

системного свойства художественного сознания и интегративного характера синестезии как проявления принципа холизма; метод логического моделирования – для выявления особенностей доминантных и недоминантных видов искусств и их роли в развитии синестезийности художественного сознания, причин появления экспериментальных видов и новых жанров современного искусства; диалектический метод – для анализа подходов к изучению синестезийности сознания в различных областях научного знания и выявления наиболее перспективных для понимания сущности данного системного свойства восприятия и мышления идей и концепций; конкретно исторический метод – для выявления основных социокультурных факторов, оказавших влияние на развитие Искусства-Синестез-системы эпох древних цивилизаций, европейского Средневековья и Возрождения, Нового и Новейшего времени; системный подход – для обоснования авторских концепций синестезийности как системного свойства художественного мышления, «Искусство-Синестез-система», «Homo synaesthesia». Системный подход позволил проанализировать изучаемое явление в широком историко-культурном, эстетико-художественном аспекте и рассмотреть проблему синестезийности художественного сознания как комплексную интегративную идею, присутствующую крупнейшим художественным системам. Синергетический подход к моделированию феноменов сознания позволил определить особенности восприятия, работу интуиции, процессы смыслопорождения на уровне индивидуального и общественного сознания.

В монографии впервые: обосновано авторское понятие синестезийности как системного свойства художественного сознания, определены ее системные характеристики и обоснована перспективность применения системной методологии к ее изучению; аргументировано авторское понятие и интегративный характер синестезии как проявления принципа холизма; разработана концепция «Искусство-Синестез-система», рассматривающая искусство с пози-

ции синестезийности как системообразующего принципа, сформулированы и обоснованы авторские понятия «синестезийная концепция» и «Искусство-Синестез-система»; в результате системного анализа видов искусств эпохи древних цивилизаций, европейского Средневековья и Возрождения, Нового и Новейшего времени выявлены причины их доминирования в Искусстве-Синестез-системе, определены основные принципы, способствующие развитию синестезийности художественного сознания; выявлены характерные черты и выявлена роль недоминантных видов в развитии синестезийности восприятия искусства эпох древних цивилизаций, европейского Средневековья и Возрождения, Нового и Новейшего времени; разработана авторская концепция «Homo synaesthesia» и доказано, что использование этического потенциала искусства способствует духовному совершенствованию личности, процессу трансформации человека в Homo synaesthesia, в человека, обладающего способностью воспринимать реальный мир и искусство целостно, синергически.

Теоретическая и практическая значимость монографии состоит в том, что она расширяет теоретическую и эмпирическую базу научных исследований синестезийности как системного свойства художественного сознания; позволяет осмыслить диалектику формирования синестезийных концепций, аргументировать взаимосвязь между онтологическим обоснованием ценности человеческих знаний и стремлением отразить полноту мира в искусстве на основе синестезийных концепций. Идеи и обширный фактологический материал, содержащиеся в монографии, могут быть использованы в лекционных курсах теории и истории искусств, теории и истории культуры, а также эстетики, читаемых в высших учебных заведениях; в системе повышения квалификации, также в рамках получения работниками искусств и культуры дополнительного профессионального образования.

Монография адресована студентам и аспирантам гуманитарных вузов, изучающим эстетику, философию, историю искусств.

Медицинские науки

ОБРАЗНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ В БОРЬБЕ С КУРЕНИЕМ (методическое пособие)

Лукьянёнков П.И.

ФГБУ «НИИ кардиологии СО РАМН»,
лаборатория магнитно-резонансной томографии,
Томск, e-mail: lukans@ya.ru

Традиционно, усилия по борьбе с курением были направлены на мужскую часть населения, поскольку распространенность курения среди них в 80–90-х годах прошлого столетия был значимо выше, чем среди женщин. Так,

по нашим данным, курение, как фактор риска у рабочих и служащих Томской области выявлялся у 67,5% мужчин. Наибольший процент приходился на возрастную группу 30–39 лет и составлял 64%. С возрастом число курящих мужчин уменьшалось, и уже в 50–59 лет оно составляло 50%, а свыше 60 лет – только 25% мужчин продолжало курить. Отказ от курения в старших возрастных группах связан с ростом сердечнососудистых и церебральных заболеваний, выполнении врачебных рекомендаций. Самостоятельно бросившие курить в популяции составляли 13%. В женской популяции

курило 10,7%, наибольший процент курящих приходился на возрастной диапазон 20–29 лет – 17,7%, в более старших возрастных группах число курящих резко уменьшалось, достигая в возрасте 50–59 лет – 0,7%.

В настоящее время во всём мире эта тенденция сохраняется, однако в некоторых странах (Ирландия) это соотношение одинаково, а в Дании распространённость курения среди женщин выше, чем у мужчин.

Рост курения среди женщин – трагедия человечества, поскольку считается, что женщина в большей степени отвечает за репродуктивное здоровье поколений. Увеличение курения среди женщин неуклонно привело к росту заболевания раком. Так, по данным Sather [2001] в США заболеваемость раком легкого за последние 60 лет увеличилась на 600%! Несмотря на то, что курение в целом среди женщин распространено значительно меньше, его отрицательная социально-психологическая значимость по воздействию на детей и подростков выше, чем у мужчин, т.к. курение матери, является большим предметом подражания, чем отцов. В настоящий момент считается, что имеется тенденция к росту данного показателя, причем по сравнению с 80 г. прошлого столетия, курение увеличилось в некоторых регионах среди женщин почти в три раза, причем в этот процесс они вовлекаются с раннего возраста.

Сегодня наукой установлено и определено однозначно – курение, вдыхание табачного дыма – добровольное отравление себя и окружающих. Кроме никотина табачный дым содержит угарный газ, синильную кислоту, сероводород, углекислоту, аммиак, азот, эфирные масла, пиридиновые основания и даже радиоактивные изотопы.

Курящий человек в течение жизни выкуривает 15 тысяч смертельных доз, но так как никотин в организм поступает дробными дозами, у привычного курильщика острых явлений отравления не наблюдается. Можно считать доказанным, что никотин и содержащиеся в табачном дыму ядовитые вещества нарушают деятельность практически всех систем организма.

Курение увеличивает риск развития гипертонической болезни и ишемической болезни сердца в 4–6 раз, при комбинации его с 2–3 факторами риска вероятность развития ишемической болезни сердца – основного «поставщика» инфаркта миокарда – возрастает в 10–13 раз. У курящих в 5–8 раз чаще, чем у некурящих отмечается внезапная смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, в 10 раз чаще развивается рак легких, курящий человек сокращает свою жизнь на 8–10 лет.

В настоящий момент никотиновая зависимость рассматривается как заболевание, которое необходимо лечить, поэтому отказ от курения и лечение табачной зависимости является актуальной задачей, позволяющей продлить жизнь.

Никотин легко проникает через цереброваскулярный барьер и распространяясь по мозговой ткани накапливается в коре, гипоталамусе, таламусе, среднем мозге, стволе. Взаимодействуя с никотиновыми холинергическими рецепторами головного мозга, он активирует их и вызывает высвобождение катехоламинов, включая ацетилхолин, норадреналин, дофамин, серотонин, бета-эндорфин и глутамат. Результатом этой активации является ощущение повышенной работоспособности, снижение тревоги, уменьшение голода. С развитием толерантности начинается стойкое угнетение функций центральной нервной системы, и для поддержания их на привычном уровне требуется все большее количество никотина. Поэтому курящий увеличивает количество выкуриваемых сигарет, для достижения того же эффекта, и в этом плане, никотин сродни наркотикам: при прекращении его поступления в организм развиваются симптомы отмены, которые достигают максимума через 3 дня после отказа и обычно длятся 3–4 недели.

Современные технологии в борьбе с курением предлагают разные подходы – начиная от иглорефлексотерапии до гипноза и заместительной терапии – лекарственной терапии, жевательных резинок, ингаляторов, никотиновых пластырей. Обладая определенной эффективностью, они не лишены побочных эффектов, иногда трудно дозируются, но при сочетанном применении с психотерапией и самопрограммированием повышают эффективность отказа от курения на 30–40%.

Таким образом, на сегодняшний день нет сомнений, что курение ведет к преждевременному старению и смерти. Можно ли отказаться от него самому? А может лучше прибегнуть к помощи врача? Согласно опросу экспертов ВОЗ, специфические методы лечения курения менее эффективны, чем неспецифические подходы (убеждение, внушение решимости бросить курить, принятие положительной мотивации на отказ от курения при четком осознании отрицательного воздействия вредной привычки на организм). Так, по данным 2-летнего наблюдения за населением 3 городов Северной Калифорнии в борьбе с курением эффективность индивидуальных бесед оказалась выше (на 42%) там, где создавалась личностная положительная мотивация на отказ от курения. Поэтому ответ прост: отказаться от курения, отречься от него раз и навсегда можно самому. А в случаях, когда у Вас выявляются первые признаки атеросклероза и ухудшается память, тем более, если есть склонность к повышению артериального давления, сделать это просто необходимо.

Каждый человек с возрастом, по мере изнашивания своего организма, начинает понимать вред, наносимый ему никотином. Исследования показывают, что процент курящих с возрастом уменьшается. Это говорит о том, что с годами

люди эмпирически делают правильный вывод и, чувствуя, что курение из приятного превращается в тягость, вначале изредка подумывают об этом, потом делают первые робкие шаги бросить, и, наконец, здравый смысл берет верх. Под тяжестью недугов и осложнений, под давлением эмоций человек оставляет эту пагубную привычку. Курит обычно тот, кто имеет больший «запас прочности», и пока имеет его – курит.

В методическом пособии, представленном на выставке, мы предлагаем вариант собственной методики борьбы с курением путём образного программирования, используемой в ходе профилактической работы в Школе гипертоника в Томске. По нашим данным, эффективность её составляет до 60–70% и может зависеть от уровня образовательного ценза, четкого наличия имеющихся закрепленных рефлексов и художественного восприятия личности. Данное пособие рекомендуется к распространению во всех медицинских учреждениях, имеет высокую практическую ценность, профессионально заслуживает самого высокого рейтинга. Подробное изложение непосредственного программирования, этапность и последовательность, настраивают читателя уже в процессе чтения данного пособия на отказ от курения.

Автор будет благодарен за конструктивные замечания читателей и просит направлять заявки, письма и отзывы по адресу: e-mail: Lukans@yandex.ru.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ: ПРИМЕНЕНИЕ, БЕЗОПАСНОСТЬ, ОЦЕНКА КАЧЕСТВА

Мусаев Ф.А., Захарова О.А.

*ФГБОУ ВО «Рязанский государственный
агротехнологический университет
имени П.А. Костычева», Рязань,
e-mail: morozova@rgatu.ru*

Биологически активные добавки (БАД) к пище, наряду со специализированными продуктами питания, являются наиболее эффективным способом устранения дефицита витаминов, но при условии содержания биологических веществ в дозах, соответствующих физиологическим потребностям человека. Расширение применения биологически активных добавок к пище санкционировано правительством России, однако, на наш взгляд, проведение анализа использования БАДов, влияния их действия на организм человека и животных, является актуальным и своевременным.

Еще 2500 лет тому назад великий врач древней Греции Гиппократ показал, что, изменяя диету и уровень физической активности, можно лечить или, по крайней мере, облегчать течение многих болезней. Опыт народной и официальной медицины не только не противоречит представлениям Гиппократа, но существенно их расширяет и углубляет.

Биологически активные добавки к пище и корму вошли в нашу жизнь относительно недавно, и стала бурно развиваться новая отрасль знаний – фармаконутрициология.

Наиболее приемлемой является классификация, представленная в СанПиН 2.3.2.1290-03, в которой БАД подразделяются на следующие группы, применяемые как дополнительные источники пищевых и биологически активных веществ для оптимизации углеводного, жирового, белкового, витаминного и других видов обмена веществ при различных функциональных состояниях организма; для нормализации и/или улучшения функционального состояния органов и систем организма человека, в том числе самостоятельно или в составе продуктов, оказывающих общеукрепляющее, мягкое мочегонное, тонизирующее, успокаивающее и иные виды действия при различных функциональных состояниях; для снижения риска заболеваний, нормализации микрофлоры желудочно-кишечного тракта, в качестве энтеросорбентов и др. Для удобства рассмотрения БАД их распределяют на три основные группы: нутрицевтики, парафармацевтики, пробиотики.

Применяемые БАДы должны быть безопасны, то есть не оказывать вредного воздействия на здоровье настоящего и будущих поколений.

Разрешение на производство БАД на конкретных предприятиях оформляется органами и учреждениями Госсанэпидслужбы при соблюдении санитарных норм и правил. При этом регламент осуществления Госсанэпиднадзора определен МУК 2.3.2.721-98 «Определение безопасности и эффективности биологически активных добавок к пище». Реализуемые БАД должны соответствовать требованиям, установленным нормативной и технической документацией. Розничная продажа БАД осуществляется только в потребительской упаковке.

К настоящему времени в Российской Федерации сформирована законодательная, нормативная и методическая база, обеспечивающая безопасность применения БАД. БАД заносятся в Федеральный реестр.

БАДы должны соответствовать всем требованиям современной законодательной и нормативной базы РФ для данной группы продуктов, что является важным условием обеспечения населения качественными микронутриентами и биологически активными компонентами, необходимыми для оптимизации питания и повышения качества жизни.

Розничная торговля БАД осуществляется через аптечные учреждения, специализированные магазины по продаже диетических продуктов, продовольственные магазины (специальные отделы, секции, киоски). При размещении и устройстве помещений для реализации добавок следует руководствоваться