**Содержание**

Введение

1. Особенности и структура заболеваемости в Московской области

2. Гормональные препараты предупреждения беременности: виды, показания и противопоказания к применению

3. Особенности физического воспитания детей различных возрастов

4. Понятия об "активном отдыхе"

5. Витамины, их роль в обеспечении нормальной жизнедеятельности организма

6. Роль сна в поддержании психического здоровья

Заключение

Список литературы

**Введение**

Сегодня стали модными понятия здоровье, здоровый образ жизни, биопродукт, экология, валеология. Спорт из простых повседневных упражнений стал культивироваться наравне с едой и одеждой. А ведь всё это простые, знакомые каждому с детства вещи, и отношение к ним должно быть как к естественным жизненным потребностям. Этому и учит валеология.

Наша медицина сегодня - медицина болезней и больных. У нас нет медицины здоровья - валеоцентричной медицины. Она лечит болезни, а не формирует у людей настрой на здоровый образ жизни. Современные врачи знают законы болезней, но не здоровья. Когда дом горит - его надо тушить, а потом продолжать кидать спички в стог сена - авось не загориться. Врачи -только пожарники, а не архитекторы - строители здоровья. Всемирная Организация Здравоохранения провозгласила направление медицины, согласно которому в XXI веке медицина должна перейти от “защитно-оборонительных” позиций к “социально-конструктивным”, связанным с созданием самого здоровья и активного долголетия людей. В этом случае должна принципиально измениться и роль врача. Из “лечащего болезни” он должен стать “конструктором здоровья”, а “медицина болезней” должна стать “медициной здоровья”. Валеология является "медициной здоровья", т.к. направлена, в основном, на формирование, сохранение и укрепление здоровья.

Здоровье (по определению ВОЗ) - cостояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и физических аномалий. Валеология, и особенно её теоретико-филосовский раздел валеософия, призвана настроить человека на здоровье, счастье, гармонию и красоту, на здоровый образ жизни и мысли. Она обучает качествам, необходимым для здоровой и успешной повседневной жизни.

**1. Особенности и структура заболеваемости в Московской области**

Во исполнение решения Координационного совета по охране здоровья населения при Губернаторе Московской области от 18 декабря 2007 года «Об организации проведения обязательного психиатрического освидетельствования работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов) утвержден приказ № 208 от 24.04 2008 «Об организации обязательного психиатрического освидетельствования работников Московской области, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности»[[1]](#footnote-1).

Предпринимаются меры по усилению контроля за организацией и проведением предрейсовых, текущих, периодических медицинских осмотров водителей автотранспортных средств и медицинского освидетельствования на алкогольное опьянения с целью профилактики дорожного травматизма.

Согласно проведенному анализу Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области, причинами возникновения профзаболеваний является несовершенство технологических процессов и оборудования, поздняя диагностика изменений здоровья работников, не использование средств индивидуальной защиты и не эффективный контроль за их применением. Основными производственными вредностями, обуславливающими профессиональную заболеваемость в Московской области, являются: шум, вибрация и перенапряжение нервно-мышечного аппарата.

Число регистрируемых профессиональных заболеваний в области ежегодно снижается: в 2007году выявлено 97 случаев (в 2006 году -120случаев). Из них большинство случаев (56) были обусловлены профессиональной тугоухостью у летчиков аэропорта Домодедово. В целом, профессиональная заболеваемость в Московской области более чем в 2 раза ниже, чем по РФ, и составляла соответственно в 2007 году 0,64 на 10 тыс. работающих и 1,61 на 10 тыс. работающих.

Тем не менее, из-за наметившегося в последние годы подъема промышленности, через 5 лет ожидается очевидное повышение профессиональной заболеваемости. Невысокие показатели профессиональной заболеваемости возможно обусловлены ее низкой выявляемостью из-за ликвидации цеховой службы, отсутствием мотивации работодателей к проведению профессиональных осмотров в клиниках профессиональной патологии федерального уровня и профпатологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Нарушения по организации медосмотров отмечаются в основном на предприятиях малого бизнеса[[2]](#footnote-2).

Наиболее высокий уровень профессиональной заболеваемости в 2007г. регистрировался в Коломенском, Воскресенском, Истринском районах, Дмитровском, Чеховском районах, в основном на промышленных предприятиях.

Благополучными по данному показателю являлись: Ленинский, Талдомский, Шаховской районы, г.Реутов, г.Лобня. Снизилась профессиональная заболеваемость в таких промышленно развитых районах, как Сергиево-Посадский, Люберецкий, Раменский, Щелковский.

Число случаев профессиональной заболеваемости в Московской области, регистрируемых среди работающих женщин, снижается: в 2006г – 22случая, в 2007году – 19 случаев. За последние 3 года количество осмотренных работников в Московской области достаточно высокое и колебалось от 95 до 96%, что соответствует среднероссийскому показателю. Ниже среднеобластного уровня этот показатель в г. Железнодорожном, г. Реутове, Балашихинском, Клинском, Солнечногорском районах. Удельный вес профзаболеваний, установленных на медосмотрах, составил в 2007г. – 44,3%, в 2006г.- 74,1%, что подчеркивает необходимость их проведения.

Качество проведения медицинских осмотров (предварительных и периодических) требует улучшения. Наиболее сложно решается вопрос проведения медицинских осмотров с участием врачей узких специальностей и выполнением лабораторных и инструментальных методов исследований, установленных в соответствии с положениями приказа МЗ МП РФ N 90 от 14.03.96г.

Приказ МЗ и СР РФ № 83 от 2004 г. реализуется не в полном объеме: медицинские осмотры специалистами клиники профпатологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского на предприятиях с высоким риском развития профессиональных заболеваний не проводятся из-за отсутствия мотивации работодателя. Согласно данному приказу, осмотры на таких предприятиях специалистами профпатологических центров должны проводиться с периодичностью 1 раз в 3-5 лет в зависимости от степени вредности производства. Ряд ЛПУ по результатам периодических медосмотров продолжают оформлять акты, не соответствующие требованиям приказа МЗ и МП РФ № 90 от 14.03.1996г.

В декабре 2005 года проведен Координационный Совет по охране здоровья при Губернаторе Московской области «О дополнительных мерах по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами».

Реализация решений этого Совета несколько улучшило ситуацию: к проведению медицинских осмотров стали привлекаться узкие специалисты согласно приказу МЗ и МП РФ № 90 от 14.03.1996г. (онкологи, отоларингологи, дерматологи) и стали осуществляться инструментальных методов исследования (аудиометрия, функция внешнего дыхания) в ЛПУ муниципальных образованиях Московской области (Мытищинский, Ногинский, Раменский Подольский районы, Коломенский, Шатурский, гг. Фрязино, Электросталь). Однако во многих районах по прежнему не выполняется весь объем исследований.

Во исполнение Постановления № 16 Главного государственного санитарного врача РФ от 29.03.07г. «Об усилении государственного санитарно-эпидемиологического надзора за условиями труда» издан приказ Министерства здравоохранения Московской области от 28.09.2007г. «Об усилении качества проведения обязательных и предварительных медицинских осмотров». Приказ предусматривает направление на обучение врачей, проводящих обязательные или предварительные медицинские осмотры, на курсы по вопросам профессиональной патологии, усиление ответственности главных врачей амбулаторно-поликлинических учреждений за полноту и качество проведения медицинских осмотров, своевременностью выявления профессиональных заболеваний[[3]](#footnote-3).

В рамках реализации приоритетного национального проекта Министерством здравоохранения Московской области проводилась работа по организации дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях и углубленных медицинских осмотров работающих с вредными производственными факторами.

Учреждениями здравоохранения муниципальных образований Московской области в 2007 г. проведена дополнительная диспансеризация 110027 работникам бюджетной сферы, что составляет 98% от плана на 2007 г. Медицинскими организациями проведены углубленные медицинские осмотры 109662 человек, работающих с вредными и (или) опасными производственными факторами в отраслях экономики, что составляет 100% от плана на 2007 год. По итогам дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы в 2007 года впервые выявлено: 73 больных с онкологическими заболеваниями, из них на ранней стадии заболевания 59 человек, 18 больных туберкулезом, 799 больных сахарным диабетом впервые выявленным. При проведении углубленных медицинских осмотров работающих с вредными и (или) опасными производственными факторами в 2007 г. было впервые выявлено 18 случаев злокачественных заболеваний, 346 случаев сахарного диабета, 15 случаев туберкулеза.

Одним из направлений демографической концепции является регулирование миграционных потоков в целях обеспечения социально-экономического комплекса Московской области кадрами необходимых профессий и уровня квалификации, а также миграционного замещения естественной убыли населения через привлечение в Московскую область квалифицированных иностранных специалистов и соотечественников, проживающих за рубежом. В связи с этим на территории области активно используется труд рабочих мигрантов. Однако в 2005-2006годах было много нарушений санитарного законодательства и устройство мигрантов на работу без соответствующего медицинского освидетельствования. Работа по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства для выявления инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, осуществляется в соответствии с приказом Минздрава Московской области от 16.06.2003г. №168 «О временном порядке проведения медицинского обследования иностранных граждан, проживающих на территории Московской области, для получения разрешения на проживание на территории РФ», подготовленным с учетом постановления Правительства РФ от 02.04.2003г. № 188 «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в РФ». Активное участие Министерство здравоохранения Московской области принимет в деятельности «Межведомственной комиссии по вопросам привлечения и использования иностранных работников». Медицинское освидетельствование в ЛПУ, подведомственных Московской области, в 2007 году прошли 112619 иностранных граждан. Из них выявлено 395 больных туберкулезом (в 2005 г. -75 чел., в 2006 г. -320 чел.), ВИЧ – инфицированных -498 человек (2005г. -166 чел., 2006 г. -181 чел.). Рост заболеваемости сифилисом может быть полностью отнесен за счет увеличения числа иностранных граждан. В 2007 году выявлено 1188 случаев заболевания сифилисом иностранных граждан из 4477, что составляет 26,7%[[4]](#footnote-4).

В 2007г. Министерством здравоохранения Московской области подготовлены предложения в Постановление Правительства Московской области «О программе Правительства Московской области по реализации Концепции регулирования миграционных процессов в Российской Федерации на территории Московской области на 2008-2010 годы».

**2. Гормональные препараты предупреждения беременности: виды, показания и противопоказания к применению**

**Классификация ПК**

* *По составу:*

1. Комбинированные ПК

* монофазные;
* секвенциальные (последовательное назначение эстрогенов и прогестагенов);
* многофазные (двух- и трехфазные).

1. Чистые прогестагенные (мини-пили).

* *По дозе эстрогенных стероидов*
* низкодозные (количество ЕЕ не превышает 35мкг);
* высокодозные (количество ЕЕ составляет более 35 мкг).

Комбинированные ПК содержат в своем составе эстрагеновый и прогестагеновый компоненты, по свойствам и функциональной активности сходные с естественными гормонами женского организма. На сегодняшний день это самый распространенный вид контрацепции.

Сочетанное одновременное применение эстрогенов с прогестагенами имитирует функцию яичников в первой фазе менструального цикла.

Практически все современные КПК в качестве эстрогенного компонента содержат этинилэстрадиол (ЕЕ). Он используется взамен устаревшего местранола, более 80% которого претерпевало метаболические изменения, что делало его менее активным.

В связи с постоянно совершенствующимися методами создания стероидных комбинаций КПК делятся по прогестагеновому компоненту:

*1 поколение* (1962) – препараты, имеющие в своем составе

* + норэтинодрел;
  + этинодиола ацетата;
  + норэтинодрона ацетат,

*2 поколение* (1972) – имеют в своем составе

* + норэтистерон;
  + норгестрел;
  + левоноргестрел,

*3 поколение* – имеют в своем составе

* + гестоден;
  + дезогестрел;
  + норгестимат.

Норэтистерон (хорошо всасывающийся пероральный гестаген) является основным метаболитом норэтистеронацетата, этиндиола, норэтинодрела.

Норгестрел существует в виде 2-ух изомеров (D- и L-), наиболее активный – левоноргестрел. В группу этого препарата входят дезогестрел, гестоден, диеногест, норгестимат.

Один из первых препаратов, представленный в качестве орального контрацептива был *Enovid*, содержащий эстроген – местранол и гестаген – норэтинодрел. В дальнейшем в связи с побочными эффектами (риск тромбозов увеличивался в 2,5-3 раза) этот препарат и его аналоги были заменены препаратами, содержащими эстрогены в уменьшенных количествах.

Самым сильнодействующим 19-норстероидом среди производных 2 поколения является левоноргестрел. У него наиболее длительный период полураспада, так как на него не влияет обмен веществ в печени; обладает достаточной андрогенной активностью.

Пероральные 19-норстероиды 3 поколения не обладают андрогенной активностью[[5]](#footnote-5):

Гестоден (входит в состав Линдинета 20) – наиболее эффективный гестаген по способности подавлять овуляцию и воздействию на эндометрий. Ингибирует рост раковых клеток молочной железы и оказывает антиминералокортикоидное действие (для лечения ПМС). Небольшие дозы оказывают необходимый эффект (75мг). Двойная связь в положении С15 увеличивает его связывающую способность с рецепторами прогестерона по сравнению с таковой с рецепторами тестостерона. Обладает меньшим (чем левоноргестрел) антиэстрогенным действием.

Дезогестрел – наиболее высокоселективный (после норгестимата) гестаген, не препятствующий позитивным биологическим эффектам эстрогенов. Меньшая андрогенная активность по сравнению с левоноргестрелом. Обладает низким сродством к глобулинам, связывающим половые стероиды (используется при гиперандрогенных состояниях – акне, сиборея, алопеция).

Норгестимат – прогормон, в организме превращается в активные вещества – левоноргестрел и левоноргестрел-3-оксим, которые вызывают контрацептивный эффект.

*Монофазные ПК* содержат постоянную дозу эстрогенного и гестагенного компонентов. Наиболее приемлемы для девушек и молодых женщин

Одним из способов снизить дозу стероидов, входящих в КПК и более полно сымитировать менструальный цикл явилось создание многофазных препаратов.

*Двухфазные.* Содержат постоянную дозу эстрогенного компонента и меняющуюся, в зависимости от фазы цикла, прогестагенного. В настоящее время применяются, как правило, с лечебной целью, а так же рекомендуются женщинам с повышенной чувствительностью к прогестагенам. Однако, из-за высокой частоты развития такого побочного эффекта, как кровотечение, эти препараты вскоре уступили место трехфазным.

*Трехфазные комбинации*. Соотношение эстрогенов и прогестагенов подобрано таким образом, что их состав имитирует секрецию этих гормонов в нормальном менструальном цикле. Хотя они и являются более приемлемыми и безопасными, однако, они и менее надежны в сравнении с монофазными. Кроме того, из-за связанной с понижением дозы стероидов недостаточной блокады секреции гонадотропинов, возможны кистозные изменения яичников. Эти ПК показаны молодым нерожавшим женщинам с врожденной псевдоэрозией шейки матки, функциональными нарушениями менструального цикла.

**3. Особенности физического воспитания детей различных возрастов**

Как считает С.В.Попов сложившаяся система школьного образования не формирует должной мотивации к здоровому образу жизни[18. с. 34]. Действительно, большинство людей знают, что курить, пить и употреблять наркотики вредно, но очень многие взрослые привержены этим привычкам. Никто не спорит с тем, что надо двигаться, закаляться, но большинство взрослых людей ведут малоподвижный образ жизни. Неправильное, нерациональное питание приводит к увеличению числа людей с избыточным весом и всеми вытекающими последствиями. Трудности современной жизни оставляют весьма мало места для положительных эмоций.

Изложенное позволяет сделать вывод, о том, что “знания” взрослых людей о здоровом образе жизни не стали убеждениями, что нет мотивации к заботе о собственном здоровье

Успешная борьба с тем или иным негативным явлением возможно в том случае, когда известны причины этого явления. Что касается табакокурения, то подавляющее большинство школьников впервые знакомятся с сигаретой в 1-2 классах, и движет ими, прежде всего любопытство. Убедившись в том, что курение сопровождается неприятными ощущениями (горечь во рту, обильное слюнотечение, кашель, головная боль, тошнота), дети к табаку больше не тянуться, во 2-6 классах курят считанные единицы. А вот в более старшем возрасте число курящих школьников начинает расти, и причины этого уже иные, нежели любопытство. Согласно исследованиям социологов, чаще всего это подражание более старшим товарищам, особенно тем, на кого хотелось бы походить (в том числе и родителям), желание казаться взрослым, независимым, желание “быть как все” в курящей компании. Причиной курения подростков в ряде случаев является и строгий запрет родителей, особенно в тех случаях, когда сами родители курят. Также весомый вклад в то, что подростки начинают курить, вносит реклама табачных изделий в средствах массовой информации. Чрезвычайно важно исключить также табакокурение из действий героев кино- и телефильмов и театральных пьес. Очень важно вести борьбу с курением среди родителей силами самих школьников. И, наконец, сам педагог ни в коем случае не должен быть курящим человеком (во всяком случае, школьники не должны его видеть курящим).

Употребление школьниками спиртных напитков – вещь, к сожалению очень распространенная. Социологические опросы показывают, что среди первоклассников большее половины знакомы со вкусом вина или пива, и чаще всего это происходит с ведома и согласия родителей: «невинная рюмочка» в честь дня рождения или другого торжества. Получается так, что прием алкоголя для ребенка практически всегда (за исключением, конечно, детей алкоголиков) связан с атмосферой праздника и на первый взгляд особой опасности здесь нет. Однако такое приобщение детей к вину представляет определенную опасность, ибо снимает психологический барьер, и школьник чувствует себя вправе выпить с товарищами или даже один, если появляется такая возможность.

Задача педагогов состоит, во-первых, довести до сведения подростков информацию о том вреде, который наносит пьющий человек своему здоровью и здоровью своих близких (в первую очередь - детей), а во-вторых, рассказать учащимся о сути алкоголизма.

Что касается употребления наркотических веществ, то в последние годы их количество растет и это имеет место практически во всех регионах мира. Проводя беседу со школьниками о наркомании и токсикомании, педагог должен вести их сведения следующее. Как известно, человек становится заядлым курильщиком или алкоголиком не сразу, для этого должно пройти определенное время. А для того, чтобы стать наркоманом, то есть, чтобы возникла физическая и психическая зависимость от наркотика, достаточно 1-2 раза его попробовать, что не происходит, что не происходит чаще всего, так как подростком движет любопытство. Попробовав действие наркотика, подросток уже не в силах от него избавиться. Это обстоятельство широко используют торговцы наркотиками, предлагая первую «дозу» практически бесплатно, хорошо зная, что в дальнейшем подросток пойдет на все, чтобы достать наркотик по любой цене.

В заключении следует подчеркнуть, что практически все наркотики, включая табак и алкоголь, в большинстве случаев используются для снятия стресса, и надо знать, что значительно более успешно стресс снимается при помощи оптимальной физической активности, и она может служить здоровой альтернативной курению, алкоголю и наркотикам.

Следующий фактор здорового образа жизни – двигательный режим.

Два урока физкультуры в неделю не компенсируют недостаток двигательной активности. В тоже время нередки и случаи низкой эффективности занятий физическими упражнениями.

На уроках физкультуры в школе ученики разделены на три группы: основная, подготовительная и специальная. Последние две группы выделяются по медицинским показаниям (различные заболевания в стадии компенсации, субкомпесации и прочее). В основную группу автоматически попадают учащиеся, не относящиеся к этим группам, и именно с ними проводятся занятия по утвержденным программам. Это так называемые «практически здоровые дети». В то же время истинное их состояние здоровья практически не определяется, в лучшем случае о нем судят по показателям физического развития детей, что малоинформативо.

В основу правильной организации питания детей в различные возрастные периоды должны быть положены следующие основные принципы[15, с. 45]:

1. Регулярный прием пищи через определенные промежутки времени - главное условие, с которого необходимо начинать организацию питания ребенка.
2. Питание детей должно соответствовать уровню развития и функциональным возможностям организма в конкретный возрастной период.
3. Питательные вещества (белки, жиры, углеводы), поступающие в организм вместе с пищей, должны находиться в определенном соотношении между собой.
4. Питание должно быть индивидуальным с учетом особенностей ребенка, состояния здоровья, реакции на пищу и другое.

Закаливание – эффективное средство укрепления здоровья человека. Особенно велика его роль в профилактике простудных заболеваний: закаленные люди, как правило, не простужаются. Закаливание повышает также неспецифическую устойчивость организма человека к инфекционным заболеваниям, усиливая иммунные реакции. Закаливание обеспечивает тренировку и успешное функционирование терморегуляторных механизмов, приводит к повышению общей и специфической устойчивости организма к неблагоприятным внешним воздействиям.

Положительные эмоции являются неотъемлемой составляющей здорового образа жизни. Для поддержания физического здоровья необходимо психическое закаливание, суть которого – в радости к жизни.

Известно, что основа работы по совершенствованию своей психики самовнушение. Оно повышает эмоциональный тонус, укрепляет уверенность и силу воли. Психическая закалка стимулирует и физиологические защитные механизмы: иммунитет, функцию эндокринных желез. Так мысли укрепляют тело и наоборот: безволие, снижение эмоционального настроя способствуют ухудшению самочувствия, расшатыванию психического и физического здоровья.

Рассмотрев условия, необходимые для формирования здорового образа жизни сделаем вывод, что молодое поколение наиболее восприимчиво различным обучающим и формирующим воздействиям. Следовательно, здоровый образ жизни формировать необходимо, начиная с детского возраста, тогда забота о собственном здоровье как основной ценности станет естественной формой поведения.

**4. Понятия об "активном отдыхе"**

В современном мире люди всё больше и больше обращаются к физической культуре с целью поправить своё здоровье, повысить жизненный тонус и просто хорошо отдохнуть. Широкое распространение получают такие классические, возникшие очень давно виды спорта как плавание, бег, бодибилдинг. Но и немалое развитие, и распространение среди населения Земного шара получают сравнительно молодые спортивные дисциплины. В основном это утверждение относится к экстремальным видам спорта, таким как горнолыжные дисциплины, diving, mountain bike, парашютный спорт и т.д. Особенно популярными среди молодёжи стали как раз виды спорта из последней категории.

На фоне этого ложкой дёгтя становится осознание того, что мало кто подходит к занятию спортом систематизировано. Например, восстановлением и поддержанием формы молодые люди занимаются в основном перед летом, сезоном отпусков, пляжами и т.д. Также мало кто знает о том, какие нагрузки испытывает организм и как подобрать такую систему тренировок, нагрузок, чтобы добиться высших достижений.

Для того чтобы сердце было здоровым, а тело сильным, нужна регулярная физическая нагрузка. Физические упражнения улучшают настроение, повышают мышечный тонус, поддерживают гибкость позвоночника и помогают предотвратить болезни.

Занятия спортом развертываются на фоне общения, в коллективе, под руководством учителя. Именно общение является самым могучим фактором формирования нравственных качеств занимающихся, с самого начала занятий спортом они начинают сознавать причастность к коллективу и в соответствии с правилами и распоряжениями, учатся управлять своими действиями, соотносить их с действиями других. Так укрепляется воля, вырабатывается дисциплинированность, формируется привычка к соблюдению норм нравственного поведения.

В играх и спортивных соревнованиях заключены богатые возможности для формирования норм коллективного поведения. Овладевая различными командными функциями, воспитуемые учатся не только организовывать свое поведение, но и активно влиять на действия своих товарищей, воспринимать задачи коллектива как свои собственные, мобилизовывать деятельность других в интересах команды. Под руководством тренера укрепляются такие важные нравственные качества, как ответственность перед коллективом, чувство долга, гордость за успехи команды, школы и т.д.

Спортивное соревнование – *это состязание (соперничество) людей в игровой форме с целью выяснения преимущества в степени физической подготовленности, в развитии некоторых сторон сознания.*

Соревнования позволяют решать педагогические, спортивно-методические и общественно политические задачи. Во время спортивных соревнований решаются те же педагогические задачи, что и на занятиях физической культурой и спортом в целом, т.е. совершенствование физической, технической, тактической, психической и теоретической подготовленности. Однако при этом все сдвиги, происходящие в организме, превосходят уровень, характерный для тренировочных занятий. Соревнования – одна из действенных мер повышения тренированности спортсмена. Особенно велико значение спортивных соревнований для формирования волевых черт характера. Они также способствуют развитию в целом физкультуры и спорта и позволяют педагогически воздействовать на зрителей.

Спортивные соревнования – яркое, эмоциональное зрелище. Удовольствие от спортивных зрелищ возникает вследствие соучастия в них зрителя, которого привлекает высокий уровень развития двигательных качеств, смелые и решительные действия участников, их высокие достижения.

Спортивные секции

В последние годы Поволжье стало одним из основных спортивных центров России. Многие известные во всем мире спортсмены – выходцы из нашего региона. Хоккеисты: Макаров, Быков, пятикратная олимпийская чемпионка по конькобежному спорту Скобликова, бронзовый призер последних олимпийских игр по дзюдо Макаров, боксер Костя Дзю, многократная чемпионка мира и олимпийских игр по биатлону Пылева и многие другие.

В последние годы молодежь отдает свое предпочтение экстремальным видам спорта. Это skateboarding, BMX, snowboarding, mountain bike, mount inboard, diving, rolling. Специально для дальнейшего развития экстрима в городе в конце прошлого года был открыт крытый скейтпарк на территории дворца спорта «Юность», где независимо от времени года могут тренироваться и учиться люди, отдавшие свое предпочтение в спорте экстриму.

Туризм

Туризм подразделяется на:

* Экологический
* Социальный
* Самодеятельный
* Экстремальный

Сотни милли­онов людей в мире путешествуют благодаря социальному туризму.

Самостоятельные тренировки

Помимо занятий спортом в спортивный секциях и на уроках физкультуры в школе, обязательно следует ежедневно уделять минимум 30 минут на самостоятельные занятия. В состав самостоятельных занятий следует включить утренняя гимнастика, занятия в тренажерном зале, пробежки по пересеченной местности, ходьба, катание на велосипеде и другие. Это поможет содержать свой организм в хорошей физической форме, усилит сопротивляемость болезням и усталости.

Оздоровительный бег является наиболее простым и доступным (в техническом отношении) видом циклических упражнений, а поэтому и самым массовым. По самым скромным подсчётам, бег в качестве оздоровительного средства используют более 100 млн. людей среднего и пожилого возраста нашей планеты. Согласно официальным данным, в нашей стране зарегистрировано 5207 клубов любителей бега; самостоятельно бегающих насчитывается 2 млн. человек.

Оздоровительный бег (в оптимальной дозировке) в сочетании с водными процедурами является лучшим средством борьбы с неврастенией и бессонницей - болезнями XX века, вызванными нервными перенапряжением и обилием поступающей информации.

Занятия оздоровительным бегом оказывают существенное положительное влияние на систему кровообращения и иммунитет. В результате занятий оздоровительным бегом важные изменения происходят и а биохимическом составе крови, что влияет на восприимчивость организма к раковым заболеваниям.

**5. Витамины, их роль в обеспечении нормальной жизнедеятельности организма**

Современная классификация витаминов не является совершенной. Она основана на физико-химических свойствах (в частности, растворимости) или на химической природе, но до сих пор сохраняются и буквенные обозначения. В зависимости от растворимости в неполярных органических растворителях или в водной среде различают жирорастворимые и водорастворимые витамины. В приводимой классификации витаминов, помимо буквенного обозначения, в скобках указан основной биологический эффект, иногда с приставкой «анти», указывающей на способность данного витамина предотвращать или устранять развитие соответствующего заболевания; далее приводится номенклатурное химическое название каждого витамина[[6]](#footnote-6).

*Витамины, растворимые в жирах:*

1. Витамин А (антиксерофтальмический); ретинол;

2. Витамин D (антирахитический); кальциферолы;

3. Витамин Е (антистерильный, витамин размножения); токоферолы;

4. Витамин К (антигеморрагический); нафтохиноны.

*Витамины, растворимые в воде:*

1. Витамин B1(антиневритный); тиамин;

2. Витамин В2 (витамин роста); рибофлавин;

3. Витамин В6 (антидерматитный, адермин); пиридоксин;

4. Витамин B12(антианемический); цианкобаламин; кобаламин;

5. Витамин РР (антипеллагрический, ниацин); никотинамид;

6. Витамин Вc (антианемический); фолиевая кислота;

7. Витамин В3 (антидерматитный); пантотеновая кислота;

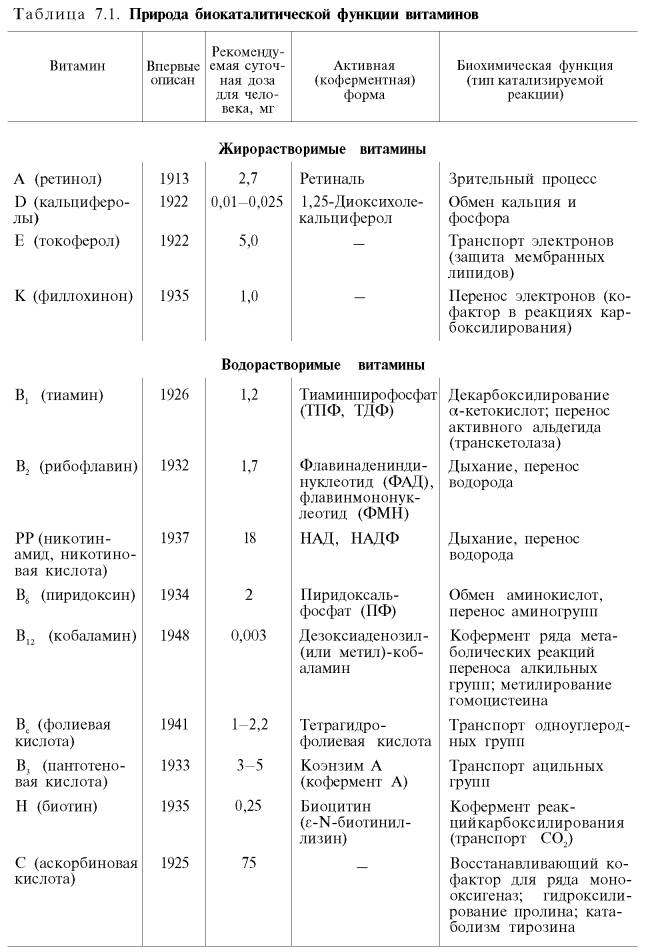
8. Витамин Н (антисеборейный, фактор роста бактерий, дрожжей и грибков); биотин;

9. Витамин С (антискорбутный); аскорбиновая кислота;

10. Витамин Р (капилляроукрепляющий, витамин проницаемости); биофлавоноиды.

Помимо этих двух главных групп витаминов, выделяют группу разнообразных химических веществ, из которых часть синтезируется в организме, но обладает витаминными свойствами. Для человека и ряда животных эти вещества принято объединять в группу витаминоподобных. К ним относят холин, липоевую кислоту, витамин В15 (пангамовая кислота), оротовую кислоту, инозит, убихинон, парааминобензойную кислоту, кар-нитин, линолевую и линоленовую кислоты, витамин U (противоязвенный фактор) и ряд факторов роста птиц, крыс, цыплят, тканевых культур. Недавно открыт еще один фактор, названный пирролохинолинохиноном. Известны его коферментные и кофакторные свойства, однако пока не раскрыты витаминные свойства (см. далее «Витаминоподобные вещества»). Поскольку типичные проявления авитаминозов встречаются довольно редко, очевидно, нет необходимости в подробном описании клинической картины гипо- и авитаминозов. Более подробно будут представлены сведения о биологической роли тех витаминов, механизм действия которых уже расшифрован.

В табл. 1 суммированы известные к настоящему времени сведения о суточной потребности, природе активной формы и физиологической роли витаминов[[7]](#footnote-7).



**6. Роль сна в поддержании психического здоровья**

Потребность во сне. зависит от возраста. Так, общая продолжительность сна новорожденных составляет 20-23 часа в сутки, в возрасте от 6 месяцев до 1 года - около 18 часов, в возрасте от 2-х до 4-х лет - около 16 часов, в возрасте от 4-х до 8 лет - 12 часов, в возрасте от 8 до 12 лет - 10 часов, в возрасте от 12 до 16 лет - 9 часов. Взрослые спят в среднем 7-8 часов в сутки.

В результате наблюдений было установлено, что люди старше 60 лет, страдающие различными заболеваниями спят, как правило, менее 7 часов в сутки. В то же время практически здоровые люди этого возраста спят более 8 часов в сутки. При увеличении продолжительности сна у «малоспящих» пожилых людей наблюдается улучшение самочувствия. По некоторым данным продолжительность сна долгожителей Кавказа колеблется от 9 до 16-17 часов в сутки. В среднем же долгожители спят по 11-13 часов. Иными словами по мере старения человека продолжительность сна должна увеличиваться[[8]](#footnote-8).

Лишенный сна человек погибает в течение двух недель. Лишение сна в течение 3-5 суток вызывает непреодолимую потребность во сне. В результате 60-80 часового отсутствия сна у человека наблюдается снижение скорости психических реакций, портится настроение, происходит дезориентация в окружающей среде, резко снижается работоспособность, возникает быстрая утомляемость при умственной работе. Человек теряет способность к сосредоточенному вниманию, могут возникнуть различные нарушения мелкой моторики, возможны и галлюцинации, иногда наблюдаются внезапная потеря памяти и сбивчивость речи. При более длительном лишении сна могут возникнуть психопатии и другие расстройства психики.

Изменения вегетативных функций при длительной бессоннице очень невелики, отмечается только небольшое понижение температуры тела и незначительные замедления пульса.

В науке описаны несколько случаев длительного отсутствия сна, которые, наряду с явлениями сомнамбулизма (лунатизма) и летаргического сна до сих пор не нашли объяснений. Чаще всего эти случаи были связаны с сильными психическими потрясениями[[9]](#footnote-9).

Медленноволновой и парадоксальный сон в равной степени необходимы организму. Так, если будить человека каждый раз при наступлении парадоксального сна, тенденция впадать в парадоксальный сон станет нарастать. Через несколько дней человек будет переходить от бодрствования к парадоксальному сну без промежуточной фазы обычного сна.

Таким образом, стадии сна образуют своеобразную систему, в которой воздействие на одно звено влечет за собой изменение в состоянии другого звена.

К наиболее характерным симптомам сна относится снижение активности нервной системы и прекращение контакта с окружающей средой за счет "выключения" сенсомоторной сферы. Пороги всех видов чувствительности (зрение, слух, вкус, обоняние и осязание) во сне возрастают. По величине порога можно судить о глубине сна.

В первых четырех стадиях пороги восприятия увеличиваются на 30-40%, в то время как в БДГ сне — на 400%. Рефлекторная функция во время сна резко ослаблена. Условные рефлексы заторможены, безусловные значительно понижены. При этом некоторые виды корковой деятельности и реакции на определенные раздражители могут сохраняться во время нормального периодического сна. Например, спящая мать слышит звуки движений больного ребенка. Такое явление получило название частичного бодрствования[[10]](#footnote-10).

Большинство мышц во сне находится в расслабленном состоянии, причем человек способен длительно сохранять определенную позу тела. При этом повышен тонус мышц, закрывающих веки. По мере погружения в сон ритмы сердца и дыхания замедляются, становятся все более равномерными.

Медленноволновой сон сопровождается снижением вегетативного реакций - сужаются зрачки, усиливается потоотделение, снижается активность сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной и выделительной систем, уменьшается частота дыхания, что приводит к ограничению объема поступающего в кровь кислорода и более медленному удалению углекислого газа, т.е. уменьшается интенсивность легочного газообмена. Именно поэтому ночью снижается частота сердечных сокращений, а вместе с ней и скорость кровотока. Следует подчеркнуть, что, хотя в целом во сне понижается уровень обмена веществ, одновременно с этим активизируются процессы восстановления работоспособности всех клеток организма, интенсивно идет их размножение, происходит замена белков.

В противоположность этому во время парадоксального сна наступает "вегетативная буря". Дыхание становится нерегулярным, неритмичным, меняясь по глубине. Возможна и остановка дыхания (например, в ночном кошмаре).

В течение всей ночи у человека активизируется рост волос и ногтей. Температура тела человека во время сна понижается. Подобные суточные колебания температуры - снижение ночью и повышение днем - наблюдаются также и в отсутствии сна или при дневном сне и ночном бодрствовании[[11]](#footnote-11).  
**Заключение**

В валеологии кратко излагаются практические и теоретические знания, собранные из множества наук, вероучений, течений, народных рецептов, в частности: гигиена, экология, психология, Православное учение, аюрведа, учения индийских йогов, советы Порфирия Иванова. Такое наполнение валеологии вызвало критику как со стороны академической науки (ее посчитали "шаманством" и лженаучной дисциплиной), так и со стороны представителей Православной церкви, которые приняли валеологию за сектантское учение. В результате предмет и специальность "Валеология" был исключен из базисного учебного плана образовательных учреждений России.

Несмотря на скандалы, сопровождающие внедрение валеологии в учебный процесс школ и ВУЗов, она продолжает развиваться. Труды по исследуемой теме оформлены в качестве учебных пособий и энциклопедии для обучения студентов и школьников в достаточно большом количестве. Все больше практикующих врачей понимают, что лечить нужно не только, и не столько тело, но и душу и разум. Валеология (поиск научной «формулы» здорового образа жизни и мысли), как динамичное научное направление мысли, будет иметь своё продолжение в будущем. Т.к в отличие от многих догматических разъяснений, она позволяет более осмысленно и активно принимать участие в переосмыслении окружающего пространства и влияния времени, раскрывая деятельную сторону человечества, соединенную с научным воображением.

**Список литературы**

1. Абросимова Ю.К., Ушаков В.А., Бугакова Т.И. Подходы к оценке здоровья населения в связи с состоянием окружающей среды и к созданию программ оздоровления городов //Ф. Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - № 5.
2. Потапов А.И. Гигиенические аспекты среды обитания и здоровья населения //Сборник научных трудов. Пермь, 2007. – 420 с.
3. Беляев Е.Н., Чибураев В.И. Окружающая среда и здоровье. – В кн.: Материалы первой международной конференции «Мониторинг окружающей среды, оценка и возмещение экономического ущерба, наносимого здоровью населения ее загрязнением». – Пермь, 2006. – 344 с.
4. Виноградова Л.А., Пархомчук Т.К., Сперанская Л.С. и др. Вопросы комплексной оценки риска воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье населения // Материалы VII Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. – М., 2007. – 190 с.
5. Гильденскиольд Р.С., Кучма В.Р., Гильденскиольд С.Р. и др. Способ выявления причинно-следственных связей в системе «Здоровье населения – окружающая среда» и количественная оценка степени медико-экологического риска. – В кн.: Экология и здоровье ребенка. – М., 2005. – 135 с.
6. Егорова И.П. Среда обитания и здоровье населения /Под ред. акад. РАМН и РАЕН Потапова А.И., 2005. – 260 с.
7. Киселев А.В. Оценка риска здоровью в медико-экологических исследованиях и практике управления качеством окружающей среды. – С. – Пб.: «Дента», 2006.
8. http://mz.mosreg.ru

1. http://mz.mosreg.ru [↑](#footnote-ref-1)
2. Потапов А. И. Гигиенические аспекты среды обитания и здоровья населения //Сборник научных трудов. Пермь, 2007, с. 60. [↑](#footnote-ref-2)
3. Абросимова Ю. К., Ушаков В. А., Бугакова Т. И. Подходы к оценке здоровья населения в связи с состоянием окружающей среды и к созданию программ оздоровления городов //Ф. Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - № 5. [↑](#footnote-ref-3)
4. Потапов А. И. Гигиенические аспекты среды обитания и здоровья населения //Сборник научных трудов. Пермь, 2007, с. 34. [↑](#footnote-ref-4)
5. Российский медицинский журнал // Хабаш Э.С. - 2004 [↑](#footnote-ref-5)
6. Карл Лоу. Все о витаминах. – М.: Издательство: КРОН - ПРЕСС, 2008, с. 79. [↑](#footnote-ref-6)
7. Кутецкий И.И. Витаминное пространство. – М, 2007, с. 65. [↑](#footnote-ref-7)
8. Боснак Р.В мире сновидений. – М.: "Древо жизни", 2006, с. 87. [↑](#footnote-ref-8)
9. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики. – М, 2007, с. 43. [↑](#footnote-ref-9)
10. Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю. Введение в психофизиологию. – М, 2006, с. 111. [↑](#footnote-ref-10)
11. Самуэл Данкелл. Ночной Язык Тела. – М.: "Арника", 2007, с. 117. [↑](#footnote-ref-11)