

# **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 имеющих 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 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.

**практически 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. наименований).

**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 E-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 болезней 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

- 1 место трахея, бронхи, легкие (23,3%)  
(19,4%)
- 2 место желудок (12,3%)
- 3 место кожа (8,9%)
- 4 место предстательная железа (6,1%)

##### женщины

- 1 место молочная железа
- 2 место кожа (13,1%)
- 3 место желудок (8,3%)
- 4 место 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 различают 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 непромышленного 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 60 лет.

## 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 сдавливанием,
- ▣ 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.

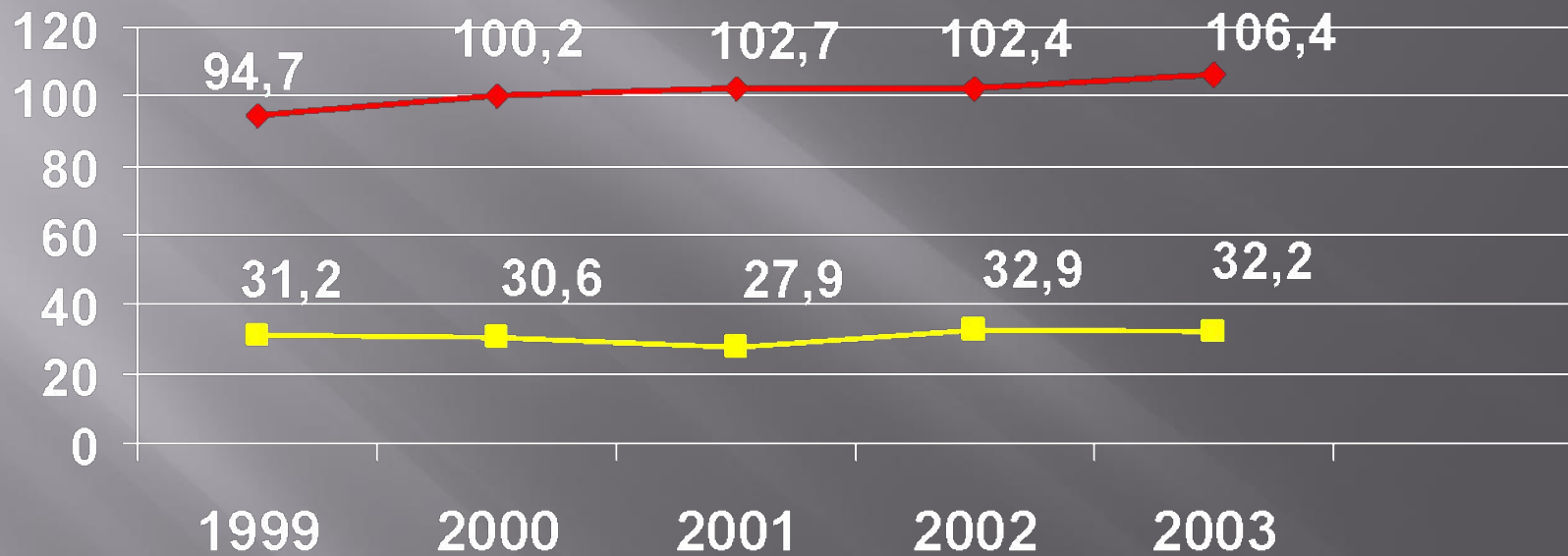
# ТУБЕРКУЛЕЗ:

## 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 эпидситуации 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 связано 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 учреждений 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!**