Заболеваемость населения. Социально значимые заболевания.

ЛЕКЦИЯ

Профессора С. А. Ананьина

по учебной дисциплине **«Общественное здоровье и здравоохранение»**

Цель: представить показатель заболеваемости как значимый показатель оценки здоровья населения

- План:
- 1. Виды заболеваемости
- 2. Заболеваемость подлежащая специальному учету
- 3. Учетные формы заболеваемости
- 4. МКБ
- 5. Социально значимые заболевания

Собственно заболеваемость (первичная заболеваемость) — частота новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний (по статистическим талонам уточненных диагнозов со знаком «+»).

Распространенность (общая заболеваемость или болезненность) — частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году (все статистические талоны уточненных диагнозов).

Патологическая пораженность— частота патологии среди населения, устанавливаемая при проведении единовременных медицинских осмотров (обследований), в результате которых учитываются все заболевания, а также преморбидные формы и состояния.

Накопленная заболеваемость- это все случаи зарегистрированных заболеваний за ряд лет.

Общая заболеваемость

(по обращаемости).

Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости является первичное обращение больного в текущем календарном году по поводу данного заболевания.

Показатель общей заболеваемости определяется числом первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения в данном году на 1000 или 10000 жителей. Общий показатель — это отношение числа заболевших за год к общей численности населения.

Первичная заболеваемость

- это заболеваемость, выявленная впервые в жизни и регистрируемая в течение года.

Инфекционная и неэпидемическая заболеваемость (по обращаемости).

Заболеваемость инфекционными болезнями изучается путем учета каждого инфекционного заболевания или подозрения на него. Учетным документом является экстренное извещение об инфекционном заболевании

(**ф.-058/у**). Экстренное извещение составляется на каждое инфекционное заболевание или подозрение на заболевание и направляется в центр ГСЭН. Экстренное извещение до отправления регистрируется в журнале инфекционных заболеваний (**ф.-060/у**). На основе записей в этом журнале составляется отчет о динамике инфекционных заболеваний за каждый месяц, квартал, полугодие и год.

Заболеваемость неэпидемическими заболеваниями (туберкулез, венерические заболевания, новообразования, трихофития и др.), зарегистрированными впервые в данном году, рассчитывается на 100000 жителей (уровень, структура). Единицей наблюдения при изучении неэпидемической заболеваемости является каждый больной с впервые в жизни установленным диагнозом одного из указанных заболеваний. Учет заболеваний ведется в диспансерах.

Методы изучения заболеваемости	Основной статистический документ
1. Заболеваемость по данным обращаемости	Талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (учетная форма № 025-2/у-04)
В том числе:	
заболеваемость острыми инфекционными болезнями, пищевыми, острыми профессиональными отравлениями	Экстренное извещение об острозаразном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлениях (уч-ная форма № 058/у)
заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (туберкулез, вен. болезни, рак и др.)	Извещение о важнейших неэпидемических заболеваниях (учетные формы № 089/у-00; 090/у)
заболеваемость с ВУТ	Листок нетрудоспособности
госпитализированная заболеваемость	Карта выбывшего из стационара (учетная форма № 066/у)
2. Заболеваемость по данным медицинских осмотров (дети, призывники, работающие и т. д.)	Контрольная карта диспансерного наблюдения (уч. форма № 030/у-04).
3. Заболеваемость по данным о причинах смерти	Врачебное свидетельство о смерти (учетная форма № 106/у-84)

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (по обращаемости).

Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с ВУТ является каждый случай временной нетрудоспособности в связи с заболеванием или травмой в данном году.

Учетным документом служит **листок нетрудоспособности,** который является не только медицинским статистическим, но и юридическим документом, удостоверяющим временное освобождение от работы, и финансовым, на основании которого производится выплата пособия из средств социального страхования.

Оценка заболеваемости с ВУТ

проводится как по общепринятой методике на основании отчетов о временной нетрудоспособности (форма № 16-ВН), так и по углубленной методике с помощью полицевого метода.

Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих: рассчитывается как отношение числа случаев заболеваний (травм) к средней численности работающих, умноженное на 100 (в среднем около 80—100 случаев на 100 работающих).

Число дней ЗВУТ на 100 работающих: отношение дней заболеваемости (травм) к численности работающих, умноженное на 100 (около 800—1200 на 100 работающих);

Средняя длительность одного случая ЗВУТ: отношение общего числа дней нетрудоспособности к числу случаев нетрудоспособности (около 10 дней).

Группы здоровья работающих:

1) здоровые (не имевшие ни одного случая нетрудоспособности в году);
2) практически здоровые (имевшие в году 1—2 случая нетрудоспособности по поводу острых форм заболеваний);
3) имевшие в году 3 и более случаев утраты трудоспособности по поводу острых форм заболеваний;
4) имеющие хронические заболевания, но не имевшие случаев утраты трудоспособности;
5) имеющие хронические заболевания и имевшие по поводу этих заболеваний случаи утраты трудоспособности.

Показатели госпитальной заболеваемости (по обращаемости).

Заболеваемость госпитализированных больных — это учет лиц, лечившихся в стационаре в течение года.

практической деятельности врача необходимы для:

- оперативного руководства работой учреждений здравоохранения;
- оценки эффективности проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий, в том числе диспансеризации;
- оценки здоровья населения и выявления факторов риска, способствующих снижению заболеваемости;
- планирования объема профилактических осмотров;
- определения контингента для диспансерного наблюдения, госпитализации, санаторно-курортного лечения, трудоустройства определенного контингента больных и т. д.;
- текущего и перспективного планирования кадров, сети различных служб и подразделений здравоохранения;

Международная статистическая классификация болезней и проблемы, связанные со здоровьем

Международная классификация болезней (МКБ) — это система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. МКБ является основным нормативным документом при изучении состояния здоровья населения в странах—членах ВОЗ.

В МКБ все болезни разделены на классы,
классы — на блоки,
блоки — на рубрики (шифруются тремя знаками),
рубрики — на подрубрики (шифруются четырьмя и более знаками).

МКБ-10 состоит из 3 томов.

Первый том **(в издании на русском языке — в двух книгах) содержит полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, перечень рубрик, по которым страны подают информацию о заболеваниях и причинах смерти в ВОЗ, а также специальные перечни для статистической разработки данных смертности и заболеваемости. В первом томе содержатся также определения основных терминов МКБ-10, преимущественно для детской и материнской смертности.**

Второй том **включает в себя описание МКБ-10, ее цели, области применения, инструкции, правила по пользованию МКБ-10 и правила кодирования причин смерти и заболеваний, а также основные требования к статистическому представлению информации. Для специалистов может оказаться интересным и раздел истории МКБ.**

Третий том **состоит из алфавитного перечня заболеваний и характера повреждений (травм), перечня внешних причин повреждений и таблиц лекарств и химикатов (около 5,5 тыс. на именований).**

Каковы же основные нововведения в МКБ десятого пересмотра? По сравнению с девятым пересмотром в МКБ-10 увеличено число классов (с 17 до 21). Класс болезней нервной системы и органов чувств разделен на классы VI "Болезни нервной системы", VII "Болезни глаза и его придаточного аппарата" и VIII "Болезни уха и сосцевидного отростка". Вспомогательный Е-код заменен на самостоятельный класс XX "Внешние причины заболеваемости и смертности", а V-код — на класс XXI "Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения".

Выводы

- Заболеваемость выступает значимым показателем оценки здоровья населения
- Основные виды заболеваемости: общая, первичная, патологическая пораженность, заболеваемость, подлежащая к специальному учету

Социальные болезни –

«болезни человека, возникновение и распространение которых в определенной степени зависят от влияния неблагоприятных социально-экономических условий (туберкулез, венерические болезни, алкоголизм, наркомания, рахит, авитаминоз, и некоторые профессиональные болезни)».

Большая медицинская энциклопедия

Критерии выделения болезней в группу социально-значимых

- легкость и быстрота распространения и прогрессирования;
- широкая распространенность среди населения (высокие показатели патологической пораженности какой-либо нозологией);
- значительный вклад в показатели общей и повозрастной заболеваемости и смертности;
- большой удельный вес случаев заболеваний, протекающих с утратой трудоспособности (временной или стойкой);
- значительный материальный ущерб, наносимый совокупностью всех случаев данного заболевания на государственном уровне;
- возможность воздействия на возникновение и распространение данных заболеваний непосредственно через социальные факторы.

Изучение структуры причин смертности дает наиболее полное представление о состоянии здоровья населения и отражает эффективность мероприятий, проводимых органами и учреждениями здравоохранения и государства в целом по оздоровлению населения

По России и в Красноярском крае в течении ряда лет структура причин смертности населения остается стабильной:

- 1 место занимают болезни системы кровообращения;
- 2 место - несчастные случаи, травмы, отравления;
- 3 место - онкологические заболевания;
- 4 место занимают болезни органов дыхания, среди которых большая доля приходится на хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ)

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

При изучении заболеваемости населения болезнями сердца и сосудов к их числу относят:

- *ишемическую болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда и другие формы);*
- *гипертоническую болезнь;*
- *сосудистые поражения мозга (церебро-васкулярные болезни);*
- *ревматизм.*

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: заболеваемость

- Увеличивается доля болезней системы кровообращения в общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ): на их долю приходится 9% от числа всех случаев заболеваемости с ВУТ в 2002 г. в Российской Федерации (по данным Государственного доклада о состоянии здоровья населения).

- Показатель госпитализации уменьшился на 1,6%, однако доля умерших в стационаре (больничная летальность) от всех болезней системы кровообращения увеличилась по сравнению с 2001 годом на 4,4%.

- В Красноярском крае за последние 5 лет прирост общей заболеваемости составил 25,3%, первичной заболеваемости - 37,8%, в основном, за счет болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением.

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: заболеваемость

- Рост показателя общей заболеваемости ИБС за 5 лет составил 31,6%, первичная заболеваемость в 2003 г. снизилась.

- Продолжается рост заболеваемости церебро-васкулярными болезнями: за 5 лет рост общей заболеваемости составил 26,3%, первичной – 35,4%.

- Заболеваемость инфарктом миокарда, которая регистрируется в крае за последние 5-10 лет, находится на уровне 1,2-1,3 на 1000 населения и является значительно заниженной.

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
ВЫВОДЫ

- За последние 5 лет продолжался рост смертности от БСК, однако, в 2003 г. наметилась тенденция к ее снижению.
- Имеет место сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста, как в городе, так и в селе, и преобладание смертности сельских женщин по сравнению с городскими.
- В структуре смертности от БСК лидирует инсульт, по официальной статистике превышая в 4 раза смертность от инфаркта миокарда.
- Показатели заболеваемости по обращаемости по классу БСК в Красноярском крае ежегодно увеличиваются, прежде всего, по классу болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, и по классу ЦВБ вследствие проводимой работы по профилактике АГ.

Факторы риска в развитии БСК

управляемые

- *первичные или внешние*

(курение, неправильное питание, гиподинамия, психоэмоциональный стресс, злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков);

- *вторичные, или внутренние*

(диабет, высокое АД, повышенный уровень холестерина в крови, аллергия, иммунодефициты).

неуправляемые

пол, возраст, наследственная предрасположенность.

Пути решения проблемы распространенности БСК

Стратегия профилактики сердечно-сосудистых заболеваний:

- Усиление профилактической направленности в деятельности.
  служб здравоохранения (первичной профилактики).
- Обучение населения здоровому образу жизни.
- Мониторинг эпидемиологической ситуации в отношении болез ней системы кровообращения среди населения.
- Научные исследования.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ: распространенность

Злокачественные новообразования с середины XX столетия приобрели характер массового поражения населения всех промышленных стран по мнению экспертов ВОЗ вследствие следующих основных причин:

- увеличение продолжительности жизни,
- рост потребления табака,
- снижения смертности от инфекционных заболеваний.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ:
распространенность

- *В мире ежегодно заболевает ЗНО около 6 млн. человек*
- *В течение последних 5 лет в России ежегодно заболевают более 400 тыс. человек, из них более 3 тыс. детей*
- *На учете онкологической службы (2002г.) находится более 2 млн. больных, что составляет 1,5% всего населения страны*
- *для 1/3 больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО документально подтверждается факт стойкой утраты трудоспособности*
- *В 2002г. В РФ доля погибших от ЗНО составила 13,4% от всех умерших (третье место в структуре причин смерти)*

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ: распространенность

Важнейшие причины неуклонного роста заболеваемости и смертности от ЗНО в Красноярском крае:

- загрязнение внешней среды канцерогенами
- курение
- несбалансированное питание
- недостаточный уровень санитарно-просветительной работы по профилактике ЗНО и пропаганды здорового образа жизни
- низкая онкологическая настороженность специалистов звена первичной медицинской помощи

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ:

заболеваемость

Первичная заболеваемость ЗНО (на 100 тыс., 2003г.)

	Россия	Красноярский край
мужчины	321,5	280,4
женщины	309,8	273,9

Структура первичной заболеваемости ЗНО (в среднем по России, 2002г.)

	мужчины	женщины
1 место	трахея, бронхи, легкие (23,3%)	молочная железа (19,4%)
2 место	желудок (12,3%)	кожа (13,1%)
3 место	кожа (8,9%)	желудок (8,3%)
4 место	предстательная железа (6,1%)	тело матки, ободочная кишка (по 6,7%)

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ: ВЫВОДЫ

Медико-социальное значение ЗНО определяется:

- высоким удельным весом в структуре смертности населения
- высокой летальностью (включая одногодичную)
- высокими экономическими потерями за счет преждевременной смертности и инвалидизации
- длительным и дорогостоящим лечением

ТРАВМАТИЗМ

- ***Травматизм*** *- совокупность вновь возникающих травм в определенных группах населения или контингентах лиц, находящихся в одинаковой обстановке, условиях труда и быта.*

- ***Травма* (греч. Trauma)** *- внезапное одномоментное воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических, радиационных воздействий и др.) на организм человека, приводящее к нарушению структуры, анатомической целостности и физиологических функций организма.*

ТРАВМАТИЗМ

Классификация травм и отравлений

- **Транспортный** - объединяет повреждения, встречающиеся у людей, работающих или пользующихся транспортными средствами. В зависимости от вида транспорта различат автомобильный и железнодорожный травматизм, травматизм на воздушном и водном транспорте. Предлагают выделить травматизм трубопроводного транспорта.

ТРАВМАТИЗМ
Классификация травм и отравлений

- **Производственный** - совокупность повреждений, встречающихся у людей в процессе исполнения ими профессиональных обязанностей. В зависимости от вида производственной деятельности выделяют промышленный и сельскохозяйственный травматизм.

- **Уличный** - объединяет обширную группу повреждений, возникающих у людей на улице; преимущественно это механические повреждения, связанные с падением из положения стоя навзничь, падении различных предметов с высоты, конфликтными ситуациями. Иногда могут встречаться поражения физическими факторами - электротравма при обрыве линий электропередачи, ожоги и другие повреждения.

ТРАВМАТИЗМ
Классификация травм и отравлений

- **Бытовой** - очень разнообразные по своему происхождению повреждения, возникающие при проведении домашних работ, ремонте квартир, пользовании неисправными бытовыми приборами, бытовых конфликтах и прочих ситуациях.

- **Спортивный** - наблюдается у людей, занимающихся спортом, во время тренировок или спортивных состязаний.

- **Военный** - совокупность повреждений у лиц, находящихся на воинской службе. Различают военный травматизм мирного времени, т.е. травмы, возникающие во время учебных и тренировочных занятий военнослужащих, и военный травматизм военного времени, - повреждения во время боевых действий.

ТРАВМАТИЗМ:
медико-социальная значимость

- По показателю заболеваемости с временной утратой трудоспособности травматизм занимает второе место после болезней органов дыхания.
- По данным Государственного доклада о состоянии здоровья населения в РФ, в течение 2002 года зарегистрировано 12,8 млн. травм и других несчастных случаев.
- По сравнению с 2001 годом отмечено увеличение количества травм у взрослых на 11% и у детей на 2,4%.
- Травматизм занимает второе место среди причин смертности населения в целом и первое место - среди причин смертности трудоспособного населения.

Структура смертности от травм, отравлений и несчастных случаев

- **18,7%** составляют случайные отравления и воздействия ядовитыми веществами, из них **12,4% отравление алкоголем**;
- **17,2%** приходится на преднамеренные самоповреждения (самоубийства),
- **12,6%** - на повреждения в результате нападения (убийства),
- **12,2%** - на ДТП
- **5,3%** - на утопления.

Бытовой травматизм

- В структуре травматизма со смертельным исходом среди всех видов непроизводственного травматизма на долю бытовых травм приходится 45-48%.
- Смертность от бытовых травм у мужчин в 2,7 раза выше, чем у женщин.
- Наиболее часто бытовые травмы со смертельным исходом отмечаются у мужчин трудоспособного возраста, особенно от 30 до 50 лет, а у женщин - в возрасте старше 60лет.

4 основные группы бытовых травм:

- при выполнении работ,
- при передвижении,
- при нарушении правил общественного порядка,
- при прочих обстоятельствах.

Бытовой травматизм

Механизм получения бытовых травм можно представить в 7 вариантах:

- падение на плоскости,
- падение с высоты,
- удар падающего тупого предмета,
- ударение о тупой предмет,
- воздействие колющих и режущих предметов и химических веществ,
- падение человека между предметами, сопровождающееся сдавлением,
- действия животных.

Бытовой травматизм

Пять групп бытовых травм (в зависимости от степени тяжести):

- без временной утраты трудоспособности,
- с временной утратой трудоспособности, не требующие госпитализации,
- с временной утратой трудоспособности, требующие стационарного лечения,
- вызвавшие инвалидность,
- сопровождающиеся смертельным исходом.

Транспортный травматизм: медико-социальное значение

- Ущерб от ДТП в отдельных странах достигает 2-10% их ВВП.
- Около 40% умерших в России от травм погибают в результате ДТП.
- Треть всех умирающих в возрасте 15-25 лет погибают в ДТП.
- Около 30% пострадавших погибают на догоспитальном этапе, 25% пострадавших нуждаются в стационарном лечении.

Основные причины высокого уровня ДТТ

- алкогольное опьянение водителей,
- недостаточная эффективность действующей системы надзора за движением, за соблюдением правил дорожного движения.

Мероприятия, направленные на повышение безопасности дорожного движения

- улучшение дорожной сети;
- ограничения скорости;
- ремни и подушки безопасности;
- профилактика и выявление пьянства за рулем;
- техосмотры;
- ужесточение законодательных актов;
- работа с водителями (вождение есть привилегия, а не право, и этого преимущества может быть лишен, когда право пользования создает угрозу для других людей).

Детский травматизм

Детский травматизм остается одной из основных причин гибели детей, тяжелой их инвалидизации.

Структура детского травматизма:

- бытовой (39,3%)
- уличный (34,8%)
- школьный (15,9%)
- спортивный (5,6%)
- транспортный (1,2%)

Возрастные отличия причин детского травматизма:

- **5- 6 месяцев** - в рот тянут все, что могут удержать в руках;
- **1 год** - падение с кроватей, диванов, стульев;
- **1-3 года** - падение с высоты (подоконники, лестница) и ожоги, инородные тела в носу;
- **4-10 лет** - ожоги, падения в ямы, люки, со строительных лесов, драки и ДТП;

Производственный травматизм

- **Производственная травма** - это травма, полученная работающим на производстве и вызванная внезапным воздействием опасного производственного фактора при выполнении им производственных обязанностей или задания руководителя работ.

Производственный травматизм: основные причины

Технические причины, *которые можно охарактеризовать как причины, не зависящие от уровня организации труда на предприятии, а именно:*

- несовершенство технологических процессов;
- конструктивные недостатки оборудования, приспособлений, инструментов;
- недостаточная механизация тяжелых работ;
- несовершенство ограждений, предохранительных устройств, средств сигнализации и блокировок;
- прочностные дефекты материалов и т.п.

Травматизм: основные направления профилактики

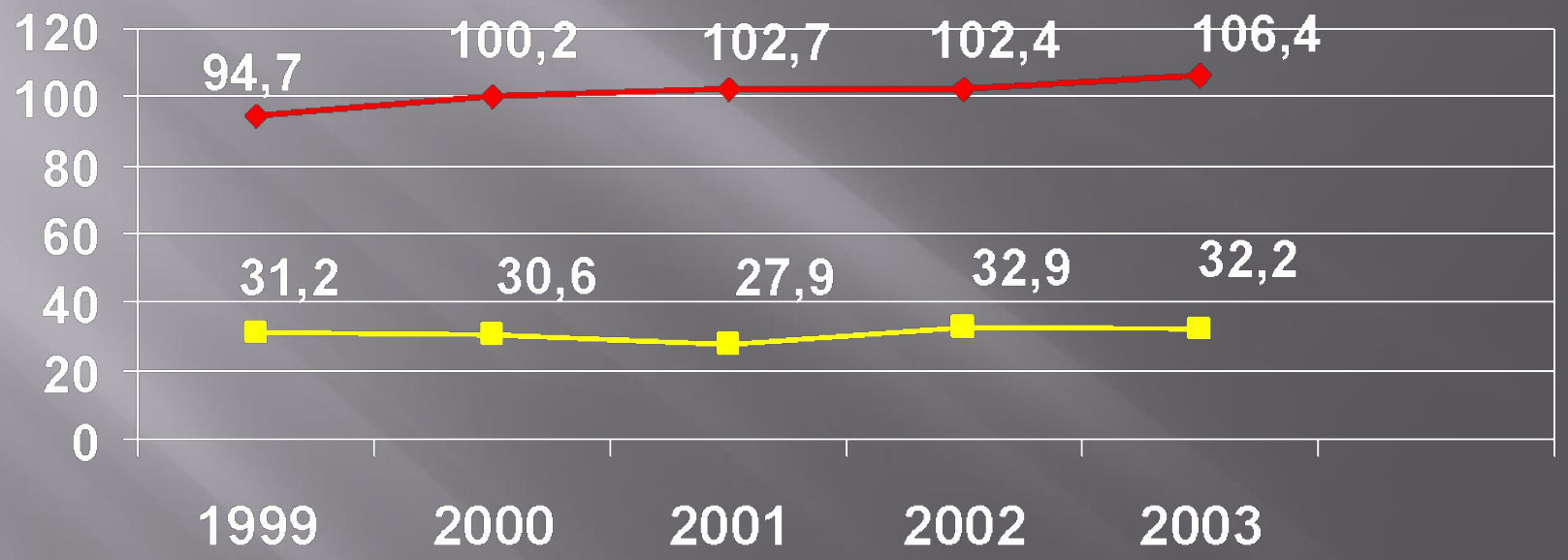
- политика государства в области здравоохранения;
- совершенствование медико-санитарного законодательства, системы организации медицинской помощи в стране, включая первичную медико-санитарную помощь,
- усиление профилактической работы по безопасности в быту и на производстве, мониторинг основных показателей;
- улучшение социально-экономического положения в регионах;
- повышение уровня финансирования здравоохранения.

ТУБЕРКУЛЕЗ:

особенности заболеваемости в современных условиях

- В 2001-2002 гг. впервые за 10 лет в России наметилась тенденция к улучшению эпидситуации (по данным Государственного доклада о состоянии здоровья населения в РФ).
- Показатель заболеваемости населения туберкулезом снизился в 50 административных территориях.
- Впервые за последние 13 лет снизился показатель заболеваемости детей
- Темпы снижения показателя заболеваемости туберкулезом подследственных и заключенных в 2002г. составили 14,2%
- Среди взрослого населения максимальный показатель заболеваемости туберкулезом зарегистрирован в возрастной группе 25-34 года

ТУБЕРКУЛЕЗ
Динамика первичной заболеваемости и смертности от туберкулеза в Красноярском крае за 1999-2003гг.



заболеваемость активными формами на 100 тыс. населения

смертность на 1000 населения

Причины низкой эффективности лечения впервые выявленных больных

- Рост числа лекарственно устойчивых форм туберкулеза,
- недобросовестное отношение к лечению больных (40% выписаны за нарушение режима),
- высокий процент запущенных форм туберкулеза, требующих длительного лечения,
- отсутствие в большинстве районов края бактериологических лабораторий.

Основные направления мероприятий, направленных на снижение распространенности туберкулезной инфекции

- Разработка адекватных программ борьбы с туберкулезом на региональном уровне с соответствующим финансированием.
- Совершенствование системы централизованного управления противотуберкулезными мероприятиями на уровне головных противотуберкулезных учреждений.
- Улучшение диспансерного наблюдения состоящих на учете больных туберкулезом.
- Совершенствование системы активного выявления больных туберкулезом с концентрацией внимания на группах риска.
- Повышение эффективности лечения больных туберкулезом с использованием интенсивной терапии.
- Обеспечение необходимым количеством и ассортиментом противотуберкулезных препаратов.
- Определение оптимальных методов диспансерного наблюдения больных туберкулезом и совершенствование нормативно-правовой базы Минздрава России по совершенствованию противотуберкулезной помощи населению.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: распространенность

- В 2002 году было зарегистрировано около 1000 больных ИППП, что составляет 651,4 случая на 100 тыс. населения.
- Высока заболеваемость ИППП среди подростков – в 2002 году было зарегистрировано 45 тысяч больных в возрасте до 17 лет.
- За последние 5 лет при стабилизации эпидситуаци в целом в некоторых территориях отмечается рост заболеваемости
- Увеличивается частота врожденного сифилиса и скрытых форм, которые требуют массового обследования.

СИФИЛИС

Уровень заболеваемости сифилисом (2003г.)

- В среднем по России - 118,8 на 100 тыс. населения.
- В Красноярском крае - 106,0 на 100 тыс. населения;
- отмечен рост и наиболее высокий уровень заболеваемости сифилисом в следующих районах (показатель на 100 тыс. населения):
- Б_Улуйском – 299,4
- Иланском – 165,3
- Уярском – 162,1
- Канском – 158,1
- Тюхтетском – 157,2
- Ужурском – 148,1
- Кежемском – 143,1
- г. Норильске – 201,0
- ТАО – 307,5
- ЭАО – 283,0

Основные тенденции заболеваемости сифилисом

- *Увеличение заболеваемости детей сифилисом* (в среднем по России в 2002 году показатель составил 7,2 на 100 тыс. населения), что вязано с ростом числа заболевших врожденным сифилисом.
-
- *В РФ* наблюдается *тенденция к росту удельного веса беременных среди женщин, больных сифилисом* (с 8,8% в 2001г. до 12,3% в 2002г.).
- *Увеличение числа больных нейросифилисом.*
- *Стойкая тенденция к росту вторичного рецидивного сифилиса.*

Причины распространения заболеваемости сифилисом

- Несвоевременное и неполное расследование очагов инфекции
- Обследование контактов в поздние сроки
- Как следствие формирование новых случаев заболеваний

Пути выявления сифилиса

- Наибольшее количество больных сифилисом выявлено "среди контактов" — 25,7%
- На приеме у врачей акушеров-гинекологов — 12,3%
- В стационарах — 9%,
- При профилактических осмотрах — 19,7%
- В кабинетах анонимного обследования 9,4—9,8% или в среднем
  около 10% от общего числа заболевших

Проблема распространения ВИЧ-инфекции

- В 2002 г. количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицированных достигло 210763 (показатель заболеваемости составил 182,8 на 100 тысяч населения). Реальное же количество ВИЧ-инфицированных по оценкам Федерального центра по борьбе со СПИДом, в 3-7 раз больше.
- Способствует распространению ВИЧ-инфекции рост употребления инъекционных наркотиков (среди подростков уровень заболеваемости наркоманией на 70% выше, чем у всего населения).
- Проблема ВИЧ-инфекции актуальна не только для категорий населения, традиционно считающихся группами риска.

Проблема ВИЧ-инфекции актуальна не только для категорий населения, традиционно считающихся группами риска

Стереотип поведения наркомана в случае предположительного обнаружения у него ВИЧ-инфекции (по результатам социологического опроса):

- **14% скроют от всех свое заболевание;**
- **63% не будут использовать презервативы;**
- **29% не сообщит о наличии у них инфекции своим половым партнерам;**
- **57% не уменьшат число своих половых партнеров;**
- **59% не откажутся от наркотиков внутривенно.**

При этом 56% опрошенных занимаются сексом с людьми, не употребляющими наркотики, а 35% используют общий шприц.

Среди ВИЧ-инфицированных

- 86,0% среди вновь выявленных зараженных люди 15 - 30-летнего возраста,
- 36% не имеют постоянного места работы,
- 20% инфицированных находится в местах лишения свободы,
- 10% - учащиеся средних и высших учебных заведений

Основной причиной заражения остается внутривенное потребление наркотиков, однако растет доля лиц, заразившихся при сексуальных контактах - 38,0% в 2003 году против 24,0% в 2002 году.

Мероприятия по снижению распространения ВИЧ-инфекции

Целевая программа "Предупреждение распространения и борьба с заболеваниями социального характера" на 2005 – 2007 годы предполагает:

- **проведение информационно-просветительских мероприятий по предупреждению дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции среди населения - "Твой выбор - твой успех";**
- **обследование эпидемически значимых контингентов риска населения в диагностических лабораториях учреждениях здравоохранения;**
- **приобретение тест-систем, одноразовых систем забора крови и медицинского инструментария для подтверждения результатов первичных исследований на ВИЧ-инфекцию в государственном учреждении здравоохранения "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями";**
- **предупреждение распространения ВИЧ-инфекции при беременности, в родах и новорожденным в учреждениях здравоохранения (дополнительно к предусмотренному Программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи);**
- **приобретение наборов лекарственных препаратов с целью проведения профилактики профессионального инфицирования в учреждениях здравоохранения (дополнительно предусмотренному Программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи).**

Мероприятия по снижению заболеваемости населения ИППП

- Повышение скорости и эффективности выздоровления (эффективная диагностика и лечение).
- Снижение вероятности распространения инфекции (использование средств предохранения).
- Изменение сексуального поведения (просвещение, пропаганда менее опасных видов поведения).

Выводы по снижению заболеваемости населения социально-значимыми болезнями

- Улучшение социального благополучия страны, всего населения, отдельных граждан.
- Экономическая стабильность государства, повышение материального благосостояния граждан.
- Укрепление материально-технической базы здравоохранения и усиление его социально-профилактического направления.
- Санитарно-просветительская работа, повышение культурного уровня населения, пропаганда здорового образа жизни.
- Снижение числа стрессогенных факторов.

Спасибо за внимание!