

# «Общественное здоровье и факторы его определяющие»

## Лекция №1.

**Тема: Здоровье населения и методы его изучения. Показатели здоровья.**

### **План:**

1. Здоровье и болезнь – определение, качество жизни связанное со здоровьем.
2. Общественное и индивидуальное здоровье
3. Показатели здоровья и его анализ

### **I Здоровье и болезнь – определение, качество жизни связанное со здоровьем**

**Здоровье** состояние полного социального, физического, духовного благополучия, а не только отсутствие болезни.

**Общественное здоровье** - важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни людей.

**Качество жизни, связанное со здоровьем** - комплексная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанная на его субъективном восприятии.

**Болезнь** - стеснение свободы человеческой жизни во всех её проявлениях: общественных отношениях, социальных контактах, психологической дезадаптации и дезинтеграции личности.

### **Уровни здоровья: групповой, региональный, популяционный.**

#### **Группы показателей оценки общественного здоровья:**

- 1) показатели медико-демографических процессов, характеризующих рождаемость, смертность, миграцию;
- 2) показатели заболеваемости населения по обращаемости, скринингу, смертности;
- 3) показатели инвалидности населения;
- 4) показатели физического здоровья населения;
- 5) показатели ценностного отношения населения к здоровью.

**Индивидуальное здоровье** оценивается по персональному самочувствию, физическому состоянию, трудоспособности, наличию и отсутствию заболеваний. Для оценки индивидуального здоровья используется ряд весьма условных показателей (Лисицын Ю.П.):

**Потенциал здоровья** – это совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Адекватность реакции определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной, иммунной и т.п.) и механизмом психической саморегуляции (психологическая защита).

**Баланс здоровья** – выраженное состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

**Ресурсы здоровья** – это морально-функциональные и психологические возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону. Повышение ресурсов здоровья обеспечивается всеми мерами здорового образа жизни (питание, физические нагрузки и т.п.).

Для оценки состояния здоровья на втором и третьем уровнях (группового здоровья и здоровья населения) принято использовать следующие индикаторы:

- 1) Медико-демографические показатели.
- 2) Показатели заболеваемости.
- 3) Показатели инвалидности.
- 4) Показатели физического развития.

Группы здоровья:

1-я группа (здоровые) — это лица, которые не имеют жалоб, хронических заболеваний в анамнезе, функциональных отклонений и органических изменений;

2-я группа (практически здоровые) — лица, у которых имеются хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, функциональные изменения в органах и системах, не влияющие на их деятельность и трудоспособность;

3-я группа — больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации.

## **II Общественное и индивидуальное здоровье**

**Общественное здоровье** — это здоровье населения в целом, обусловленное воздействием социальных и биологических факторов. Оно оценивается определенными показателями: основными (демографическими, показателями заболеваемости, физического развития), дополнительными медико-демографическими и социологическими.

**Демографические показатели** (рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни) дают косвенную характеристику здоровья населения, сильно зависят от социально-экономических факторов и характера государственной демографической политики — стимулирования или, напротив, ограничения рождаемости.

**Показатели заболеваемости** — число заболеваний, зарегистрированных в регионе, на 100, 1 000, 10 000 или 100 000 населения — дают прямую характеристику нездоровья населения. Они зависят от социально-экономических условий, а также от активности проведения профилактических мероприятий.

**Показатели физического** развития дают прямую характеристику здоровья населения. Для такой характеристики используются антропометрические показатели (средний рост, средний вес), показатели функционального состояния — соматометрические (например, жизненная емкость легких) и соматоскопические (развитие подкожно-жировой клетчатки, вторичных половых признаков).

В группу дополнительных медико-демографических показателей входят указанные показатели, отнесенные к отдельным контингентам населения — возрастным, половым, профессиональным группам.

К социологическим относятся показатели: здорового образа жизни (количество населения, в процентах, ведущего здоровый образ жизни), субъективного благополучия, повседневной активности, продолжительности жизни (при физической активности), социальной адаптации (к семейной жизни, родительским обязанностям, материальной независимости).

Общественное здоровье складывается из здоровья каждого члена общества, индивидуального здоровья. Наиболее важное практическое значение из всего множества известных из литературы имеют два определения здоровья.

### **III Показатели здоровья и их анализ**

Анализ состояния здоровья населения или отдельных его групп должен стать обязательным в деятельности медицинской сестры с высшим образованием. Основными элементами комплексного анализа являются:

- 1) сбор информации о состоянии здоровья;
- 2) обработка и анализ информации о состоянии здоровья;
- 3) выдвижение гипотезы о связи факторов среды с состоянием здоровья;
- 4) направленное изучение факторов среды и углубленное изучение характеристик здоровья;
- 5) выявление количественных зависимостей между факторами среды и характеристиками здоровья;
- 6) принятие решения по оздоровлению окружающей среды для первичной профилактики заболеваний;
- 7) реализация принятых решений;
- 8) проверка эффективности принятых решений.

**Социальные факторы здоровья.** Одной из важнейших задач общественного здравоохранения является выявление характера комплексного влияния факторов окружающей среды (природной и социальной) на здоровье населения, поиск закономерностей и тенденций формирования здоровья населения с учетом социально-экономических условий.

Формирование общественного здоровья обусловлено комплексным воздействием факторов, которые можно объединить в следующие основные группы:

- **политические** (государственная социальная политика, политика в области здравоохранения, государственное регулирование системы здравоохранения, правовые акты в области здравоохранения и др.);
- **социально-экономические** (ВВП на душу населения, финансирование системы здравоохранения, условия труда и быта, питание, организация системы здравоохранения, образ жизни и др.);
- **природно-климатические, экологические** (состояние и загрязнение окружающей среды);

- **биологические** (пол, возраст, наследственность, национальная принадлежность, конституция, тип нервной системы и др.).

В XX веке признали социальную обусловленность здоровья, что закреплено Уставом Всемирной организации здравоохранения. Этим определением здоровья преодолена ограниченность подходов, противопоставляющих социальный и биологический компоненты организации человека.

Соотношение социальных и биологических факторов в отношении различных заболеваний является неодинаковым, но все же ведущая роль отводится социальному компоненту: условиям и факторам.

**Социальные условия** – это форма проявлений производственных отношений, способ общественного производства, социально-экономический строй и политическая структура общества.

**Социальные факторы** – это проявление социальных условий для конкретного человека: условия труда и отдыха, жилье, питание, образование, воспитание и т. д.

Среди наиболее значительных достижений общественного здравоохранения прежде всего следует отметить медико-социальные и эпидемиологические исследования, по результатам которых установлены группы факторов (факторов риска) и их вклад в состояние здоровья населения:

- **условия и образ жизни** – 49-53%, в среднем 50% всего влияния (курение, злоупотребление алкоголем, несбалансированное питание, стрессовые ситуации (дистрессы), вредные условия труда, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, употребление наркотиков, злоупотребление лекарствами, непрочность семей, одиночество, низкий культурный и образовательный уровень, урбанизация и пр.);

- **генетические факторы** – 18-22%, в среднем 20% (предрасположенность к наследственным болезням

- **окружающая среда** – 17-20%, в среднем 20% (климат, загрязнение вредными веществами воздуха, воды, почвы; повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и др. излучения);

- **здравоохранение** – 8-10%, в среднем 10% (неэффективность профилактических мероприятий, низкое качество медицинской помощи, несвоевременность медицинской помощи).

### **Контрольные вопросы:**

1. Здоровье и болезнь – определение.
2. Общественное здоровье – определение.
3. Показатели общественного здоровья.
4. Показатели индивидуального здоровья.
5. Элементы комплексного анализа здоровья отдельных групп населения.
6. Социальные факторы здоровья и их характеристика.

## **Литература:**

### **Основная:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник/Медик В.А., Юрьев В.К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 420 с.
2. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство [Электронный ресурс]. - 2014. – 624.

### **Дополнительная:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: практикум [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицин, А. В. Прохорова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428696.html>
2. Двойников С.И. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс]: учеб. пособие/С.И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

## **Лекция №2.**

**Тема: Заболеваемость населения и методы ее статистического изучения.**

### **План:**

1. Заболеваемость как медико-социальная проблема. Определение понятия.
2. Виды и источники изучения заболеваемости.

### **I Заболеваемость как медико-социальная проблема. Определение понятия. Методы изучения.**

**Заболеваемость** – это показатель, характеризующий уровень (распространенность), частоты, структуры и динамики зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.), служащий одним из критериев оценки качества и эффективности работы медицинских работников, медицинской организации, органа здравоохранения. Это важнейший индикатор общественного здоровья!

**Заболеваемость** является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения. Она характеризует совокупность случаев заболеваний среди населения в целом или отдельных его групп (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и т.д.) за определенный отрезок времени.

Понятие «заболеваемость» шире, чем понятие «болезнь». Заболеваемость изучается с целью:

- оценки состояния здоровья населения и разработки мероприятий по его улучшению;
- оперативного управления лечебно-профилактическим делом;
- для обеспечения населения врачебными кадрами;

- в целях финансирования ЛПУ, планирования, развития сети учреждений здравоохранения;
- в целях улучшения показателей здоровья населения;
- при разработке территориальных программ оказания медицинской помощи населению.

**Заболеваемость** — один из показателей здоровья населения.

Изучение заболеваемости проводится по общепринятой схеме статистических исследований и строгой последовательности этапов.

#### **Этапы:**

1. сбор информации
2. группировка и сводка материалов их шифровка
3. счетная обработка
4. анализ материалов и их оформление (выводы рекомендации).

При изучении заболеваемости в связи с состоянием окружающей среды необходимо направленное изучение факторов среды и углубленный анализ заболеваемости.

## **II Виды и источники изучения заболеваемости**

### **Классификация видов заболеваемости.**

1. По данным обращаемости:
  - а) общая заболеваемость;
  - б) инфекционная заболеваемость;
  - в) госпитальная заболеваемость;
  - г) заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
  - д) важнейшие неэпидемические заболевания (туберкулез, сифилис, болезни передающиеся половым путем и др.).
2. По данным медицинских осмотров и диспансерного наблюдения:  
дети, призывники, работающие подростки и другие декретированные атегории населения.

3. По данным о причинах смерти.

4. По данным изучения причин инвалидности.

Из них два вида подлежат общему сплошному текущему учету, включая данные о причинах смерти и данные профилактических медицинских осмотров, а три вида подлежат дополнительной специальной регистрации и статистическому учету, вследствие их особой медико-социальной значимости и сигнально-оперативного значения для организации профилактических мероприятий.

**Отдельно может изучаться показатель выявляемости – число случаев заболеваний на 1000 осмотренных** по данным профилактических осмотров и диспансерного наблюдения, а также по данным о причинах смерти.

### **Источники информации о заболеваемости:**

- первичная учетная медицинская документация;
- учетная документация в сфере обязательного медицинского страхования;
- периодические и годовые формы федерального государственного статистического наблюдения;

- выборочные обследования.

### Методы изучения, источники информации и основные показатели заболеваемости

№	Методы изучения, виды заболеваемости	Основные источники информации	Основные показатели
1	По данным обращений с медицинской помощью		
1.1	Общая заболеваемость	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов Талон амбулаторного пациента	Общая заболеваемость (распространенность заболеваний) Первичная заболеваемость Структура общей и первичной заболеваемости
1.2	Инфекционная	Экстренное сообщение	Уровень и структура инфекционной заболеваемости
1.3	Неэпидемическая	Сообщение о важных неэпидемических заболеваниях	Уровень и структура неэпидемической заболеваемости
1.4	Госпитализированных больных	Статистическая карта пациента, который выыл со стационару	Уровень и структура заболеваемости госпитализированных больных
1.5	С временной потерей работоспособности	Листок неработоспособности	Число случаев временной неработоспособности (ТН) на 100 работающих Число календарных дней ТН на 100 работающих Средняя длительность одного случая ТН
2	По данными медицинских осмотров (целевых, предыдущих, периодических)	Список лиц, которые подлежат медицинским осмотрам	
3	По данным о причинах смерти	Врачебное свидетельство о смерти Врачебное свидетельство о перинатальной смерти Фельдшерская справка о смерти	Показатели уровня и структуры заболеваемости, которые привели к смерти

Единые формы статистической отчетности утверждаются Росстатом и позволяют обобщать в государственном масштабе статистический материал по здравоохранению, а также результаты по субъектам РФ, городам и районам. Так, в форме № 1-здрав содержатся сведения о деятельности различного вида амбулаторно-поликлинических организаций, коечном фонде, медицинских кадрах, хирургической работе, числе зарегистрированных заболеваний, в том числе среди детей. В форме № 12 представлены сведения о заболеваниях по возрастным группам населения, а также число обращений, связанных с факторами, влияющими на состояние здоровья населения. В форме № 13 отражаются сведения о числе прерванных беременностей по типам и возрастам женщин. В формах № 30 и № 47 отражаются сведения о типах больничных учреждений, об отделениях медицинских учреждений, о содержащемся в них коечном фонде, кадрах, поступивших больных, об оказании высокотехнологичной помощи, отделениях для инвалидов и др.

### **Контрольные вопросы:**

1. Заболеваемость – определение.
2. Основные показатели здоровья.
3. Источники информации о заболеваемости населения.
4. Виды заболеваемости.
5. Показатели заболеваемости.
6. Методы изучения заболеваемости.

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник/Медик В.А., Юрьев В.К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 420 с.
2. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство [Электронный ресурс]. - 2014. – 624.

#### **Дополнительная:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: практикум [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицин, А. В. Прохорова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428696.html>
2. Двойников С.И. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс]: учеб. пособие/С.И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

### **Лекция №3.**

**Тема: Медицинская демография. Медико-санитарные аспекты демографических процессов.**

#### **План:**

1. Медицинская демография, определение, методы изучения.
2. Методика изучения численности населения и его состава.
3. Демографическая статистика – статистика и динамика населения.

#### **I Медицинская демография, определение, методы изучения.**

Одним из индикаторов для оценки уровня здоровья населения являются демографические показатели. Слово «демография» происходит от греческих слов *demos*–народ и *grapho*–писать, изображать.

Таким образом, демография –наука о народонаселении, которая изучает законы воспроизводства населения в его общественно-исторической обусловленности, состав и расселение его.

Медицинская демография ставит своей целью изучение взаимосвязи воспроизводства населения с социально-гигиеническими факторами (в т.ч. медико-организационными факторами) и разработку на той основе медико-социальных мер, направленных на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшения

здоровья населения.

Основной метод медицинской демографии – статистический.

### **Современные тенденции медико-демографических процессов**

1. Увеличение городского населения (урбанизация).
2. Старение населения.
3. Тенденции к увеличению уровня рождаемости.
4. Сдвиг повозрастных показателей рождаемости в более молодые возраста.
5. Стабилизация уровня смертности и тенденция его снижения.
6. Увеличение средней продолжительности предстоящей жизни при рождении.
7. Замедление темпа убыли населения.

### **II Методика изучения численности населения и его состава**

**Под населением** - понимается совокупность людей, объединенных общностью проживания в пределах той или иной страны или части ее территории, а так же группы стран мира, всего мира. Исходя из соотношения возрастных групп населения, различают **3 типа населения**:

**1. Прогрессивный** – доля лиц в возрасте до 14 лет, превышает долю лиц старше 50 лет.

**2. Стационарный** – доли лиц в указанных возрастных группах имеют равное значение.

**3. Регрессивный** – доля лиц старше 50 лет больше чем долю лиц младше 14 лет.

### **Направления статистического изучения народонаселения:**

- Статика населения
- Семейное состояние
- Динамика населения

**Статика населения** – численный состав населения на определенный (критический) момент времени.

Состав населения изучается по ряду основных признаков:

- пол,
- возраст,
- социальные группы,
- профессия,
- занятие,
- семейное положение,
- национальность,
- язык,
- культурный уровень,
- грамотность,
- образование,
- место жительства,
- географическое размещение,
- плотность населения.

Возрастная структура населения планеты:

- 28 % составляют дети;
- 18 % – молодежь;
- 44% – лица основного трудоспособного возраста;
- 10 % – пожилые люди.

В развитых государствах состав населения значительно отличается от средних мировых показателей. В них пожилые люди составляют 21 %, а дети – 17 %.

Плотность населения – количество населения, приходящееся на 1 км<sup>2</sup> территории.

#### **Размещение населения.**

За последние 60 лет городское население возросло более чем в 5 раз. Высший уровень урбанизации достигнут в Великобритании (80%), США (74%), Японии (74 %), в Бразилии – 68 %. То есть в мире существует проблема урбанизации. Урбан в переводе означает город. Процентная доля городского населения возрастает за счет миграции населения в город и переименования сельских населенных пунктов в го-род. Возникают сверхгорода.

#### **Состав населения.**

Социальная структура населения, т.е. доля рабо-чих, крестьян и служащих также постоянно меняется.

#### **Грамотность и образование.**

В настоящее время каждый 4-й, занятый в народном хозяйстве, имеет высшее или среднее специальное образова-ние.

#### **Половой состав.**

Половая структура населения определяется про-порцией мальчиков и девочек при рождении; направленностью миграци-онных процессов; долей смертности; влиянием войн и другими причина-ми.

#### **Возрастной состав.**

Классификация человеческой жизни по возрасту принята Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ):

1. Детство – до 15 лет.
2. Юношество – 16-30 лет.
3. Молодость – 31-45 лет.
4. Зрелость– 46-60 лет.
5. Пожилые – 61-75 лет.
6. Старики – 76-90 лет.
7. Долгожители – 91 и старше.

#### **Национальность.**

На территории любого государства проживают, как правило, не только лица коренной национальности, но и национальные меньшинства. Поэтому народ той или иной страны называется по имени ведущей нации.

#### **Язык.**

Определение данного признака важно для установления государственного языка.

## **II Демографическая статистика – статистика и динамика населения.**

### **Демографическая статистика изучает:**

1. Статику населения, то есть численный состав населения на какой-либо определенный момент времени. Состав населения изучается по ряду основных признаков: пол, возраст, социальные группы, профессия и занятие, семейное положение, национальность, язык, культурный уровень, грамотность, образование, место жительства, географическое размещение и плотность населения.

2. Динамику населения, то есть движение и изменение количества населения.

**Различают два вида движения:**

а) **механическое движение** – под влиянием миграционных процессов;

б) **естественное движение** – определяемое рождаемостью и смертностью.

**Механическое движение населения** происходит в результате миграционных процессов, т.е. перемещения людей, связанного, как правило, со сменой места жительства.

**Виды миграции:**

– безвозвратная, т.е. с постоянной сменой постоянного места жительства;

– временная – переселение на достаточно длительный, но ограниченный срок;

– сезонная – перемещение в определенные периоды года;

– маятниковая – регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего населенного пункта.

Кроме того, различают внешнюю миграцию, т.е. миграцию за пределы своей страны, и внутреннюю – перемещение внутри страны.

К внешней миграции относится эмиграция – выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок, и иммиграция – въезд граждан из другой страны в данную.

Урбанизация – это процесс повышения роли городов в развитии общества. Для урбанизации характерны приток в города сельского населения и возрастающее маятниковое движение населения из сел окружения и ближайших мелких городов в крупные города (на работу и др.).

**Для оценки миграционных процессов рассчитывается ряд показателей:**

- Число прибывших на 1000 населения.
- Число выбывших на 1000 населения.
- Миграционный прирост.
- Коэффициент эффективности миграции.

**Основными показателями естественного движения населения** являются общие показатели: рождаемость, смертность, естественный прирост населения, средняя продолжительность предстоящей жизни.

Кроме того, основные показатели естественного движения дополняются уточняющими (специальными) показателями: плодовитость, материнская смертность, младенческая смертность, перинатальная смертность, структура смертности по причинам, смертность по полу и возрасту и др.

**Рождаемость.**

Расчет показателей проводится на основании учета числа родившихся и умерших по первичным учетным документам. Регистрация ребенка в органах ЗАГСа проводится на основании «Медицинского свидетельства о рождении» – ф.№103/у-98. Медицинское свидетельство о рождении выдается при выписке матери из стационара всеми учреждениями здравоохранения, в которых произошли роды. В случае родов на дому «Медицинское

свидетельство о рождении» выдает то учреждение, медицинский работник которого принимал роды.

В медицинских учреждениях, где работает не менее 2-х врачей, «Медицинское свидетельство о рождении» составляется обязательно врачом. В сельской местности в учреждениях здравоохранения, в которой нет врачей, оно может быть выдано акушеркой или фельдшером, принимавшим роды. Запись о выдаче «Медицинского свидетельства о рождении» суказанием его номера и даты выдачи должна быть сделана в «Истории развития новорожденного» (ф.№097/у), в случае мертворождения – в «Истории родов» (ф.№096/у).

**Оценка уровня рождаемости. Общий коэффициент рождаемости в промилле.**

До 10	Очень низкий
10-14.9	Низкий
15 - 19.9	Ниже среднего
20 - 24.9	Средний
25 - 29.9	Выше среднего
30 - 39.9	Высокий
40 и более	Очень высокий

**На уровень рождаемости влияют такие факторы как:**

- возрастно-половой состав населения; - интенсивность миграционных процессов;
- численность женщин фертильного возраста;
- уровень образования, культуры населения;
- национальные обычаи и традиции;
- социально-психологические факторы;
- тенденция в брачно-семейных отношениях.

**Источником информации о причинах смерти** в России является «Медицинское свидетельство о смерти» (ф.106/у-98), которое выдается врачом и фельдшером. Регистрация ребенка проводится в ЗАГСе в месячный срок, регистрация случая смерти также в ЗАГСе в 3-х-дневный срок.

Все умершие от за год –100%,

Умершие от I класса болезней – х1%

Умершие от II класса болезней – х2%

Умершие от N класса болезней –хn%

Для изучения причин смерти населения заболевание, указанное в медицинском свидетельстве о смерти как основная причина смерти, должно быть зашифровано 3-х значным кодом в соответствии с МКБ-10.6.

Кроме того, в практическом здравоохранении широко используется показатель летальности (умершие от определенных заболеваний или умершие среди заболевших), который следует отличать от показателя смертности.

**Материнская смертность.**

Материнская смертность относится к демографическим показателям, уточняющим общий коэффициент смертности. Всемирной организацией здравоохранения «материнская смертность определяется как обусловленная

беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, смертность женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины».

### **Случаи материнской смертности подразделяются на две группы:**

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной, акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

Показатель позволяет оценить все потери беременных (от аборт, внематочной беременности, от акушерской и экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), рожениц, родильниц в течение 42 дней после окончания беременности. Показатель следует рассчитывать на уровне города, области, края, республики. В учреждении, где произошла смерть, следует проводить детальный анализ каждого случая смерти с позиции ее предотвратимости.

### **Детская смертность.**

В статистике детской смертности принято выделять ряд показателей:

**1. Младенческая смертность** – смертность детей на первом году жизни, которая включает:

а) раннюю неонатальную смертность (смертность в первые 7 дней жизни (168 часов);

б) позднюю неонатальную смертность (смертность на 2,3, 4 неделях жизни);

в) неонатальную смертность (смертность в первые 4 недели жизни);

г) постнеонатальную смертность (смертность с 29 дня жизни и до 1 года);

**2. Смертность детей в возрасте до 5 лет;**

**3. Смертность детей в возрасте от 1 года до 15 лет.**

### **Младенческая смертность.**

Младенческая смертность – это смертность детей от рождения до 1 года жизни.

Статистическая информация о детской смертности основана на текущей регистрации случаев смерти в ЗАГСх. Основными документами об этом являются: «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. No106/у-98) и «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. No106-2/у-98). Суммарным, общим показателем младенческой смертности, является общий годовой.

Однако среди детей, умерших в течение года в возрасте до 1 года, есть родившиеся как в прошлом календарном году, так и в данном, и

соотносить умерших только с родившимися в данном календарном году теоретически неверно. Было рассчитано, что среди детей, умерших в возрасте до 1 года в данном календарном году, приблизительно 1/3 родилась в предыдущем году.

### **Перинатальная смертность (мертворождаемости смертность на 1-ой неделе жизни ребенка).**

Перинатальный период включает в себя три периода:

- антенатальный (с 28 недель беременности до родов);
- интранатальный (период родов);-постнатальный (первые 7 дней жизни).

По терминологии постнатальный период соответствует раннему неонатальному периоду.Каждому периоду соответствует свой показатель смертности.

### **Контрольные вопросы:**

1. Медицинская демография как наука и ее значение для организации здравоохранения.
2. Основные демографические показатели.
3. Медицинская демография, статика.
4. Медицинская демография, динамика.
5. Влияние миграционных процессов на здоровье населения.
6. Особенности демографических процессов на современном этапе.
7. Младенческая и материнская смертность.

### **Литература:**

#### **Основная:**

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]:учебник/Медик В.А., Юрьев В.К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 420 с.
4. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство [Электронный ресурс]. - 2014. – 624.

#### **Дополнительная:**

3. Общественное здоровье и здравоохранение: практикум [Электронный ресурс]:учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицин, А. В. Прохорова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428696.html>
4. Двойников С.И. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс]: учеб. пособие/С.И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

## Лекция №4

**Тема: Профилактика как одно из приоритетных направлений охраны здоровья населения.**

### **План:**

1. Виды медицинской профилактики.
2. Профилактика социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
3. Профилактика в профессиональной деятельности медицинской сестры с высшим образованием.
4. Диспансеризация, показатели и ее значение.
5. Профилактические медицинские осмотры населения.

### **I Виды медицинской профилактики**

**Профилактика** – это комплекс государственных, социальных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан, воспитание здорового молодого поколения, увеличение трудового долголетия.

Медицинская профилактика - комплекс мероприятий, направленных на устранение причин и условий, порождающих заболевания.

#### **Виды профилактики**

**Первичная профилактика** (радикальная) направлена на устранение причины болезни путём улучшения условия труда и быта (оздоровление окружающей среды, организацию здорового образа жизни, гигиеническое нормирование воздействия факторов, что предусматривает либо полное устранение неблагоприятного фактора, либо его снижение до безопасного уровня).

**Вторичная профилактика** проводится среди внешне здоровых граждан с целью выявления преморбидных состояний у людей, имеющих повышенный риск развития заболевания: вторичная профилактика направлена на повышение резистентности организма (лечебно-профилактическое питание, средства индивидуальной защиты, приемы безопасной жизни и работы в неблагоприятных условиях).

**Третичная профилактика** (реабилитация) направлена на предупреждение осложнений, рецидивов уже развившихся заболеваний, перехода заболевания в хроническую форму.

**Индивидуальная профилактика** включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек. Практически она сводится к соблюдению норм здорового образа жизни, гигиене одежды, обуви, рациональному питанию и питьевому режиму, гигиеническому воспитанию подрастающего поколения, рациональному режиму труда и отдыха, активному занятию физкультурой и др.

**Общественная профилактика** представляет систему соц., экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно

действующих на здоровье.

**Первичная** - предотвращение возникновения заболеваний.

**Вторичная** - ранняя диагностика заболевания у лиц, уже подвергшихся воздействию или имеющих факторы риска.

**Третичная** - предупреждение ухудшения состояния здоровья; лечение и реабилитация.

## **II Профилактика социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих.**

**Социально значимые заболевания** - заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

Характеризуются:

- массовостью заболевания (быстрым распространением заболевания среди населения, в т.ч. наличием значительного процента «скрытых» больных в социуме);
- высокими темпами ежегодного прироста количества больных;
- выраженной опасностью для окружающих.

### **Перечень социально значимых заболеваний**

<b>Код заболеваний по МКБ-10 &lt;*&gt;</b>	<b>Наименование заболеваний</b>
1. А 15-А 19	Туберкулез
2. А 50-А 64	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. В 16; В 18.0; В 18.1	Гепатит В
4. В 17.1; В 18.2	Гепатит С
5. В 20-В 24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. С 00-С 97	Злокачественные новообразования
7. Е 10-Е 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**

<b>Код заболеваний по МКБ-10 &lt;*&gt;</b>	<b>Наименование заболеваний</b>
1	2
1. В 20-В 24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

2. А 90-А 99	Вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
3. В 65-В 83	Гельминтозы
4. В 16; В 18.0; В 18.1	Гепатит В
5. В 17.1; В 18.2	Гепатит С
6. А 36	Дифтерия
7. А 50-А 64	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
8. А 30	Лепра
9. В 50-В 54	Малярия
10. В 85-В 89	Педикулез, акариаз и другие инфекации
11. А 24	Сап и мелиоидоз
12. А 22	Сибирская язва
13. А 15-А 19	Туберкулез
14. А 00	Холера
15. А 20	Чума

Возникновение и распространение социально значимых заболеваний в определяющей степени зависят от влияния неблагоприятных условий социально-экономического строя. К социально значимым заболеваниям относят в частности: туберкулёз, ВИЧ, гепатит. Зачастую неблагоприятные явления социума, такие как алкоголизм и наркомания, относят к социально значимым заболеваниям. Многие из социально значимых заболеваний являются инфекционными и помимо инфекционного агента их распространению содействуют вредные привычки, ослабляющие иммунитет организма.

Ситуация усугубляется тем, что наибольшая роль в формировании эпидемического процесса распространения инфекционных и социально значимых заболеваний принадлежит молодежи, которая живет активной жизнью и так же активно принимает участие в реализации путей передачи.

Кроме профилактики заболеваний, внесенных в официальный список социально значимых, необходимо актуализировать первичную профилактику распространения инфекций (в частности, гриппа) наносящих огромный урон здоровью активной части населения и экономике страны из-за своей широкой распространенности.

Инфекционные заболевания - не случайные эпизоды, а закономерные явления в истории человеческого общества, которые развиваются и изменяются вместе с ним. На смену одним инфекциям приходят другие, а с ними - новые проблемы их профилактики.

Заболеваемость многими инфекциями и инвазиями остается очень высокой, а их распространенность -глобальной. До сих пор в мире ежегодно регистрируется свыше 1 млрд. случаев инфекционных болезней желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Например, гриппом в отдельные годы болеет до 20% населения только в странах Европы и Америки. Еще 75 миллионов человек переносят другие острые респираторные инфекции. Во время эпидемий грипп приобретает характер стихийного бедствия, нанося странам огромный экономический ущерб. В настоящее время ситуация с распространением социально значимых и инфекционных заболеваний может быть контролируема при проведении своевременной вакцинации, укреплении иммунитета населения с одной стороны и квалифицированном медико-санитарно - гигиеническом просвещении - с другой.

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни особенно в образовательной среде. Современный уровень мастерства педагогов и взаимодействие с системой здравоохранения области позволяют сделать следующий шаг в формировании здорового образа жизни подрастающего поколения - разработать методологию специального подхода к медико-санитарному просвещению, который будет стимулировать школьников активно укреплять свое собственное здоровье и благополучие, что потребует не только соответствующих знаний, но и практических навыков. Этот подход должен интегрировать психолого-педагогические приемы и методы, современные дизайнерские решения, соответствие возрастным особенностям обучающихся и научную достоверность информации.

Необходимо отметить определенные успехи эпидемиологии в борьбе с распространением инфекционных заболеваний: в группе инфекций, управляемых средствами специфической профилактики (то есть вакцинацией), в 2010 году снижение заболеваемости зарегистрировано по всем видам инфекционных заболеваний, за исключением кори и коклюша. Анализ структуры заболеваемости и причин смертности населения Российской Федерации указывает на необходимость принятия стратегических решений на государственном уровне в отношении профилактики основных социально значимых заболеваний (туберкулеза, ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, вирусных гепатитов) и факторов, способствующих распространению этих заболеваний. Постоянное ухудшение здоровья, распространение вредных привычек, потребление алкогольных напитков и наркотиков достигло критического уровня и дальнейшее нарастание существующих тенденций может вызвать необратимые социально-экономические последствия.

Распространение ВИЧ/СПИДа стало одной из серьезнейших проблем XXI века. В настоящее время у эпидемии ВИЧ в России определились свои особенности. Во-первых, подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных - молодежь. Во-вторых, половой путь распространения инфекции приобретает все большее значение. Это свидетельствует о том, что болезнь вышла за пределы маргинальных групп и стала поражать обычных людей. Отсутствие вакцинации от ВИЧ/СПИДа и эффективных методов его лечения обуславливает приоритетную роль именно профилактики, и прежде

всего - первичной профилактики, нацеленной на задержку темпов роста и снижение уровня распространения ВИЧ/СПИДа. С этих позиций важнейшее значение принадлежит образовательно-педагогическим программам профилактики главным образом в образовательной среде.

### **III Профилактика в профессиональной деятельности медицинской сестры с высшим образованием**

Медсестры играют важнейшую роль в предоставлении пациенту информации и его обучении, выстраивании отношений между пациентами и его окружением, обеспечении непрерывности ухода, использовании передовых технологий ухода. Хотя модель ухода за людьми, страдающими хроническими заболеваниями (The chronic care model – ССМ) была принята в США и внедрялась в практику в основном врачами, некоторые из них полагали, что именно медсестры, а не врачи, занимают ключевую позицию во внедрении этой модели в работу команды.

Многие положительные результаты планомерного ухода могут быть достигнуты благодаря улучшению сотрудничества с пациентом. Команда медсестер оказалась более соответствующей этой работе, способной устанавливать более доброжелательные отношения с пациентами, чем команда врачей, т.е. медсестры в большей степени готовы взять на себя ответственность за решение проблемы хронических состояний. Независимо от используемой модели ведения пациентов с хроническими заболеваниями медсестры играют ведущую роль в ее применении, поэтому должны обладать необходимыми знаниями, умениями и навыками мультидисциплинарного и междисциплинарного характера. Проблема состоит в том, чтобы конкретизировать общие элементы ухода и ведения пациентов с хроническими заболеваниями и знания, необходимые при наличии у больных сопутствующих и комплексных состояний.

Международный совет медицинских сестер (МСМС) предлагает рамки компетенций, необходимых для медсестер, работающих в специализированных отделениях.

#### **Компетенции, требующиеся медсестрам для профилактики и ведения пациентов с хроническими заболеваниями:**

участие в мероприятиях, связанных с облегчением доступа к медицинским услугам;

уважение права пациента на информацию и автономию при выборе медицинских услуг;

профессиональная честность, порядочность и этичное поведение при выписке лекарств и другой продукции без учета рекламных технологий и желания заработать;

обеспечение информацией и образовательными ресурсами пациентов, стремящихся изменить свой образ жизни;

выбор направлений профилактических мероприятий;

анализ возможностей и обеспечение инструкциями и руководствами по профилактике заболеваний и поддержанию здорового образа жизни отдельных людей, семей и общественности;

выбор стратегий обучения в соответствии с потребностями и характеристиками индивидов или групп;

совместная деятельность с другими группами, профессионалами и организациями по снижению уровня развития хронических заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и созданию благоприятной окружающей среды; совместная работа с другими профессионалами здравоохранения для повышения качества медицинского обслуживания.

### **Ведение пациентов с хроническими заболеваниями.**

Все чаще медсестры берут на себя ведущую роль по ведению пациентов с хроническими заболеваниями. В некоторых учреждениях это связано с увеличением количества людей, нуждающихся в таком уходе. В других местах появление медсестер-специалистов и клинических медсестер – стратегическое решение. В Великобритании одними из первых специалистов, которые взяли на себя более широкий круг обязанностей по ведению пациентов с хроническими заболеваниями, стали диабетические медсестры. Ведение пациентов с диабетом типа 2. В 2008 г. на основе систематических обзоров результатов научных исследований в Великобритании были пересмотрены и изменены NCC-CC 2008; Bannister 2008 «Национальные руководства по ведению пациентов с диабетом 2-го типа в первичном и вторичном звене медицинской помощи». Подобные руководства есть и в других странах. Из этих руководств ясно следует, что медсестры вполне способны взять на себя ответственность по уходу за пациентами с различными заболеваниями.

### **Рассмотрим основные руководящие принципы.**

**Пациент центрированный уход:** все внимание следует сосредоточить на индивидуальных потребностях и предпочтениях пациента. Жизненно важно давать ему возможность принимать решения, исходя из информации, основанной на доказательной практике, и обучаться.

**Образование:** оно должно быть доступно для всех пациентов после установления диагноза. Хотя групповое обучение предпочтительнее, должна быть альтернатива для тех, кто не может или не желает присутствовать на занятиях. Обучение должно строиться в соответствии с программой и осуществляться квалифицированными преподавателями. Оно должно быть высокого качества и регулярно проходить проверку. Ежегодное обновление программ – важнейший компонент ведения пациента. Необходимо, чтобы все медицинские работники, участвующие в ведении пациента, были знакомы с программой обучения.

Сестринские новации в ведении пациентов с хроническими заболеваниями. Изменения в сфере здравоохранения заключаются во внедрении новых идей, методов или программ, направленных на профилактику и управление хроническими состояниями (ВОЗ, 2002). Не следует рассматривать внедрение изменений как нечто совершенно новое в сестринской профессии. Медсестры во всем мире ежедневно внедряют изменения в свою практику, стремясь улучшить результаты ухода за пациентами.

Таким образом, медсестры могут взять на себя ответственность за расширение своего участия в ведении пациентов с хроническими заболеваниями. В то же время МСМС призывает сестринский персонал не только к коллективным действиям, но и обращается к каждой из 13 млн медсестер во всем мире с просьбой сделать личный выбор в пользу здорового образа жизни: отказаться от курения, разумно употреблять алкоголь,

правильно питаться, больше двигаться. Если каждая из этих 13 млн. станет образцом для своих родных, близких, соседей, коллег, это, несомненно, поможет остановить эпидемию хронических заболеваний.

#### **IV Диспансеризация, показатели и ее значение.**

**Диспансеризация** населения предусматривает систему охраны здоровья населения, заключающуюся в активном наблюдении за здоровьем разных его контингентов с учетом условий их труда и быта, обеспечении их правильного физического развития, предупреждении заболеваний путем проведения соответствующих социальных, санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

Диспансеризация вносит изменения в характер и организационные формы здравоохранения, сформулированы основные понятия диспансерной системы здравоохранения. Основу диспансерной системы здравоохранения составляют постоянное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения, активное выявление заболеваний на ранней стадии и своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий во всех типах лечебных учреждений, а также реализация комплекса социально-экономических, медицинских и технических мер, направленных на улучшение состояния окружающей среды, условий труда и быта.

Ежегодные диспансерные осмотры населения - активное медицинское обследование разных групп населения врачами одной или нескольких специальностей.

**Цель диспансеризации** - сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни людей.

**Методы диспансеризации** здоровых лиц и больных едины. Диспансеризация здоровых лиц должна обеспечить правильное физическое развитие, укрепление здоровья, выявление и устранение факторов риска возникновения различных заболеваний, предупреждать обострение процесса и его прогрессирование на основе динамического наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

#### **Задачи диспансеризации:**

- оценка состояния здоровья человека при ежегодных осмотрах;
- дифференцированное наблюдение за здоровыми лицами, имеющими факторы риска, и больными;
- выявление и устранение причин, вызывающих заболевание зубов, борьба с вредными привычками;
- своевременное и активное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;
- повышение качества и эффективности медицинской помощи населению путем взаимосвязи и преемственности в работе всех типов учреждений, широкое участие врачей различных специальностей, внедрение новых организационных форм, технического обеспечения, создание автоматизированных систем для осмотров населения с разработкой специальных программ.

С 1 мая 2019 года утвержден новый порядок проведения профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от

13 марта 2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных

### **Этапы диспансеризации**

Чтобы пройти диспансеризацию, необходимо обратиться в регистратуру поликлиники, к которой вы прикреплены, кабинет (отделение) медицинской профилактики.

Диспансеризация проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований.

### **Диспансеризация проводится в два этапа.**

**Первый этап диспансеризации (скрининг)** проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определения группы здоровья, медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания на втором этапе диспансеризации.

#### **I этап диспансеризации**

1. Для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в 3 года:

Проведение профилактического медицинского осмотра в объеме:

а) Анкетирование

б) Расчет на основании антропометрии

в) Измерение артериального давления

г) Исследование уровня общего холестерина в крови

д) Определение уровня глюкозы в крови натощак

е) Определение относительного сердечно-сосудистого

ж) Флюорографию легких или рентгенографию легких 1 раз в 2 года (18, 24, 30, 36 лет)

з) Электрокардиографию в покое при первом прохождении профилактического медицинского осмотра (36, 39 лет)

Проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний:

Скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (у женщин): осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки (методом Папаниколау)

Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) врачом-терапевтом

Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских

показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации

**2. Для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год:**

**Проведение профилактического медицинского осмотра в объеме:**

- а) Анкетирование
- б) Расчет на основании антропометрии
- в) Измерение артериального давления
- г) Исследование уровня общего холестерина в крови
- д) Определение уровня глюкозы в крови натощак
- е) Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска
- ж) Флюорографию легких или рентгенографию легких 1 раз в 2 года (40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет)
- з) Электрокардиографию в покое
- и) Измерение внутриглазного давления

Проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний:

а) скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (у женщин): осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки (методом Папаниколау) 1 раз в 3 года (42, 45, 48, 51, 54, 57, 60, 63 лет)

б) скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (у женщин): маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года (40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет)

в) скрининг на выявление злокачественных новообразований предстательной железы (у мужчин): в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет - определение простат-специфического антигена в крови

г) скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки: исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 1 раз в 2 года (40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет)

д) скрининг на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: в возрасте 45 лет - эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).

Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ)

Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья)

Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских

показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации

### **3. Для граждан в возрасте 65 лет и старше 1 раз в год:**

Проведение профилактического медицинского осмотра в объеме:

- а) Анкетирование
- б) Расчет на основании антропометрии
- в) Измерение артериального давления
- г) Исследование уровня общего холестерина в крови
- д) Определение уровня глюкозы в крови
- е) Флюорографию легких или рентгенографию легких 1 раз в 2 года (66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98 лет)
- ж) Электрокардиографию в покое
- з) Измерение внутриглазного давления

**Проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний:**

а) скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (у женщин): в возрасте до 75 лет включительно - маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года (66, 68, 70, 72, 74 лет)

б) скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки: в возрасте от 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 лет - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом

Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ)

Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья)

Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации

### **II этап диспансеризации**

Проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

осмотр (консультацию) врачом-неврологом при наличии показаний;  
дуплексное сканирование брахицефальных артерий при наличии показаний;

осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом при наличии показаний;

осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом при наличии показаний;

колоноскопию по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога;  
эзофагогастродуоденоскопию при наличии показаний;  
рентгенография легких, компьютерная томография легких при наличии

показаний;

спирометрию при наличии показаний;

осмотр (консультацию) врачом акушером-гинекологом при наличии показаний;

осмотр (консультацию) врачом-оториноларингологом при наличии показаний;

осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом при наличии показаний;  
проведение индивидуального или группового углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья;

прием врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации.

### **По результатам диспансеризации определяют группу здоровья**

<b>I группа</b>	Относительно здоровые лица, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания и отсутствуют факторы риска
<b>II группа</b>	Граждане у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска
<b>IIIА группа</b>	Граждане имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие диспансерного наблюдения и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи
<b>IIIБ группа</b>	Граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний, но требующие диспансерного наблюдения и оказания специализированной в том числе высокотехнологичной медицинской помощи

### **V Профилактические медицинские осмотры населения.**

Изучение заболеваемости населения по данным обращаемости в ЛПУ не отражает действительного уровня заболеваемости населения, поскольку ряд больных с хроническими заболеваниями обращается к врачу не ежегодно, а раз в несколько лет. Для получения более полной информации о заболеваемости населения данные первого метода дополняются результатами медицинских осмотров населения.

Метод профилактических осмотров позволяет обнаружить заболевания в начальной стадии, еще не послужившие основанием для обращения за медицинской помощью и поэтому не отраженные при учете общей заболеваемости. При медицинских осмотрах учитываются все случаи острых и хронических заболеваний с клиническими проявлениями, имеющих на момент осмотра, выявляются латентно протекающие болезни, субклинические формы.

#### **Различают три вида профилактических медицинских осмотров:**

**а) предварительный** - проводится лицам, поступающим на работу или учебу с целью определения соответствия (пригодности) рабочих и служащих выбранной ими работе и выявлении заболеваний, которые могут явиться противопоказанием для работы в данной профессии.

**б) периодический** - проводится по плану в установленные сроки с определенным объемом исследований и определенной кратностью отдельным

контингентом населения с целью раннего выявления заболеваний.

**в) целевой** - проводится с целью раннего выявления больных отдельными заболеваниями (туберкулезом, злокачественными новообразованиями, венерическими болезнями и т.д.).

Метод медицинских осмотров не может служить единственным источником изучения заболеваемости населения, поскольку дает представление о наличии заболеваний лишь на момент осмотра, к тому же он трудоемок и вынуждает ограничить численность изучаемой популяции. Результаты метода могут быть субъективны, т.к. зависят от специальности, квалификации врача, цели и уровня организации обследования, оснащенности диагностическими средствами. Но вместе с тем он позволяет дополнить материалы о заболеваемости населения по данным обращаемости.

#### **Учетные документы.**

Результаты осмотра фиксируются в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. 025/у), в «Истории развития ребенка» (ф.112/у). Если больной нуждается в регулярном наблюдении и лечении, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 030/у). Единица учета – каждое заболевание или пограничное состояние, выявленное при профилактическом осмотре. Отчетный документ: "Сводный отчет по диспансеризации" (ф. 30).

Профилактические медицинские осмотры позволяют определить группу здоровья:

- а) I группа – здоровые;
- б) II группа – практически здоровые;
- в) III группа – больные (имеющие хронические заболевания и нуждающиеся в лечении).

Изучение заболеваемости по данным профосмотров выявляет патологическую и моментную пораженность, которые рассчитываются на основе статистической разработке данных медицинских осмотров (предварительных, периодических, целевых, углубленных комплексных осмотров):

1) Патологическая пораженность - совокупность всех патологических состояний (острых и хронических, премоурбидных состояний), выявленных при проведении единовременных обследований и профилактических осмотрах.

$$ППП = \frac{\text{Число заболеваний, зарегистрированных у осмотренных}}{\text{Число осмотренных}} \times 1.000$$

#### **2) Моментная пораженность**

$$МПТ = \frac{\text{Число заболеваний, впервые выявленных при профилактическом осмотре}}{\text{Число осмотренных}} \times 1.000$$

#### **3) Распределение осмотренных по группам здоровья:**

$$\frac{\text{Число лиц, отнесенных к I (II, III) группам здоровья}}{\text{Общее число осмотренных}} \times 100$$

Данные показатели рассчитываются как в целом по всем осмотренным, так и по отдельным группам (по полу, возрасту, заболеваниям и др.). Регулярное проведение медицинских осмотров позволяет характеризовать, заболеваемость на момент осмотра и динамику ее изменения.

### **Контрольные вопросы:**

1. Виды медицинской профилактики.
2. Профилактика социально значимых заболеваний.
3. Профилактика заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
4. Роль медицинской сестры с высшим образованием в проведении профилактики.
5. Диспансеризация, показатели и ее значение.
6. Профилактические медицинские осмотры населения

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник/Медик В.А., Юрьев В.К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 420 с.
2. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство [Электронный ресурс]. - 2014. – 624.

#### **Дополнительная:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: практикум [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицин, А. В. Прохорова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428696.html>
2. Двойников С.И. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс]: учеб. пособие/С.И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>