

Таблица 1. - Пищевая и энергетическая ценность еженедельных суточных рационов учащихся лицей-интерната г. Душанбе

Дни недели	Содержание, г			Ккал
	Белки	Жиры	Углеводы	
Понедельник	85,5	64,5	410,7	2688,8
Вторник	87,3	66,8	448,4	2715,6
Среда	87,3	66,8	448,4	2715,6
Четверг	87,3	66,8	448,4	2715,6
Пятница	87,3	66,8	448,4	2715,6
Суббота	87,3	66,8	448,4	2715,6
Воскресенье	87,3	66,8	448,4	2715,6
Среднее	87,0	66,4	443,0	2711,7

Администрация спецшколы-интерната мотивирует данное положение нехваткой выделяемых Министерством труда и социальной защиты населения средств на приобретение продуктов питания. Проведенный нами расчет себестоимости пищевых продуктов, входящих в суточное меню школьников спецшколы-интерната, показал, что их цена по сложившейся рыночной себестоимости в среднем составляет от 7 до 8,11сомони. В осеннем периоде, в связи с подорожанием основных продуктов питания на рынках республики, себестоимость продуктов, входящих в суточное меню учащихся спецшколы-интерната, повысилась до 9,94сомони.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование состояния фактического питания школьников, ассортимент продуктов питания, включаемых в ежедневное меню, хронометраж их рабочего времени и состояние здоровья выявили определенные диспропорции в сбалансированности их питания и необходимость, в связи с этим, пересмотра выделяемых на питание данного контингента денежных средств в сторону увеличения и разнообразия ежедневного меню.

Список литературы

1. Фактическое питание населения Согдийской области Республики Таджикистан в летне-осенний период / Д.А. Азонов [и др.] // Вопросы питания и регуляция гомеостаза. Душанбе.- 2008.- Вып. 9.- С. 42-49.
2. Хайров, Х.С. Распространенность недоедания среди детей школьного возраста Республики Таджикистан / Х.С. Хайров // Здоровоохранение Таджикистана. - 2009. - № 3. - С. 61-63.
3. Волгарев, М.Н. О нормах физиологической потребности человека в пищевых веществах и энергии: ретроспективный анализ и перспективы развития / М.Н. Волгарев // Вопросы питания. - 2000. - №4. - С.3-7.
4. Мартинчик, А.Н. Методические рекомендации по оценке количества потребляемой пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания, №1-19/14-17 / А.Н. Мартинчик, А.К. Батурич, А.И. Феоктистова. — М., 1996. - 32 с.
5. Мошев, А.Н. Социально-гигиенические аспекты фактического питания школьников / А.Н. Мошев // Материалы X всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. - М., 2007. - Книга 1. 945 с.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ФАКТОРЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

*Баева О. И. **, Исакова Е. И. **

Кафедра управления и экономики предприятия
 Национальный фармацевтический университет, Украина**
 Кафедра общественно-гуманитарных наук
 Таврический государственный агротехнологический университет, Украина*

Актуальность. Хорошее здоровье непосредственно способствует экономическому росту, в то время как слабое здоровье приводит к бедности. Основной задачей всех национальных систем здравоохранения является укрепление и сохранение здоровья населения. Улучшение здоровья нации – это основа процветания стран. Формирование здорового образа жизни и улучшение работы системы здравоохранения – важнейшее условие реализации потенциальных возможностей развития стран, существенный фактор обеспечения национальной безопасности.

В современный период сохраняются отрицательные тенденции в состоянии здоровья населения, обусловленные прогрессирующим старением населения, невысокими показателями ожидаемой при рождении продолжительности жизни, неблагоприятной структурой населения по полу и возрасту. Сложившаяся ситуация во многом является следствием низкой культуры населения, отсутствия осознанной потребности к здоровому образу жизни, что обусловлено ослаблением позиций в организации профилактики как перспективного, так и экономического пути укрепления здоровья [1]. В связи с этим на первый план выходят проблемы, связанные с улучшением общественного здоровья населения.

Цель исследования – анализ влияния наиболее значимых факторов на состояние общественного здоровья населения.

Материалы и методы исследования. Анализ проводился с использованием теоретических знаний результатов научных исследований в научных трудах. Методами исследования выступали: анализ и синтез, системный анализ научного познания, экономических исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. Приоритетное направление социальной политики в области здравоохранения – охрана и укрепление здоровья населения, повышение его уровня. Существуют понятия общественное здоровье и здоровье человека [2].

Общественное здоровье – это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием биологических и социальных факторов окружающей среды при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий жизни общества (труд, быт, характер питания, отдых, уровень образования и культуры, здравоохранение).

Здоровье человека – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, когда органы и системы организма человека уравновешены с природной и социальной средой, отсутствуют какие-либо заболевания, болезненные состояния и физические дефекты.

Существует несколько моделей характеристики здоровья (табл. 1).

Таблица 1.

Модели характеристики здоровья

Название модели	Характеристика модели
Медицинская модель	здоровье как отсутствие болезней и их симптомов
Биомедицинская модель	отсутствие субъективных ощущений нездоровья и органических нарушений
Биосоциальная модель	совокупность медицинских и социальных признаков; приоритет отдаётся социальным признакам
Ценностно-социальная модель	здоровье как ценность человека

Источник: составлено авторами на основе [1, 2]

Здоровье человека целесообразно рассматривать как взаимосвязь двух компонентов - биологических и социальных. Рассматривают несколько их видов (табл. 2).

Таблица 2

Составляющие здоровья человека

Виды здоровья человека	Характеристика
1. Биологическое здоровье:	связано с организмом и зависит от динамического равновесия функций всех внутренних органов, их адекватного реагирования на влияние окружающей среды
- соматическое здоровье	текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития
- физическое здоровье	уровень роста и развития органов и систем организма
2. Психическое здоровье	связано с личностью и зависит от развития эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер личности, от развития самосознания личности и от осознания ценности для личности собственного здоровья и здорового образа жизни
3. Социальное здоровье	связано с влиянием на личность других людей, общества в целом; это мера социальной активности, трудоспособности человека.

Источник: составлено авторами на основе [1, 2]

Гармонически развитый здоровый человек способен эффективно и длительно участвовать в жизни семьи и общества. Баланс здоровья – это выражение моментального состояния равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами. Воздействие отдельных факторов на состояние здоровья населения позволяет находить способы улучшения состояния здоровья, выявлять характер и силу их влияния.

К факторам общественного здоровья относятся [3]:

1. Неуправляемые или слабоуправляемые факторы общественного здоровья:

- генетические и социально-биологические факторы – предрасположенность к наследственным заболеваниям, темперамент, пол, возраст, тип конституции;
- природно-климатические факторы (экологические) – температура, ландшафт, влажность, загрязнение воды и воздуха, почвы, радиационные и магнитные излучения и др.

2. Управляемые факторы общественного здоровья:

- социально-экономические факторы – доход, образование, условия жизни, условия труда, материальное состояние, состояние службы здравоохранения;
- поведенческие факторы – ценности, привычки, физическая активность;
- психологические факторы – стрессовые ситуации;
- организационные или медицинские факторы – качество медицинской помощи, обеспеченность населения медицинской помощью, доступность медицинской и социальной помощи и др.

Наибольшим потенциалом, в части государственного регулирования, обладают управляемые факторы, которые оказывают заметное воздействие на состояние общественного здоровья населения.

Ключевым фактором, определяющим здоровье человека, является его образ жизни. На современном этапе стратегическим направлением охраны и укрепления здоровья является социально-профилактическая политика. Такая политика предусматривает формирование здорового образа жизни, защиту внешней среды, преодоление некоторых факторов риска, таких как: алкоголизм, курение, избыточное потребление животных жиров, улучшение качества жизни и др.

Исследование качества жизни позволяет провести мониторинг состояния здоровья, оценить эффективность профилактических программ, обосновать методы лечения с экономической точки зрения. Частичным аналогом индекса качества жизни является индекс человеческого развития, который был разработан в 1990 году, и до 2013 г.

имел название «Индекс развития человеческого потенциала». Данные по Индексу, публикуются ежегодно ООН в отчете о развитии человеческого потенциала

Индекс человеческого развития охватывает 124 экономики стран и характеризует различия между странами, оценивает влияние экономического развития на качество жизни. Индекс человеческого развития определяется по таким основным показателям: здоровье, образование, занятость (населения), защищенность, инфраструктура и др. [4].

Выводы. Учитывая вышесказанное, можно сделать вывод о том, что общественное здоровье оказывает важное влияние на развитие и воспроизводство человеческого капитала. С целью повышения состояния общественного здоровья населения следует уделять больше внимания управляемым социально-экономическим факторам.

Список литературы

1. Здоровый образ жизни и его составляющие : учеб. пособие / под ред. В. С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2017. – 301 с.
2. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / под ред. Г. Н. Царик. – Кемерово, 2012. – 911 с.
3. Здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / под ред. А. А. Шабуновой. Вологда : ИСЭРТ РАН, 2014. - 154 с.
4. Баева О. И. Охорона здоров'я як фактор розвитку людського капіталу / О. І. Баева // Галицький економічний вісник. Науковий журнал. Тернопіль, № 1 (52) 2017. – С. 110-114.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ДИНАМІКИ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЧЕСЬКОГО ПРОЦЕСУ МАЛЯРИЇ В ПЕРІОД ВОССТАНОВЛЕННЯ МІСЬКОЇ ПЕРЕДАЧІ В ТАДЖИКИСТАНІ

Базарова Л.М., Хасанова З.М., Одинаева Л.М.

Кафедра епідеміології ТГМУ ім. Абуалі ібні Сіно. Таджикистан

Актуальність. В наше час близько 2,3 млрд. людей (41% населення світу) проживає на території, де існує ризик зараження малярією. Щорічно превалентність малярії в світі, т.е. рівень розповсюдженості хвороби, становить 300-500 мільйонів людей, в тому числі з щорічними смертельними исходами – 1,5-2,7 млн. людей [1,4].

С 1998 року ВОЗ почала здійснювати боротьбу з малярією в світі в рамках Програми «Обрати малярію всьому». В наше час ВОЗ поставлена нова мета: ліквідувати тріхденну малярію (*Pl.vivax*) к 2010 г. і тропічну малярію (*Pl.falciparum*) к 2015 г. [4].

Постліквідаційну епідемію (ПЛЭ) 90-х років ХХ століття в Таджикистані викликану переважно збудителями виду *Pl. vivax*, можна вважати відновленою малярією, при відновленні передачі її з районів ризику з залишковою ендемією і проявляючоюся в формі різномасштабних епідемічних вибухів [2,3].

Мета дослідження. Проаналізувати динаміку розвитку епідемічного процесу малярії в Таджикистані в період відновлення місцевої передачі.

Матеріал і методи дослідження. Аналізу підлягали архівні матеріали захворюваності малярією за статистичними звітними формами ЦГСЭН і СЭУ Міністерства Здравоохорони Республіки Таджикистан, матеріали власних епідеміологічних досліджень осередків малярії за 2003-2007гг.. В дослідницькій роботі використовувалися методи ретроспективного і оперативного епідеміологічного аналізу, методи постановки епідеміологічного діагнозу. Аналіз причинно-слідствених зв'язів функціонування малярійної паразитарної системи проведено за період з 1992 по 2007 роки. В роботі застосовані епідеміологічні і статистичні методи дослідження.

Результати дослідження і їх обговорення. Ретроспективний і оперативний аналізи, проведені нами, дозволили встановити, що за 18 років в період з 1990 по 2007гг. офіційно в Таджикистані було зареєстровано 125 603 випадки, в тому числі тропічної малярії – 3 482 випадки (2,8%). Удельний вага паразитоносителів в різні роки становив 0,5-0,6%. З числа реєструваних випадків домінуюче положення займає тріхденна малярія (91,7%), на частку тропічної малярії припадає в середньому 4,7-8,2% і по 3-5 випадків в різні роки мали місце микстинвазії (*Pl.vivax+Pl.falciparum*). З урахування маляріогенності території РТ динаміка захворюваності має наступну тенденцію (рис. 1).

Як видно з представлених даних, епідемічний процес розвитку малярії відрізняється своєю стрімкістю. Якщо показник захворюваності в 1990г. становив 2,8 на 100 тис. населення, то через 5 років (1994) він зріс більш ніж в 14 раз.

С 1995 року почався період умовно позначений «періодом неконтрольованої ситуації», показники зростали до 2000г. відповідно в 37,5; 66,1; 183,4; 119,0; 80,2; 111,3 разів. Вибух, що стався в 1995 році, набрав обороти і в 1997 році перетворився в великомасштабну епідемію, коли було зареєстровано в цілому по республіці 29 794 випадки малярії. Методи, прийняті в період епідемії дозволили незначительно знизити показники захворюваності в наступні 2 роки (1998-1999гг.) в основному за рахунок впливу на механізм передачі, проводячи протикомаарині обробки осередків малярії інсектицидами і впливом на преимагинальні стадії з допомогою гамбузизації водойм. Ці методи не привели, як бачимо, до значительного зменшення захворюваності, так як удільний вага заходів був недостатнім і становив відповідно 1,23% від необхідних площ обробки в осередках, включаючи житлові і нежитлові приміщення, і в середньому 17,7% від загального числа водойм, підлягали гамбузизації.

Збільшенню захворюваності малярією в 2000 році сприяло не тільки проведені недостатньо об'ємні протималярійні заходи, але і охоплення нових територій, де захисні заходи, в тому числі міжсезонне профілактичне застосування серед населення примахіна, і протикомаарині обробки не проводились взагалі.