

# Социально-значимые заболевания как медико-социальная проблема

**Тимофеев Леонид Федорович –  
профессор кафедры общественного здоровья  
и здравоохранения, общей гигиены и  
биоэтики Медицинского института  
СВФУ им. М.К. Аммосова,  
доктор медицинских наук**

**Якутск - 2017**

# План лекции

- 1. Общие понятия.
- 2. Социально-значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих.
- 3. Краткая история медико-социальной помощи в России.

# 1. Общие понятия

Медико-социальная помощь – медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется законодательно.

Медико-социальная помощь обеспечивает диспансерное наблюдение в медицинских организациях бесплатно или на льготных условиях.

**Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ  
(ред. от 25.06.2012 г.) "Об основах охраны здоровья  
граждан в Российской Федерации"**

**Статья 8. Социальная защищенность граждан в случае  
утраты здоровья.**

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством РФ случаях.

# Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

**Статья 43. Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.**

- 1. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях.

- 2. Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

- 3. Особенности организации оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях, указанных в части 1 настоящей статьи, могут устанавливаться отдельными федеральными законами.

Медико-социальная помощь предполагает оказание гражданам профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи, а также принятие мер социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

**Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается бесплатно или на льготных условиях соответствующими медицинскими организациями. Перечень и виды льгот при оказании этого вида медицинской помощи устанавливаются Государственной Думой и Правительством РФ, а также республиками, входящими в состав РФ, органами власти и управления на местах.**

Если рассматривать социально значимые заболевания, то становится очевидным, что эти группы заболеваний ведут к таким тяжелейшим социальным последствиям, как ухудшение материального положения, потеря трудоспособности, и являются первопричинами инвалидности и смертности как среди населения в целом, так и среди лиц трудоспособного возраста.

## **Медико-социальная помощь**

представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий. Это сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья, так и от современной концепции здоровья и теорий социальной защиты населения.

## **2. Социально значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих**

Перечень социально значимых заболеваний (СЗЗ) и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, был утвержден постановлением Правительства Российской Федерации **"Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»** от 01 декабря 2004 г. № 715, с изменениями от 13 июля 2012 г. № 710

**Перечень социально значимых заболеваний**  
(утв. постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715)

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
1.A 15 – A 19	Туберкулез
2. A 50 – A 64	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. B 16; B 18.0; B 18.1	Гепатит В
4. B 17.1; B 18.2	Гепатит С
5. B 20 – B 24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. C 00 – C 97	Злокачественные новообразования
7. E 10 – E 14	Сахарный диабет
8. F 00 – F 99	Психические расстройства и расстройства поведения
9. I 10 – I 13.9	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением

**Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих  
(утв. постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715)**

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
1. B 20 – B 24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
2. A 90 – A 99	Вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
3. B 65 – B 83	Гельминтозы
4. B 16; B 18.0; B 18.1	Гепатит В
5. B 17.1; B 18.2	Гепатит С
6. A 36	Дифтерия
7. A 50 - A 64	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
8. A 30	Лепра
9. B 50 - B 54	Малярия
10. B 85 - B 89	Педикулез, акариоз и другие инфекации
11. A 24	Сап и мелиоидоз
12. A 22	Сибирская язва
13. A 15 - A 19	Туберкулез
14. A 00	Холера
15. A 20	Чума

## Сравнительная характеристика рассматриваемых групп заболеваний

Сравниваемый критерий	Социально значимые заболевания	Заболевания, представляющие опасность для окружающих
Общественная опасность	Средняя	Высокая
Распространенность в социуме	Средняя и высокая	Низкая
Влияние этнических, национальных, культурных, социально-экономических и иных факторов	Высокое	Невысокое
Компетенция	Субъекты рф и муниципальные образования	Российская Федерация, субъекты РФ
Характер проводимых мероприятий	Плановые	Плановые, экстренные
Нормы права (законодательства)	Преимущественно нормы права социального обеспечения	Нормы публичного права
Ограничения прав личности	По общему правилу нет; могут вводиться отдельные ограничения	Вводятся ограничения прав личности в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства

# Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением

## ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Гипертоническая болезнь характеризуется длительным течением с периодами ухудшения и улучшения.

Основной признак гипертонии — повышенное артериальное давление (выше 140/90 мм. рт. ст.).

Характерны также симптомы: головные боли, шум в голове, нарушение сна, снижение умственной работоспособности. Возникают головокружения, носовые кровотечения. Поражаются сердце, центральная нервная система и почки.

Одна из самых распространенных причин гипертонии в наши дни — стресс. Он вызывает повышение в крови уровня кортизона, под действием которого артерии сужаются, и артериальное давление растет, может случиться гипертонический криз.



# ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

- **Артериальная гипертензия** – периодическое или стойкое повышение артериального давления (АД)
- **Гипертоническая болезнь (ГБ)**- хроническое заболевание, опасное для жизни больного осложнениями как вследствие самого повышения артериального давления, так и развития атеросклероза сосудов, снабжающих кровью жизненно важные органы (сердце, мозг, почки и др.). В частности, при поражении коронарных сосудов, снабжающих кровью сердце, развивается **ишемическая (коронарная) болезнь сердца, мозговых сосудов – ЦВБ, инсульт.**
- **Гипертонический криз** – резкий, внезапный подъем артериального давления от нормальных или повышенных значений, сопровождающийся резким ухудшением самочувствия и часто приводящий к осложнениям.

**Классификация артериального давления (мм рт.ст.).  
Рекомендации ВОЗ и Международного общества  
гипертонии (МОГ) (февраль 1999 г.)**

<b>Категория</b>	<b>Систолическое</b>	<b>Диастолическое</b>
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	120-129	80-84
Повышенное нормальное	130-139	85-89
Гипертония		
1 степень	140-159	90-99
2 степень	160-179	100-109
3 степень	$\geq 180$	$\geq 110$
Изолированная систолическая АГ	$\geq 140-149$	< 90

**Примечание:** если систолическое и диастолическое АД находятся в разных категориях, то пациента следует отнести к более высокой категории

# Распространенность гипертонической болезни



- В экономически развитых странах гипертонической болезнью страдают 20-25% населения.
- В настоящее время в России около **45 миллионов** людей страдают от гипертонической болезни.
- только 57% гипертоников знают о своей болезни;
- только 17 % из них получают лечение,
- только у 8% терапия является адекватной.
- В России **доля смертности** от сердечно-сосудистых заболеваний в общей смертности составляет **53,5%**,
- при этом 48% обусловлено **ИБС**,
- 35,2% - цереброваскулярными заболеваниями.
- Инсульты в России возникают в 4 раза чаще, чем в США и странах Западной Европы.

# Факторы риска развития артериальной гипертензии



## Факторы риска

Избыток алкоголя

Стресс

Ожирение

Нездоровое питание

Препараты (НПВП),  
контрацептивы, наркотики

## Патологические причины

Стеноз почечной артерии

Гломерулонефрит

Опухоли почек

Гипертиреоз

Травмы почек

Атеросклероз

Гиперальдостеронизм

Опухоли в надпочечниках

Синдром Кушинга

*Причины и  
факторы  
риска  
гипертонии*

# Как влияет гипертония на различные органы

## Мозг

Нарушение мозгового кровообращения (следствие – ухудшение памяти), **инсульт**.



## Глаза

**Повреждение сетчатки**, ухудшение зрения.



## Почки

**Почечная недостаточность**.



## Сердце

**Стенокардия** (одна из форм ишемической болезни сердца,

«грудная жаба» — нарушение кровоснабжения сердца), **инфаркт миокарда, сердечная недостаточность** (неспособность сердца перекачивать нужное количество крови).



## Сосуды

**Разрыв аорты**, который в 90% случаев заканчивается смертью.



# Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением

- ▶ Эссенциальная [первичная] гипертензия
- ▶ Гипертензивная болезнь сердца [гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца]
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек без почечной недостаточности
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек и почечной недостаточностью
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью
- ▶ Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек неуточненная

Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением

### **Основные факторы:**

- пожилой возраст
- наследственная предрасположенность
- курение
- чрезмерное употребление алкоголя
- недостаточная физическая нагрузка
- ожирение
- неумеренное употребление соли
- постоянные стрессы

# Кто может заболеть?

■ Постоянно находящиеся в психоэмоциональном напряжении. Нужно уметь отдыхать.



■ Люди старше 60 лет. В этом возрасте сосуды становятся жёстче, хуже работают.



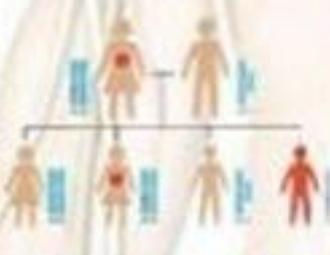
■ Люди с абдоминальным ожирением (в районе живота). Жир, который откладывается здесь, принципиально отличается от жира подкожного. Он агрессивен, каждая клетка выделяет много гормональных веществ.



■ Мало двигающиеся. Ходите пешком 30-40 мин. в день.

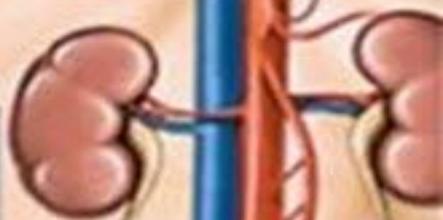


■ Люди с плохой наследственностью. Мощный фактор риска - гипертония у отца до 55 лет и у матери до 65 лет.



■ Горожане в мегаполисах - больше, чем сельчане.

■ Курильщики.



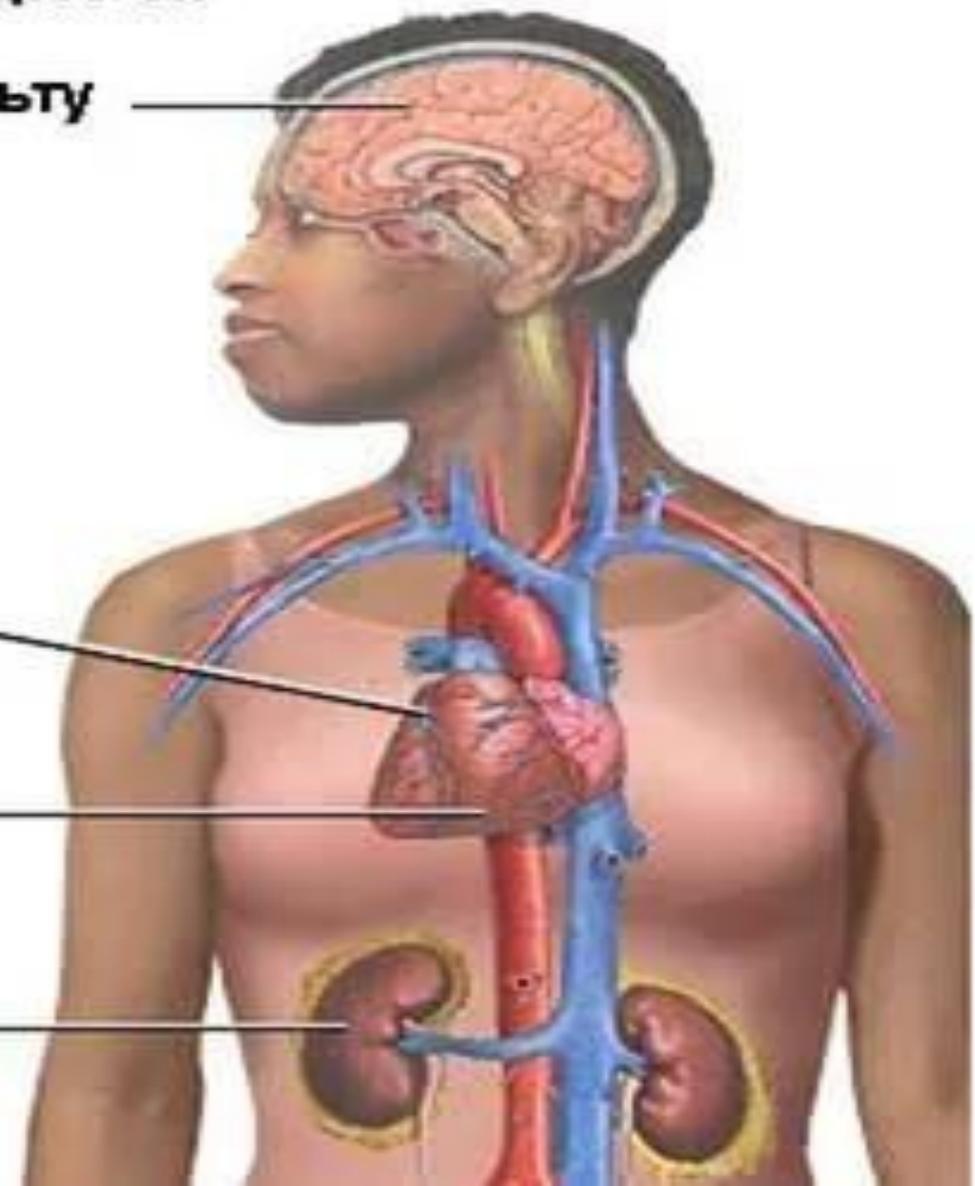
**Без правильного лечения,  
повышенное кровяное давление  
приводит к:**

**инсульту**

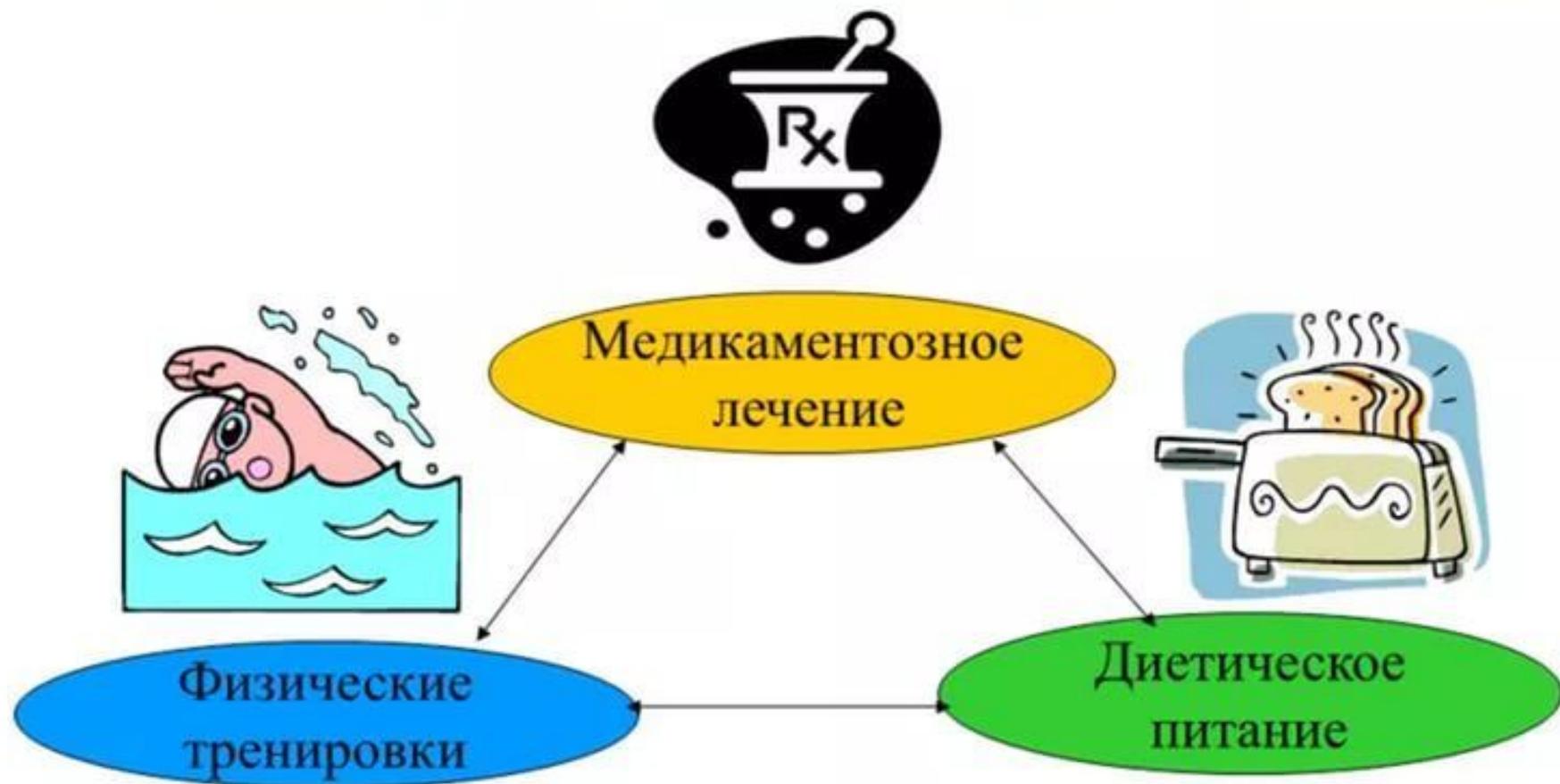
**повреждению  
кровеносных артерий  
(атеросклерозу)**

**сердечному приступу**

**отказу почек**



# Три «кита», составляющие основу современной профилактики ССЗ.

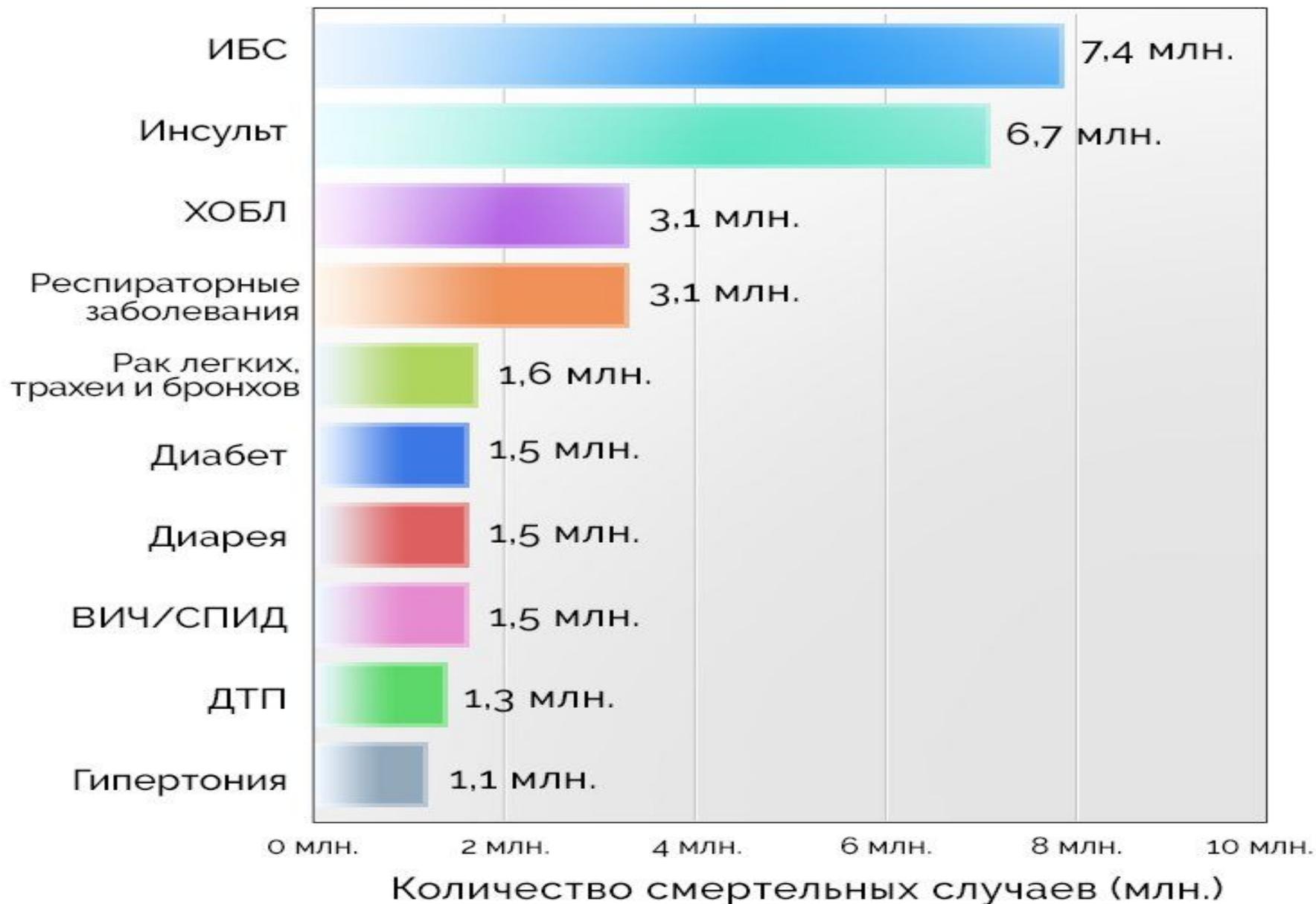


## **Злокачественные новообразования.**

Второе место в структуре причин смертности населения в экономически развитых странах с 1940-50-х годов занимают злокачественные новообразования. Уровень смертности от новообразований составляет около 280 случаев на 100000 жителей (в 2013 г. в РС (Я) – 125,5; в 2012 г. в РФ – 201,0). Рост числа новообразований происходит не столько за счет улучшения диагностики этих заболеваний и увеличения числа лиц пожилого и старого возраста, у которых злокачественные опухоли развиваются чаще, сколько в результате истинного увеличения заболеваемости и смертности, особенно от рака легких и рака крови.

# 10 ведущих причин смерти в мире

(в миллионах, 2012 г.)



Одними из основных показателей, определяющих *онкологическую заболеваемость*, являются:

1) степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики (выявляемость на ранних стадиях развития опухолевого процесса в Республике Саха (Якутия) в 2013 году составила 36,8% (РФ 2012 г. – 47,8%));

2) показатель одногодичной летальности (в РС (Я) в 2013 г. составил 39,6% (РФ в 2012 г. – 26,1%));

3) пятилетняя выживаемость – в 2013 году сохраняется на уровне 53,2% (РФ 2012 г. – 51,1%);

4) III место в структуре экономических потерь от различных причин смерти в республике занимают новообразования (в среднем за период 2006-2011 гг. - 12,2%): от 211,3 до 253,2 млн. руб. в ценах 2011 г.



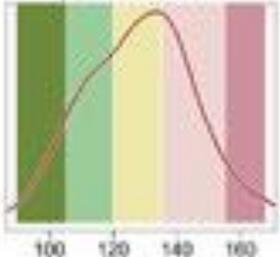


**Стандартизованный коэффициент смертности от новообразований на 100 тыс. чел. (женщины)**

- менее 105,0
- 105,1 - 120,0
- 120,1 - 135,0
- 135,1 - 155,0
- более 155,0

==== регионы, исключенные из анализа

**Плотность распределения регионов России**



СЕВЕРНЫЙ ЛЕДОВИТЫЙ ОКЕАН

ШВЕЦИЯ

ФИЛАНДИЯ

КАРСКОЕ МОРЬЕ

КАРПИНСКОЕ МОРЬЕ

КАРГОЛАПСКОЕ МОРЬЕ

ВОСТОЧНО-САХАЛИНСКОЕ МОРЬЕ

ЧУКОТСКОЕ МОРЬЕ

КАРГОЛАПСКОЕ МОРЬЕ

КАЗАХСТАН

УЗБЕКИСТАН

УЗБЕКИСТАН

КИТАЙ

МОНГОЛИЯ

КЫРГЫЗ

ЯПОНИЙСКОЕ МОРЬЕ

ЯПОНИЙСКОЕ МОРЬЕ

КОРЕЯ

# Заболееаемость туберкулезом

В 2014 г. показатель общей заболееаемости туберкулезом составил 59,4 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского ФО), а с 2008 г. (85,1 на 100 тыс.) снижение составило 30,4%.

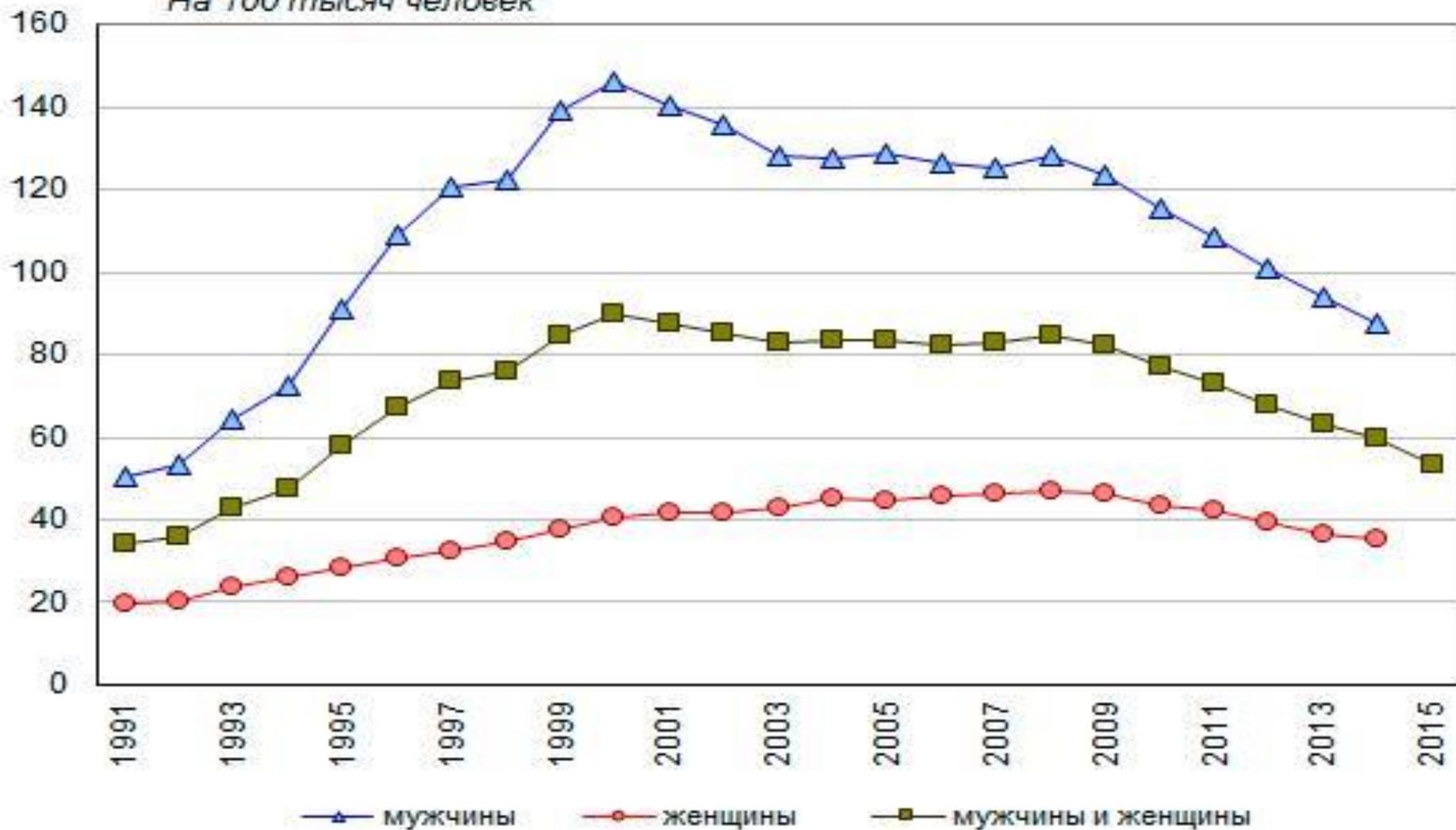
Болеют туберкулезом преимущественно лица в возрасте 18-44 года (2014 год – 62,3%). Максимальные показатели заболееаемости туберкулезом приходятся на возраст 25-34 года среди женщин и 35-44 года среди мужчин. Мужчины составили 68,2% среди впервые заболевших туберкулезом.



**Рис. 2.16.** Динамика показателей первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза и смертности от туберкулеза населения Российской Федерации (1992–2008)

# Заблеваемость населения РФ активным туберкулезом, случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек соответствующего пола, 1991-2015 годы

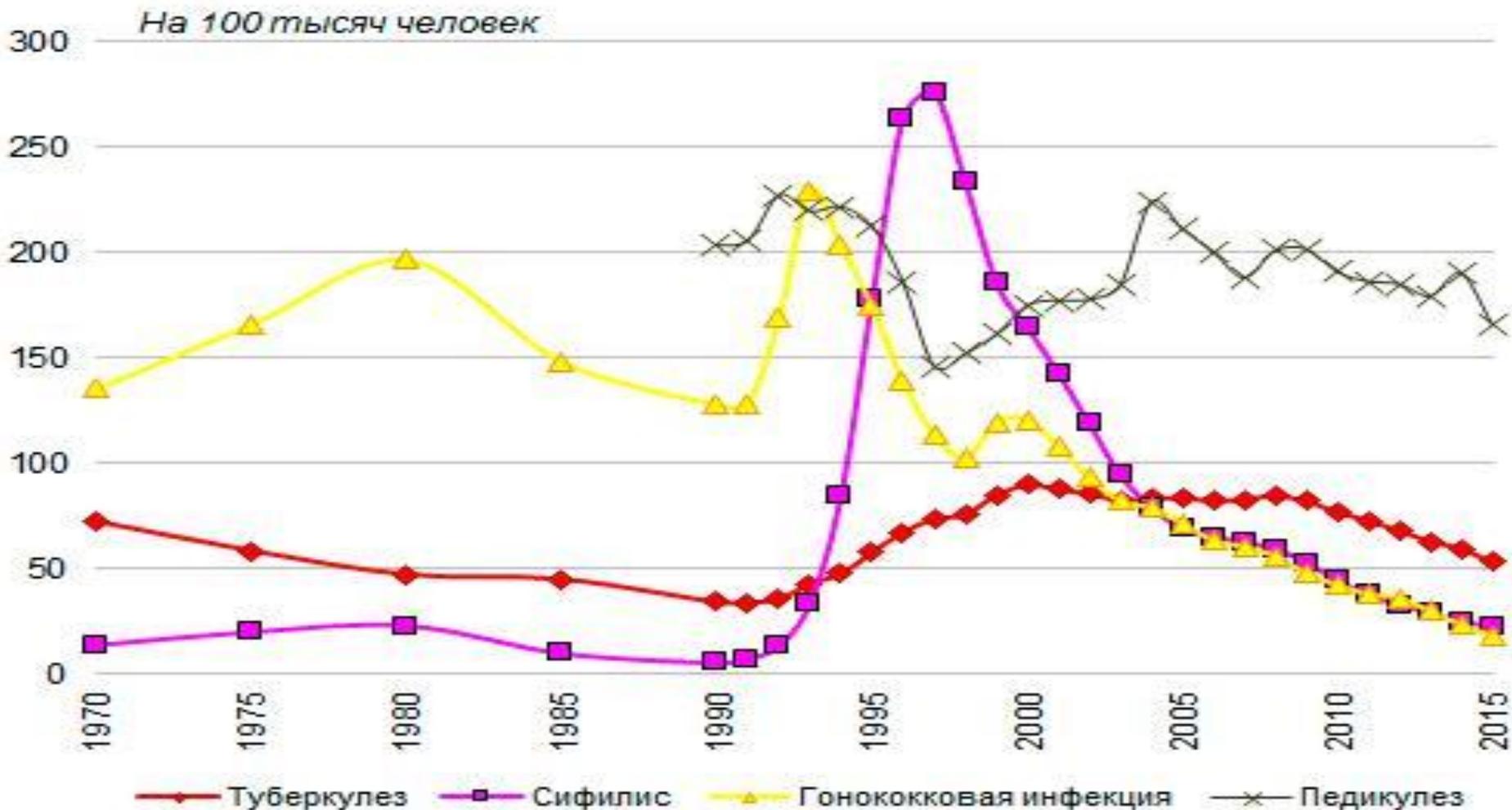
На 100 тысяч человек



Доля лиц, находящихся в учреждениях *ФСИН России*, в структуре впервые заболевших туберкулезом сократилась с 10,2% в 2013 году до 9,3% в 2014 году.

Показатель *заболеваемости туберкулезом* постоянного населения снизился на 5,1% (с 53,4 до 50,7 на 100 тыс. населения), находящихся под диспансерным наблюдением – на 5,1% (с 51,1 до 48,5 на 100 000).

# Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения (1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2015 годы)



Показатель рецидивов туберкулеза (*повторная заболеваемость*) снизился в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 2,9% (с 10,3 до 10,0 на 100 тыс. населения). Среди находящихся под диспансерным наблюдением больных преобладают поздние рецидивы (2014 год – 63,8%), которые в большинстве случаев являются новым заболеванием, не связанным с первичным туберкулезным процессом.

В 2014 году по сравнению с 2013 годом показатель *общей распространенности* туберкулеза снизился на 6,9% (с 147,5 до 137,4 на 100 тыс. населения).

Показатель заболеваемости туберкулезом в расчете на 100 тыс. населения в 2014 году колеблется по федеральным округам РФ от 39,0 в Центральном до ***103,2 в Дальневосточном***; показатель распространенности туберкулеза – от 75,7 до ***255,9 в тех же федеральных округах***.

# Заболееваемость активным туберкулезом по регионам РФ, на 100 тысяч человек соответствующего пола (2014 год)



Показатель *заболеваемости туберкулезом детей* в возрасте 0-14 лет уменьшился на 7,7% (2013 год – с 14,3; 2014 год – 13,2 на 100 тыс. детей соответствующего возраста); детей в возрасте 15-17 – на 12,6% (с 31,8 до 27,8 на 100 тыс. детей соответствующего возраста). Среди детей 0-14 лет преобладают лица в возрасте 7–14 лет (49,0%) и 3-6 лет (37,6%). Дети раннего возраста (0-2 года) составили 13,4%.

Снижение показателя *общей заболеваемости туберкулезом* происходит на фоне улучшения организации профилактических медицинских осмотров на туберкулез и снижения доли запущенных форм туберкулеза среди впервые выявленных больных туберкулезом:

- охват профилактическими медицинскими осмотрами на туберкулез составляет: всего населения всеми методами – 66,6%; детей в возрасте 0-14 лет туберкулинодиагностикой – 84,1%; подростков и взрослых флюорографией органов грудной клетки – 60,5%;

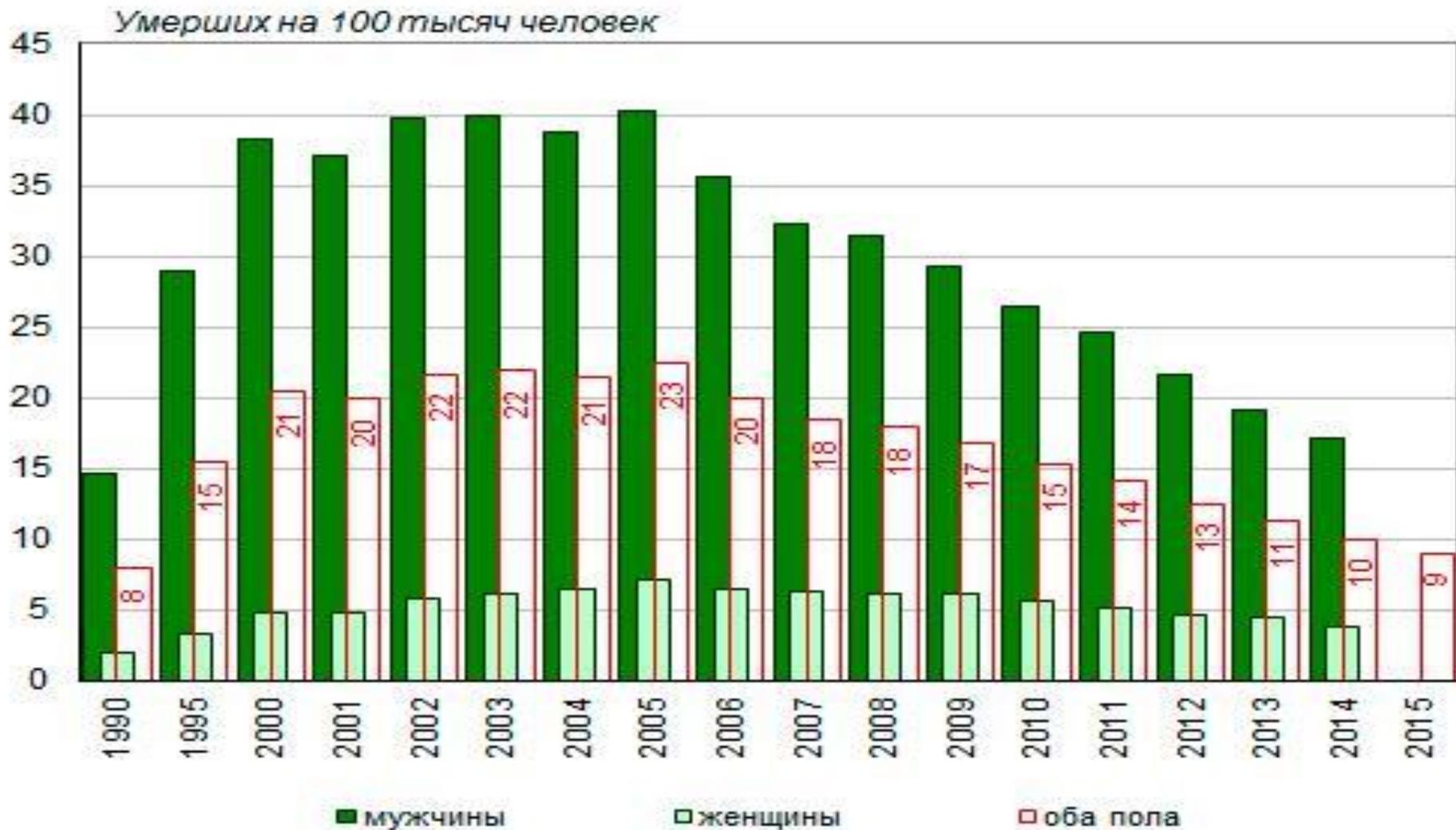
- в 2014 году доля посмертной диагностики туберкулеза составляет 1,7%, годовичная летальность находящихся под диспансерным наблюдением больных – 2,9%. Уменьшилась доля больных, выявленных с распадом легочной ткани при туберкулезе легких, – до 43,8% (2005 год – 51,6%; 2013 год – 44,5%).

Отмечается рост распространенности *множественной лекарственной устойчивости (МЛУ)* микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам среди контингентов, находящихся под диспансерным наблюдением: 24,2 на 100 тыс. населения в 2013 году и 24,8 на 100 тыс. населения в 2014 году. Продолжается рост доли больных с МЛУ к туберкулезу среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза, – с 40,0 до 43,6%.

Недостаточно быстро растут показатели клинического излечения туберкулеза (2005 год – 28,5%; 2013 год – 34,6%; 2014 год – 35,2%).

Таким образом, в РФ можно отметить стабилизацию эпидемической ситуации по туберкулезу с положительной тенденцией к ее улучшению. Однако в перспективе на эпидемиологический процесс будет отрицательно влиять развивающаяся эпидемия ВИЧ-инфекции с ростом числа и доли пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, а также рост доли пациентов с МЛУ микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. ВИЧ-инфекция не позволит существенно снизить показатель и приведет к росту летальности пациентов с туберкулезом в ряде субъектов РФ.

# Смертность населения РФ от туберкулеза, умерших на 100 тысяч населения, 1990, 1995, 2000-2015 годы



# Инфекции, передающиеся половым путем

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП), включают в себя большую группу болезней (сифилис, гонорею, трихомоноз, хламидиоз, герпес урогенитальный и др.). Как и большинство социопатий, эти заболевания «расцветают» в период социальной и экономической нестабильности общества. Крайне тревожен тот факт, что на фоне роста заболеваемости венерическими болезнями взрослых наблюдается рост заболеваемости детей и подростков.

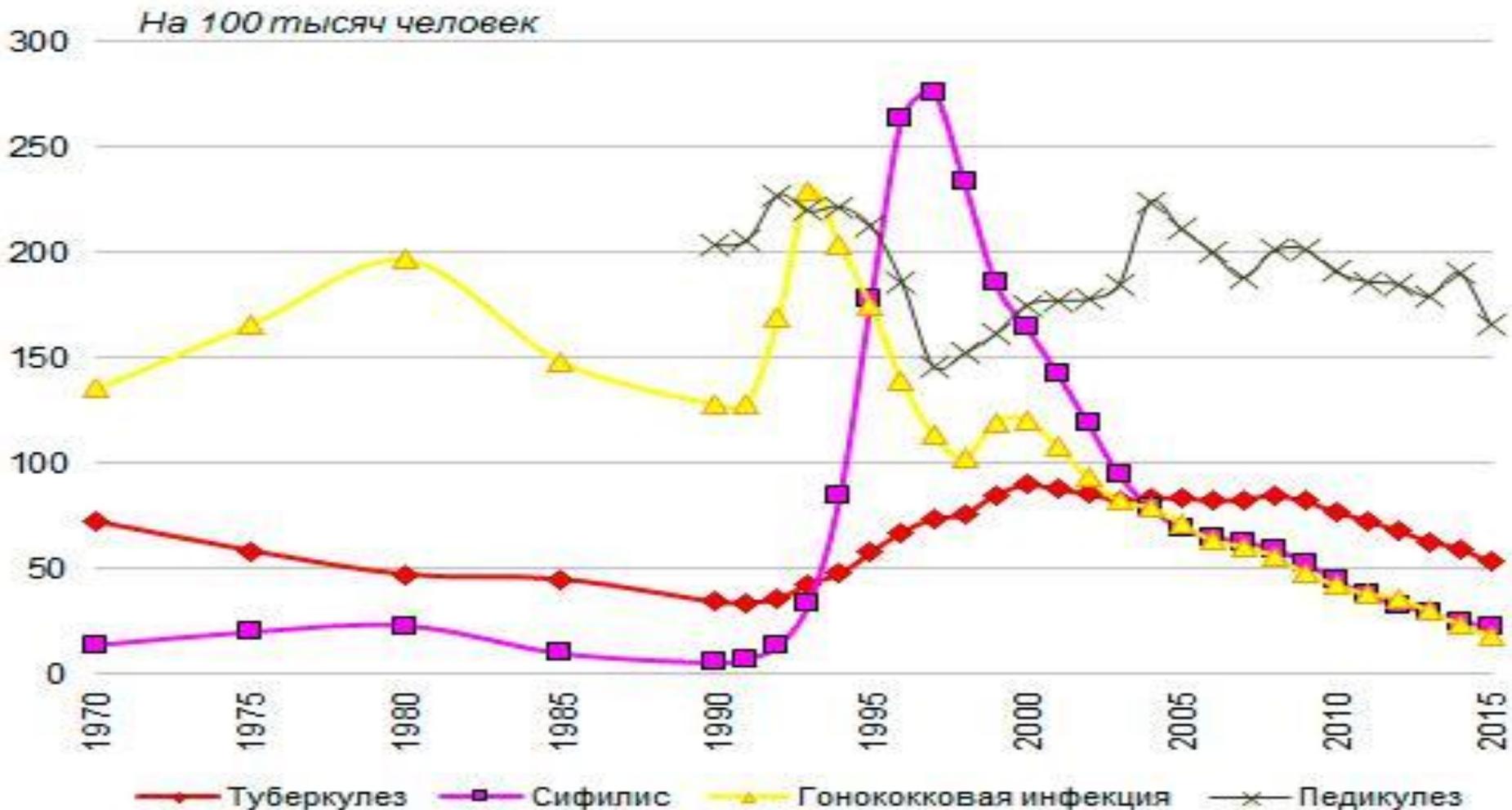
После резкого подъема в первой половине 1990-х годов быстро снижается уровень заболеваемости *гонококковой инфекцией*. По данным оперативного учета, в 2015 году было зарегистрировано 26,5 тысячи случаев заболевания гонококковой инфекцией, что на 21% меньше, чем по аналогичным данным за 2014 год. Заболеваемость составила 18 случаев на 100 тысяч человек, что на 23% ниже показателя за 2014 год, в 6,7 раза ниже, чем в 2000 году (121 на 100 тысяч человек), и почти в 13 раз ниже, чем в 1993 году (230).



**Рис. 2.17.** Динамика показателей первичной заболеваемости сифилисом и гонореей в Российской Федерации (1992–2008)

Снижается и первичная заболеваемость *сифилисом*, которая в 1995-2003 годах заметно превышала уровень заболеваемости гонореей, а, начиная с 2004 года, практически совпадает с ним. В 2015 году зарегистрировано 33,4 тысячи случаев заболевания сифилисом (на 6,2% меньше, чем за 2014 год), или 23 случая в расчете на 100 тысяч человек (на 7,8% меньше). По сравнению с 2000 годом первичная заболеваемость сифилисом снизилась в 7,2 раза (165 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч), но по-прежнему превышала в разы уровень заболеваемости 1990 года (5,3).

# Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения (1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2015 годы)



С начала и до середины 90-х годов отмечался резкий всплеск заболеваемости ИППП, в первую очередь сифилисом. За период с 1993 по 2008 гг. заболеваемость сифилисом детей возросла в 11 раз, в 20 раз возрос врожденный сифилис. В последние годы ситуация с венерическими заболеваниями несколько стабилизировалась.

ИППП следует во многом расценивать как *«болезни поведения»*. К особенностям, которые выделяют больных ИППП из общего числа несовершеннолетних и позволяют различить их медико-социальный портрет, относятся: проживание в неполных семьях с алкогольным анамнезом, психопатологические черты характера, которые усугубляются на фоне безнадзорности, злоупотребления алкоголем и приводят к криминогенному поведению, сопровождающемуся промискуитетом. Психические заболевания и сексуальные девиации нередко становятся причиной ИППП среди несовершеннолетних.

Несмотря на кажущуюся легкость заболеваний, передающихся половым путем, в будущем они могут привести к тяжелым последствиям, таким как бесплодие, внутриутробное инфицирование плода, стойкие нарушения репродуктивного здоровья. Таким образом, ИППП у несовершеннолетних – это риск «социальной инвалидизации» во взрослом возрасте.

# ВИЧ-инфекция и СПИД

По оценке специалистов ООН, в начале XXI в. в мире проживало около 35 млн. ВИЧ-инфицированных, в том числе более 1,2 млн. детей. Каждый день в мире регистрируется в среднем 8000 новых случаев ВИЧ-инфекции, преимущественно среди лиц молодого возраста. Наиболее катастрофический характер распространение ВИЧ-инфекции приняло в странах Африки.

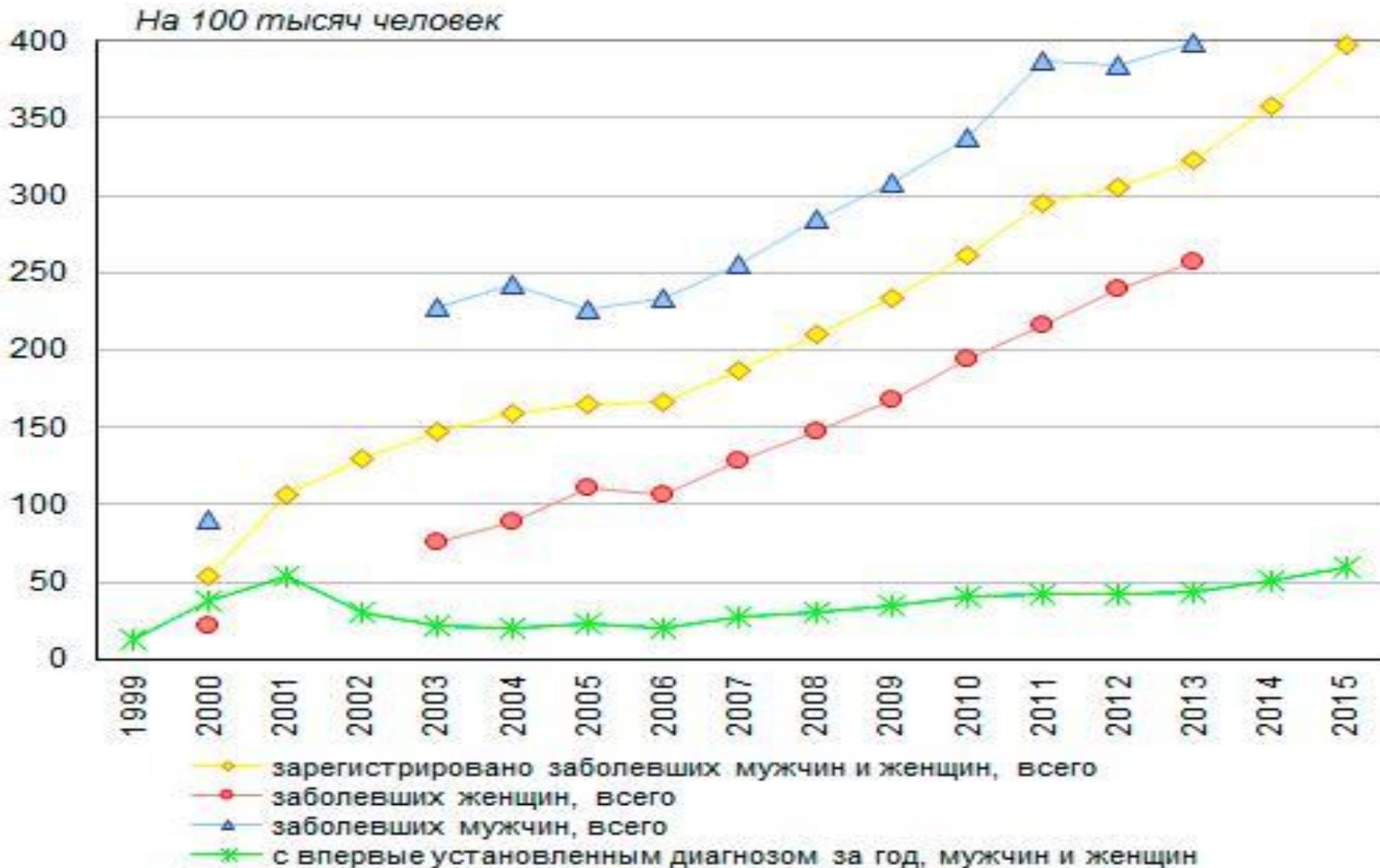
Среди потребителей наркотиков распространенность ВИЧ-инфекции в различных субъектах РФ составляет от 8 до 64%, среди работников коммерческого секса – 6%, среди заключенных – 5%.

По данным Минздрава России, если в 2008 г. в России было зарегистрировано около 301,3 тыс. ВИЧ-инфицированных, то на конец 2015 года под диспансерным наблюдением в центрах СПИДа состояло **581,7 тысячи человек**, или **397** в расчете на **100 тысяч человек** постоянного населения (рис. 4). Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в России шире распространена среди мужчин, хотя в последние годы различия в заболеваемости по полу быстро сокращались. В 2000 году общая заболеваемость ВИЧ-инфекцией мужчин в 4 раза превышала заболеваемость женщин (90 против 22 на 100 тысяч человек). С 2002 года среди заболевших стала возрастать доля женщин и уже в 2005 году различия снизились до 2 раз (227 против 111). К концу 2013 года распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин возросла до 400 на 100 тысяч человек, а среди женщин – до 257 на 100 тысяч человек, различия сократились до 1,6 раза.

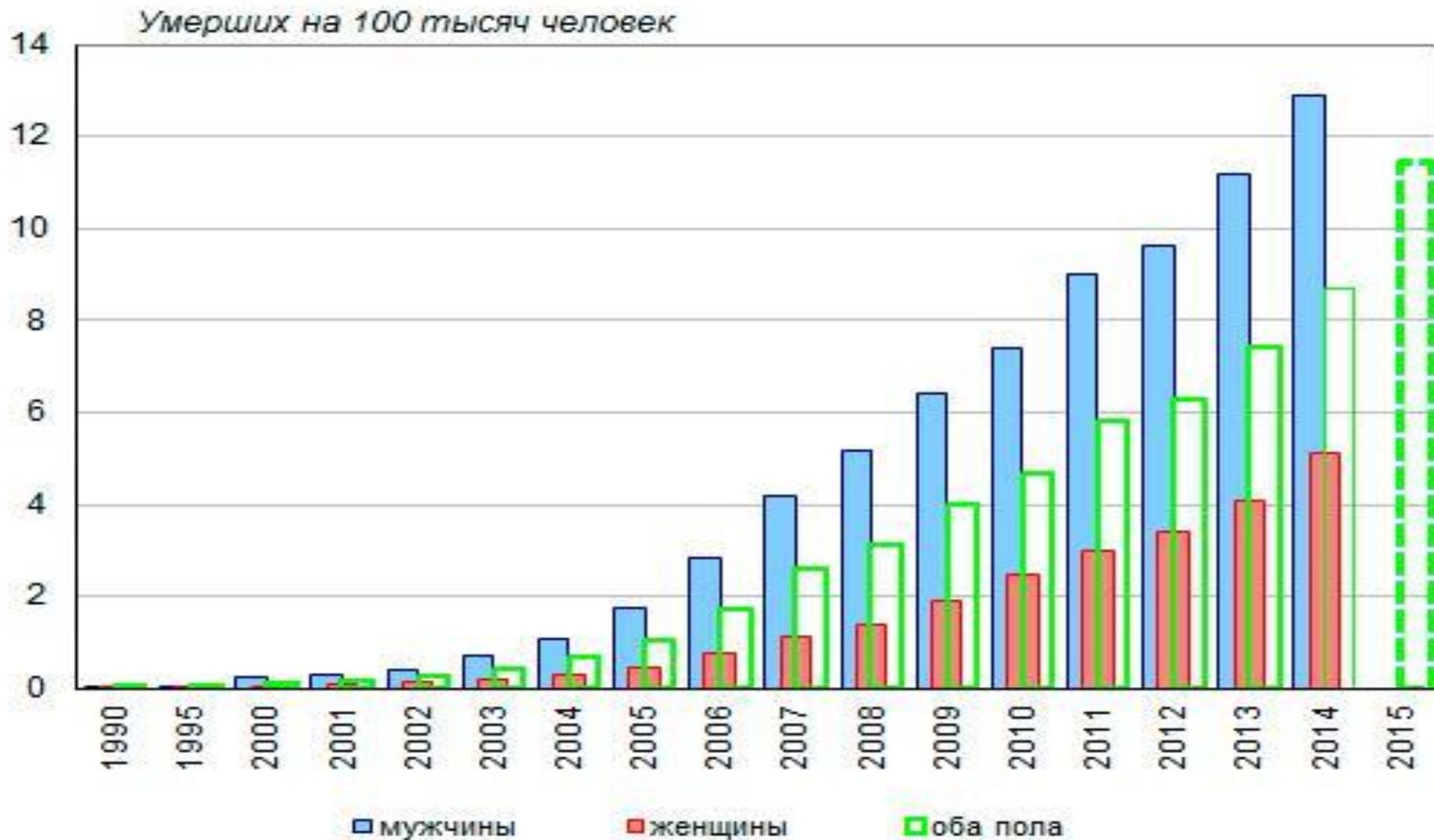
В России ВИЧ-инфекция чаще поражает молодое население: 75% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции выявляется у лиц в возрасте 15-30 лет. Инкубационный период ВИЧ по сравнению с другими инфекционными заболеваниями продолжителен и у разных индивидов в значительной степени варьирует. Около половины ВИЧ-инфицированных заболевают в течение 10 лет после заражения. С момента развития у человека признаков заболевания СПИДом СППЖ составляет 2-4 года.

Для управления эпидемиологической ситуацией, начиная с 1990 г., в России ежегодно обследуются на ВИЧ 20-24 млн. человек, что составляет 15-17% населения, при этом ежегодно выявляется около 50 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции.

# Заболееаемость ВИЧ-инфекцией населения России, на 100 тысяч человек населения (1999-2015 годы)



# Смертность населения России от болезни, вызванной ВИЧ, умерших на 100 тысяч человек (1990, 1995, 2000-2015\* годы)



# Гепатиты

Заболеваемость вирусными гепатитами, после периода роста, наблюдавшегося в 1970-е годы, также снижалась, хотя и с некоторыми отклонениями в середине 1990-х годов – ее уровень опустился с 255 случаев заболеваний на 100 тысяч человек в 1980 году до 83 в 1998 году. В 1999-2001 годах заболеваемость вирусными гепатитами резко возросла – до 181 случая заболеваний на 100 тысяч человек в 2001 году. Затем возобновилось снижение, связанное в определенной степени с расширением практики прививок против гепатита В.



**Гепатит** — общее название острых и хронических диффузных (не имеющих четко выраженных очагов, поражающих орган целиком) воспалительных заболеваний печени различного происхождения



**Гепатит А**

Болезнь Боткина



**Гепатит Е**



**Гепатит В**  
и его спутник  
**гепатит D\***



**Гепатит С**



**Гепатит G**

\* не развивается самостоятельно

**Способ передачи**

Фекально-оральный

**Симптомы**

Схожи с симптомами гриппа, возможна желтушная окраска кожи

**Лечение**

Чаще всего не требует активного лечения. При тяжелом течении назначают капельницы, устраняющие токсическое действие вируса на печень

**Способ передачи**

Передается половым путем, через кровь, (нестерильным многоразовым шприцем, при переливании), от матери к плоду

**Симптомы**

Повышение температуры, слабость, боль в суставах, тошнота, увеличение печени и селезенки. Также может быть потемнение мочи и обесцвечивание кала

**Лечение**

Интерферон и его аналоги. Используются также гормоны, гепатопротекторы, антибиотики

**Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями и вирусными гепатитами, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч населения (1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2015 годы)**



Оно продолжалось до 2013 года, когда было зарегистрировано 86,3 тысячи случаев заболевания вирусными гепатитами (острыми и хроническими), что в 2,8 раза меньше, чем в 2000 году. Заболеваемость вирусными гепатитами снизилась до 60 случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек. После небольшого повышения заболеваемости в 2014 году (до 61,3 случая на 100 тысяч человек), по данным за 2015 год, она продолжала снижаться, опустившись до 56 случаев на 100 тысяч человек (82,4 тысячи случаев заболевания острыми и впервые установленными хроническими гепатитами против 89,0 тысячи в 2014 году).

### 3. Краткая история медико-социальной помощи в России

Социальные проблемы медицины интересовали выдающихся ученых древности – таких как Гиппократ, Авиценна, Аристотель, Везалий и др.

В России в развитие социальной медицины крупный вклад внесли М.В. Ломоносов, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, И. М. Сеченов, Т.А. Захарьин, Д.С. Самойлович, А.П. Доброславин, Ф.Ф. Эрисман.

Во второй половине XIX – начале XX вв. медицина становится подлинно научной дисциплиной благодаря использованию достижений физики, химии, техники, биологии. Были сделаны крупные открытия, перевернувшие взгляды ученых на причины, диагностику, лечение и профилактику, патогенез заболеваний. Однако большие успехи научной медицины не привели к улучшению состояния здоровья населения. Многочисленные социально-гигиенические исследования, проведенные в эти годы, свидетельствует о широком распространении эпидемических заболеваний и социальных болезней.

Показатель общей смертности в России в 1913 г. составил **29,1 на 1000 населения**, особенно высоким уровнем отличалась младенческая смертность – **270 на 1000 родившихся**.

11 июля 1918 г. СНК принял декрет «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения». Народным комиссаром здравоохранения был назначен Н.А. Семашко, его заместителем – З.П. Соловьев.

Несмотря на тяжелейшие условия периода с 1921 по 1925 гг., именно в эти годы был провозглашен приоритет профилактической медицины, начат комплекс мероприятий по борьбе с социальными болезнями. Начали создаваться ЛПУ нового типа – диспансеры (противотуберкулезный и венерологический). В 1919 г. в Москве состоялся I Всероссийский съезд по борьбе с социальными болезнями.

Эпидемическая обстановка в стране продолжала оставаться сложной. В результате огромных усилий эпидемии удалось локализовать. Важное значение имел декрет «О мерах по улучшению водоснабжения, канализации и ассенизации». Началась реализация лозунга «От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта», провозглашенного V Всероссийским съездом здравоохранения и знаменующего синтез лечебной и профилактической работы.

К концу этого периода наметились некоторые тенденции к улучшению состояния здоровья населения: сократилась заболеваемость и смертность от острозаразных болезней, общая смертность снизилась до **20,3 на 1000 населения**, постепенно стала расти продолжительность жизни.

Более основательно в 1926-1940 годы решаются вопросы санитарного законодательства. В конце 1920-х годов появились новые учреждения – санитарно-эпидемиологические станции (СЭС) – органы, управляющие мероприятиями по борьбе с инфекционными и паразитарными болезнями, организующие работу по оздоровлению окружающей среды. В 1933 г. была создана Государственная санитарная инспекция для руководства работой органов санинспекции на всей территории страны.

Снизилась общая смертность (1940 – **18,0 на 1000 населения**), возросла ОПЖ. Были ликвидированы опасные эпидемические заболевания, сократилась заболеваемость малярией, другими инфекционными и паразитарными заболеваниями.

В 1941-1952 гг. была создана эффективная система санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, охватывающих войска и гражданское население страны. Во всех республиках, областях, городах и районах были созданы чрезвычайные противоэпидемические комиссии, обладавшие широкими полномочиями.

В 1950 г. показатель общей смертности снизился по сравнению с 1940 г. в 2 раза (9,7 на 1000 жителей), уменьшилась заболеваемость и смертность от инфекционных заболеваний.

## Демографические показатели в Якутской области во 2-й половине 1880-х годов

Годы	Общее число жителей	Ест. прирост или убыль	Процент прироста или убыли
1886	253 835	+ 2 576	+ 1,01
1887	255 671	+ 1 171	+ 0,45
1888	256 488	+ 2 090	+ 0,81
1889	254 494	- 1 013	- 0,43
1890	257 814	+ 3 979	+ 1,54

**Число случаев первичной заболеваемости  
в Якутской АССР в 1923-24 гг.**

<b>Болезни</b>	<b>1923</b>	<b>1924</b>
Скарлатина	21	592
Корь	4	3207
Дифтерия	56	97
Брюшной тиф	57	224
Дизентерия	130	749
Легочный туберкулез	773	1925
Сифилис	374	587
Малярия	773	1312
Трахома	5189	5833
Цинга	99	199

Общая смертность населения Якутии к 1970 году снизилась в 5 раз, детская смертность – в 25 раз. Также по сравнению с дореволюционным периодом к 1984 г. увеличилась вдвое средняя продолжительность жизни населения.

**Социально-значимые заболевания (впервые в жизни установленный  
диагноз на 100 000 детского населения)  
Дети в возрасте до 14 лет включительно**

	2009	2010	2011	2012	2013	РФ 2012
<b>Наркомания</b>	-	-	-	-	-	0,04
<b>Токсикомания</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>		0,4
<b>Сифилис</b>	1,5	-	<b>1,9</b>	0,5	<b>3,2 до 17 лет</b>	1,7
<b>Гонорея</b>	<b>4,4</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>1,9</b>	<b>7,1 до 17 лет</b>	0,8
<b>Туберкулез</b>	<b>22,8</b>	<b>21,8</b>	<b>29,6</b>	<b>31,4</b>	<b>22,6</b>	14,4 (2013)
<b>ВИЧ-инфекция (абс. число)</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	-	<b>1</b>	

**Социально-значимые заболевания (впервые в жизни установленный  
диагноз на 100 000 детского населения)  
Подростки 15-17 лет включительно**

	2009	2010	2011	2012	2013	РФ 2012
<b>Наркомания</b>	2,1	-	-	-	2,4	3,3
<b>Токсикомания</b>	12,3	19,7	4,4	9,3		4,1
<b>Сифилис</b>	37,0	32,9	13,1	14,0		21,2
<b>Гонорея</b>	86,4	81,0	52,6	53,6		28,6
<b>Туберкулез</b>	39,1	32,8	37,2	30,3	51,1	31,6 (2013)
<b>ВИЧ-инфекция (абс. число)</b>	-	2	-	-	-	

## Список литературы

- 1. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 год // Минздрав России. – М., 2015. – 219 с. [Эл. ресурс].
- 2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 656 с.
- 3. Тимофеев Л.Ф. Развитие здравоохранения в Якутии (крат. ист. очерк). /Л.Ф. Тимофеев; Ин-т здоровья Акад. наук Респ. Саха (Якутия). – Якутск: Изд-во СО РАН. Якут. фил., 2003. – 87 с.
- 4. Щербакова Е.М. Заболеваемость населения России, 2014-2015 годы /Демоскоп Weekly. 2016. № 683-684. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0683/barometer683.pdf>.
- 5. [www.zdrav.ru](http://www.zdrav.ru)

*Благодарю за внимание!*