

- 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

Ср показатели	5,99	0,17	2,07	3,75
% показатели	100,0	2,8	34,6	62,6

Первичная инвалидность, связанная с патологией ОДА распределена по группам так, что отмечается рост тяжелой степени инвалидности с 2005 по 2009гг, т.е. количество инвалидов I группы увеличилось с 0,13‰ до 0,2‰ соответственно. А количество инвалидов II группы на 1000 населения увеличилось за эти годы с 2,03 ‰ до 2,1‰ соответственно. Из года в год увеличивается количество инвалидов и III группы. Так, в 2005 году их количество на 1000 человек составляло 3,62 ‰, а в 2009 году стало 3,9‰. Средний показатель за все эти годы количества инвалидов I группы составил 2,8%, II группы- 34,6%, III группы- 62,6%. Самые высокие % и средние показатели отмечены в III группе инвалидности.

В возрастном аспекте, среди лиц впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА преобладают лица трудоспособного возраста 40-49 лет (3,62‰). В контрольной группе наибольшее число составили лица в возрасте от 30 до 39 лет (таблица 2). В возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет показатели инвалидности показали рост от 2,9 ‰ до 3,62‰ за период с 2005 по 2009гг. В возрастной группе мужчин 50-59 лет, женщин 45-54 лет - от 1,80 ‰ до 2,41‰. В возрастной группе мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет - от 0,17 ‰ до 1,26 ‰. Данные этой таблицы указывают на снижение первичной инвалидности по мере увеличения возраста.

Таблица 2. Распределение первичной инвалидности вследствие нарушений со стороны ОДА по возрастным группам (%).

Годы	Возрастные группы			Всего
	Мужчины до 49 лет Женщины до 44 лет	Мужчины 50-59 лет Женщины 45-54 лет	Мужчины старше 60 лет Женщины старше 55 лет	
2005	3,61	1,80	0,37	5,78
2006	3,62	2,02	1,26	6,90
2007	2,9	2,1	0,42	5,42
2008	3,04	2,33	0,28	5,65
2009	3,62	2,41	0,17	6,2

В возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет удельный вес инвалидов I группы находится в промежутке с 0,1% до 0,5%. Самый высокий показатель зарегистрирован в 2007 году (0,5%). В этой же возрастной группе удельный вес инвалидов II группы находится между 10% (2009г) и 16,6% (2006г.). Удельный вес инвалидов III группы- 36,5% (2006г.)- 40,9% (2005г.).

В возрастной группе мужчин 50-59 лет, женщин 45-54 лет удельный вес инвалидов I группы находится в промежутке с 0,1% до 0,2%. В этой же возрастной группе удельный вес инвалидов II группы находится между 7,6% (2006г.) и 10,1% (2008г.).

В возрастной группе мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет удельный вес инвалидов I группы находится в промежутке с 1,6% до 2,5%. Самый высокий показатель отмечен в 2006 году, а самый низкий в 2007 году. В этой же возрастной группе удельный вес инвалидов II группы находится между 7,9% (2006г) и 14,7% в 2009 году. Удельный вес инвалидов III группы- 1,7% (2008г.)- 3,1% (2005г.). Самые высокие показатели инвалидности по всем группам в возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет, причем самые высокие показатели среди инвалидов III группы. Но с увеличением возраста увеличивается и количество инвалидов I группы. Например, в возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет удельный вес инвалидов I группы находится в промежутке с 0,1% до 0,5%, а в группе мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет доходит до 2,5%. А удельный вес инвалидов III группы, наоборот, самый высокий уровень отмечен в возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет. Подавляющее большинство инвалидов в основной группе (49,1%) заняты в технических профессиях, служащих 37,4%, предпринимателей 10,1%, остальные 3,4%- пенсионеры. В контрольной группе отмечено наибольшее число граждан рабочих специальностей (47,8%), на служащих приходится 39,2%, 2% приходится на предпринимателей, остальные пенсионеры. При анализе стажа работы выявлено в основной группе преобладание лиц, у которых общий трудовой стаж превышает 30 лет (39,7%), в контрольной группе лидируют лица со стажем работы до 30 лет; меньшую основную группу (12,8%) составляют инвалиды с общим стажем работы до 9 лет, контрольную (13,1%)- лица со стажем 10-19 лет. В структуре инвалидности преобладают инвалиды III группы (63,4%), затем следуют инвалиды II группы (36,3%), инвалидов I группы среди опрошенных было 2,4%. До наступления инвалидности большинство граждан проходили курсы реабилитации один (37,73%) или два раза (36,39%) в год.

Изучение распределения инвалидов в зависимости от условий труда и группы инвалидности показало, большая часть инвалидов II группы (67,42%) и инвалидов III группы (58,53%) трудилась в удовлетворительных условиях и считают себя вполне трудоспособными 3,68% и 5,81% соответственно; в хороших производственных условиях трудились лишь 5,81% инвалидов II группы и 3,68% инвалидов III группы. Анализ группы инвалидности в зависимости от предметов труда показал, что наибольшее число инвалидов II группы (53,71%) и инвалидов III группы (44,97%) связаны с техническими специальностями; наименьшее число

инвалидов связано с профессиями, занимающимися защитой природы и экологии – 7,86% и 4,09% соответственно.

Особого внимания заслуживает изучение распределения инвалидов в зависимости от основного заболевания, приводящего к инвалидизации.

Среди наиболее часто встречаемых патологий ОДА удельный вес инвалидности распределен следующим образом: на первом месте находится остеохондроз и его осложнения, на его долю приходится 44,2%; на долю остеоартрозов приходится 34,4%; ревматоидные артриты часто приводят к инвалидности и в представленной структуре занимают третье место- 12,4%.

**Выводы:** Таким образом, анализ социально-гигиенических характеристик лиц впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата показал: в общей структуре преобладают лица трудоспособного возраста; наибольшее число опрошенных имели среднее специальное образование, при чем подавляющее большинство инвалидов заняты в технических профессиях; при анализе социальных групп выявлено преобладание инвалидов, занятых в рабочих специальностях со стажем по основной специальности более 30 лет; большая часть инвалидов трудилась в удовлетворительных условиях, в процессе работы преобладали физические нагрузки; более 60% инвалидов страдают заболеваниями различных отделов позвоночника.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Каусова Г.К., Попова Т.В., Жаликенова Б.А. Пути взаимодействия и преемственности в работе лечебно-профилактических учреждений и медико-социальных экспертных комиссий: методические рекомендации. / МТнСЗН РК, КазНИИ кардиологии МКОиЗ РК - Алматы, 1998.-26с.
2. Попова Т.В. Современные аспекты социальной защиты инвалидов в Республике Казахстан // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. –Алматы, 2008. - № 4. - С.43-46.
3. Мустафаев С.У., Попова Т.В., Алдамжарова М.К. Особенности инвалидности среди работающего и неработающего населения города Алматы // Материалы IV ежегодной Международной научно-практической конференции «Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения». – Алматы, 2005. С. 108-109.
4. Попова Т.В. Первичная инвалидность среди лиц старшего возраста в Республике Казахстан // Материалы Международного форума (II съезда) специалистов здорового образа жизни РК. – Алматы, 2006. С. 361-364.

УДК 616.7-036.86:613.6:314.4

#### ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ОТ УСЛОВИЙ ТРУДА

*Ш.А.Темірқұлова, М.А.Бұлешов, Р.М.Рахимбаева, М.А.Искакова, Э.У.Сауленбаева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Городская поликлиника № 2, г. Шымкент.*

#### ТҮЙІН

Мүгедектіліктің қалпы және деңгейі еңбек ету орынның жағдайына байланысты. Тірек- қозғалыс жүйенің патологиясына алып келетін өндіріс болып келетін: ауыр жұмыс, вибрация, стереотипті қозғалыстар және бұлшық еттердің және байлам аппаратының артық күш жұмсауын тұндыайтын басқа қауіптер. Сондықтан айтылғанның бәрі қызмет ету жұмыс орнының жағдайын жақсартуға талап етеді.

#### SUMMARY

Direct dependence of a condition and level of physical inability on working conditions is defined. Principal views of industrial harm for pathologies of Disorders of the musculoskeletal system device are the arduous toil, vibration, stereotype of the movements leading to an overstrain of muscles and the copular device. All aforesaid defines necessity of improvement of working conditions.

Согласно официальным данным, физическим трудом разной степени интенсивности занято до 55% людей от общего числа работающих [1]. Надежность и эффективность трудовой деятельности человека, и его функциональное состояние во многом зависят от конструктивных особенностей обслуживаемой техники, технологических процессов и организации производства, то есть от того, насколько полно в конструкциях производственного оборудования и организации рабочих мест учтены современные требования эргономики [2]. Несоблюдения этих требований приводит к ухудшению санитарно-гигиенических условий, увеличению тяжести труда, обусловленной выполнением производственного задания в неудобной рабочей позе, большому количеству наклонов корпуса, слишком быстрому темпу, большой рабочей нагрузке и т. д. [2,3]. По данным Европейского союза, из 130 млн работающих 45% поднимают или переносят вручную груз разной массы, выполняют часто повторяющиеся стереотипные движения и работают в неудобной рабочей позе, что обуславливает высокий уровень скелетно-мышечных нарушений, сопровождающихся болевым синдромом [4], в конечном счете приводят к заболеваниям опорно- двигательного аппарата (ОДА), которые имеют серьезные