

10. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года N 685. «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп».
11. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 ноября 2003 года N 840. «О развитии стационарозамещающей медицинской помощи».
12. Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471 «О состоянии и мерах усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан».
13. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2004 года N 874 «Об утверждении Правил оказания амбулаторно-поликлинической помощи».
14. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 767 от 28.12.2007г. «Об утверждении протоколов диагностики и лечения».
15. Приказ МЗ РК от 8 июля 2005 года № 332 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения».
16. Приказ МЗ РК от 31 октября 2006 года № 509 «Об утверждении административных отчетных форм организаций здравоохранения».
17. Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» (2007г., 2008г.).

УДК 613.71.9:371.7

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ ГОРОДА ШЫМКЕНТА

Т.В.Сысоева, М.Кареев

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Денсаулық – адам құндылықтарының ең қымбаттысы. Қала жастарының денсаулығын есеп бойынша көрсеткен. Әсіресе, дем органдарының аурулары, асқорыту мүшелерінің аурулары үшінші орында зәр шығару жүйесінің аурулары бұл мақалада сөз болады.

SUMMARY

Data of complex routine inspection of youth of the city of Shymkent have shown high disease of a somatic pathology, especially to illness of bodies of breath, digestion and kidneys. And also low level of spent improving actions.

Здоровье - величайшая человеческая ценность. Хорошее здоровье – это основное условие для выполнения человеком его биологических и социальных функций, фундамент самореализации личности. Но сохраняющиеся негативные тенденции в отношении здоровья населения: невысокие темпы прироста населения и рождаемости, высокие показатели общей смертности, неблагоприятная ситуация по туберкулезу, болезням, передаваемым половым путем и СПИДу, заставляют серьезно задуматься – какова же ситуация со здоровьем молодежи – будущим государства, его генофонда (1,2).

Цель: изучить состояние здоровья студентов и учащихся высших и средних учебных заведений г. Шымкента.

Материалы и методы: статистические данные комплексного профилактического осмотра студенчества г. Шымкента за 2008-2009г.г.

Результаты: Комплексным профосмотром было охвачено в 2008г. – 22794 человек, в 2009г.- 21209 человек. Среди обследованных в возрасте от 18 до 23 лет была выявлена соматическая патология у 7331 (32%), в 2008г., у 6619 (31%) в 2009г. (Рис.1).

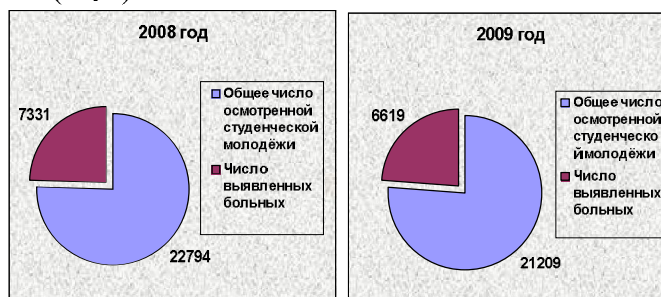
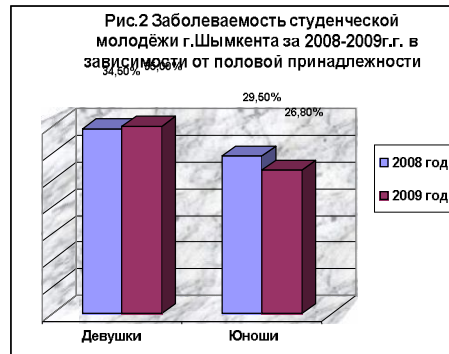
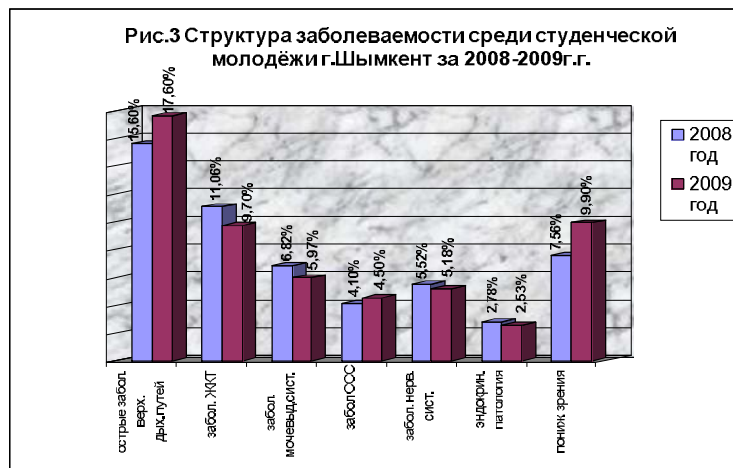


Рисунок 1 Заболеваемость студентов высших и средних учебных заведений г.Шымкента

При этом среди девушек частота заболеваний составила в 2008г. – 34,5%, в 2009г. – 35% с определённой тенденцией к росту. В то же время, среди юношей показатель выявляемости продемонстрировал несколько меньший уровень и составил в 2008г – 29,5%, в 2009г. – 26,8% (Рис.2).

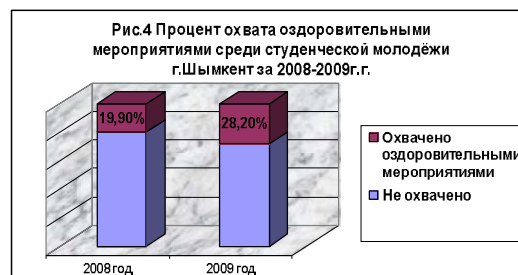


Анализ структуры заболеваемости показал, что среди студенческой молодежи, наибольшую распространенность имеют острые заболевания верхних дыхательных путей. Так, в 2008г. эта патология составляла 15,6%, в 2009г. – 17,6% из числа выявленных заболеваний. Второе ранговое место занимали заболевания желудочно-кишечного тракта: их частота в 2008г. составила 11,06%, в 2009г. – 9,7%. На третьем месте среди выявленной патологии оказались заболевания мочевыделительной системы, с частотой 6,82% в 2008г. и 5,97% в 2009г. Сердечно-сосудистые заболевания среди осмотренных за исследуемый период сохраняли устойчивую динамику: 4,1% и 4,5% соответственно. Обращают на себя внимание распространенность среди студенческой молодежи патологии нервной и эндокринной систем, занимающие четвертое место в структуре общей заболеваемости. При этом заболевания нервной системы, чаще функционального характера (ВСД, синдром хронической усталости) составили в 2008г – 5,52%, в 2009г – 5,18%. Эндокринная патология, чаще представленная эндемическим зобом, встречалась у этой категории населения с частотой: в 2008г. – 2,78%, в 2009г. – 2,53% (Рис.3).



Особый интерес представляют данные результатов исследования показателей остроты зрения у студентов. Как показал анализ, среди студенческой молодежи снижение зрения имеют большую распространённость с явной тенденцией к росту. Данные обследования у врача окулиста выявили пониженное зрение в 2008г. у 7,56%, в 2009г. – 9,9% обследованных.

С учётом полученных результатов комплексного профосмотра среди студенческой и учащейся молодежи, нами был проанализирован план выполнения оздоровительных мероприятий, включая пребывание студентов в домах отдыха. По данным статистического отчёта этими мероприятиями были охвачены в 2008г. 19,9% больных, в 2009г. – 28,2% (Рис.4). Несмотря на устойчиво высокий уровень заболеваемости среди студенческой молодежи г.Шымкента отсутствуют студенческие профилактории, студенты не обеспечены диетическим питанием.



- Выводы:** 1. Среди студенческой молодежи г. Шымкент отмечается высокая соматическая заболеваемость.
2. В структуре заболеваемости преобладает патология дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем.
3. При высокой заболеваемости студентов, охват оздоровительными мероприятиями крайне низкий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегический план Министерства здравоохранения РК на 2009-2010 годы. г. Астана 2008г.
2. Комплексная программа «Здоровый образ жизни» от 30.06.1999год. Глава 2.

УДК 616.7-036.86:614.8.067.3:314.4

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ЛИЦ, ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Ш.А. Темиркулова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Соңғы 15 жылда мемлекет жағынан мүгедектерге көп көмек көрсетіліп жатыр. Бірақ бұл топтың талабы толығымен орындалып жатқан жоқ. Республикада тірек-қозғалыс жүйесі патологиясына байланысты біріншілік мүгедектіліктің деңгейі 48-50%, оның ішінде еңбекке жарамды жаста - 29% мүгедек.

SUMMARY

In spite of the fact that from outside our state the big steps for improvement of living conditions and rendering of medical aid to invalids are taken. But nevertheless, not all requirements and conditions of this group of the population for today are completely satisfied. Now in Kazakhstan a primary exit on physical inability in connection with a pathology the Disorders of the musculoskeletal system makes 48-50 %, of them of 29 % - persons of able-bodied age.

В нашей республике проведено достаточно работ по социально-гигиеническим аспектам первичного выхода на инвалидность. По результатам этих работ можно сделать вывод об увеличении показателей первичного выхода на инвалидность [1,2,3]. Тем не менее, первичный выход на инвалидность в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА) в социально-гигиеническом и историческом аспекте изучен недостаточно [4]. Последние 15 лет со стороны нашего государства сделаны большие шаги для улучшения условий жизни и оказания медицинской помощи инвалидам. Но тем не менее, не все требования и условия этой группы населения на сегодняшний день полностью удовлетворены. Общество не должно беспокоить только физическое здоровье инвалидов, но и другие социально-важные аспекты жизнедеятельности [3]. В настоящее время в РК первичный выход на инвалидность в связи с патологией ОДА составляет 48-50%, из них 29% - лиц трудоспособного возраста. Инвалиды I-II группы составляют 39% из общего числа. Возврат к труду очень редкий. Реабилитационный показатель составляет всего около 2-3%. Среди трудоспособного возраста первичный выход на инвалидность в связи с заболеваниями ОДА составляет 49% [4]. Основным побуждающим фактором для проведения данного исследования послужил постоянный рост уровня первичной инвалидности вследствие заболеваний ОДА. Целью нашей работы явилось изучение социально-гигиенических характеристик контингента лиц, впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА.

Материалы и методы: Для медико-социальной характеристики этого контингента лиц нами были использованы данные социологического обследования, получены медико-социальные характеристики 898 лиц впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА. Контрольную группу (480 человек) составили лица, не страдающие заболеваниями ОДА и не являющиеся инвалидами.

Результаты исследования: Самый высокий уровень первичной инвалидности в связи с патологией ОДА зарегистрирован в 2006г. -6,9%, затем отмечается его умеренное снижение в 2007 году до 5,42%. А в 2008-2009гг уровень инвалидности вновь повысился почти до прежних цифр, 5,65-6,2%.

Таблица 1. Распределение показателей первичной инвалидности по группам инвалидности.

Годы	Пок-ли инв-ти (%)	Группы инвалидности		
		I	II	III
2005	5,78	0,13	2,03	3,62
2006	6,9	0,14	2,3	4,46
2007	5,42	0,18	2,05	3,19
2008	5,65	1,19	2,2	3,26
2009	6,2	0,2	2,1	3,9