

**Методична розробка для лікарів – зі спеціальності «внутрішні
хвороби»**

ТЕМА: Основні показники здоров'я населення. Соціально-небезпечні епідемічні хвороби (серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання, цукровий діабет, ожиріння, туберкульоз). Профілактика, принципи диспансеризації

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

Актуальність теми: У ХХІ сторіччі досягнуті значні успіхи у виживанні людства. Смертність населення в цілому зменшується, середня очікувана тривалість життя значно підвищується. Цей процес нерівномірно розповсюджується по окремих країнах світу. В розвинених країнах світу більшість населення помирає з причин, пов'язаних з хронічними захворюваннями, хворобами системи кровообігу, злоякісними новоутвореннями. Більшість цих захворювань обумовлені розвитком цивілізації і їх значення невпинно зростає з кожним роком.

Навчальні цілі заняття:

ЗНАТИ:

- роль найважливіших хронічних захворювань у формуванні основних показників здоров'я населення в Україні та світі;
- сучасні тенденції «хвороб цивілізації»;
- вплив різних чинників на рівні показників захворюваності та смертності при соціально-небезпечних захворюваннях;
- систему організації лікувально-профілактичної допомоги хворим з соціально-небезпечними захворюваннями;
- диспансеризацію хворих з соціально-небезпечними захворюваннями.

ВМІТИ:

- розраховувати основні показники здоров'я населення;
- надавати лікувально-профілактичну допомогу хворим з соціально-небезпечними захворюваннями;
- проводити диспансеризацію пацієнтів з соціально-небезпечними захворюваннями.

Зміст

теми заняття

Показники здоров'я населення

В даний час розрізняють здоров'я населення (громадське здоров'я) і здоров'я індивіда (індивідуальне здоров'я).

Індивідуальне здоров'я - здоров'я окремої людини. Його оцінюють по персональному самопочуттю, наявності або відсутності захворювань, фізичному стану і т.д.

Групове здоров'я - здоров'я окремих спільнот людей: вікових, професійних і т.д.

Громадське здоров'я відбиває здоров'я індивідумів, з яких складається суспільство, але не є сумою здоров'я індивідумів. Навіть ВООЗ досі не запропонувало короткого і ємного визначення суспільного здоров'я. «Громадське здоров'я - такий стан суспільства, яке забезпечує умови для активного продуктивного способу життя, не стиснутого фізичними і психічними захворюваннями, тобто це те, без чого суспільство не може створювати матеріальні і духовні цінності, це і є багатство суспільства» (Ю.П.Лісіцин).

Потенціал громадського здоров'я - міра кількості та якості здоров'я людей і його резервів, накопичених суспільством.

Індекс громадського здоров'я - співвідношення здорового і нездорового способу життя населення.

Експерти ВООЗ при виробленні стратегії «здоров'я для всіх у ХХІ столітті» вибрали такі показники громадського здоров'я: % ВВП, що йде на охорону здоров'я; доступність первинної медико-санітарної допомоги; забезпеченість населення безпечним водопостачанням; % Осіб, підданих імунізації від інфекційних хвороб; стан харчування дітей, зокрема, % дітей, що народилися з низькою масою тіла (<2,5 кг); рівень дитячої смертності та середньої тривалості життя; рівень грамотності дорослого населення; частка ВВП на душу населення.

У міжнародній практиці для опису громадського здоров'я традиційно використовують:

1. комплекс демографічних показників: народжуваність, смертність (загальну, дитячу, перинатальну, младенческую, повозрастних), середню тривалість майбутнього життя;

2. показники захворюваності (загальної, за окремими віковими групами, для інфекційних, хронічних неспецифічних захворювань, окремих видів захворювань, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності і т. Д.);

3. показники інвалідності (загальної, дитячої, повозрастної, з причин);

4. рівень фізичного розвитку.

Здоров'я населення - здоров'я людей, що живуть на певній території.

До методів вивчення здоров'я населення відносяться: медико-статистичний, соціологічний (анкетування, інтерв'ювання, посімейно комплексне обстеження), експертний, організованого експерименту.

Для оцінки стану здоров'я населення використовують три групи показників:

I. Медичні.

II. Соціального благополуччя - демографічна ситуація, показники факторів навколишнього середовища, спосіб життя, рівень медичної допомоги.

III. Психічного благополуччя - захворюваність психічними розладами, частота невротичних станів і психопатій та ін.

До медичними показниками здоров'я населення відносяться: медико-демографічні, захворюваності та поширення хвороб (хворобливість), інвалідності та інвалідизації, фізичного розвитку населення.

Медико-демографічні показники, в свою чергу, поділяються на показники природного руху населення: народжуваність, смертність, природний приріст населення, середню тривалість майбутнього життя, брачність, плодючість - і показники механічного руху населення (міграція населення): еміграцію, імміграцію.

Показники природного руху населення. Народжуваність і смертність населення обчислюється на основі реєстрації кожного випадку народження і смерті у відділах реєстрації актів громадянського стану (РАЦС). Народження і смерть реєструються на спеціальних бланках «Акт про народження», «Акт про смерть», які, в свою чергу, складаються на підставі «Довідки про народження» і «лікарське свідоцтво про смерть».

Показник (коефіцієнт) народжуваності - число народжень на рік, що доводяться на 1000 чол

$$\text{Коеффициент рождаемости} = \frac{\text{Число рождений в год}}{\text{Численность населения}}$$

Середній показник народжуваності - 20-30 дітей на 1000 чол.

Показник (коефіцієнт) загальної смертності - число померлих на рік на 1000 чол

$$\text{Коеффициент общей смертности} = \frac{\text{Число умерших в год}}{\text{Численность населения}}$$

Середній показник смертності 13 ... 16 померлих на 1000 чол. Якщо смертність в старечому віці є наслідком фізіологічного процесу старіння, то смертність дітей є явище патологічне.

Дитяча смертність є показником соціального неблагополуччя, неблагополуччя здоров'я населення.

$$\text{Показатель детской смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте года в данном календарном году}}{\frac{2}{3} \text{ от числа детей, родившихся в данном году} + \frac{1}{3} \text{ от числа детей, родившихся в предыдущем году}}$$

Рівні дитячої смертності протягом 1-го року життя також нерівномірні: найбільш висока смертність припадає на 1-й місяць життя, а в 1-му місяці - на 1-й тиждень.

Особлива увага приділяється наступними показниками дитячої смертності (на 1000 чол.):

$$\text{Ранняя неонатальная смертность} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0...6 дней}}{\text{Число родившихся живыми}}$$

$$\text{Перинатальная смертность} = \frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми} + \text{число детей, умерших в возрасте 0...6 дней}}{\text{Общее число родившихся (живыми и мертвыми)}}$$

Термін «перинатальна смертність» означає смертність навколо пологів. Розрізняють антанатальную смертність (до пологів), интранатальную смертність (у пологах), постнатальную смертність (після пологів), неонатальну (протягом 1-го місяця життя) і ранню неонатальну (протягом 1-го тижня життя) смертності. Антанатальная і интранатальная смертності складають мертвонароджуваність.

Основними причинами перинатальної смертності є родові травми, вроджена аномалія розвитку, асфіксія і т.д. На рівень перинатальної смертності впливають такі чинники: соціально-біологічні (вік матері, її стан під час вагітності, наявність абортів в анамнезі, число попередніх пологів і т.д.), соціально-економічні (умови праці вагітної, матеріальне становище, сімейний стан, рівень і якість медичної допомоги вагітним та новонародженим).

На показники дитячої смертності, як показали дослідження, впливають такі групи чинників: соціально-економічні та визначається ними спосіб життя, політика в галузі охорони здоров'я, охорона здоров'я жінок і дітей, специфічні методи боротьби з дитячою смертністю, наступні з її медико-соціальних причин.

Дитяча смертність є найважливішим показником здоров'я населення (смертність дітей у віці до 1 року, що розраховується на 1000 народжених живими протягом одного року). Вона визначає більшу половину дитячої смертності, впливає на всі демографічні показники. Низький показник малюкової смертності становить 5 ... 15 дітей на 1000 чол. населення, середній - 16 ... 30, високий - 30 ... 60 і більше.

Природний приріст населення - різниця між народжуваністю і смертністю населення з розрахунку на 1000 чол. населення. В даний час в країнах Європи спостерігається зниження природного приросту населення за рахунок зниження народжуваності.

Середня тривалість майбутнього життя - число років, яке в середньому належить прожити даному поколінню народжених або числу однолітків певного віку, якщо припустити, що на всьому

протязі їх життя смертність буде такою ж, як в рік обчислення. Як впливає з визначення, цей показник розраховується за даними вікової смертності із застосуванням спеціальних таблиць смертності і статистичних методик обчислення. В даний час високим показником вважається 65 ... 75 років і більше, середнім 50 ... 65 років і низьким 40 ... 50 років.

Показником постаріння населення є частка осіб 60 років і старше. Високим постарінням населення вважається, якщо така вікова категорія складає 20% населення і більше, помірним постарінням - 5 ... 10%, низьким - 3 ... 5%.

Показники механічного руху населення. Механічний рух населення - пересування (міграція) окремих груп людей з одного району в інший або за межі країни. На жаль, за останні роки в межах вітчизни внаслідок соціально-економічної нестабільності, міжнаціональних конфліктів міграційні процеси прийняли стихійний характер, стали все більш поширеними. Механічний рух населення має великий вплив на санітарний стан суспільства. Внаслідок пересування значних мас людей створюється можливість поширення інфекцій. Мігранти є одним з основних об'єктів соціальної роботи.

Показники захворюваності. Розрізняють власне захворюваність - знову виникло захворювання в даному році і поширеність захворювання (хворобливість) - захворювання, знову виниклі в даному році і перейшли з попереднього року на даний момент. Види захворюваності наступні: загальна захворюваність, захворюваність з тимчасовою втратою працездатності, інфекційна захворюваність і т.д. Захворюваність населення показує рівень, частоту, поширеність усіх хвороб разом узятих і кожної окремо серед населення в цілому і його окремих групах за віком, статтю, професією і т.д.

Показники захворюваності визначаються відповідною цифрою на 1000, 10000 або 100 000 чол. населення.

Захворюваність має найважливіше значення у вивченні стану здоров'я населення.

Захворюваність вивчається на підставі аналізу медичної документації амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних установ: листків непрацездатності; карт хворих, які вибули із стаціонару; статистичних талонів для реєстрації уточнених діагнозів; екстрених повідомлень про інфекційні захворювання; свідоцтв про смерть і т. д. Вивчення захворюваності включає в себе також кількісну (рівень захворюваності), якісну (структуру захворюваності) та індивідуальну (кратність перенесених за рік захворювань) оцінку. Існують методи вивчення захворюваності за даними звертань, за даними медичних оглядів та причин смерті.

В даний час відбувається перетворення структури смертності та захворюваності: якщо минулого найбільш поширеними захворюваннями були інфекційні (саме вони складали головну причину смертності населення), то зараз переважають неінфекційні, тобто хронічно протікають захворювання - серцево-судинні, онкологічні, травми, нейропсихічні, ендокринні захворювання. Це пов'язано з досягненнями медицини в боротьбі з масовими інфекційними захворюваннями: вакцинацією, заходами щодо охорони праці і зовнішнього середовища (ліквідація природних вогнищ малярії, чуми і т.д.), санітарною освітою і т.д.

На першому місці за причинами смерті стоять серцево-судинні захворювання, потім онкологічні захворювання, і, нарешті, травми. У нашій країні серцево-судинні захворювання посідають перше місце серед причин інвалідності.

Зміни характеру захворюваності сприяє швидка зміна способу життя, що приводить до порушення адаптації людини в навколишньому середовищі. Виникла теорія хвороб цивілізації. Хронічні неепідемічні хвороби виникають тому, що цивілізація (зокрема, урбанізація) призводить до бурхливого наростання темпів життя, виринає людини зі звичних для нього умов життя, до яких він пристосовувався протягом багатьох поколінь, і людина залишається беззахисним перед темпами і ритмами сучасного життя. В результаті біологічні ритми людини, її здатності до адаптації перестають відповідати ритмам соціальним, тобто сучасні захворювання, наприклад серцево-судинні, прихильники теорії хвороб цивілізації розглядають як вираз непристосованості до середовища існування. Одне з найважливіших завдань соціального працівника - вдосконалення медико-соціальної адаптації, іншими словами, непрямим чином діяльність соціальних працівників сприяє зниженню захворюваності хронічними неепідемічними захворюваннями.

Показники інвалідності. Інвалідність - порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, вродженими дефектами, наслідками травм, що призводять до обмеження життєдіяльності. Показники інвалідності виявляються шляхом реєстрації даних медико-соціальної експертизи.

Показники фізичного розвитку. Фізичний розвиток - показник росту та формування організму - залежить не тільки від спадковості, але й від соціальних умов. Фізичний розвиток обстежуваних виявляється шляхом антропометричних і фізіометричних вимірювань росту, маси тіла, окружності грудної клітки, м'язової сили, відкладень жиру, рівня артеріального тиску, життєвої ємності легень. На підставі отриманих даних встановлюють стандарти фізичного розвитку для кожної віково-статевої групи. Стандарти служать для індивідуальної оцінки фізичного розвитку, яка проводиться на медичних оглядах.

Тестові завдання:

- 1. Означте призначення Карти обліку диспансеризації (ф.№131/о)?**
 - А)є основним документом
 - В)є оперативно-обліковим документом
 - С)призначена для обліку контингентів населення, яке підлягає періодичним медичним оглядам
 - Д)використовується для контролю за правильністю проведення, оформлення та якістю цих оглядів
 - Е)призначена для обліку проведення оглядів диспансеризованих контингентів
- 2. В яких медичних закладах ведеться Карта профілактичних флюорографічних досліджень (ф. № 052/о) ?**
 - А)всіма лікувально-профілактичними закладами
 - В)які мають флюорографи (стаціонарні чи пересувні)
 - С)які проводять профілактичні медичні огляди населення
 - Д)тільки амбулаторно-поліклінічними закладами
 - Е)лише в стаціонарах лікарень
- 3. З якою метою в ЛПЗ ведеться Карта профілактичних флюорографічних досліджень (ф. № 052/о)?**
 - А) з метою виявлення хворих на туберкульоз
 - В) з метою обстеження органів дихання
 - С) з метою записів результатів флюорографічних досліджень
- 4. В яких медичних закладах не заповнюється Контрольна карта диспансерного нагляду (ф. №030/о)?**
 - А)в усіх амбулаторно-поліклінічних закладах
 - В)протитуберкульозних
 - С)онкологічних
 - Д)психоневрологічних
 - Е)наркологічних
- 5. Виберіть показники здоров'я населення, які відповідають II групі показників здоров'я, згідно з класифікацією ВООЗ (непрямі)?**
 - А)фізичне здоров'я
 - В)захворюваність
 - С)якість води для пиття

Перелік питань до заліку з соціальної медицини та організації охорони здоров'я для лікарів інтернів за фахом «внутрішні хвороби»

1. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я як наука. Основні завдання соціальної медицини. Мета вивчення соціальної медицини та організації охорони здоров'я.
2. Показники здоров'я населення, що відповідають I групі показників здоров'я, згідно з класифікацією ВООЗ (прямі).
3. Показники здоров'я населення, що відповідають II групі показників здоров'я, згідно з класифікацією ВООЗ (непрямі).
4. Показники здоров'я населення, що відповідають III групі показників здоров'я, згідно з класифікацією ВООЗ (ключові).
5. Принципи, на яких побудована Міжнародна статистична класифікація МКХ-10.
6. Вкажіть, який з методів вивчення захворюваності забезпечує найбільш повний облік "хронічних" захворювань.
7. Визначте облікові документи, які дозволяють обчислити показники ЗТВП.
8. Вкажіть показники, які характеризують ЗТВП.
9. Провідним критерієм для відмінності тимчасової непрацездатності від стійкої є:
10. Склад МСЕК загального профілю (міських, міжрайонних, районних).
11. Критерії встановлення першої групи інвалідності.
12. Критерії встановлення другої групи інвалідності.
13. Критерії встановлення третьої групи інвалідності.
14. Які документи необхідні при направленні хворого на МСЕК.
15. Спеціальні показники смертності.
16. Обставини та фактори, що впливають на рівень загальної смертності.
17. Основні підрозділи стаціонару лікарні.
18. Вкажіть необхідні вихідні дані для розрахунку показника «оберт ліжка».
19. Основні завдання приймального відділення стаціонару.
20. Вкажіть необхідні вихідні дані для розрахунку показника «середня зайнятість ліжка».
21. Обліково-звітні документи стаціонару лікарні.
22. Вкажіть необхідні вихідні дані для розрахунку показника «середня тривалість перебування хворого на ліжку».
23. Кого направляють на лікування у денний стаціонар.
24. Потужність стаціонару визначається:
25. Вкажіть необхідні вихідні дані для розрахунку показника «рівень госпіталізації».

**Автор: ст. викладач кафедри,
Заслужений лікар України
Черешнюк Г. С.**

**Затверджено на засіданні кафедри
Протокол № 2**

«30» _____ 2018 р.

Список використаної літератури:

1. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»
2. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутітус. – 2010. – 629с.
3. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.
4. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під за. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680с.

Автор: ст. викладач кафедри,
Заслужений лікар України
Черешнюк Г. С.

«30» 08 2018 р.

Затверджено на засіданні кафедри
Протокол № 2