

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Исаков Э.З., Турдиев Ш.М., Матхошимов Н.С.,

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии.

✓ Резюме

В данной статье, авторами проводится анализ структуры первичной инвалидности населения Ферганской области. Анализируются удельный вес первичной инвалидности населения по месту проживания и возрастно-половым группам. Освещаются основные причины, приводящие к инвалидности по классам болезней.

Ключевые слова: первичная инвалидность, уровень, удельный вес, класс болезней, анализ, динамика, структура.

ФАРҒОНА ВИЛОЯТИ АҲОЛИСИНИНГ БИРЛАМЧИ НОГИРОНЛИГИ СТРУКТУРАСИНИНГ АЙРИМ ЖИҲАТЛАРИ

Исаков Э.З., Турдиев Ш.М., Матхошимов Н.С.,

Тошкент Тиббиёт Академияси Фарғона филиали.

✓ Резюме

Ушбу мақолада муаллифлар томонидан Фарғона вилояти аҳолисининг бирламчи ногиронлик структурасини яшаш жойи, ёш-жинс гуруҳлари, шунингдек ногиронликка олиб келувчи касалликлар ўрганилиб, таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: бирламчи ногиронлик, даража, салмоғи, касалликлар синфи, таҳлил, динамика, структура.

SOME ASPECTS OF THE STRUCTURE OF PRIMARY DISABILITY OF THE POPULATION OF FERGANA REGION

Isakov E.Z., Turdiev Sh.M., Matkhoshimov N.S.,

Fergana branch of Tashkent Medical Academy.

✓ Resume

In this article, the authors analyze the structure of primary disability in the Ferghana region. The specific gravity of the primary disability of the population at the place of residence and age and gender groups is analyzed. The main causes leading to disability by disease classes are highlighted.

Key words: primary disability, level, specific gravity, class of diseases, analysis, dynamics, structure.

Актуальность

Многие авторы отмечают, что показатель инвалидности характеризует социальное неблагополучие населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и нарушение взаимосвязей человека и общества [5, 6, 9, 10, 11, 12].

Актуальность проблемы инвалидности и инвалидов определяется большой численностью лиц этой категории в социальной структуре общества [1,3,4,7,8]. По оценке экспертов ООН, инвалиды составляют 10% общей численности населения Земли [2,].

Следовательно, снижению выхода на инвалидность населения в регионе может способствовать реализация научно обоснованных подходов к изучению и выявлению устранимых причин первичного выхода на инвалидность, что, в свою очередь, может послужить основой при формировании целевых региональных программ с воздействием на наиболее важные факторы, определяющие уровень здоровья населения, в том числе от конкретных причин инвалидности.

Таким образом, состояние этой проблемы, является одной из основных характеристик обществен-

ного здоровья и социального благополучия страны. Поэтому важность и актуальность изучения инвалидности населения не вызывает сомнений.

Все вышеизложенное обусловило необходимость проведения настоящего исследования и определило его цель.

Цель исследования. Изучить структуру первичной инвалидности населения в Ферганской области.

Материал и методы

Объект исследования - совокупность впервые признанных инвалидов населения в Ферганской области.

Исследование сплошное. Материалом для исследования явились официальные статистические данные Республиканской инспекции медико-социальной экспертизы при Министерстве здравоохранения и отчетные сведения Комитета государственной статистики Республики Узбекистан.

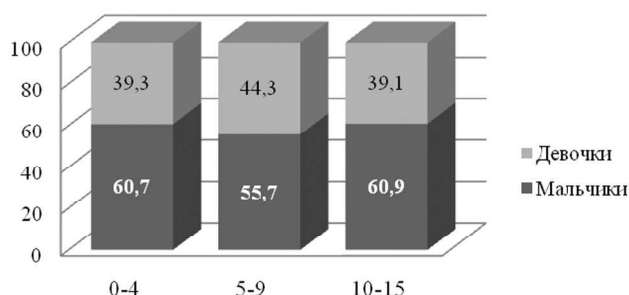
Единица наблюдения - впервые признанный инвалид детского, трудоспособного и пенсионного возраста.

Результат и обсуждение

Распределения первичной инвалидности по возрастным группам детского контингента населения выглядят так: в возрастных группах 0-4 лет- 1053 из них мальчики- 621 (60,7%) и девочки- 432 (39,3%); 5-9 лет- 472 из них мальчики- 269 (55,7%) и девочки- 203 (44,3%); затем дети 10-15 лет- 302 в том числе мальчики- 184 (60,9%) и девочки- 118 (39,1%) Рис.1.

Представленные данные свидетельствуют о том, что в структуре ВПИ во всех возрастно-половых в группах высокий удельный вес наблюдается среди мальчиков.

Рис. 1. Распределение первичной инвалидности детского населения по возрастно-половым группам (%)



Особый интерес предоставляет анализ распределения инвалидов по классам заболеваний, приведших к инвалидности.

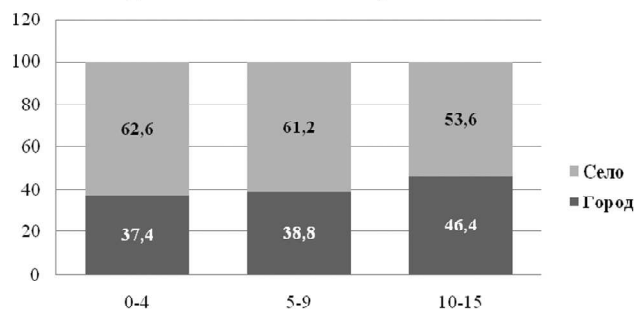
Анализ показателей удельного веса инвалидов детского возраста за 2017 год показал, что инвалидность является проблемой данного контингента населения особенно по 5 классам болезней, с высоким удельным весом инвалидов детского возраста, которая составляет- 1506 (77,8%) от всех причин.

Ранжирование контингентов инвалидов вследствие различных классов болезней за 2017 год показало: первое ранговое место занимают- врожденные

Распределения первичной инвалидности по месту жительства детского контингента населения выглядят так: в возрастных группах 0-4 лет- 1053 из них городские- 394 (37,4%) и сельские- 659 (62,6%); далее у детей 5-9 лет- 472 из них городские-183 (38,8%) и сельские- 289 (61,2%); затем дети 10-15 лет- 302 в том числе городские-140 (46,4%) и сельские - 162 (53,6%)

Таким образом, в структуре впервые выявленных инвалидов детского населения во всех возрастных группах высокий удельный вес наблюдается среди сельского населения (Рис. 2).

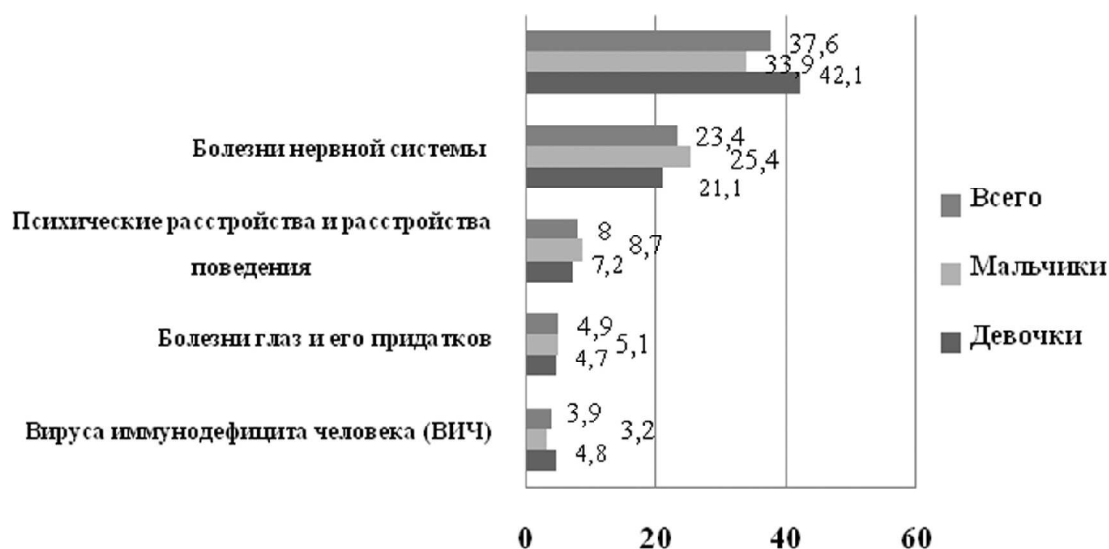
Рис. 2. Распределение первичной инвалидности среди детского населения по месту жительства



аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения -727 (37,6%), второе место- болезни нервной системы- 453 (23,4%), третьи места- психические расстройства и расстройства поведения- 155 (8,0%), четвертое место- болезни глаз и его придатков- 95 (4,9%), на пятом месте - ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) которое составляет- 76 (3,9%).

Анализ распределения инвалидов по классам заболеваний, приведших к инвалидности показывает, что большая разница между показателями мальчиков и девочек почти не наблюдается (Рис.3).

Рис.3. Распределения инвалидов детского возраста по классам заболеваний, приведших к инвалидности.



Как уже отмечалось выше, врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения всего составили- 727 (37,6%); из них у детей до 1 го года - 52 (7,2%), 1-4 лет- 498 (68,5%), 5-9 лет- 102 (14,0%), и 10-15 лет- 75 (10,3%).

Болезни нервной системы всего- 453 (23,4%); из них у детей до 1 го года составило- 10 (2,2%), 1-4 лет- 288 (63,6%), 5-9 лет- 102 (22,5%) и 10-15 лет- 53 (11,7%).

Болезни психических расстройств и расстройства поведения составили всего- 155 (8,0%); из них у детей до 1 го года - 3 (1,9%), 1-4 лет- 28 (18,1%), 5-9 лет- 76 (49,0%) и 10-15 летного возраста- 48 та (31,0%).

Анализ распределения инвалидов по классам заболеваний, приведших к инвалидности показывает, что если самое большое первое и третье место занимали: врождённые аномалии (пороки развития), де-

формации и хромосомные нарушения и болезни нервной системы самый большой удельный вес приходилось у детей 1-4 возрастных групп которая составила соответственно 68,5% и 63,6% а самая большая доля занимает психические расстройства и расстройства поведения в основном приходится на 5-9 летнего возраста, которая составляет- 49%.

Распределение первичной инвалидности по возрастным группам трудоспособного населения выглядят так: количество первичных инвалидов 15-16 летнего возраста составило - 562 человек (14,0%); затем 17-19 лет - 70 (1,7%); в 20-24 лет - 173 (4,3%); в 25-29 лет - 280 (7,0%); в 30-34 лет - 380 (9,5%); в 35-39 лет - 410 (10,2%); в 40-44 лет - 446 (11,1%); в 45-49 лет - 501 (12,6%); в 50-54 лет - 652 (16,2%); в 55-59 лет - 539 (13,4%) (Рис. 4).

Рис. 4. Распределение впервые признанных инвалидов по месту проживания в Ферганской области за 2017 г.

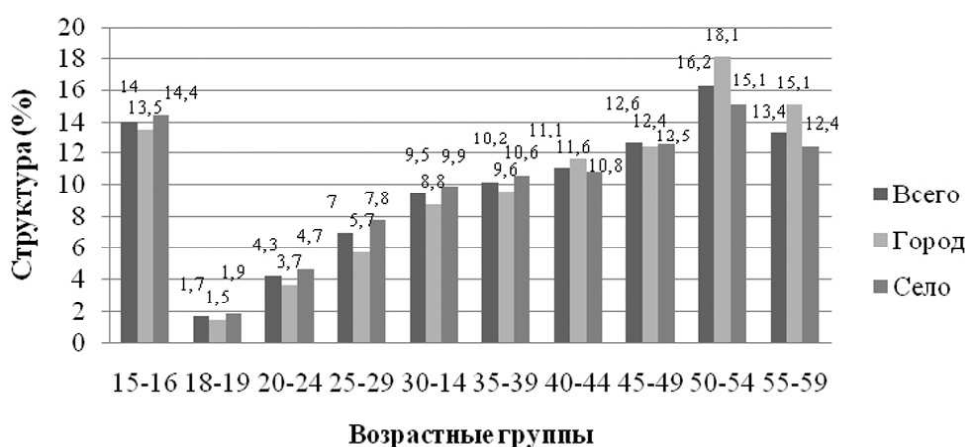
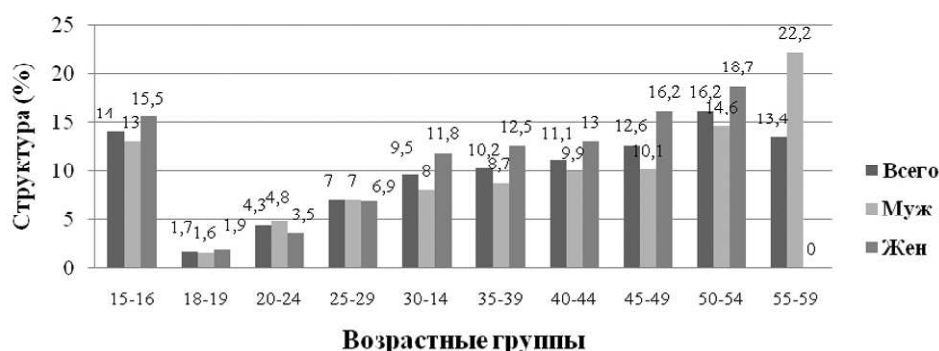


Рис рисунок 4 видно, что в возрастных группах 16-17 лет количество первичных инвалидов среди всего трудоспособного населения составило 562 человек (14,0%), а в последующих возрастных группах 18-19 лет наблюдается резкое снижение удельного веса первичной инвалидности и равняется на 70 человек (1,7%). На наш взгляд повышение удельного веса инвалидности 16-17 летнего возраста может быть связано с преобладаниями субъективными факторами, так как, дети инвалиды до 15 лет получают пособие не зависимо от групп инвалидности. С 16 летнего возраста при получении пособия начинает учитываться группинвалидности.

Таким образом, среди детей 16-17 летнего возраста с целью получения групп инвалидности обращаемость в лечебно-профилактическое учреждение резко повышается для прохождения повторного освидетельствования.

Следовательно, в период 18-19 летнего возраста удельный вес инвалидов резко снизилось, так как большинство населения данной возрастной группы, когда они были в возрасте 16-17 лет уже прошли пересвидетельствование на инвалидность и в последующих возрастных группах до 50-54 лет экстенсивный показатель инвалидности постепенно имеет тенденции к увеличению (Рис.5).

Рис. 5. Возрастно-половое распределение впервые признанных инвалидов в Ферганской области за 2017 г.



Самый высокий удельный вес первичной инвалидности среди трудоспособного населения занимают инвалиды 50-54 и 55-59 летнего возраста соответственно 16,2% и 13,4%. Это может быть связано, стремлением получения групп инвалидности указанных возрастных групп накануне пенсионного возраста.

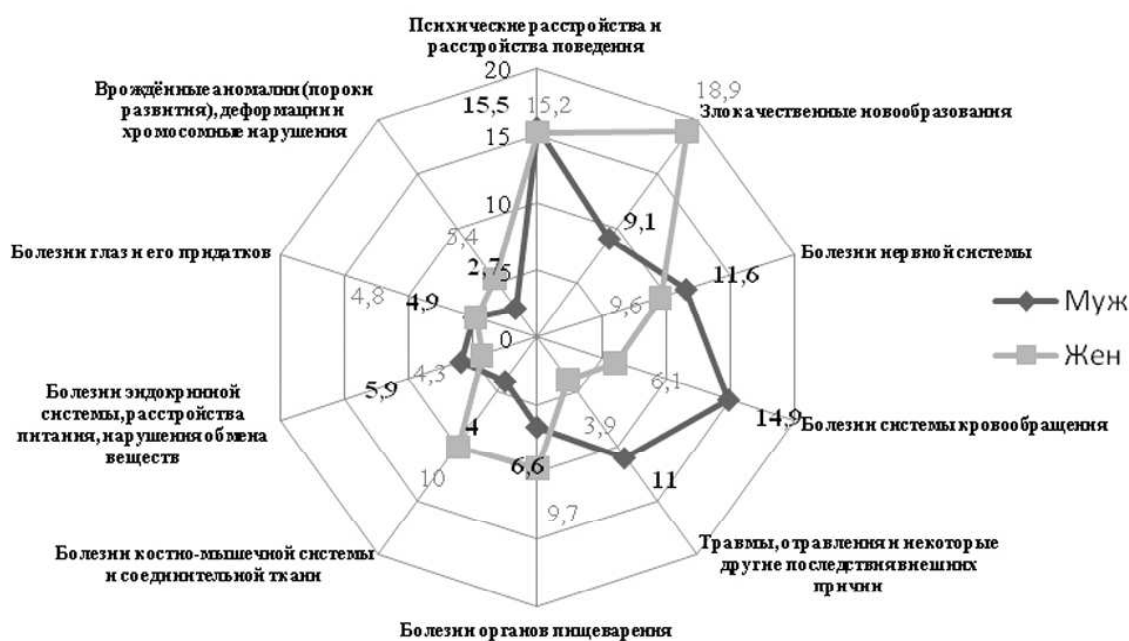
Необходимо, отметить, что такая закономерность характерна также для населения по месту проживания

(городской и сельской местности) и половым признакам населения в Ферганской области.

Особый интерес представляет анализ распределения инвалидов по классам заболеваний, приведших к инвалидности.

Изучена структура первичной инвалидности трудоспособного возраста в Ферганской области за 2017 г. (Рис 6.).

Рис. 6. Структура первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста по классам болезней за 2017 год с учетом ранговой мест (в %)



Первое ранговое место занимают болезни психических расстройств и расстройства поведения- 15,4%, второе место инвалиды вследствие злокачественных новообразований- 13,1%. Затем третье ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней нервной системы, удельный вес которых составляет 12,0%., далее четвертое ранговое место занимают инвалиды болезней системы кровообращения и удельный вес их равен на 10,7%.

В то время как инвалиды вследствие травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин составляют 8,1% 5-е ранговое место. Шестое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней органов пищеварения, их удельный вес составляет 7,9%.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани составляют 6,2%, данный контингент занимает 7-е ранговое место и восьмое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, удельный вес которых составляет 5,5%.

Девятое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней глаз и его придатков, удельный вес их составляет 4,5% от общего числа.

Далее десятое ранговое место занимают инвалиды вследствие врождённых аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, удельный вес равен 3,8% от общего числа.

В одиннадцатое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней туберкулеза, удельный вес которых равен- 2,8%. Затем двенадцатое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней мочеполовой системы, удельный вес которых составляют- 2,7%.

Затем тринадцатое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней органов дыхания, удельный вес их равен 2,6% и четырнадцатое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней уха и сосцевидного отростка и болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, удельный вес их равен по 1,0% от общего числа.

Среди мужского населения инвалидов трудоспособного возраста первое ранговое место занимают болезни психических расстройств и расстройства поведения- 15,5%, второе место занимают инвалиды вследствие болезни системы кровообращения- 14,9%, затем третье ранговое место инвалиды вследствие болезней нервной системы их удельный вес составляет- 11,4%.

Среди женского населения инвалидов трудоспособного возраста первое ранговое место занимают злокачественные новообразования- 18,9%, болезни психических расстройств и расстройства поведения- 15,2%, Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани составляют- 10,0%.

Распределения первичной инвалидности по возрастным группам пенсионного возраста выглядят так:

самый высокий удельный вес наблюдается в возрастных группах 60-64 лет- 111 (33,5%) из них мужчины 82 (49,1%) и женщины-29 (17,7%); на втором месте-женщины пенсионеры55-59лет- 77 (46,9%);на третьем месте пенсионеры- 65-69 лет- 51 (15,4%), в том числе мужчины 31 (18,6%), и женщины 20 (12,2%); далее пенсионеры- 70-74 лет 34 (10,3%) из них мужчины- 20 (12,0%) и женщины- 14 (8,5%); далее пенсионе-

ры75-79 лет- 35 (10,6%) и из них мужчины- 20 (12%) и женщины- 15 (9,1%);затем пенсионеры 85-89 лет- 4 (1,2%), из них мужчины- 3 (1,8%) и женщины- 1 (0,6%);далее пенсионеры 85-89 лет- 4 (1,2%), в том числе мужчины- 3 (1,8%) и женщины- 1 (0,6%);затем пенсионеры 90-94 лет- 2 (0,6%), из них мужчины- 1 (0,6%) и женщины- 1 (0,6%). Рис.8.



Необходимо отметить, что в возрастных группах пенсионеров 95 лет и старшего возраста- впервые признанных инвалидов не наблюдалось.

Особый интерес предоставляет анализ распределения инвалидов по классам заболеваний, приведшие к инвалидности.

Первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения- 30,9%, второе место инвалиды вследствие болезни костно-мышечной системы и со-

единительной ткан- 20,8% и затем третье ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней нервной системы их удельный вес составляет- 20,5%, далее четвертое ранговое место занимают инвалиды злокачественные новообразования- удельный вес их равен на 14,3%, пятое место занимают болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ- 13,5% (Рис 9).

Рис. 9. Структура первичной инвалидности лиц пенсионного возраста по классам болезней за 2017 год с учетом ранговой мест (в %)



Как видно в диаграмме, что среди мужского населения инвалидов пенсионного возраста первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения- 36,8%; второе местозанимают инвалиды вследствие болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани- 23,9%; затем третье ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней нервной си-

стемы и их удельный вес составляет- 18,0%; далее четвертое ранговое место занимают болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ удельный вес их равен на 11,6%; пятое место занимают злокачественные новообразования- 9,7%.

Среди женского населения инвалидов пенсионного возраста первое ранговое место занимают болезни нервной системы- 24,0%; второе место инвалиды вследствие болезни системы кровообращения- 22,4%; затем на третье ранговое место злокачественные новообразования- 21,2%; далее четвертое ранговое место занимают болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани их удельный вес равен по 16,3%.

Выводы

1. В структуре впервые признанными инвалидами во всех возрастно-половых группах детской населения высокий удельный вес наблюдается среди мальчиков.

2. В спектре распределения впервые признанными инвалидами по месту жительства во всех возрастных группах детей высокий удельный вес наблюдается среди контингента сельского населения.

3. Анализ распределения инвалидов детей по классам заболеваний, приведших к инвалидности показал, что первое ранговое место занимают- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения-37,6%, второе место- болезни нервной системы- 23,4%, третье место- психические расстройства и расстройства поведения- 8,0%, четвертое место- болезни глаз и его придатков- 4,9%, на пятом месте- ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) которое составила- 3,9%.

4. Установлено, что в возрастных группах 16-17 лет количество первичных инвалидов равно 562 человек (12,9%), а в 18-19 лет наблюдается резкое снижение удельного веса первичной инвалидности и равняется на 70 человек (1,6%), затем в последующих возрастных группах постепенно повышаясь до 50-54 лет экстенсивный показатель инвалидности достигает 14,9%.

5. Анализ распределения инвалидов трудоспособного возраста по классам болезней, болезни приведших к инвалидности показал, что в структуре больше половины процента (51,2%) занимали инвалиды вследствие психических расстройств и расстройства поведения, злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения и нервной системы.

6. Первичная инвалидность по возрастным группам пенсионного возраста самый высокий удельный вес наблюдается в возрастных группах 60-64 лет- 33,5%, на втором месте- женщины пенсионеры 55-59 лет- 46,9%; на третьем месте пенсионеры- 65-69 лет- 15,4%; далее пенсионеры- 70-74 лет 10,3%; далее пенсионеры 75-79 лет- 10,6%; затем пенсионеры 85-89 лет- 1,2%; далее пенсионеры 85-89 лет- 1,2%; затем пенсионеры 90-94 лет- 0,6%.

7. Среди впервые признанными инвалидами пенсионного возраста первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения- 30,9%, второе место инвалиды вследствие болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани- 20,8% и затем третье ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней нервной системы их удельный вес составляет- 20,5%, далее четвертое ранговое место занимают инвалиды со злокачественными новообразованиями- удельный вес их равен на 14,3%, пятое место занимают болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ- 13,5%

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гришина Л.П. Основные тенденции формирования первичной инвалидности взрослого населения в России за 10 лет (1994-2003) / Ж. Медико-социальная экспертиза и реабилитация - М.: Медицина - 2005 - №3-с. 21-24.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.: Системы здравоохранения - улучшение деятельности. ВОЗ.- 2000.- С. 178-184.
3. Касимова Д.А. Медико-социальные аспекты детской инвалидности [Текст] / Д. А. Касимова // Молодой ученый. - 2015. - №14.- С. 63-66.
4. Лунев В.П. Закономерности формирования инвалидности трудоспособного населения по обращаемости в БМСЭ Российской Федерации за период 1997-2005 гг. // Ж. Медико-социальная экспертиза и реабилитация - М.: Медицина - 2007, № 2 - С. 40-42.
5. Материалы круглого стола "Медико-социальные аспекты реабилитации детей-инвалидов в Днепропетровской области". - Unicef, 2004.
6. Меметов С.С., Медовник А.В. Динамика первичной и повторной инвалидности трудоспособного населения Ростовской области за период с 2001 по 2003 гг. / Материалы Российской научнопрактической конференции "Реабилитация как основное направление социальной политики РФ в отношении инвалидов" - Москва - 2004 - с. 172-173.
7. Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Чикинова Л.Н. Профилактика инвалидности и развития реабилитации - приоритетные задачи в сфере охраны здоровья населения России / Материалы II съезда Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии - Москва.-2006.- с. 1121.
8. Пузин С.Н., Лаврова Д.И. Медико-социальная экспертиза / С.Н.Пузин, Д.И.Лаврова - М.: ООО "МИА".- 2008. - 408 с.
9. Сайед Камруззаман, Линденбратен А.Л., Воронова Н.Е., Головина С.М. Различные методологические подходы к оценке экономических потерь от ухудшения здоровья (заболеваемости, инвалидности, смертности) / Ж. Экономика здравоохранения. - 2009.- №12. - С. 26-32.
10. Суфишоев. Т. Аспекты первичной инвалидности вследствие ишемической болезни сердца в Республике Таджикистан / / Г. Суфишоев, Ф.И.Одинаев, Ш.Ф. Одинаев II Доклады АН РТ,- 2013,-№8,- том 56. -С. 667-670.
11. Шатов А.В. Стан инвалидности дитинства // Здоровья та суспільство. - 2006.
12. Health for all. Date Base. - Copenhagen: WHO Regional Office Europe Update, 2006.

Поступила 09.09. 2020