

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой

И.Б. Туаева, Л.Н. Габараева, К.А. Магаев

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Учебно-методическое пособие для обучающихся
на факультете подготовки кадров высшей квалификации
и дополнительного профессионального образования

Владикавказ, 2020

СОСТАВИТЕЛИ:

Туаева И.Б. – зав. кафедрой организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Габараева Л.Н. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Магаев К.А. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Тотров И.Н. – д.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Тотиков В.З. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней № 2 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
Протокол № 2 от 04.12.2020 г.

Т Е М А: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Цели изучения темы: Обучающиеся на факультете подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» должны овладеть правилами регистрации отдельных видов заболеваемости. Уметь анализировать показатели общей заболеваемости, первичной заболеваемости, структуру заболеваемости.

По окончании изучения темы обучающийся должен

Уметь:

- определять практическую значимость каждого из методов изучения заболеваемости;
- формулировать единицу наблюдения для изучения каждого вида заболеваемости и самостоятельно выбирать учетные документы, соответствующие единицам наблюдения;
- рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру.

Для этого обучающийся должен знать:

- значение изучения заболеваемости населения для практической деятельности врача и учреждения;
- методы изучения заболеваемости, их назначение и применение, слабые и сильные стороны отдельных методов;
- факторы, определяющие полноту и качество информации о заболеваемости;
- виды заболеваемости по обращаемости;
- учетно-оперативную документацию по регистрации отдельных видов заболеваний и правила представления информации в кабинет статистики;
- особенности МКБ-10 и проблемы внедрения ее в практику работы учреждений здравоохранения.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

Обязательным условием проведения занятия является предварительное ознакомление обучающихся с литературой по теме.

В первой половине занятия преподаватель проводит опрос обучающихся и разбирает основные вопросы:

Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. Под заболеваемостью подразумевается показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных профессиональных и др.) и служащим одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения.

Статистические показатели заболеваемости позволяют оценить частоту встречаемости и характер заболеваний, закономерности их распространения среди населения. Это необходимо для выявления факторов, отрицательно влияющих на здоровье и, наоборот, способствующих укреплению здоровья населения. На основе динамики показателей заболеваемости планируется и оценивается эффективность деятельности медико-социальных учреждений, результативность лечебно-профилактических мероприятий, экологические ситуации. Характеристики заболеваемости косвенно отражают и уровень социально-экономического благополучия населения в целом.

Статистический анализ любого вида заболеваемости обычно проводится с помощью общих и специальных показателей, изменение которых оценивается в динамике в сравнении с предыдущими годами, кварталами, месяцами.

Общие показатели заболеваемости дают представление об уровне, распространенности, частоте всей совокупности или отдельных нозологических групп заболеваний, зарегистрированных за определенный период времени и рассчитанных на 100 тыс. ($\frac{0}{0000}$), на 10 тыс. ($\frac{0}{000}$) или на 1000 ($\frac{0}{00}$) населения. Вычисляется также показатель структуры заболеваемости (доля в процентах того или иного заболевания среди всех заболеваний).

Специальные показатели характеризуют уровень и структуру заболеваемости по определенным нозологическим формам, а также различным возрастным, половым или социальным группам. Такой подход позволяет установить причины повышенной заболеваемости.

В зависимости от структуры общей заболеваемости населения региона или страны выделяют следующие типы заболеваемости:

- эпидемический тип;
- переходной тип;
- неэпидемический тип.

Эпидемический тип заболеваемости характерен для слаборазвитых, экономически отсталых стран, имеющих слаборазвитую систему медико-социальной помощи и низкую санитарную культуру населения. Этот тип заболеваемости характеризуется высоким уровнем инфекционных болезней, занимающих ведущее место среди всех остальных заболеваний и являющихся одной из главных причин высокой смертности населения.

Неэпидемический тип заболеваемости характерен для экономически развитых стран, имеющих высокоразвитую систему оказания медико-социальной помощи. Характеризуется относительно высокой долей среди всех заболеваний болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии, нервно-психических расстройств, травм, заболеваний органов дыхания.

Переходный тип заболеваемости представляет промежуточный вариант между эпидемическим и неэпидемическим типом заболеваемости. Характерен для развивающихся стран или стран переживающих затяжные социальные катаклизмы.

Методы изучения заболеваемости.

Существует два метода в изучении общей заболеваемости: **сплошной и выборочный**. Сплошной метод основан на сводке отчетных данных текущего учета по всем лечебным учреждениям. Выборочный метод используют при социально-гигиенических исследованиях. С его помощью изучают заболеваемость различных возрастно-половых, социальных, профессиональных, этнических и иных групп населения в зависимости от воздействия различных факторов, условий и образа жизни. Основные источники информации о заболеваемости: всего 4, из них 2 - основные, 2 – дополнительные.

Основные источники:

- по данным обращаемости в ЛПУ;
- по данным результатов медицинских осмотров.

Дополнительные источники:

- по данным анализа причин смерти;
- по данным комплексных социально-гигиенических и клинико-социальных исследований.

Источником информации о заболеваемости является учетно-отчетная медицинская документация, которая заполняется при обращении населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения.

Обращаемость населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения является наиболее часто используемым и наиболее полным источником данных о заболеваемости. Обращение – это первое посещение врача по поводу данного заболевания.

При изучении общей заболеваемости по обращаемости за единицу учета принимают первое обращение к врачу по данному заболеванию в данном календарном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении, хронические заболевания только один раз в году.

Обращение – это первое посещение врача пациентами в данном году, которое регистрируется с помощью статистического талона уточненного диагноза. В этом талоне ставят знак «+», если диагноз заболевания ставится впервые в данном году, и не ставят никакого знака, если по поводу данного заболевания пациент уже обращался ранее в предыдущие годы. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении, хронические заболевания только один раз в году.

Посещение – это каждый визит пациента к врачу или врача к больному. Визит пациента к врачу регистрируется с помощью талона на прием к врачу, а визит врача к больному – в журнале вызовов врача на дом. На каждого жителя в год в городе сейчас приходится около 9 посещений. Посещаемость – это показатель объема медицинской помощи.

Основные термины:

а) общая заболеваемость (болезненность, распространенность) - это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний

зарегистрированных в данном году (все статистические талоны уточненных диагнозов);

б) общая первичная заболеваемость (собственно заболеваемость, общая впервые выявленная заболеваемость) – это совокупность всех имеющих среди населения заболеваний зарегистрированных в данном году впервые (все статистические талоны уточненных диагнозов со знаком «+»). Как первый, так и второй показатели рассчитывают на 1 000, 10 000, 100 000 населения;

в) патологическая пораженность – заболеваемость по данным медицинских осмотров (предварительных, периодических, целевых). Предварительные медицинские осмотры проводят перед поступлением в учебные заведения (школы, средние специальные и высшие учебные учреждения) или на работу регламентируются соответствующими приказами Министерства здравоохранения РФ. Периодические медицинские осмотры осуществляют с целью своевременного выявления профессиональных заболеваний и проведения необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий, что позволяет предотвратить развитие тяжелой хронической патологии.

Целевые осмотры проводят с целью выявления определенных заболеваний: туберкулеза, онкологических, венерических и других заболеваний. Результаты этих осмотров используют для планирования и проведения лечебных и профилактических мероприятий;

г) накопленная заболеваемость – это все случаи заболеваний зарегистрированных у населения за ряд лет;

д) истинная заболеваемость – это заболеваемость по данным обращаемости населения плюс заболеваемость по данным медицинских осмотров минус не подтвердившиеся диагнозы на медицинских осмотрах;

е) исчерпанная заболеваемость, т. е. заболеваемость, выявленная всеми способами, составляет в среднем 3500,0 ‰, выше у женщин – 3400,0-3600,0 ‰, и ниже у мужчин – 3000,0-3200,0 ‰.

Таким образом, в настоящее время имеется 3 заболевания в год. По данным различных авторов общая заболеваемость по обращаемости в разные годы колеблется в пределах 1000 – 1400 случаев на 1000 городского населения, причем для жителей сельской местности этот показатель несколько ниже – 800 – 1000.

Заболеваемость населения в 60-е годы представляла собой перевернутый айсберг, большая часть которого находилась над водой – заболеваемость по обращаемости – 1200,0 ‰, меньшая под водой – заболеваемость по медицинским осмотрам – 800,0 ‰.

В 90-е годы заболеваемость населения представляла собой уже обычный айсберг: меньшая его часть – в среднем 1000,0 ‰ - находилась над водой

(заболеваемость по обращаемости) и большая – под водой – в среднем 2000,0 ‰ (заболеваемость по медицинским осмотрам).

Это говорит о запоздалой диагностике, о несвоевременности медицинской помощи в 90-е годы.

Номенклатура и классификация болезней.

Врачи, наблюдающие больных и регистрирующие заболевания, должны правильно и единообразно обозначать диагностируемые ими заболевания, руководствуясь при этом номенклатурой и классификацией болезней, построенной на основе и с учетом современных достижений медицинской науки. Эту классификацию болезней используют при статистической разработке заболеваемости населения.

По рекомендации ВОЗ десятая международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (1989 г.), вступила в силу с 1.01.1993 г., в России переход на нее осуществлен с 1.01.1999 г. в соответствии с Приказом Минздрава РФ, согласно которой все они делятся на 21 класс.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) – один из важнейших инструментов, обеспечивающих сопоставимость данных о здоровье населения, эпидемиологической ситуации и деятельности учреждений здравоохранения, как в пределах страны, так и в масштабе международном.

Современные классификации построены на основе объединения заболеваний с общей этиологией, патогенезом и локализацией в соответствующие классы, блоки и рубрики. В классификации 10-го пересмотра этиологическому принципу отвечают 1 класс (инфекционные и паразитарные болезни), XIX класс (травмы и отравления): большинство классов образуются на локально-этиологическом, отдельные классы – на функционально-физиологическом принципе, а некоторые классы (новообразования) отражают патогенетический принцип. Два ряда классов определенный принцип выдержать исключительно трудно. Например, IV класс построен на сочетании органного и патогенетических принципов, поскольку он объединяет болезни (эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ).

Классификацию болезней можно определить как систему рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разное время и в разных странах или регионах.

Дальнейшая интеграция медицинских информационных систем различных стран мира связана с развитием Международной номенклатуры болезней (МНБ), разработка которой ведется Советом международных медицинских научных организаций с 1970 г. Целью МНБ является присвоение каждой нозологической единице рекомендуемого международного названия с учетом специфичности, однозначности, этиологии.

В МКБ-10 все болезни разделяются на классы, классы – на блоки, блоки – на рубрики (шифруются тремя знаками), рубрики - на подрубрики (шифруются четырьмя знаками и более).

Общее число блоков в МКБ-10 составляет 258, рубрик 2600. Для шифровки (кодирования) рубрик используется английская буква (первый знак) и две цифры (буквенно-цифровые от A00 до Z99.9). Используются все буквы английского алфавита, кроме буквы «U». Ее решено зарезервировать в качестве запасного класса для временного обозначения вновь выявляемых болезней, а также заболеваний с невыясненной этиологией.

МКБ-10:

Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99).

Класс II. Новообразования (C00-D48).

Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89).

Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90).

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99).

Класс VI. Болезни нервной системы (G00-G99).

Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59).

Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка (H60-H95).

Класс IX. Болезни системы кровообращения (I00-I99).

Класс X. Болезни органов дыхания (J00-J99).

Класс XI. Болезни органов пищеварения (K00-K93).

Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99).

Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99).

Класс XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99).

Класс XV. Беременность, роды и послеродовый период (O00-O99).

Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96).

Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99).

Класс XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99).

Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98).

Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности (V00-Y98).

Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения (Z00-Z99).

Виды заболеваемости изучаемые по данным обращаемости населения за медицинской помощью в ЛПУ

а) *Общая заболеваемость* изучается по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения. Эти сведения собираются в порядке текущей регистрации, на основе сплошного учета всех заболеваний. За единицу наблюдения принимают первое обращение по данному заболеванию в текущем календарном году. Хронические заболевания учитываются только один раз в году. Острые заболевания регистрируются при каждом новом случае их возникновения.

Учетные документы. «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф. № 025-2/у) заполняется лишь в тех учреждениях, которые не работают в системе медицинского страхования, например, в диспансерах и амбулаториях.

При регистрации каждого острого заболевания в разделе «впервые установленный диагноз» ставится «+». При регистрации хронического заболевания статистический талон заполняется лишь один раз при первом обращении в данном году. При повторных обращениях в течение этого же года по поводу хронического заболевания статистический талон не заполняется. При этом каждый случай хронического заболевания, впервые в жизни выявленного у больного, независимо от того, сколько лет больной имеет симптомы заболевания, отмечается знаком «+».

С 1991 г., в связи с переходом учреждений здравоохранения на работу в системе обязательного медицинского страхования используются новые статистические документы – «Единый талон амбулаторного пациента» (ф. № 025-08/-97) и «Талон амбулаторного пациента» (ф. № 025-10/у), включающие как данные о выполненных медицинских услугах, так и сведения о заболеваниях и проблемах здоровья (раздел «статистический талон»). «Единый талон амбулаторного пациента» позволяет учесть не только диагноз основного заболевания, послужившего причиной обращения, но и все диагнозы сопутствующих заболеваний.

В талоне указывается характер и течение каждого заболевания: острое заболевание, впервые в жизни зарегистрированное заболевание, обострение хронического заболевания, а также сведения о методе выявления заболевания (на приеме, на дому, при профилактическом осмотре).

При формулировке диагнозов нужно придерживаться следующих правил:

- основным считается диагноз, послуживший причиной данного обращения, который вписывается при последнем посещении пациента по данному обращению;

- из всех заболеваний, послуживших причиной данного обращения, следует фиксировать в качестве основного наиболее тяжелое из них, а остальные записывать в раздел сопутствующих.

Если при обращении за лечением острое заболевание у больного сочетается с хроническим, то основным заболеванием, послужившим причиной

обращения, будет острое. Хроническое заболевание регистрируется в данном случае как сопутствующее.

Каждый случай впервые зарегистрированного заболевания также отмечается в «Листке записи заключительных (уточненных) диагнозов» на второй странице «Медицинской карты амбулаторного больного», куда последовательно записываются эти заболевания.

На основе первичных статистических документов, регистрирующих уточненные диагнозы, 2 раза в год составляется «Сводная ведомость учета заболеваний» (форма № 071/у), являющаяся основой составления годового статистического отчета по форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения».

Отчет дает представление о заболеваемости детей, подростков и взрослого населения, на основании этих данных вычисляются показатели общей заболеваемости населения по отдельным врачебным участкам, по отделениям и в целом по учреждению (в динамике). Устанавливаются особенности и тенденции. Данные анализируются врачами, заведующими отделением и руководителями учреждений здравоохранения. Устанавливаются зависимости и закономерности влияния факторов, планируются мероприятия, принимаются необходимые управленческие решения.

Сведения об общей заболеваемости населения наиболее полно отражает распространенность заболеваний, т.е. болезненность. Как правило, в это число заболеваний не входят случаи, когда больные непосредственно поступают в стационары больниц по скорой помощи, а также случаи внезапной смерти по поводу острого заболевания или обострения хронического, без обращения в данном году во внебольничные учреждения.

При изучении заболеваемости по обращаемости необходимо принимать во внимание факторы, с которыми связаны полнота полученных сведений; в числе их: доступность медицинской помощи, обеспеченность врачами, возможность населения обращаться за медицинской помощью по месту жительства и работы, а также в специальные учреждения, уровень санитарной культуры населения.

При наличии необходимых условий данные об обращаемости с достаточной полнотой отражают не только болезненность, но и заболеваемость населения, кроме того, они могут быть дополнены данными медицинских осмотров.

Данные по общей заболеваемости населения позволяют проводить целенаправленные профилактические мероприятия по снижению патологии среди населения, а также определять потребность в медицинских кадрах и больничных койках.

Инфекционная (эпидемическая) заболеваемость

Принятая система учета и отчетности об инфекционных заболеваниях позволяет своевременно и оперативно оповещать органы государственного

санитарно-эпидемиологического надзора и органы здравоохранения о возникающих случаях инфекционных заболеваний. Это осуществляется с целью предупреждения распространения этих заболеваний и возникновения эпидемических вспышек, а также предотвращения профессиональных и пищевых отравлений. Учет и анализ инфекционных заболеваний дают возможность организовать контроль и уточнение диагнозов, а также разработать меры их профилактики.

Единица наблюдения - каждый случай заболевания или подозрение на заболевание.

Учетный документ – кроме учетных форм («Талона амбулаторного пациента», либо «Единого талона») составляется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении необычной реакции на прививку» (ф. 058/у).

Все врачи и средние медицинские работники не зависимо от их места работы, установившие диагноз инфекционного заболевания или заподозрившие его, должны составить экстренное извещение и направить его в течение 12-ти часов в орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора по месту выявления заболевания. В случаях установления диагноза средними медицинскими работниками экстренное извещение составляется в 2-х экземплярах: один из них направляется в орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора, другое во врачебное учреждение.

Все подлежащие оповещению инфекционные заболевания можно разделить на следующие **группы**:

1) карантинные заболевания (чума, холера, натуральная оспа, желтая лихорадка);

2) заболевания, которые регистрируются как важнейшие неэпидемические болезни с одновременной информацией органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора, информация об этих заболеваниях собирается системой специализированных лечебно-профилактических учреждений (туберкулез, сифилис, гонорея, трахома, грибковые заболевания, лепра);

3) заболевания, о которых лечебно-профилактические учреждения представляют только суммарную (цифровую) информацию в органы госсанэпиднадзора и которые по классификации не относятся к классу инфекционных заболеваний (грипп, ОРВИ);

4) заболевания, о каждом случае которых делаются сообщения в органы госсанэпиднадзора с приведением детальных сведений о заболевании (брюшной тиф, паратифы, и другие сальмонеллезы, дизентерия, энтериты, детские инфекции, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, столбняк, полиомиелит, бешенство, риккетсиозы, малярия, лептоспироз, сепсис у детей 1-го месяца жизни, геморрагическая лихорадка, орнитоз и др.).

Для учета и контроля за движением экстренных извещений, в лечебно-профилактических учреждениях и органах госсанэпиднадзора имеются специальные журналы регистрации инфекционных заболеваний (учетная форма

№ 060/у), в которых ведется запись отправленных и полученных извещений. При изменении диагноза лечебное учреждение, изменившее диагноз, обязано составить новое экстренное извещение на этого больного и направить его в орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора по месту обнаружения заболевания, указав в пункте 1 измененный диагноз, дату его установления и первоначальный диагноз.

На основании извещений и журналов органами госсанэпиднадзора ежемесячно составляется отчет «О движении инфекционных заболеваний» (ф. № 85-инф.), который является единственным источником информации для вышестоящих организаций об инфекционной заболеваемости.

О заболеваниях 3 группы органы госсанэпиднадзора получают информацию из лечебно-профилактических учреждений на основании ф. № 95-грипп. Эта форма содержит лишь суммарные сведения о числе зарегистрированных заболеваний ОРВИ и гриппом.

Помимо ф. № 058/у для детального анализа инфекционной заболеваемости используется «Карта эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний» (ф. № 357/у).

Для анализа инфекционной заболеваемости рассчитывается ряд показателей.

Профессиональная заболеваемость

Профессиональная заболеваемость – частота случаев всех профессиональных заболеваний (отравлений), зарегистрированных в течение года среди работающего населения либо групп, прошедших медицинский осмотр. При установлении диагноза профессионального заболевания врач руководствуется «Списком профессиональных заболеваний» согласно приложению к приказу МЗ РФ.

К профессиональным болезням относятся заболевания, обусловленные воздействием неблагоприятных факторов производственной среды. Профессиональная заболеваемость является чутким индикатором, отражающим неблагополучие в состоянии и организации охраны труда.

Единица наблюдения:

- каждый случай острого профессионального заболевания (отравления) – форма № 058/у;

- каждый случай хронического профессионального заболевания (отравления) – форма № 151/у.

Порядок извещения

Острое заболевание (отравление) диагностируется врачом любого амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения. Врач, выявивший данное заболевание, заполняет экстренное извещение (ф. № 058/у) и отправляет его в течение 12 ч в Роспотребнадзор.

Хроническое заболевание (отравление) диагностируется врачом клиники профессиональных болезней научно-исследовательских и медицинских институтов, институтов усовершенствования врачей либо

профпатологами соответствующих отделений лечебно-профилактических учреждений, имеющих право устанавливать связь профессиональных заболеваний с условиями труда. Врач заполняет извещение о хроническом профессиональном заболевании (отравлении) (форма № 151/у), которое отсылается после установления окончательного диагноза в течение 3 дней в Роспотребнадзор.

Порядок расследования случаев профессиональных заболеваний (отравлений)

1. Острое заболевание (отравление)

Расследование проводит санитарный врач по гигиене труда (или другой специалист органа госсанэпиднадзора в зависимости от профиля предприятия в течение 24 ч с момента получения экстренного извещения.

Состав комиссии:

- а) врач Роспотребнадзора;
- б) представитель администрации;
- в) представитель отдела охраны труда;
- г) профсоюзный комитет предприятия;
- д) цеховой терапевт;
- е) медработник здравпункта предприятия.

2. Хроническое заболевание (отравление)

Расследование проводит санитарный врач по гигиене труда в течение 7 дней с момента получения извещения о заболевании.

Состав комиссии тот же.

По результатам расследования составляется акт по установленной форме.

Учетный документ: «Карта учета профессионального заболевания (отравления)» - форма № 152/у; составляется на основании акта расследования и «Журнала учета профессиональных заболеваний (отравлений)» в Роспотребнадзоре.

Врач Роспотребнадзора заполняет 2 экземпляра «Карты ...» и 1 экземпляр высылает в вышестоящий этап Роспотребнадзора в течение отчетного полугодия, но не позднее 5-го числа следующего за отчетным полугодием месяца.

Затем «Карты учета профессионального заболевания (отравления)» направляют в вычислительные центры МЗ для обобщения и анализа.

Показатели профессиональной заболеваемости и методика их вычисления

Показатели	Методика вычисления
Структура профессиональных заболеваний:	Число случаев отдельных профессиональных заболеваний x 100
• по нозологическим формам; • по этиологическим формам;	Число случаев всех профессиональных заболеваний за год

• по течению (острые или хронические)	
Частота профессиональных заболеваний (в целом, по отдельным болезням)	Число случаев профессиональных заболеваний $\times 10\,000$ Число лиц, прошедших медосмотр, либо работающих

Неэпидемическая заболеваемость

Неэпидемическая заболеваемость – это частота случаев неэпидемических заболеваний среди населения, к которым относятся злокачественные новообразования, туберкулез, венерические, психические заболевания, кожные болезни: микозы, чесотка, трахома, установленных соответствующими врачами-специалистами за определенный период.

Необходимость изучения неэпидемических заболеваний вызвана их социальной значимостью: большой длительностью течения, высокой распространенностью ряда заболеваний среди отдельных социальных групп, необходимостью разработки дифференцированных нормативов лечебно-профилактических мероприятий и организацией специализированной медицинской помощи больным.

Единица наблюдения - каждый впервые в жизни установленный диагноз неэпидемического заболевания и зарегистрированный в данном году.

Учетные документы: «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (форма № 089/у); «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (форма № 090/у).

В случае выявления у больного запущенного онкологического заболевания заполняется форма № 248/у «Протокол на выявление у больного запущенной формы злокачественной опухоли (клиническая группа 1У)».

В связи с особенностями организации специализированной помощи населению устанавливать точный диагноз (подтверждать предварительный) неэпидемических заболеваний могут только врачи-специалисты, работающие либо в диспансере, либо в специализированных кабинетах других лечебно-профилактических учреждений (поликлиник, диагностических центров и др.).

Данные о неэпидемических заболеваниях сводятся в ведомости, а затем составляются отчеты-формы:

- ф. № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями»;
- ф. № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»;
- ф. № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой»;
- ф. № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами (без алкогольных психозов, алкоголизма, наркомании, токсикомании)»;
- ф. № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами».

**Показатели неэпидемической заболеваемости
и методика их вычисления**

Наименование показателя	Методика вычисления
Структура неэпидемических заболеваний (в %)	$\frac{\text{Число случаев заболеваний одной из нозологических форм} \times 100}{\text{Число случаев всех неэпидемических заболеваний}}$
Частота неэпидемических заболеваний (в целом, по отдельным заболеваниям)	Число случаев неэпидемических заболеваний $\times 1000$
	Среднегодовая численность населения, проживающего на данной территории

Госпитализированная заболеваемость

Госпитализированная заболеваемость – частота всех случаев заболеваний, зарегистрированных у выбывших больных из стационара за данный год (на 1000 населения).

Единица наблюдения – случай основного заболевания выбывшего больного из стационара (выписанного или умершего). Как правило, основным диагнозом является диагноз при выписке.

Учетный документ – «Статистическая карта выбывшего из стационара» (форма № 066/у), которая заполняется либо контролируется лечащим врачом на основании «Медицинской карты стационарного больного» (история болезни – ф. № 003/у). Данные о заболеваниях из «Статистических карт выбывшего из стационара» сводятся в «Отчет о деятельности стационара» (ф. № 14), где представлены сведения о составе больных в стационаре по нозологическим группировкам, возрастным группам (взрослые и подростки, дети).

**Показатели госпитализированной заболеваемости
и методика их вычисления**

Наименование показателя	Методика вычисления
Структура госпитализированной заболеваемости (в %)	Число случаев отдельных заболеваний у выбывших из стационара $\times 100$
	Общее число заболеваний у выбывших больных из стационара за год
Госпитализированная заболеваемость (уровень в целом, по отдельным заболеваниям)	Число случаев заболеваний у выбывших больных из стационара $\times 1000$
	Среднегодовая численность населения, проживающего на данной территории

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)

ЗВУТ – частота всех случаев и дней утраты трудоспособности вследствие заболевания, травмы либо других медицинских проблем, связанных со здоровьем, среди отдельных групп работающего населения.

Существует 2 метода изучения ЗВУТ:

- по форме 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности»;
- по данным полицейского учета постоянно работающего контингента.

Методика изучения ЗВУТ имеет следующие особенности:

- Акцент в организации изучения ВН (сбор информации, обработка и анализ) переносится на ЛПУ. Однако это не исключает изучение и анализ ЗВУТ на предприятиях, имеющих медико-санитарные части, либо другие формы ведомственного медицинского обслуживания.
- Вторая особенность заключается в применении показателей ЗВУТ: показатели ЗВУТ предполагается шире использовать для оценки качества медицинской помощи; организации экспертизы ВН.
- К сожалению, методика изучения ЗВУТ по ф. 16-ВН в поликлиниках и стационарах дает возможность анализировать состояние здоровья работающих контингентов только с учетом наиболее значимых биологических факторов (пола и возраста) на определенных территориях с разными уровнями организации и качества медицинской помощи, но без учета конкретных условий и особенностей характера труда.

Единица наблюдения – каждый законченный случай ВН в течение года у работающего в связи с заболеванием или травмой.

Основными учетными документами являются:

- листок нетрудоспособности (ф. 095у);
- книга регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036у);
- талон на законченный случай ВН (ф. 025-9у-96).

Отчетный документ

- Сведения о причинах временной нетрудоспособности за ... год (ф. 16-ВН).

Листок нетрудоспособности (ЛН) имеет статистическое, юридическое и финансовое значение, лицевая сторона бланка заполняется лечащим врачом (средним медицинским работником, имеющим лицензию), обратная – предприятием, где работает пациент.

Графы «диагноз и заключительный диагноз» не заполняются; в графе «причина нетрудоспособности» подчеркивается или записывается вид нетрудоспособности: заболевание, травма.

В разделе «освобождение от работы» записываются дни нетрудоспособности.

Общее число дней нетрудоспособности включает суммарное число дней по случаю независимо от количества выданных ЛН.

Талон на законченный случай ВН содержит, кроме паспортных данных о пациенте, сведения о причине ВН, в том числе заключительный диагноз с указанием шифра заболевания по МКБ-10.

Заключительным диагнозом является основное заболевание, послужившее причиной (поводом) временной нетрудоспособности.

Для определения «основного заболевания» необходимо помнить:

- а) о причинно-следственной зависимости; основным следует считать диагноз, который является начальным (первопричиной других болезней);
- б) при двух и более независимых хронических заболеваниях основным считается более тяжелое и длительно протекающее;
- в) инфекционное заболевание считается основным среди всех других;
- г) при хирургическом лечении основным считают заболевание, послужившее поводом к операции.

Все талоны собираются, шифруются, сводятся и разрабатываются либо статистиками ЛПУ, либо с помощью компьютерных технологий. Отчет «Сведения о причинах временной нетрудоспособности за ... год» предоставляются в бюро статистики управления здравоохранения.

На основании данных отчета по ф. 16-ВН, содержащих сведения о всех случаях и днях нетрудоспособности, можно, в основном, изучать структуру и уровни ВН в целом по всем видам ВН, по полу, возрасту, отдельным группам болезней, в динамике по годам, регионам.

Вместе с тем внедрение новых информационных систем и программ позволило получить полную информацию о временно нетрудоспособных лицах, что очень важно не только для установления причинно-следственных связей, но, прежде всего, для организации ведомственного и вневедомственного контроля качества оказания медицинских услуг, контроля экономических потерь в связи с заболеваниями, травмами и другими причинами.

На основе данной формы № 16-ВН может быть рассчитан ряд показателей, характеризующих заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

1. Число случаев нетрудоспособности на 100 работающих (всего, по отдельным классам, группам заболеваний, болезням, полу, возрасту):

$$\frac{\text{Число случаев нетрудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100$$

2. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих (всего, по отдельным классам, группам заболеваний, болезням, полу, возрасту):

$$\frac{\text{Число дней нетрудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100$$

3. Средняя длительность одного случая ВН как в целом, так и по отдельным причинам, заболеваниям:

Всего дней нетрудоспособности
Всего случаев нетрудоспособности

4. Показатель структуры случаев (дней) нетрудоспособности по причинам ВН:

Число случаев (дней) по определенной причине x 100
Всего случаев (дней)

4.1. Структура случаев (дней) ВН по заболеваниям (классам болезней):

Число случаев (дней) по определенному классу x 100
Всего случаев (дней) по всем болезням

5. Структура случаев ВН по полу и возрасту как в целом, так и по отдельным причинам, заболеваниям:

Число случаев ВН определенного пола, возраста x 100
Всего случаев ВН по стране в целом или заболевания

Число случаев ВН на 100 работающих (показатель частоты) указывает на уровень заболеваемости работающих. Число дней ВН на 100 работающих зависит от многих факторов, влияющих на длительность ВН и характеризует, в основном, тяжесть заболевания. Средняя длительность случая нетрудоспособности также отражает тяжесть заболевания и зависит от уровня экспертной оценки трудоспособности.

Изучать ЗВУТ нужно ежемесячно, только тогда можно выявить причины болезней.

Эти показатели надо сравнивать:

1. Показатели 1 цеха с другими цехами.
2. С показателями всего завода.
3. Со средними показателями по городу, области, республике.
4. С другими предприятиями такой же отрасли промышленности.
5. С другими предприятиями города.
6. Необходимо сравнивать показатели в динамике: например, апрель этого года с апрелем прошлого года или за прошлый месяц год.
7. По отдельным декадам месяца.

Заболеваемость в временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения. Поэтому, кроме социально-гигиенического она имеет и большое социально-экономическое значение.

Основной задачей анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности является разработка мероприятий по снижению заболеваемости работающих в каждом конкретном цехе, на участке, предприятии в целом.

Углубленное изучение ЗВУТ проводится по данным персонального учета. На каждого работника предприятия заполняется специальный учетный

документ («Персональная карта работающего»), в которой указываются паспортные данные, профессия и стаж работы (общей и в данной профессии).

В основе методики полицейского учета лежит способ «сцепки на одно лицо» нескольких «Талонов на законченный случай ВН» в течение года (3 лет) наблюдения в ЛПУ.

В течение года работниками лечебно-профилактических учреждений выкопировываются из больничных листов и вносятся в эти карты сведения о всех случаях утраты трудоспособности, каждым работающим с указанием диагноза и длительности освобождения его от труда.

Такая система учета позволяет проводить изучение заболеваемости не только по общим показателям, но и по специальным показателям, рассчитанным для отдельных возрастных, половых, профессиональных и стажевых групп. Кроме того, полицейский учет дает возможность рассчитать и проанализировать еще ряд дополнительных показателей, характеризующих заболеваемость в частности:

1. Процент болевших лиц как отношение числа работающих, имевших хотя бы один случай утраты трудоспособности в течение года (болеющие лица), к общему числу так называемых круглогодичных лиц, проработавших на данном предприятии весь год;

2. Распределение (в %) болевших лиц по числу случаев временной нетрудоспособности;

3. Показатель кратности острых заболеваний (грипп, ангина и др.) как отношение числа случаев нетрудоспособности (по поводу определенного заболевания у круглогодичных работающих) к числу лиц, страдающих этим заболеванием;

4. Показатель повторности обострений хронических заболеваний.

Использование персонального учета заболеваемости дает также возможность выделить группу длительно и часто болеющих рабочих и служащих, имеющих в течение года не менее 4-х случаев или 40 дней нетрудоспособности по однородным этиологически связанным между собой заболеваниям (или 6 и более случаев или 60 и более дней нетрудоспособности по неоднородным заболеваниям).

5. Заболеваемость, по данным медицинских осмотров

Медицинские или профилактические осмотры являются одной из форм лечебно-профилактической помощи, заключающийся в активном обследовании населения с целью выявления заболеваний. Медицинские осмотры дают наиболее полную информацию о всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих функционально компенсировано.

Виды медицинских осмотров

1. Предварительные (при поступлении на работу, учебу).

2. Периодические профилактические определенных контингентов в течение года.

3. Целевые (по выявлению определенной нозологической формы).

4. Профессиональные (определенных нарушений здоровья и болезней, связанных с профессией).

Все контингенты, подвергаемые предварительным и периодическим медицинским осмотрам, можно разделить на **три группы**:

1. Работники предприятий, учреждений и организаций, имеющие контакт с профессиональными вредностями.

2. Работники пищевых, детских и некоторых коммунальных учреждений, которые проходят бактериологическое обследование для выявления инфекционных болезней или бациллоносительства при поступлении на работу и впоследствии через определенные сроки, поскольку они могут стать источником массового заражения.

3. Дети всех возрастов, рабочие-подростки, учащиеся средних специальных учебных заведений, студенты.

Предварительные медицинские осмотры проводят при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут обостряться и прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы. Существует список заболеваний, являющихся противопоказаниями к работе и учебе по ряду профессий.

Основная задача **периодических медицинских осмотров** на производстве – выявление ранних признаков профессиональных заболеваний или отравлений, а также заболеваний, этиологически не связанных с профессией, но при которых продолжение контакта с данными профессиональными вредностями представляет опасность.

Министерство здравоохранения регламентирует порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров на производстве.

Целевые медицинские осмотры проводятся для раннего выявления ряда заболеваний (туберкулеза, злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, органов дыхания, гинекологических заболеваний и т. д.) путем одномоментных осмотров в организованных коллективах, либо путем осмотра всех лиц, обращающихся за медицинской помощью в ЛПУ.

Результаты медицинских осмотров фиксируются в «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф. 046/у), для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры, в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. 025/у), в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у), «Медицинской карте ребенка» (ф. 026/у) (для школ, школ-интернатов, детских домов, детских садов, яслей-садов), в «Медицинской карте студента вуза».

Списки составляются администрацией предприятия, которая должна заполнить первые 5 граф формы, и передаются в ЛПУ, проводящее осмотр. Все последующие записи делаются при осмотре.

«Карты диспансеризации» (ф. 131/у) фиксируют факт осмотра врачами «узких» специальностей и проведения лабораторных исследований. Ежегодно определяется группа здоровья для каждого прошедшего диспансеризацию, а

если выявлено заболевание, то ставится его диагноз, а также отмечается взятие под специальное наблюдение.

Для того, чтобы медицинский осмотр был достаточно эффективным, необходимо обеспечить его четкую организацию, привлечение высококвалифицированных специалистов, использование современной техники. Такие медицинские осмотры позволяют в среднем выявить у каждой 1000 обследованных дополнительно до 1200 заболеваний, по поводу которых больные не обращались к врачам. Так, в частности, на каждую 1000 обследованных дополнительно выявляется около 200 случаев сердечно-сосудистых заболеваний, болезни органов пищеварения возрастают в 2 раза.

Заболеваемость по данным о причинах смерти

Заболеваемость по данным о причинах смерти – частота случаев заболеваний, выявленных среди умерших и послуживших причиной смерти.

Единицей наблюдения является каждый случай смерти, зарегистрированный в медицинском статистическом документе за год.

Учетный документ – «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. № 106/у) и «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. № 106-2/у-98). Эти документы передаются в органы ЗАГСа, сводятся в ведомость.

Показатели заболеваемости по данным причин смерти и методика вычисления:

Структура причин смерти (в %) =

$$\frac{\text{Число случаев смерти по классам или нозологическим формам} \times 100}{\text{Число всех случаев смерти}}$$

Смертность населения (в целом, по отдельным заболеваниям) =

$$\frac{\text{Число случаев смерти в целом по классам или отдельным нозологиям} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность населения, проживающего на данной территории}}$$

Помимо общего показателя смертности, могут быть рассчитаны показатели смертности населения в зависимости от пола, возраста и других признаков.

Разработка данных, содержащихся в медицинских свидетельствах и смерти, существенно дополняет сведения об общей заболеваемости.

Исследования этой части заболеваемости позволяет выяснить, какие формы заболеваний явились причиной летальных исходов, наметить задачи и направления лечебно-профилактической работы по снижению смертности и увеличению долголетия.

Методика анализа показателей заболеваемости

Анализ структуры заболеваемости выявляет особенности (приоритетность) тех или иных заболеваний.

Если показатели заболеваемости представлены в динамике, то анализ необходимо проводить следующим образом.

1. Оценить показатель по уровню
2. Оценить динамику показателей заболеваемости (снижение, рост, стабилизация).
3. Сравнить со средними статистическими данными по региону и РФ за изучаемый год.
4. Указать факторы, влияющие на показатели.

Инвалидность населения

Под **инвалидностью** (лат. *invalidus* – слабый, немощный) понимают стойкое длительное нарушение трудоспособности, либо ее значительное ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием. Понятие «инвалидность» имеет медицинский, юридический и социальный аспекты. За установлением инвалидности следует прекращение работы или изменение условий и характера труда и назначение различных видов государственного социального обеспечения (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.), гарантированное законодательством.

Тяжесть инвалидности может быть различной: от ограничений трудоспособности в основной профессии до полной ее утраты во всех видах профессиональной деятельности. В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности установлены три группы инвалидности:

I группа инвалидности: стойкие и тяжелые нарушения функций организма, при которых больной утратил полностью постоянно или длительно трудоспособность и нуждается в посторонней помощи, уходе или надзоре. В некоторых случаях инвалиды первой группы приспосабливаются к отдельным видам труда в особо созданных условиях.

II группа инвалидности: значительно выраженные функциональные нарушения, которые не вызывают необходимость в постоянной посторонней помощи. Больные полностью и длительно нетрудоспособны: лишь в отдельных случаях больным разрешают труд в специально созданных условиях или на дому.

III группа инвалидности: значительное снижение трудоспособности вследствие хронических заболеваний или анатомических дефектов. Больные нуждаются в значительных изменениях условий труда в своей профессии, что приводит к сокращению квалификации. Кроме того, к этой категории относятся лица, которые не допускаются к выполнению работы по эпидемическим показаниям (например, при туберкулезе). Инвалидность III группы может устанавливаться ограниченно трудоспособным учащимся и лицам до 40 лет, нуждающимся в приобретении специальности, а также лицам с низкой квалификацией или не имеющим профессии (на период обучения или переобучения).

При освидетельствовании больного необходимо установить не только группу инвалидности, но и указать ее причину, т. е. социально-биологические условия, при которых возникла инвалидность.

Подробную статистическую информацию о инвалидности получают путем разработки «Актос освидетельствования» или «Статистических талонов» к акту. Талон содержит 17 пунктов, содержащих сведения о больном: пол, возраст, социальная категория, первичное или повторное освидетельствование, диагноз, группа инвалидности, причина инвалидности, трудоустройство, лечебное учреждение, направившее на место работы, должность и др. На основании статистической разработки рассчитываются следующие показатели инвалидности:

Первичная инвалидность (частота первичного выхода на инвалидность) =

Общее число рабочих и служащих за год,

впервые признанных инвалидами x 100

Общая численность рабочих и служащих

Данный показатель рассчитывается по районам, областям, краям, автономным образованиям, отраслям промышленности и т. д.

Структура первичной инвалидности =

Общее число рабочих и служащих за год,

впервые признанных инвалидами от данного заболевания

(данного возраста) x 100

Общая численность рабочих и служащих за год

признанных инвалидами

Структура первичной инвалидности рассчитывается по заболеваниям, возрастным группам, полу, социальной принадлежности и т. п.

Частота первичной инвалидности по группам инвалидности =

Число лиц, признанных инвалидами 1 группы

в течение года x 1000

Число работающих и служащих по территории проживания

или отрасли промышленности

Распределение первичной инвалидности по группам инвалидности =

Число лиц признанных инвалидами 1 гр. в течение года x 100

Число лиц, впервые признанных инвалидами за год

Общая инвалидность (частота, контингенты инвалидов) =

Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности

(контингенты инвалидов) x 10 000

Общая численность рабочих и служащих данной территории

Этот показатель рассчитывается по возрасту, причинам и группам инвалидности по различным территориям. Кроме того, он может быть рассчитан по формуле:

$$\frac{\text{Число инвалидов на начало года} \times 100}{\text{Число работающих на начало года}}$$

Данный показатель рассчитывается по возрасту, причинам, группам, категориям инвалидности.

Динамика инвалидности по группам =

$$\frac{\text{Показатель частоты инвалидности (первичной или общей) за данный год} \times 100}{\text{Показатель частоты инвалидности (первичной или общей) за предыдущий год}}$$

Изменение группы инвалидности при переосвидетельствовании =

$$\frac{\text{Число лиц, при переосвидетельствовании изменивших группу инвалидности} \times 100}{\text{Число инвалидов, прошедших переосвидетельствование}}$$

Удельный вес впервые вышедших на инвалидность среди контингентов всех инвалидов =

$$\frac{\text{Число впервые признанных инвалидами в данном году} \times 100}{\text{Общее число лиц, имеющих инвалидность на начало года}}$$

Удельный вес инвалидов с детства среди общего числа инвалидов =

$$\frac{\text{Число лиц, имеющих инвалидность с детства на начало года} \times 100}{\text{Общее число инвалидов на начало года}}$$

Органы здравоохранения в своей работе широко используют показатели инвалидности, выявляют их тенденции для определения состояния здоровья населения и разработки дальнейших мероприятий по реабилитации инвалидов.

Значение отдельных методов изучения заболеваемости.

Каждый из указанных выше методов изучения заболеваемости имеет свои особенности в отношении качества и значения собираемых на их основе данных. Так, при изучении заболеваемости на основе обращаемости в лечебно-профилактические учреждения преимущественно выявляются заболевания, по поводу которых больной обычно обращается тогда, когда он ощущает тот или иной симптом болезни или сам констатирует наличие болезненного процесса. Поэтому в заболеваемости по данным обращаемости преимущественно представлены острые заболевания, а хронические заболевания – в основном в

стадии обострения. Наоборот, в заболеваемости, выявляемой путем медицинских обследований и массовых профилактических осмотров, чаще выявляются болезни, протекающие без явных симптомов, особенно в начальных стадиях или в стадии компенсации, часто не обнаруживаемых самими больными (туберкулез, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, глистные инвазии и пр.). Учет ЗВУТ охватывает далеко не все заболевания, а только те, которые были причиной временной нетрудоспособности взрослого работающего населения.

Таким образом, ни один из этих методов в отдельности не может полностью охарактеризовать заболеваемость как в целом, так и по отдельным болезням. Каждый из них только в пределах своих возможностей дает представление о распространенности заболеваний. Следовательно, для того чтобы иметь наиболее полное и достоверное представление о заболеваемости населения, необходимо комплексное использование всех методов.

Самостоятельная работа. Изучение типового задания и вычислить показатели заболеваемости и распространенности отдельных заболеваний и оценить динамику их за двухлетний период.

В конце занятия преподаватель проверяет работу обучающихся.

Таблицы и другие пособия:

1. Схема изучения заболеваемости.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10).
3. Первичные документы, регистрирующие заболеваемость.

Контрольные вопросы

1. «Собственно заболеваемость», «болезненность», «патологическая пораженность», определение, примеры.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Методы и источники изучения заболеваемости.
4. Общая заболеваемость, методика изучения, характеристика.
5. Инфекционная (эпидемическая) заболеваемость, методика изучения.
6. Неэпидемическая заболеваемость, методика изучения.
7. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности, методика изучения.
8. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
9. Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности по данным персонального учета.
10. Госпитализированная заболеваемость, методика изучения.
11. Заболеваемость, выявляемая активно при проведении медицинских профилактических осмотров.
12. Заболеваемость, изучаемая на основе данных о причинах смерти.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медик В.А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, Юрьев В. К.. – 2-е изд., испр. и доп. – М. ; ГЭОТАР – Медиа, 2012, - С. 90-115.
2. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учебник; в 2 т. /под ред. В. З. Кучеренко – М. : ГЭОТАР- Медиа, 2013, Т. 1, - С. 90-115.
3. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник /Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп.. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебн. для студ./Под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. – М.: 2003. – С. 51-61.
5. Юрьев В. К., Куценко Г. И. (ред.) Общественное здоровье и здравоохранение. Санкт-Петербург, 2000. – С. 69-96.
6. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть 1. Общественное здоровье. – М.: 2003. – С.57-97.
7. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 52-66.
8. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 217-256.
9. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. Учебное пособие для практических занятий / Под ред. В. З. Кучеренко. – М.: 2006. – С. 26-58.
10. Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. (ред.) Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения. М.: 1984.– С. 143-144, 153-157