Уровень здоровья отражает уровень адаптации населения к условиям

социальной и экологической среды. Изменение адаптационных возможностей приводит к изменению уровня здоровья [94].

Уровень здоровья населения обычно оценивают через величину его потерь, т.е. через показатели заболеваемости и смертности. Основными причинами потерь здоровья в Европейских странах являются болезни органов кровообращения, злокачественные новообразования и болезни органов дыхания. Для стран бывшего Советского Союза на третьем месте по значимости находятся травмы и отравления. Вклад этих причин в общую смертность населения составляет около 80%.

С позиций генетики, названные основные причины потерь здоровья интерпретируются как многофакторные заболевания, составляющие более 90% всех болезней человека [4]. Дисперсионный вклад наследственных факторов в детерминацию многофакторных заболеваний по данным разных авторов составляет от 20% до 70%, что в пересчете на линейный коэффициент наследуемости составляет, соответственно, от 45% до 85%. Что касается травм и отравлений, то по данным Алтухова В.П., генетические различия существенно сказываются на заживлении огнестрельных ран [95]. Приводятся также данные о генетической предрасположенности к самоубийствам, для которых 25% дисперсии приходится на вклад генетических факторов [96].

Генетически детерминированное снижение жизнеспособности популяции является следствием накопления в ее генофонде генетического груза. Генетический груз представляет собой ту часть популяционного генофонда, которая приводит к появлению менее адаптивных особей. Генетический груз определяют также как сумму всех случаев генетической гибели особей в расчете на одно поколение. Генетическая гибель означает исключение особи из процесса воспроизводства [97]. Иными словами, любая бездетность это генетическая гибель. Отметим, что по очевидным причинам генетическая гибель значительно чаще встречается среди потомков межэтнических браков, чем среди представителей чистых родовых линий.

Выделяют три вида генетического груза: мутационный, сегрегационный и субституционный. Мутационный груз представляет собой совокупность мутантных аллелей, снижающих жизнеспособность. Сегрегационный генетический груз включает всю совокупность снижающих жизнеспособность аллельных и полигенных комбинаций. Субституционный груз создается совокупностью генотипов, обладатели которых не смогли адаптироваться к условиям социальной или экологической среды, в которых они оказались. При постоянных темпах мутаций, индуцированных факторами внешней среды, основным источником мутационного и субституционного груза является сегрегационный генетический груз.

Генетический груз обуславливает генетическую гибель и часть смертности и тем самым снижает репродуктивный потенциал популяции. Эволюционно обусловленная сбалансированность генофонда и генетической структуры стабильной популяции могут компенсировать последствия генетической гибели и смертности за счет достаточного репродуктивного потенциала, но в определенных пределах. При этом, главной угрозой стабильности популяции является рост сегрегационного генетического груза.

Природные популяции обитают, как правило, в условиях, умеренно ограничивающих свободу скрещиваний. Когда ограничения на панмиксию практически устранены, возрастает частота отдаленных, то есть аутбредных межэтнических браков, в результате которых в генофонд популяции вливается поток дисгармоничных генотипов, разрушающих эволюционно сложившиеся адаптивные аллельные, полигенные, системные и геномные комбинации. Это приводит к накоплению сегрегационного генетического груза, понижению адаптивных возможностей, росту частоты генетической и физической гибели особей на фоне снижения репродуктивного потенциала.

Рост сегрегационного генетического груза в условиях расширения ареала обитания (миграции) или динамичной внешней среды (техногенные нагрузки) приводит также и к увеличению субституционного груза. В результате

снижается численность популяции, разрушается ее нормальная генетическая структура и возникает риск развития депопуляции.

Панмиксия, охватившая человеческие популяции с конца XIX века, привела к усиленному накоплению в них сегрегационного генетического груза. В работе [95] Алтухов Ю.П. оценивает объем генетического груза, накопленного европейским населением к 2000 году, равным 74% от всего населения. Прежде всего, это сегрегационный генетический груз, связанный с увеличением частоты межэтнических браков. Результатом накопления генетического груза является понижение адаптации к условиям среды, проявляющееся акселерацией, снижением продолжительности жизни и рождаемости, ростом заболеваемости, в том числе инфекционной, и, разумеется, - ростом смертности [95].

Условия среды обитания популяций человека включают не только комплекс природно-экологических факторов, но и комплекс социо-культурных факторов. Социальный компонент значительно более пластичен и подвержен более быстрым и более глубоким изменениям, чем природно-экологический компонент. Высокий генетический груз в условиях интенсивной динамики социальных процессов приводит к активному проявлению субституционного груза, основными носителями которого также являются потомки смешанных браков. В работе [98] отмечено, что «...метисы очень чувствительны к социальным потрясениям,...быстро их улавливают и нередко оказываются на волне этой борьбы. Но отразить сущность возникающих в обществе противоречий не могут и порой приводят общество к трагическим результатам».

Условием снижения сегрегационного генетического груза является установление в популяции оптимальной степени панмиксии. Применительно к популяциям человека это означает безусловное доминирование внутриэтнических браков. Классификация браков по генетической близости и интенсивности влияния на накопление в популяции сегрегационного генетического груза приведена в [4]. Генетическая близость оценивается на

основе коэффициента родства, отражающего долю общих генов. Доли общих генов (коэффициент родства) для лиц разной степени родства следующие:

1-ая степень родства: $1/2$

2-ая степень родства: $1/4$

3-ья степень родства: $1/8$

4-тая степень родства: $1/16$ и так далее.

Исключительно важно понимать, что генетическая близость это не только определенная доля общих генов. Самое главное то, что это сходные сочетания и системные комбинации генов, то есть это сходная (близкая) организация генотипа. Именно сходная организация генотипа позволяет четко выделять этнические и расовые типы людей, хотя, даже в случае принадлежности к одному этносу, речь может идти не о четвертой, а о сороковой степени родства.

Степень родства соответствует числу поколений до общего предка. Так, четвертая степень родства указывает на то, что общий предок был четыре поколения назад, а сороковая степень родства указывает на то, что общий предок был сорок поколений назад, то есть около 800 лет назад. По степени родства, то есть по уровню генетической близости существует следующий ряд: семья, род, народ, этнос, раса. В этом ряду члены одной семьи имеют степень родства 1 - 2, между семьями одного рода степень родства составляет 3 - 5, между родами одного народа она составляет 6 - 9, между народами одного этноса степень родства может составлять 10 - 50, между этносами одной расы она может составлять 50 - 500, а между расами несколько тысяч.

В соответствии с этим рядом классифицируют браки по генетической близости.

1. Близкородственные браки (внутрисемейные), то есть 1 - 2 степени родства. Такие браки называют инбредными. Строго говоря, чистым (жестким) инбридингом являются браки только 1 степени родства. Такие браки называют также инцестными, то есть запретными. Браки 2 степени родства следует считать мягким инбридингом и они являются условно запретными. При

условиях низкого сегрегационного груза с обеих сторон и наличия любви брак может быть разрешен.

2. Дальнородственные браки, то есть браки 3 - 9 степени родства. Такие браки являются эубредными (золотые браки). Именно эти браки соответствуют древним традициям благобрачия, согласно которым браки следует заключать в пределах своего народа, в девственности и по любви.

3. Внутриэтнические браки, то есть браки 10 - 50 степени родства. Такие браки относятся к мягкому аутбридингу и не приводят к накоплению генетического груза.

4. Межэтнические и межрасовые браки относятся к жесткому аутбридингу и являются главным источником генетического груза.

Поскольку межрасовые браки редки, то основным источником сегрегационного генетического груза являются межэтнические браки. Основным, но не единственным, так как истинная причина сегрегационного генетического груза не в самом факте межэтнического брака, а в генетической дисгармоничности брачной пары. Просто, при межэтнических браках генетическая дисгармоничность сочетания генотипов в брачной паре имеет место почти в 100% случаев таких браков. При внутриэтнических браках она примерно в десять раз реже, а при дальнородственных браках (при эубридинге) она еще примерно в десять раз меньше. Таким образом, эубридинг (дальнородственные браки) дают лишь порядка 1% генетически неблагоприятных сочетаний в брачных парах. И это, в основном, те брачные пары, которые заключили семейный союз не по любви. Приведенные оценки частот очень приблизительны, что называется, порядковые оценки, но лучших пока нет и, в конечном итоге, важны не точные цифры оценок, а принципиальная закономерность.

Изложенное позволяет утверждать, что генетический груз вносит значительный вклад в формирование основных демографических угроз. Снижение генетического груза позволит существенно повлиять на

демографическую безопасность путем оздоровления демографической ситуации.

Демографическая политика, направленная на снижение генетического груза, должна быть ориентирована на реализацию мер, направленных на регулирование количества и этнического состава мигрантов, регламентацию доли государствообразующего этноса в структуре населения, поощрение внутриэтнических браков.

5.4. СВЕРХСМЕРТНОСТЬ

В масштабе одного поколения несомненно значимыми медико-демографическими характеристиками населения являются показатели смертности и, особенно, компонента сверхсмертности, которая является социально управляемой.

Сверхсмертность – это превышение биологической нормы смертности в данном возрастном диапазоне. Понятие сверхсмертности является почти полным синонимом понятия преждевременной смертности, но акцентирует внимание не на сроке смерти, а на ее биологической неоправданности. И эта неоправданность особенно противоестественна в трудоспособном возрасте.

Основные причины избыточной смертности заключаются в неблагоприятном духовном состоянии общества в тот или иной период, что нашло отражение в законе духовно–демографической детерминации, который был сформулирован в 2001 г. И.А. Гундаровым. В 2013 г. И.А.Гундаров представил глубокий анализ духовно-социальной этиологии сверхсмертности [99].

Проводимые нами исследования смертности населения Республики Беларусь позволили выделить духовность общества (социальную ментальность) в качестве первой и главной детерминанты изменений смертности и тем самым получить дополнительные обоснования закона духовно-демографической детерминации И.А. Гундарова [100-104]. Второй и третьей детерминантами

динамики смертности являются социальная справедливость и социальная защищенность.

Сверхсмертность имеет место достаточно давно. Наши исследования показали, что если за условную возрастную норму смертности (в основном, биологически обусловленную) принять уровень смертности 1970 года, то первые 20 лет (1971 – 1990 годы) сверхсмертность была относительно невысока и наблюдалась не во всех возрастных группах, а последующие 20 лет (1991 – 2010 годы) сверхсмертность была высокой для всех возрастных групп мужчин и женщин. Дальнейшие поиски показали, что эмпирические минимальные значения смертности и мужчин и женщин имели место в 1964 году, а максимальные величины сверхсмертности населения приходятся на 90-е годы.

На следующем этапе исследований мы отказались от выбора конкретного года (например, 1964-го) в качестве эмпирического эталона минимальной смертности. Вместо этого, для каждого возрастного диапазона выбирали минимальное и максимальное значения смертности за весь период наблюдения (1959 – 2015 г.г.). Например, для возрастного диапазона 50 лет – 54 года минимум общей смертности был в 1960 году (6,24 промилле), а максимум был в 1995 году (13,68 промилле).

В процессе анализа показателей смертности населения Республики Беларусь в период с 1959 по 2015 годы (всего 56 лет наблюдения) мы обратили внимание на сходство графиков зависимости показателей смертности от возрастного диапазона. Показатели смертности плавно возрастали с каждым возрастным диапазоном и существенно ускоряли свой рост, начиная с диапазона 55 – 59 лет. При этом примечательным оказалось то, что зависимости минимальных и максимальных показателей смертности от возрастного диапазона оказалась практически параллельными.

Этот факт позволил нам предположить, что если по вертикальной оси отложить значения минимальной смертности, а по горизонтальной оси – значения максимальной смертности, то точки на графике лягут на прямую линию. Иными словами, этот факт предоставил основания для статистической

проверки гипотезы о наличии функциональной линейной зависимости между минимальными и максимальными показателями смертности в ряду возрастных диапазонов. Проверка подтвердила наличие линейной зависимости с очень высокой статистической достоверностью. Так, оценки показали, что значения коэффициентов корреляции и детерминации для 9 выборок находятся в диапазоне 0,983 – 0,999 и это высоко достоверно подтверждает наличие функциональной линейной зависимости между минимальными и максимальными величинами смертности в возрастных группах данной выборки.

Получение аналогичных зависимостей для статистических выборок женского и мужского населения сельских и городских территорий дает основания уверенно предполагать существование таких зависимостей и соответствующих минимаксных констант для любых других осмысленных выборок, включая выборки по социальным группам, по конституциям, по периодам наблюдения и т.д.

Из факта полученных линейных зависимостей следует, что отношения минимальных и максимальных значений смертности, то есть минимаксные отношения смертности являются характеристическими константами для конкретных выборок, которые далее будем называть минимаксными константами.

Минимаксная константа смертности формально характеризует угол наклона линейной функции, а содержательно она характеризует особенности взаимосвязи минимальных и максимальных величин смертности.

Минимаксная константа смертности некоторой выборки оценивается величиной основного коэффициента линейной регрессии минимальных значений на максимальные значения показателей смертности по ряду возрастных диапазонов конкретной выборки.

В соответствии с рассчитанными нами коэффициентами уравнений регрессии для различных выборок населения, минимальные значения смертности составляют от 0,4 до 0,64 от максимальных значений этого

показателя в зависимости от характера выборки. Иными словами, в рамках изученных выборок значения минимаксных констант смертности варьируют от 0,4 до 0,64.

Минимаксная константа отражает неизвестную ранее закономерность постоянства минимаксных отношений показателей смертности в ряду возрастных диапазонов некоторой выборки. Вполне возможно, что дальнейшие исследования и осмысление выявленной закономерности позволят ей обрести статус демографического закона. А пока, суть закономерности в том, что для любой осмысленной выборки населения в ряду ее возрастных диапазонов существует минимаксная константа смертности.

Характерно, что минимаксные константы в женских выборках выше, чем в мужских. Как известно, демографические показатели (например, продолжительность жизни) у женщин выше, чем у мужчин. Соответственно этому, можно утверждать, что качество здоровья женщин лучше, чем у мужчин. Отсюда следует, что минимаксная константа отражает среднее качество здоровья лиц в данной выборке.

Качество здоровья популяционной выборки определяют, в основном, два главных компонента. Первая компонента - это генетическое здоровье, которое обратно пропорционально величине сегрегационного генетического груза. Первая компонента определяет величину минимальной смертности и не может влиять на сверхсмертность, поскольку для 2-х – 3-х смежных поколений она остается практически постоянной. Вторая компонента – это духовное (ментальное) благополучие, которое обратно пропорционально величине психо-социального груза. Вторая компонента способна сильно измениться буквально за несколько лет и это убедительно показал И.А. Гундаров [99].

Внешнее психо-социальное давление на женщин и мужчин можно считать приблизительно одинаковым. Однако, женский менталитет отличается большей устойчивостью к стрессам, включая социально обусловленные стрессы.

В первом приближении логично полагать, что наблюдаемые минимальные значения смертности отражают, преимущественно, качество генетического здоровья выборки на фоне невысокого психо-социального давления. Наблюдаемые максимальные значения смертности отражают, соответственно, качество ментального (духовного) благополучия на фоне высокого психо-социального давления.

Разность между максимальными и минимальными значениями смертности составляет компоненту сверхсмертности.

Минимаксная константа смертности является достаточно хорошим индикатором соотношения уровней генетического здоровья и ментального благополучия для данной выборки. Чем больше минимаксная константа, тем более благоприятно это соотношение. Иными словами, минимаксная константа отражает качество здоровья конкретной выборки. Соответственно изложенному, компонента сверхсмертности является социально обусловленной и социально управляемой.

Можно утверждать, что главной демографической детерминантой является качество здоровья населения и, прежде всего, качество ментального здоровья (благополучия), которое в масштабе одного поколения в большой мере определяет физическое здоровье, а в масштабе ряда поколений оно определяет его целиком и полностью. Понятие ментального мы используем в узком смысле в соответствии с тем, что совокупность ментального и эмоционального составляет психическое. Ментальное - это сфера мышления и мыслей, идей и понятий. Обратим внимание на близость понятий ментального и духовного. Р. Дилтс дал научное определение понятия духовности: духовность – это система смысловой и ценностной идентификации идей [11]. Иными словами, духовность – это идеология в широком смысле этого слова. Социальная духовность включает смысловую и ценностную идентификацию всех идей, которые актуальны в данном обществе – религиозных, социальных, политических, космогонических и других. Все это, по сути, составляет то, что принято называть ментальностью.

Отражая среднее качество здоровья выборки, минимаксные константы могут служить инструментом контроля состояния общественного здоровья.

Практически важно, что минимаксные константы позволяют получать несмещенные оценки сверхсмертности. Для иллюстрации этой возможности используем уже упомянутый пример для возрастного диапазона 50 лет – 54 года с минимумом общей смертности в 1960 году (6,24 промилле) и максимумом в 1995 году (13,68 промилле). Если использовать эмпирический минимум (6,24 промилле), то сверхсмертность для этого случая составляет 219%. Следуя логике константности минимаксных отношений смертности, легко видеть, что эмпирический минимум смертности (6,24 промилле) является смещенным пропорционально минимаксной константе, поскольку включает ту же компоненту психо-социального давления, что и максимум. Минимаксная константа для этого случая равна 0,546. Для того чтобы получить несмещенную оценку величины минимальной смертности, нужно смещенную (эмпирическую) величину умножить на минимаксную константу. Искомая несмещенная оценка минимальной смертности равна 3.40 промилле. Отсюда, несмещенная оценка сверхсмертности равна 402%. Следовательно, в 1995 г. в данном возрастном диапазоне имело место 4-х кратное превышение биологической нормы смертности.

Величина сверхсмертности является практически полностью социально зависимой. Она отражает уровень психосоциального давления на популяцию. Психосоциальное давление реализуется в депрессивные состояния и по основному механизму психосоматики приводит к смерти. Уровень депрессивности имеет строгую корреляцию с качеством жизни в смысле известного определения ВОЗ. Отсюда следует, что величина сверхсмертности может быть использована для оценок популяционного качества жизни. Оценкой популяционного качества жизни может служить величина сто минус сверхсмертность, выраженная в процентах. В используемом примере 1995 года популяционное качество жизни составляло минус 302%, а удовлетворительным

уровнем популяционного качества жизни следует считать величину не менее, чем плюс 30%.

В последние годы в Республике Беларусь популяционное качество жизни населения возрастного диапазона 50 лет – 54 года постепенно улучшается, составив минус 76% в 2012 году и минус 33% в 2015 году. При этом, среднее популяционное качество жизни за этот период у мужчин было в 16 раз ниже, чем у женщин.

Таким образом, динамика сверхсмертности обусловлена динамикой качества жизни населения, которая, в свою очередь, обусловлена психосоциальным давлением и способностью людей духовно противостоять этому давлению. Основная причинно-следственная цепочка детерминации сверхсмертности следующая: качество идеологии -- качество социальной политики -- психосоциальное давление на население -- качество жизни населения -- качество здоровья населения -- сверхсмертность.

Отрасль здравоохранения не может влиять на качество жизни населения. Со стороны отрасли здравоохранения сверхсмертности противостоят, в основном, технологии вторичной профилактики и раннего лечения обострений, осложнений и рецидивов заболеваний и, разумеется, все предыдущие этапы медицинской помощи, рассмотренные выше. Развитие технологий вторичной профилактики и раннего лечения обострений, осложнений и рецидивов заболеваний непосредственно связано с расширением применения методов ФСД-диагностики вторичных рисков, методов ранней ФСД-диагностики обострений, осложнений и рецидивов заболеваний и методов комплементарного лечения.

5.5. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Традиционные оценки.

Для оценок эффективности здравоохранения традиционно используют статические показатели заболеваемости, инвалидизации и смертности по

конкретным нозологическим позициям. Такой подход адекватен только для оценок работы отдельных лечебных служб и только в задачах управления состоянием деятельности службы. Для решения задач развития служб и направлений отрасли здравоохранения, а также развития системы здравоохранения в целом необходимы иные подходы, включая системный, экономический, социальный и технологический.

2. Оценки системной эффективности.

В плане сохранения здоровья населения к деятельности отрасли здравоохранения примыкает деятельность отрасли образования и СМИ, а также деятельность по охране труда всех отраслей производственной сферы. Эффективность здравоохранения в целом логически правильно оценивать не по уменьшению частоты отрицательных явлений (заболеваемость, инвалидизация, смертность), а по увеличению частоты положительных результатов. В цепочке "здоровье - заболевание - инвалидность - смерть" положительным результатом является только здоровье, а остальные позиции относятся к категории отрицательных явлений. Отсюда, системные оценки эффективности здравоохранения должны опираться на показатели собственно здоровья населения.

С системных позиций отрасль здравоохранения следует рассматривать как систему, сохраняющую здоровье. Согласно П.К. Анохину для всякой функциональной системы системообразующим фактором является результат действия системы. Для отрасли здравоохранения как системы охраны здоровья таким результатом является сохраненное здоровье.

Система здравоохранения, которая включает в себя соответствующие аспекты деятельности всех отраслей социальной сферы и, в первую очередь, социально-политическую деятельность государственных структур, здороворазрушительную (на данный момент) деятельность СМИ, здравосозидательную (но пока малоэффективную) деятельность всех уровней образования и здравосохраняющую деятельность отрасли здравоохранения.

Отсюда логически следует, что прямые, строгие и адекватные оценки эффективности системы здравоохранения в целом (а не только отрасли здравоохранения) возможны только на основе показателей собственно здоровья населения, то есть доли тех лиц среди населения, которые по некоторому критерию являются здоровыми. Например, хорошим показателем здоровья населения может служить простой индекс здоровья вида: «100 минус величина годового показателя первичной заболеваемости», выраженный в процентах. Этот индекс отражает долю населения (в %), которая в истекшем году оставалась здоровой.

Таким образом, процент здоровых среди населения является прямым, теоретически строгим и адекватным показателем для оценок эффективности системы здравоохранения. Назовем оценку на основе простого индекса здоровья прямой оценкой эффективности системы здравоохранения.

Необходимо четко понимать, что прямая оценка эффективности системы здравоохранения относится ко всей системе здравоохранения, включая сферы социально-политической деятельности, усилия СМИ, качество образования и отрасль здравоохранения, которая пытается сгладить негативные результаты деятельности первых трех.

Очевидно, что в рамках отрасли здравоохранения сохраненное здоровье является, в основном, результатом действия профилактических служб здравоохранения так же, как возвращенное здоровье является результатом действия лечебных служб. При этом доля здоровых складывается за счет доли сохраненного и доли возвращенного здоровья, а соотношение между ними определяется соотношением эффективности (по отношению к прямой оценке) профилактической и лечебной медицины. Следовательно, величина прямой оценки эффективности здравоохранения определяется главным образом состоянием профилактической медицины, которое в свою очередь зависит от того, какую долю получает профилактическая медицина от общего бюджета здравоохранения. Отсюда появляется возможность косвенной оценки

эффективности здравоохранения по инвестиционной доле профилактической медицины. Сегодня, для стран СНГ она составляет 2 – 4%.

Будем исходить из того, что, доля профилактической медицины в общем бюджете здравоохранения является косвенной оценкой эффективности отрасли здравоохранения. Далее рассмотрим связь прямой и косвенной оценки эффективности здравоохранения.

Опираясь на существующие данные о более высокой эффективности профилактической медицины по сравнению с лечебной, правомерно предположить, что на единицу увеличения инвестиционной доли профилактической медицины доля здоровых должна увеличиваться на несколько единиц. Сегодня доля затрат на профилактическую медицину (включая санитарно-эпидемиологическую службу) составляет в среднем около 3% от общего бюджета здравоохранения.

Если принять, что единице косвенного показателя соответствуют три единицы прямого показателя, то доля здоровых должна составить 9%. К этому остается добавить, что по современным данным доля взрослого населения, относящаяся к первой группе здоровья (в смысле приказа МЗ СССР N770) не превышает 10%.

Таким образом, получено соответствие, которое показывает, что в современных условиях коэффициент связи косвенного и прямого показателей эффективности здравоохранения приблизительно равен трем, то есть доля здорового населения равна утроенной доле профилактической медицины в общем бюджете здравоохранения.

Полученное теоретическое соответствие прямой и косвенной оценок эффективности здравоохранения позволяет сделать следующие практические выводы:

- прямые показатели эффективности здравоохранения, то есть простой индекс здоровья населения и долю населения, относящуюся к первой группе здоровья, целесообразно использовать в модели конечных результатов деятельности здравоохранения;

- в качестве базиса стратегии развития системы здравоохранения следует рассматривать планомерное увеличение инвестиционной доли профилактической медицины (например, на один процент в год) от общего бюджета здравоохранения административной территории.

3. Оценки экономической эффективности отрасли здравоохранения.

Главными целями здравоохранения являются улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости и смертности, увеличение средней продолжительности жизни. Продуктом, производимым в системе здравоохранения, следует считать здоровье населения. Ресурсы здоровья населения определяют качество и объём трудовых ресурсов страны. Потери здоровья ведут к прямым и косвенным экономическим потерям. Сохранение здоровья приводит к предотвращению экономических потерь. Увеличение ресурса здоровья населения приводит, соответственно, к экономической отдаче в виде роста прибыли. В структуре ресурсов здоровья как производимого продукта следует выделять добавленные (путём оздоровления), сохранённые (путём профилактики) и возвращённые (путём лечения и реабилитации) ресурсы здоровья. Отсюда основными способами производства ресурса здоровья являются оздоровление, профилактика, лечение и реабилитация.

Считается, что 1 рубль, вложенный в лечебную медицину, приносит более 5 рублей прибыли, а 1 рубль, вложенный в профилактическую медицину, может приносить до 20 рублей прибыли. Согласно данным нашего анализа, потери ВВП Республики Беларусь только в результате смертности трудоспособного населения в 2011г. составили сумму, равную 2,3 бюджета здравоохранения страны. Потери ВВП в результате инвалидизации составляют еще примерно 2 бюджета. К этим потерям ВВП надо добавить еще 2 бюджета, приходящихся на заболеваемость. Итого около 6 бюджетов потерь.

Если представить себе ситуацию полного отсутствия в стране медицинской помощи, то совокупные потери от заболеваемости, инвалидизации и смертности трудоспособного населения оказались бы, как

минимум, в два раза выше. То есть совокупные потери составили бы более 12 бюджетов. Отсюда следует, что текущая рентабельность отрасли здравоохранения составляет примерно 600%, то есть предотвращенные потери ВВП от заболеваемости, инвалидизации и смертности трудоспособного населения, как минимум, 6-кратно перекрывают бюджетные затраты на здравоохранение.

Экономический эффект от оздоровления обусловлен степенью повышения ресурса здоровья. Экономический эффект от профилактики обусловлен уровнем предотвращённой заболеваемости и инвалидизации. Экономический эффект от лечения обусловлен уровнем предотвращённой смертности. Максимальная прибыль может быть получена в результате реализации оздоровительного и профилактического направлений деятельности. Прибыль от лечебного направления объективно и принципиально является наименьшей. Оздоровительно-профилактическое направление медицинской деятельности реализуется в Центрах здоровья, оздоровительно-профилактических консультациях, санаториях, профилакториях и других подобных учреждениях. Лечебно-реабилитационное направление медицинской деятельности реализуется в основном в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях здравоохранения.

Оценки показателей рентабельности различных направлений и видов деятельности по производству здоровья, а также конкретных технологий оздоровления, профилактики и лечения необходимы для объективного анализа эффективности различных направлений и видов медицинской помощи и принятия экономически обоснованных управленческих решений в здравоохранении.

Приведенная выше оценка рентабельности отрасли здравоохранения (600%) учитывает только потери ВВП в результате нездоровья и смертности населения трудоспособного возраста. Эта оценка не учитывает потери в связи с нездоровьем в детском и пенсионном возрасте.

4. Оценки социальной эффективности

Полученная общая оценка рентабельности отрасли здравоохранения необходима для понимания роли отрасли здравоохранения в современном обществе.

В отличие от отрасли здравоохранения, оценить эффективность системы здравоохранения весьма затруднительно. Существуют две позиции социокультурной природы, которые находятся вне компетенции отрасли здравоохранения, но которые оказывают большое влияние на здоровье населения. Это позиции нравственного воспитания и сегрегационного генетического груза. Сегодня уже невозможно сомневаться в том, что нормальное нравственное воспитание способно в разы уменьшить заболеваемость психическими зависимостями (алкоголизм, наркомания и т.п.), ИППП-ВИЧ и психосоматической патологией. Это огромный резерв повышения эффективности и рентабельности системы здравоохранения. Необходимо понимание того, что нравственное воспитание является очень важной частью системы здравоохранения.

Вторая позиция (сегрегационный генетический груз) связана с первой в части нравственных основ брачного выбора. Но даже чисто медицинские знания о природе сегрегационного генетического груза способны улучшить существующую неблагоприятную ситуацию. Медицинская закономерность проста: браки в пределах своего этноса (например, славянского) гарантируют минимальный сегрегационный генетический груз. Уменьшение генетического груза путем снижения частоты межэтнических браков способно в несколько раз сократить сердечно-сосудистую заболеваемость. Это связано с тем, что вклад генетических факторов в сердечно-сосудистую заболеваемость составляет до 80%. Близкую эффективность это будет иметь также по отношению к заболеваемости ожирением, сахарным диабетом 2-го типа и психопатиями. Существенным будет положительный эффект и по отношению к другим распространенным заболеваниям.

Социальные оценки эффективности системы здравоохранения являются важными, хотя и носят косвенный характер. К ним необходимо отнести оценки духовно-нравственного статуса и оценки качества жизни различных категорий населения.

5. Оценки технологической эффективности

Вопросы технологической эффективности актуальны в двух аспектах.

Во-первых, это аспект глобального сравнения эффективности оздоровительно-профилактических и лечебно-реабилитационных технологий. Даже при современном весьма низком уровне развития и распространения оздоровительно-профилактических технологий (особенно индивидуальных) их эффективность в несколько раз выше, чем эффективность лечебно-реабилитационных технологий. Заметим, что это в равной мере относится и к социальной, и к экономической эффективности.

Популяционная профилактика предполагает воспитание и пропаганду культуры здоровья, включая здоровый образ жизни. Объектами популяционной профилактики являются те или иные группы населения и население в целом.

В отличие от популяционной профилактики, объектом социальной профилактики, по определению, является социум, то есть вся социальная система и, прежде всего, цели и ценности общества. Сюда относятся, в частности, цели социальной справедливости и ценности духовно-нравственного развития, актуализация которых за последние десятилетия снизилась.

Объектом медицинской профилактики является индивид - в случае первичной профилактики это здоровый пациент, а в случае вторичной профилактики это больной пациент или реконвалесцент.

Социальная и популяционная профилактика должны обеспечивать осознание высокой значимости здоровья и общие медико-профилактические знания и представления среди населения и в сфере управления, а медицинская профилактика обеспечивает индивидуальные оздоровительно-

профилактические рекомендации и назначения, то есть конкретную оздоровительно-профилактическую медицинскую помощь населению.

Во-вторых, это аспект сравнения конкретных технологий. Например, в пределах класса популяционных технологий профилактики можно сравнить эффективность технологий воспитания культуры здоровья (в семье и в учреждениях образования) и пропаганды здорового образа жизни. Разумеется, что необходимо и то, и другое. И очевидно, что эффективность воспитания культуры здоровья во много раз выше, чем пропаганда здорового образа жизни.

В рамках класса технологий индивидуальной (медицинской) профилактики мы сравнили две наиболее развитые технологии, основанные на концепциях интегрального риска и нозологического риска [105]. Сравнение показало, что более высокую эффективность имеет технология индивидуального оздоровительно-профилактического консультирования на основе концепции нозологического риска и ФСД-диагностики.

Анализ современного состояния и тенденций развития оздоровительно-профилактической медицины позволяет сделать предположение о том, что на первых этапах увеличения доли финансирования оздоровительно-профилактической медицины, рентабельность вложений будет существенно зависеть от нормативной базы и организационного обеспечения взаимодействий между отраслью здравоохранения, отраслью образования и СМИ. Рентабельность будет зависеть также от темпов роста сети кабинетов индивидуального оздоровительно-профилактического консультирования в Центрах здоровья, поликлиниках, профилакториях и санаториях.

Отметим, что все пять основных подходов к оценкам эффективности здравоохранения (традиционный, системный, экономический, социальный и технологический) равно необходимы в соответствующих практических задачах управления отраслью и системой здравоохранения.

Развитие популяционной, социальной и медицинской профилактики сдерживается не только малым финансированием, но и отсутствием необходимой инфраструктуры, прежде всего, - отсутствием преподавания

основ культуры здоровья и основ профилактической медицины в системе общего и медицинского образования, недостаточным научно-методическим обеспечением со стороны профильных научных организаций и неудовлетворительным состоянием инфраструктуры инновационного развития отрасли здравоохранения.

Инновационное развитие медицины и здравоохранения затрудняют и сдерживают три основных фактора.

Во-первых, это лоббирование старых направлений и технологий. Например, в медицине это статистическая фармакология в наряде доказательной медицины.

Во-вторых, это естественный консерватизм большинства ученых и специалистов (консерваторов всегда больше, чем инноваторов). Заметим, что помимо естественного консерватизма имеет место и противоестественный догматизм.

В-третьих, это архаичная система экспертизы научно-технических проектов. Карманные экспертные сообщества и технологии комиссионной экспертизы, где все решает председатель, являются мощным тормозом инновационных процессов.

Противостоять всем этим факторам может только высокотехнологичная система экспертных оценок научно-технических проектов в сочетании с широко известным принципом системного планирования науки, который заключается в прямом персональном финансировании непосредственного заявителя и главного исполнителя (в одном лице) научно-технического проекта [106].

5.6. ДИСКУРС КОМПЛЕМЕНТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ

Для каждого понятия объективно существует семантическое распределение в смысле В.В. Налимова [107]. Формирование таких распределений проходит в два этапа. Сначала некоторый круг специалистов

приходит к согласию относительно главных смысловых аспектов (значений) понятия, а затем, соответственно этому согласию, формируется статистика реального смыслоупотребления. Когда бы учёные всегда руководствовались здравым смыслом и строгой логикой и не испытывали влияния лоббистов, быстро приходя к согласию, тогда и бюрократы (не менее подверженные влиянию политических и коммерческих лобби) многое понимали бы более правильно.

Реально медицина существует как единый тезаурус медицинских знаний, теорий, методов и средств, накопленных за тысячелетия. Формально медицина разделена на официальную, полуофициальную и неофициальную. Официальная медицина – это то, что бюрократические жрецы освятили ведомственной нормативкой. Полуофициальная медицина – это все направления медицины, не поддерживаемые государством, но и не запрещённые. Неофициальная медицина – это частная целительская практика на дому (например, Ванга).

Проблему смыслового наполнения понятия комплементарной медицины поставил на обсуждение А.М. Василенко [108-110]. Справедливости ради отметим, что грамотно поставленная задача есть половина решения.

Дадим определения наиболее важным понятиям.

Медицина – это совокупность знаний, теорий, методов, средств и технологий, полезных для понимания и решения задач здравосозидания, оздоровления, профилактики, лечения, реабилитации и спасения жизни.

Комплементарность – это взаимосоответствие и (или) взаимодополнение.

Технология – это совокупность знаний, теорий, методов, процессов, материалов и средств для решения конкретной задачи.

Дискурс это:

- совокупность осознанных и неосознанных смыслов,
- смысловое поле,
- смысловой ландшафт,
- многомерное смысловое пространство.

Смысл – это инвариант понимания (часто только вариант).

Обсуждение понятий дискурса и смысла содержится в работе [33].

Особо отметим, что в определении понятия комплементарности как взаимного соответствия и (или) взаимного дополнения, слово «взаимного» является ключевым. Соответствие в принципе не может быть невзаимным. А простое невзаимное дополнение, это не комплементарность, а комплектование.

В смысле взаимосоответствия понятие комплементарности используют в химии, молекулярной биологии, генетике, социологии и психологии. В смысле взаимодополнения это понятие используют в физике, философии и других науках, когда имеет место формирование взаимодополняющих теорий. Следует заметить, что взаимодополняющих теорий особенно много в медицине.

Рассмотрим кратко концептуальные основы основных медицинских традиций. К основным медицинским традициям отнесём следующие (в алфавитном порядке):

1. Аллопатическую,
2. Аюрведическую,
3. Восточную,
4. Гомеопатическую,
5. Изопатическую,
6. Натуропатическую,
7. Тибетскую.

Аллопатическая парадигма выросла из ятрохимии и сложилась в начале 19 века, а термин «аллопатия» был предложен С. Ганеманом. Принцип аллопатии: «противоположное (лечить) противоположным». В соответствии со своим принципом основные действия аллопатии направлены на подавление симптомов и патологических процессов. Современная аллопатия опирается, в основном, на частные молекулярно-биохимические теории регуляции физиологических процессов.

Аюрведическая медицина имеет многотысячелетнюю историю и опирается на принцип, который можно сформулировать как принцип системно-иерархической детерминации здоровья и заболеваний. Концептуальной

основой аюрведы является пятиричная теория – пяти типов болезней, пяти механизмов их развития и пяти стадий их протекания (не считая терминальной стадии). Основные действия врача аюрведической медицины направлены на гармонизацию процессов жизнедеятельности организма в соответствии с типом, основным механизмом и стадией заболевания.

Восточная или китайская медицина также имеет многотысячелетнюю историю и опирается на принципы энергетического баланса и ритмичности процессов. Главными теориями восточной медицины являются теория инь-янь, теория первоэлементов и теория меридианов. Основные усилия в деятельности врача направлены на достижение баланса в организме пациента, включая баланс в системе меридианов.

Гомеопатическая медицина следует принципу «подобное (лечить) подобным», которым пользовался Гален 1800 лет тому назад. Гомеопаты никогда не скрывали эмпирической природы своей науки, но вместе с тем они всегда опираются на теорию гомеопатических конституций и теорию миазмов, предложенную С.Ганеманом. Основное действие врача-гомеопата направлено на элиминацию глубинных причин патологического процесса.

Изопатическая медицина опирается на принцип «идентичное (лечить) идентичным», который на практике применял Гиппократ 2500 лет тому назад. Только в середине 20-го века изопатическая медицина обрела свой концептуальный базис в виде теории гомотоксикозов Г. Реккевега. Основные действия в изопатической медицине направлены на балансовую коррекцию различных процессов и их нормализацию (регрессивную викариацию, по Г. Реккевегу). Отметим, что гомотоксикология использует также принцип целостности организма.

Натуропатическая медицина существует столько же, сколько и сама медицина, ибо опирается на принцип натурального происхождения применяемых средств и принцип целостности организма, в том числе – на принцип единства души и тела. В новой истории формированию натуропатии предшествовало появление в 30-е годы 19-го века натургигиены, которая была

ориентирована на оздоровление и профилактику на основе естественного образа жизни, включая вегетарианство и сыроедение. Термин натуропатия вошёл в обиход в начале 20-го века. В последние полвека натуропаты развивают теорию энерго-информационного обмена в природе и обществе. Для натуропатии характерно соединение рационалистических и эмпирических традиций и стремление к научным объяснениям.

Тибетская медицина в качестве основных принципов использует принцип своевременности медицинской помощи, принцип целостности и принцип натуральности средств. Концептуальный базис тибетской медицины составляют три основные теории – теория пяти стихий, теория физиологического баланса и теория трёх регуляторов. Основные действия врача тибетской медицины направлены на рассасывание, регенерацию и восстановление баланса.

Тибетская медицина в своём практическом аспекте это преимущественно лекарственная медицина, то есть лечение лекарственными препаратами, которые готовятся из специальным образом обработанных компонентов натурального происхождения.

Нередко путают изопатию и гомеопатию и даже объявляют изопатию новой гомеопатией. Путаница происходит от того, что как изопатия, так и гомеопатия используют технологию потенцирования препаратов. Потенцирование это разведение в n раз (в сто, в тысячу, в миллион и более раз). Технологию потенцирования знал ещё Гиппократ. Известен случай, когда Гиппократ вылечил неукротимую рвоту, для чего взял рвотные массы, потенцировал их и дал полученный изопатический препарат больному.

Изопатию и гомеопатию путать недопустимо, потому что в основании у них лежат разные принципы – у гомеопатии принцип подобия действия (точнее – внешнего проявления действия), а у изопатии принцип идентичности субстрата. Сегодня существуют потенцированные формы аллопатических, натуропатических и других препаратов, но это не даёт оснований относить их к гомеопатическим препаратам, ибо потенцирование это не более, чем

технология приготовления препарата, такая же как, например, технология приготовления отвара или настоя.

Первый аспект дискурса понятия комплементарной медицины касается концептуальной комплементарности основных медицинских традиций.

Каждая медицинская парадигма формировала свою медицинскую традицию со своим концептуальным базисом и соответствующими базису методами и средствами терапии. Концептуальные основы каждой из семи медицинских традиций, конечно, различаются, но они друг другу не противоречат. Более того, они могут быть вполне взаимодополнительны, то есть комплементарны.

Обратим внимание на то, что наше обсуждение касается исключительно терапевтической сферы и не касается хирургической. Это связано с тем, что хирургические методы в своём подавляющем большинстве относятся к методам реабилитации или спасения жизни и не относятся к методам здравосозидания, оздоровления, профилактики или лечения.

Что касается терапевтической сферы, то, прежде всего, ответим себе на вопрос: «Правильно ли называть лечением то, что в принципе не может привести к излечению?» Это относительно термина «симптоматическое лечение». В большинстве случаев слово «симптоматическое» опускается и остаётся как бы лечение. Быть может правильнее называть это не симптоматическое лечение, а лекарственное протезирование.

Далее, можно ли считать эффективным лечение, которое приводит к рецидивам, осложнениям и даже на хирургический стол? Кстати, в тибетской медицине врач, который довёл больного до хирургического вмешательства, считается несостоятельным.

Важно также ответить на вопрос, можно ли считать адекватным принципу «не навреди» какое-либо лечение, которое создаёт дополнительные угрозы здоровью пациента и (или) его родным. Печальная статистика побочных действий на пациента аллопатических средств (главным образом синтетических) сегодня хорошо известна. К сожалению, нет статистики случаев

возникновения новой патологии в результате аллопатического лечения предшествующей. И, наконец, вовсе малоизвестно, что некоторые виды аллопатического лечения могут создавать реальные угрозы для здоровья родных и близких больного. Например, лечение гонореи антибиотиком приводит к подавлению гонококка при сохранении сикотического миазма, который больной передаёт жене, а та передаёт детям и который опасен для здоровья и жены и, особенно, детей.

В середине 20-го века интересы нескольких лобби совпали, и мы получили диктатуру аллопатической парадигмы. Эту диктатуру реализуют через систему медицинского образования, по административным каналам и через СМИ. Так аллопатическая парадигма стала официальной.

По своему совокупному медицинскому потенциалу (здоровозидательному, оздоровительному, профилактическому и лечебному) аллопатическая парадигма выглядит более чем скромно. Но зато она официальная. Однако следует задуматься, является ли это основанием для простого дополнения (комплектования) малого большим. То есть, малого потенциала аллопатической парадигмы большим потенциалом совокупности остальных шести парадигм.

Практически очевидно, что речь должна идти о взаимодополнении (комплементарности) всех семи основных медицинских парадигм путём научного осмысления каждой по отдельности, различных сочетаний и всей совокупности в целом. В этом направлении уже идёт созидательный процесс построения интегральной медицины (термин «интегративная» неудачен, поскольку является калькой английского слова). Интегрируют прежде всего знания и представления, а затем уже – методы и средства. Главное – это выстраивание более широкого смыслового поля, более богатого смыслового пространства, то есть более развитого дискурса. И только новый, более широкий дискурс даёт основания для интеграции методов и средств.

Несколько слов об основной проблеме интеграции. Дело в том, что широко применяемых методов лабораторных и функциональных исследований

недостаточно для того, чтобы научно обоснованно решать ряд вопросов интеграции. Во-первых, это касается вопросов научной интерпретации теоретических положений различных направлений медицинской мысли, воплощенных в семи основных медицинских традициях. Во-вторых, это касается анализа действия потенцированных и непотенцированных лекарственных форм. И, в-третьих, это касается понимания природы индивидуальной комплементарности препаратов (индивидуального взаимосоответствия препарата и организма пациента).

Итак, мы попытались обосновать первый аспект дискурса комплементарной медицины – аспект взаимодополнения существующих медицинских парадигм.

Комплементарная медицина (в первом из двух основных смысловых значений) – это медицина, основанная на взаимодополняющем применении методов и средств из различных направлений (традиций) медицинской науки и практики.

Однако, только второе смысловое значение (совместно с первым) делает комплементарную медицину действительно большим достижением и выводит всю медицину на принципиально новый уровень развития.

Второй аспект дискурса комплементарной медицины это аспект индивидуальной комплементарности. Он касается взаимосоответствия терапевтического (а равно - оздоровительного и профилактического) средства и организма пациента. Любое медикаментозное вмешательство может в разной степени подходить или не подходить конкретному пациенту. Факт и меру индивидуального взаимосоответствия препарата и пациента отражает понятие комплементарности препарата. История определения комплементарности препаратов началась с применения третьего электрода аппарата Фолля и продолжилась в технологиях частотно-резонансной диагностики и ФСД-диагностики.

Комплементарность препарата пациенту имеет огромное медицинское значение потому, что высокая комплементарность препарата означает его

высокую индивидуальную эффективность и высокое значение соотношения польза/вред. Иными словами, высокая комплементарность гарантирует конкретному пациенту максимальную пользу при минимальной вероятности вредного побочного действия.

Возможность диагностики комплементарности препаратов и обоснованного (соответственно уровню комплементарности) индивидуального выбора препарата для назначения снимает проблему эмпирического (индивидуально необоснованного) подбора препарата, когда обычной является ситуация типа «этот препарат не даёт эффекта, давайте попробуем принимать другой препарат».

Важно, что диагностика комплементарности равно применима к любым препаратам, включая аллопатические, аюрведические, китайские, гомеопатические, изопатические, натуропатические и тибетские. Так, для врача тибетской медицины и любого другого врача высокая комплементарность препарата будет служить, как минимум, дополнительным аргументом в пользу выбора данного препарата. Как максимум, высокая комплементарность конкретных препаратов подскажет врачу более эффективную схему лечения.

Диагностика комплементарности является доказательством индивидуальной эффективности лекарственного препарата. Иными словами, диагностика комплементарности это индивидуальная доказательность в медицине. В отличие от общеизвестной статистической доказательности (так называемая доказательная медицина) индивидуальная доказательность имеет на порядок более высокий уровень доказательности. Статистическая доказательность тоже нужна, но только на этапе испытаний нового лекарственного средства. А индивидуальная доказательность, то есть диагностика комплементарности нужна на врачебном приёме.

Диагностика комплементарности позволяет не только вовремя назначить наилучший препарат, но и вовремя его отменить под контролем динамики комплементарности.

Комплементарная медицина (во втором из двух основных смысловых значений) – это медицина, основанная на диагностике взаимного соответствия организма пациента и назначаемых медикаментозных средств, в том числе из различных направлений (традиций) медицинской науки и практики.

Подытоживая, можно утверждать, что второй аспект дискурса комплементарной медицины не менее важен, чем первый, а в совокупности они символизируют уже новый уровень и недалёкое будущее врачебной практики.

Когда комплементарная медицина станет привычной и в смысле взаимодополнения существующих медицинских парадигм и в смысле взаимосоответствия терапевтических средств и организма пациента, тогда само понятие комплементарной медицины окажется неактуальным. Такая же судьба ждёт и понятие интегральной медицины, но попозже. Возможно, что понятие комплементарной медицины закрепится за деятельностью сообщества лиц, которые имеют медицинскую практику, но не имеют диплома врача.

Сегодня же понятие комплементарной медицины актуально и, благодаря ФСД-диагностике, мы имеем единый технологический базис, во-первых, для диагностики комплементарности препаратов и, во-вторых, для интеграции медицинских традиций и парадигм в терапевтической, профилактической и оздоровительной практике. Таким образом, формирование комплементарно-интегральной медицины обретает под ногами твердую технологическую почву и реальную возможность развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Контроль здоровья с целью его укрепления есть одна из главных жизненных задач личности, рода и народа. Высокий смысл жизни личности в служении своему роду и своему народу. И главная забота личности – здоровье своего рода в лице настоящих и будущих потомков и здоровье своего народа. Без решения задач созидания здоровья своей личности, своего рода и своего народа у нас нет будущего. Эти задачи за нас не решит никто – ни чужой дядя, ни иной род, ни другой народ и никакое государство. Мы сами должны решать эти задачи в своей семье, помогать их решать своим родичам и братским народам. Прежде всего, это относится к здоровью духовному. Ибо от него зависит остальное.

Здравие и бытие индивида определяют генотип и ментальность, а его генотип определяется ментальностью предков, то есть в конечном итоге ментальность (сознание) определяет бытие. Здравие и бытие общества определяет только ментальность. В нашем обществе информационная война между здоровыми смыслами и чужеземными идеями ещё не проиграна. Курс информационной вирусологии нам преподавать не будут и каждый сам должен постигать этот предмет, опираясь на роднолюбие. Инородные тела в медицине принято удалять, а вирусы подавлять. Это относится к таковым и в собственной голове. Ментальные паразиты и вирусы душат наши здоровые смыслы и лишают нас мотивации на здравосозидательную активность. Повышение совокупной здравосозидательной активности родителей и прародителей, врачей и педагогов постепенно будет влиять на темпы позитивного развития как всей системы, так и отрасли здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жирмунский, А. В. Критические уровни в развитии природных систем/А. В. Жирмунский, В. И. Кузьмин. - Л.: Наука, 1990.- 223 с.
2. Сороко, Э. М. Структурная гармония систем/ Э. М. Сороко. - Минск: Наука и техника, 1984.- 246 с.
3. Суббота, А. Г. Золотое сечение в медицине/ А. Г. Суббота. – СПб, 1994.- 116 с.
4. Ростовцев, В. Н. Основы здоровья/В. Н. Ростовцев.- Минск, 2002.-109 с.
5. Ростовцев, В.Н. Генетика и диагноз/В. Н. Ростовцев. - Минск: Университетское, 1986. – 191 с.
6. Клиорин, А. И. Биологические проблемы учения о конституции человека/А. И. Клиорин, В. П. Чтецов.- Л.: Наука, 1979. - 164 с.
7. Сидоров, П. И. От ментальной экологии к ментальной медицине./П. И. Сидоров//Экология человека.- 2013. - №1.- С. 33-38.
8. Ветров, И. И. Основы аюрведической медицины./И. И. Ветров, А. В. Кузьменко//М.: Святослав, 2004. - 358 с.
9. Ростовцев, В. Н. Биоинформатика мышления./В. Н. Ростовцев, В. М. Ростовцева//Вести института современных знаний. – 2016. №1.-С. 90-96.
10. Ростовцев, В. Н. Основы культуры здоровья./ В. Н. Ростовцев, В. М. Ростовцева//Мн.: Национальный институт образования, 2008. - 118 с.
11. Дилтс, Р. Фокусы языка. Изменение убеждений с помощью НЛП./Р. Дилтс//СПб.: Питер,2001.- 320 с.
12. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика./П. Б. Ганнушкин//Н. Нг.: Изд. НГМА, 1998.-124 с.
13. Гармаев, А. Ц. Этапы нравственного развития ребенка/ А. Ц. Гармаев//Мн.: Лучи Софии, 2002.- 336 с.

14. Ростовцев В.Н. Типы биологических процессов [Электронный ресурс]/В. Н. Ростовцев//Научные статьи. - Режим доступа: <http://www.kmsd.su, www.kmsd.by>. - Дата доступа: 03. 08. 2012.
15. Гаряев, П. П. Волновой генетический код./П. П. Гаряев.- Москва, 1997.-108 с.
16. Ростовцев, В. Н. Психика и здоровье [Электронный ресурс]/В. Н. Ростовцев//Научные статьи. - Режим доступа: <http://www.kmsd.su, www.kmsd.by>. - Дата доступа: 25.10 2012.
17. Ростовцев, В. Н. Динамические системы и волновые матрицы [Электронный ресурс]/В. Н. Ростовцев//Научные статьи.- Режим доступа:- Режим доступа: <http://www.kmsd.su, www.kmsd.by> .- Дата доступа: 29.10.2010.
18. Комплекс медицинский спектрально-динамический [Электронный ресурс]/Режим доступа: <http://www.kmsd.su>. – Дата доступа: 09.09.2009.
19. Комплекс медицинский спектрально-динамический [Электронный ресурс]/Режим доступа: www.kmsd.by. - Дата доступа: 09.09.2009.
20. Кельдер, П. Источник вечной молодости/П. Кельдер.- Гродно: Целитель, 1996.-92 с.
21. Воробьев, Р. И. Питание и здоровье/Р. И. Воробьев. – М.: Медицина, 1990. – 160 с.
22. Хартвиг, К. Ты то, что ты ешь/ К. Хартвиг, Роули Н.//Рациональное питание и здоровье/Пер. с англ. А.П. Лаврентьевой. – М.: ООО «Фирма «Издательство АСТ», 2000. – 352 с.
23. Братусь, Б. С. Психология. Нравственность. Культура./Б. С. Братусь. – М.: Наука, 1994. – 217 с.
24. Акимова, Е. И. Деятельность центров здоровья в системе индивидуальной профилактики избыточной смертности населения трудоспособного возраста. Учебное пособие для врачей./Е. И. Акимова, А. М. Большаков, И. А. Гундаров, В. И. Донцов, Т. В. Заугольников, В. Н. Крутько, О. Ю. Кутумова, В. А. Полесский.- М., 2009. – 57 с.

25. Гундаров, И. А. Программа оценки риска общей смерти (от инфаркта миокарда, мозгового инсульта и др.) по данным реографии/ И. А. Гундаров, В.М. Большов. - Свидетельство об официальной регистрации программ для ЭВМ, № 200461993. Роспатент. 2004.

26. Ростовцев, В. Н. Физиологический полиморфизм и физиологические риски /В. Н. Ростовцев, В. С. Улащик.//Новости медико-биологических наук. Научно-практ. и научно-теоретический журнал. - 2011. - Т. 3. - №2. - С. 213 - 220.

27. Ростовцев, В. Н. Классификация медицинских рисков [Электронный ресурс]/В.Н. Ростовцев//Научные статьи. - Режим доступа: <http://www.kmsd.su.>, <http://www.kmsd.by.> – Дата доступа: 17. 05. 2011.

28. Ростовцев, В. Н. Технология экспресс-диагностики на основе спектрально-динамического метода/В. Н. Ростовцев//Здравоохранение.-2014.- №4. - С.47-50.

29. Ростовцев, В. Н. Концепция комплексного проекта «Теледиагностика» /В.Н.Ростовцев//Вести института современных знаний. – 2014.- №1. – С. 64-67.

30. Ростовцев, В. Н. Оздоровительное лечение [Электронный ресурс]/В. Н. Ростовцев//Научные статьи. – Режим доступа: <http://www.kmsd.su>, <http://www.kmsd.by.> – Дата доступа: - 09. 12. 2011.

31. Ростовцев, В. Н. Логика оздоровительного лечения [Электронный ресурс]/В. Н. Ростовцев: Научные статьи. – Режим доступа: <http://www.kmsd.su>, <http://www.kmsd.by.> - Дата доступа: 04. 06. 2012.

32. Бойцов, И. В. Электродунктурные измерения: интерпретация, программное обеспечение и практическое применение: дис. канд. мед. наук: 14.0034/И. В. Бойцов.- Минск, 1999.- 156с.

33. Ростовцев, В. Н. Осознание дискурса/В. Н. Ростовцев//Вести института современных знаний.-2010.- №3.-С.106-113.

34. Серебровский, А. С. Селекция животных и растений/А. С. Серебровский.- М.: Колос, 1969.- 295 с.

35. Falconer, D. S. Introduction to quantitative genetics/ D. S. Falconer.- Edinburgh and London: Oliver and Boyd, 1960.- 365p.
36. Ратнер, В. А. Молекулярная генетика: принципы и механизмы/В. А. Ратнер.- Новосибирск: Наука. Сиб. отд., 1983.-256 с.
37. Берике, Вильям. Materia Medica гомеопатических препаратов/Вильям Берике. - Смоленск: Гомеопатическая медицина,- 2000.- 432 с.
38. Аллен Дж. Г. Хронические миазмы: Псора и Псевдопсора. Сикоз/ Дж. Г. Аллен. -СПб.: Центр гомеопатии, 2002. – 400 с.
39. Ростовцев, В. Н. Психика и здоровье [Электронный ресурс]/ В. Н. Ростовцев//Научные статьи.- Режим доступа: <http://www.kmsd.by>. – Дата доступа: 25.10.2012.
40. Ванье, Леон. Гомеопатические конституции. Диагностика и терапия /Леон Ванье. – М.: Техарт-плаз, – 2004. – 244 с.
41. Рекевег, Г. Гомеопатическая антигомтоксикология: Систематизированное практическое лекарствоведение/Г. Реккевег. - Смоленск: Гомеопатическая медицина,- 2000. – 575 с.
42. Иванченко, В. А. Натуральная медицина /Иванченко В.А. – Издательский дом «Сибирский цирюльник», - 2004.-320 с.
43. Иванченко, В. А. Путь к здоровью. Уникальные методики доктора Иванченко/В. А. Иванченко. – М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2005. – 288 с.
44. Ростовцев, В. Н. Путь к интегральной медицине [Электронный ресурс]/В. Н. Ростовцев: Научные статьи.– Режим доступа: <http://www.kmsd.su>, // <http://www.kmsd.by>. - Дата доступа: - 10.01.2011.
45. Лиманский, Ю. П. Научные основы акупунктуры/Ю. П. Лиманский, С. А. Гуляр, И. З. Самосюк //Рефлексотерапия (Москва). - 2007. - №2 (20). – С.9-18.
46. Абаев, Ю. К. История развития доказательной медицины /Ю. К. Абаев // Медицинские новости. - 2007. - №6. – С. 7-14.
47. Иванченко В. А. Тайны русского закала/ В. А. Иванченко - Москва: Молодая гвардия, 1986.- 172 с.

48. Лао Цзы. Рассуждение о ста заболеваниях/Лао Цзы; пер. Б. Виноградского.- Антология древнекитайской эзотерики. К.: "AirLand", 1993.- Т.1, с. 200-206.

49. Ростовцев, В. Н. Этапы медицинской помощи /В.Н.Ростовцев //Здравоохранение.- 2015.- №6. С. 48-51.

50. Ростовцев, В. Н. Решение проблемы ранней диагностики/В. Н. Ростовцев//Справочник врача общей практики. Научно-практический журнал.- 2016.- №04.-С.10-15.

51. Терехович, Т. И. Этиология сверхсмертности/Т. И. Терехович, В. Н. Ростовцев, И. Б. Марченкова//Новая волна в медицине. II Международный форум русскоговорящих врачей. Латвия, Юрмала 7-9 августа 2014 года. -2014.- С. 71.

52. Аганбегян, А. Тревожный звоночек: в России прекратилось снижение смертности населения./А. Аганбегян//Экономическая политика.-2015.- т. 10, №2.- С.63-76.

53. Ростовцев, В. Н. Мобильная общая врачебная практика/ В. Н. Ростовцев//Справочник врача общей практики (СВОП).- 2016. - №9.- с. 44-48.

54. Ростовцев, В. Н. Технология диспансеризации на основе спектрально-динамической диагностики/В. Н. Ростовцев//Современная медицина: актуальные вопросы: материалы XXII межд. заочной науч.-практ. конф., Новосибирск, 26 августа 2013 г. – Новосибирск.- 2013. – С. 113-120.

55. Навроцкий, А. Л. Национальная стратегия и задачи по усилению контроля и профилактики инфекций, передаваемых половым путем/А. Л. Навроцкий//Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике инфекций, передаваемых половым путем: материалы науч.-практ. конф. (Приложение к журналу «Рецепт»). - Гродно, 2005.-С. 11-16.

56. Гундаров, И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России/И. А. Гундаров. - М.: Центр творчества «Беловодье», 2001. - 352 с.

57. Ростовцев, В. Н. Метод оценки индивидуального качества жизни и управление учебно-воспитательным процессом/В. Н. Ростовцев, Т. В. Калинина, И. В. Машенко//Кіраванне ў адукаціі. - №11. -2006.-С. 17-23.

58. Агапитов, А. Е. О функциональном содержании профилактической медицины/А. Е. Агапитов, Б. В. Таевский//Менеджер здравоохранения. – 2006. - №11. – С. 58-63.

59. Ростовцев, В. Н. Спектральная динамика и физиология/В. Н. Ростовцев, В. С. Улащик//Новости медико-биологических наук. – 2009. - №4. – С. 129-133.

60. Семенов, В. Ю. Экономика здравоохранения: учеб. пособие /В. Ю. Семенов. – Москва: МЦФЭР, 2004. – 656 с.

61. Вартамян, Ф. Е. Здравоохранение и здоровье населения Швеции /Ф. Е. Вартамян, Н. И. Степанова, Л. И. Владимирова//Советское здравоохранение. – 1987. - №7. – С. 47-51.

62. Борцов, А. Генетический коллапс [Электронный ресурс]/А. Борцов// Спецназ России.-2006- №9 (120). – Режим доступа: <http://www.spcnaz.ru>. - Дата доступа: 01.09.2006.

63. Бедный, М.С. Демографические факторы здоровья/ М.С. Бедный.- М.: Финансы и статистика, 1984. - 246 с.

64. Белобородов, И. Демографические мифы [Электронный ресурс]/ И. Белобородов//Режим доступа: www.demographia.ru. - Дата доступа: 17.03.2006.

65. Lynn, R. Dysgenics: Genetic Deterioration in Modern Populations/ R. Lynn//Praeger, 1996. – 249 p.

66. Бойко, Н. Н. Каирское иго [Электронный ресурс]/Н. Н. Бойко//«Дух христианства».- Режим доступа: <http://www.m.mofrs.ru/file/10912> - Дата доступа: 2004.

67. Антонов А. И., Медков, В. М. Второй ребенок/А. И. Антонов, В. М. Медков. - М.: Мысль, 1987. - 299 с.

68. Белобородов, И. И. Снижение смертности или повышение рождаемости? (о приоритетах демографической политики)/[Электронный

ресурс]/И. Белобородов//demographia.ru. Журнал «Демографические исследования». – 2008. - №7. – Дата доступа: 25.03.2008.

69. Кузьмин, А. И. Курс лекций "Основы демографии"/А. И Кузьмин. - М., 2005.-180 с.

70. Ростовцева, В. М. Прагматика нравственного воспитания /В. М. Ростовцева, В. Н. Ростовцев//Кіраванне ў адукацыі. – 2008. – №5. – С. 34–41.

71. Ростовцева, В. М. Психический баланс и психосоматика/В. М. Ростовцева, В. Н. Ростовцев//Вести Института современных знаний. – 2008. – №3. – С.25–28.

72. Ростовцев, В. Н. Социальные координаты демографии/В. Н. Ростовцев, В. М. Ростовцева//«Наука и образование в условиях социально-экономической трансформации общества: материалы X междунар. науч.–практ. конф. – Минск: «Современные знания», 2007. – С.15–17.

73. Протьюко, Н. Н. Рискованное половое поведение молодежи: методика выявления подверженности/Н. Н. Протьюко, Т. В. Калинина, В. Н. Ростовцев//Кіраванне ў адукацыі. – 2006. – № 2. – С.46–51.

74. Ростовцев, В. Н. Метод оценки индивидуального качества жизни/ В. Н. Ростовцев Т. В. Калинина, И.В. Мащенко//Медицина. – 2007. – № 1. – С.48–51.

75. Демоскоп. [Электронный ресурс]/Электронная версия бюллетеня «Население и общество», №223-224, 21 ноября – 4 декабря 2005г. - Режим доступа: www.demoscope.ru/weekly/2005/0223/yubb02.php. - Дата доступа: 20.07.2010.

76. Википедия [Электронный ресурс]/Электронная энциклопедия. - Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki>. - Дата доступа: 20.07.2010.

77. Медков, В. М. Демография. Учебное пособие /В. М. Медков. - Серия «Учебники и учебные пособия». - Ростов-на-Дону: «Феникс 2, 2002. - 448 с.

78. Ростовцев, В. Н. Медицинская антропология и демографическая безопасность/В. Н. Ростовцев [и др.]//Актуальные вопросы антропологии: вып.

3/Ин-т истории НАН Беларуси. – Минск: Право и экономика, 2008. – С. 211–216.

79. Рябкова, О. И. Социальная детерминация смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Беларусь/О. И. Рябкова, В. Н. Ростовцев, И. Б. Марченкова, В. Е. Кузьменко//Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2013. - №3 – С. 51-58.

80. Ростовцев, В. Н. Социальные стимулы демографического развития/В. Н. Ростовцев [и др.]//Здравоохранение. – 2009. –№6. – С.53–57.

81. Ростовцев, В. Н. Системные аспекты медико-демографических процессов /В. Н. Ростовцев [и др.]//Здравоохранение. – 2009. –№3. – С.47–53.

82. Башлачев, В. А. Чем должна заниматься демография [Электронный ресурс]/В. А. Башлачев//«Золотой лев», №144-145. - Режим доступа: <http://demograf.narod.ru>.- Дата доступа: 23.07.2010.

83. Ленин, В. И. Полное собрание сочинений в 5 томах/В. И. Ленин.- 5-е изд. - М, 1973.- т. 1, с. 476.

84. Борисов, В. А. Демография/В. А. Борисов. – М., 2005. – 282 с.

85. Пирожков, С. И. Основные угрозы демографической безопасности Украины: состояние, потенциал преодоления/С. И. Пирожков, А. У. Хомра//Материалы международной научно-практической конференции (Минск, 12 декабря 2001 г.) «Социально-экономическая безопасность государства: оценка, обеспечение». – М.: «Пранат», 2002. – С. 52–55.

86. Ростовцев, В. Н. Индикаторный подход к медико-социальному мониторингу/В. Н. Ростовцев [и др.]//Здоровье и окружающая среда: вып. 7. – Минск: Друк-С, 2006. – С. 360-367.

87. Ростовцев, В. Н. Демографический прогноз для Республики Беларусь/ В. Н. Ростовцев [и др.]//«Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь»: мат. респ. науч.–практ. конф. (Минск, 28июня 2007 г.).– Мн: БелМАПО, 2007.– С. 221–223.

88 Ростовцев, В.Н. Социальные факторы динамики рождаемости/ В. Н. Ростовцев, И. Б. Марченкова, О. И. Рябкова, В. Е. Кузьменко//«Управление

здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь»: мат. респ. науч.–практ. конф. (Минск, 28июня 2007г.).– Минск: БелМАПО, 2007.– С.224–226.

89 Протыко, Н. Н. Метод выявления подверженности рискованному половому поведению как основа адресной первичной профилактики рисков/ Н. Н. Протыко, В. Н. Ростовцев, И. Б. Марченкова//Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы теоретической и практической медицины».– Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2006. – Т.2. – С.71-73.

90. Здоровье - 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех). – № 6. – 310 с.

91. Здоровоохранение Беларуси и демографическая безопасность страны (интервью М.П. Киселева с В.С. Глушанко)//Медицина, №2.-2007.- с. 2-4.

92. Платонов, Ю. Народы мира в зеркале геополитики/Ю. Платонов. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. Ун-та, 2000.- 432 с.

93. Снегов, А. Семья как средство сохранения благополучной наследственности [Электронный ресурс]/А. Снегов//Сб. Расовый смысл русской идеи. – Режим доступа: <http://www.velesova-sloboda.org/antrop/snegov-family.html>. - Дата доступа: 25.03.2008.

94. Прохоров, Б. Б. Прикладная антропоэкология. Учебник/Б. Б. Прохоров. – М.: Изд-во МНЭПУ, 1998.- 312с.

95. Алтухов, Ю. П. Монолог о генетике/Ю. П. Алтухов//Русская мысль, №1-12. -2008. – с.4-13.

96. Учебно-методический комплекс «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни» [Электронный ресурс]/Режим доступа: [www.utmn.ru/Раздел «образовательная деятельность»](http://www.utmn.ru/Раздел%20«образовательная%20деятельность»). – Дата доступа: 23.05.2016.

97. Грант, В. Эволюционный процесс. Критический обзор эволюционной теории/В. Грант. – М.: Мир, 1991. – 488с.

98. Жуков, В. М. Наследственный полиморфизм и биологические законы самоочищения рас [Электронный ресурс]/ В. М. Жуков//Расовый смысл русской идеи. - Режим доступа:velesova-sloboda.vho.org. – Дата доступа: 2003.

99. Гундаров, И. А. Сверхсмертность в России: масштабы и причины/ И. А. Гундаров//Труд и социальные отношения.- 2013.-№2.- С.81-91.

100. Ростовцев, В. Н. Проблемы комплексного изучения медико-демографических процессов /В.Н. Ростовцев, И.Б. Марченкова//Актуальные вопросы антропологии: Сб. научных трудов. Вып. 6./Институт истории НАН Беларуси. – Минск: «Беларуская навука», 2011. – С. 133-141.

101. Ростовцев, В. Н. Антропология сердечно-сосудистой патологии. (Смысловое обоснование общих закономерностей и статистическое подтверждение частных фактов)/В. Н. Ростовцев, О. И. Рябкова, И. Б. Марченкова, В. Е. Кузьменко //Медицинские новости. – 2011. - № 11. – С. 27-30.

102. Ростовцев, В. Н. Социокультурные показатели и смертность от болезней системы кровообращения /В. Н. Ростовцев, О. И. Рябкова, И. Б. Марченкова, В. Е. Кузьменко//Вопросы организации и информатизации здравоохранения: мат. меж. республ. науч.-практ. конф. «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ). – 2012. – С. 186-189.

103. Рябкова, О. И. Методология медико-социального индикаторного анализа /О.И. Рябкова, И.Б. Марченкова, В.Е. Кузьменко, В.Н. Ростовцев //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. -2012. - №3. – С. 28-35.

104. Рябкова, О. И. Социальная детерминация смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Беларусь /О. И. Рябкова, В. Н. Ростовцев, И. Б. Марченкова, В. Е. Кузьменко//Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2013. - №.3 – С. 51-58.

105. Ростовцев, В. Н. Индивидуальная профилактика: две организационные формы и их технологическое содержание /В. Н. Ростовцев // Медицинские новости. – 2012. - №4. – С. 39-41.

106. Бочаров, А.Ф. Новые принципы и технологии в управлении медицинской наукой /А. Ф. Бочаров, В. Н. Ростовцев, Л. М. Остроумова//Вестник академии медицинских наук СССР. – 1990. - №4. – С. 56-61.

107. Налимов, В. В. Вероятностная модель языка. О соотношении естественных и искусственных языков/ В. В. Налимов.- 2-е изд., перераб. и доп. М.: Наука, 1979.- 303 с.

108. Василенко, А. М. Комплементарная медицина: пора определиться в терминологии /А. М. Василенко//Вестник восстановительной медицины.- 2009. - №2.- С.16-20.

109. Василенко, А. М. Персонализация, прогноз и профилактика в комплементарной медицине./А. М. Василенко//Рефлексотерапия и комплементарная медицина.- 2013.- №2 (4).- С. 26-37.

110. Василенко, А. М. Средства и методы комплементарной медицины: от реестра к классификационной номенклатуре./А. М. Василенко //Рефлексотерапия и комплементарная медицина.- 2014.- №2 (8).- С. 26-35.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	4
Глава 1. Понимание здоровья	8
1.1. Определения здоровья	8
1.2. Системы защиты здоровья	13
1.3. Конституция и здоровье	25
1.4. Ментальное здоровье	30
1.5. Сферы организма	46
Глава 2. Контроль факторов индивидуального здоровья	59
2.1. Факторы физической природы	59
2.2. Факторы химической природы	62
2.3. Факторы биологической природы	66
2.4. Факторы питания	69
2.5. Факторы режимов жизнедеятельности	80
Глава 3. Контроль состояния индивидуального здоровья	97
3.1. Старая и новая философия	97
3.2. Комплексный контроль здоровья	101
3.3. Врачебное мышление	113
3.4. Этапы контроля индивидуального здоровья	136
3.5. Ранняя диагностика	144
Глава 4. Контроль факторов общественного здоровья	158
4.1. Суть общественной гигиены	158
4.2. Качество жизни	161
4.3. Социальные системы защиты здоровья	165
4.4. Мифологемы демографии	169
4.5. Педагогика здравосозидания	174
4.6. Стратегии профилактической медицины	183
Глава 5. Контроль состояния общественного здоровья	188
5.1. Социальная энергия общества	188

5.2. Демографические процессы	196
5.3. Демографическая безопасность	220
5.4. Сверхсмертность	227
5.5. Эффективность здравоохранения	234
5.6. Дискурс комплементарной медицины	243
Заключение	253
Литература	256