

Кубанский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины
Заведующий кафедрой профессор доктор медицинских наук

Редько Андрей Николаевич



ЛЕКЦИЯ



Заболеваемость. Методы изучения заболеваемости.

Краснодар - 2014

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

- 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.

- **"Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем": история создания, принципы построения, особенности МКБ 10-го пересмотра, значение в работе врача.**

Международная классификация болезней (МКБ) -

- это система группировки болезней и патологических состояний, отражающих современные этапы медицинской науки.
- Первая МКБ в виде перечня причин смерти была предложена Бертильоном в 1893 году и принята Международным статистическим институтом. В 1900 году в Париже на международной конференции с участием 26 государств эта классификация утверждена в качестве международной и принято решение о пересмотре ее каждые 10 лет. В соответствии с этим решением пересмотры классификации были в 1909, 1920, 1929 и последующих годах.
- **Всего МКБ пересматривались 10 раз.** Последний пересмотр состоялся на Международной конференции по Десятому пересмотру МКБ, проведенной ВОЗ в 1983 году Женеве. По рекомендации ВОЗ Десятая международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, вступила в силу 1 января 1989 года.

- МКБ является переменнo-осевой классификацией. Ее схема заключается в том, что для всех практических и эпидемиологических целей статистические данные о болезнях должны быть сгруппированы следующим образом:
 - эпидемические болезни;
 - конституционные или общие болезни;
 - местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
 - болезни, связанные с развитием;
 - травмы;
- МКБ 10 состоит из 3 томов: том 1 содержит основную классификацию, том 2-инструкцию по применению пользователей МКБ, том 3-представляет собой Алфавитный указатель к классификации.

Целью МКБ является

- создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

Данные о заболеваемости получают из следующих

ИСТОЧНИКОВ:

- по данным обращаемости (в медицинские учреждения);
- по результатам медицинских осмотров;
- по данным о причинах смерти;
- по результатам опроса (вспомогательный метод).

Заболеваемость представляет собой сложную систему взаимосвязанных понятий:

- ***Собственно заболеваемость*** (первичная заболеваемость, incidence) - частота новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний.

Распространенность

- (болезненность, накопленная заболеваемость, prevalence) - частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году.

Общая и первичная заболеваемость населения (на 1000 чел.
соответствующего возраста)

(Среднестатистические показатели: * по МО Краснодарского края)

№ п/п	Название показателей	Алгоритм расчета показателей	МО *
1.1.	Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) населения (всего, детей, взрослых)	[Число всех зарегистрированных больных (всего, детей, взрослых) с <u>данным заболеванием</u>] x 1000 Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)	1718,41
1.2.	Первичная заболеваемость населения (всего, детей, взрослых)	[Число зарегистрированных больных (всего, детей, взрослых) с диагнозом, <u>установленным впервые в жизни</u>] x 1000 Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)	1312,26

Патологическая пораженность

- (частота заболеваний, выявленных при осмотрах, point prevalence) - частота патологии среди населения, выявляемая при проведении единовременных медицинских осмотров (обследований), в результате которых учитываются все заболевания, а также преморбидные формы и состояния.

В статистике заболеваемости принято выделять:

- 1) общую заболеваемость (по данным обращаемости, по данным медицинских осмотров, по анализу причин смерти);
- 2) инфекционную заболеваемость;
- 3) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями;
- 4) госпитализированную заболеваемость;
- 5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

ВОЗ указывает,

что каждый показатель заболеваемости должен соответствовать ряду требований:

- 1) быть надежным;
- 2) объективным;
- 3) чувствительным;
- 4) точным.

Общая заболеваемость по данным обращаемости

- Учет всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за медицинской помощью, ведется во всех медицинских учреждениях.
- 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 1 раз в году, обострения хронических заболеваний в этом году повторно как заболевания не учитываются.

Учет заболеваемости по данным обращаемости ведется на основании разработки

- «Статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф. 025-2/у).
- Талон заполняется на все заболевания и травмы, кроме острых инфекционных заболеваний, во всех поликлиниках, амбулаториях в городах и сельской местности.

- В специализированных учреждениях (психоневрологических, онкологических и противотуберкулезных) «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф. 025-2/у) не заполняется, а в кожно-венерологических заполняется только на больных кожными заболеваниями.
- В зависимости от системы организации работы в поликлинике талоны заполняются по окончании приема врачами или медицинскими сестрами по указанию врачей или централизованно статистиком учреждения по данным переданных ему с приема «Медицинских карт амбулаторного больного», «Истории развития ребенка» и т. д.

- С 1997 года вместо системы учета по «Статистическим талонам...» в соответствии с приказом МЗ РФ стала постоянно внедрена новая методика учета заболеваемости по законченному случаю обслуживания с автоматизированной обработкой первичной медицинской документации. Это система пока вводится только в тех учреждениях, которые в должной мере обеспечены вычислительной техникой. В этом случае заполняется «талон амбулаторного пациента» (ф. 025—10/у—97).

- «Талон амбулаторного пациента» заполняется лечебно-профилактическими учреждениями (подразделениями), осуществляющими амбулаторный прием, использующими систему учета по законченному случаю поликлинического обслуживания.

Под **законченным случаем**

- в амбулаторно-поликлинических учреждениях понимают объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, ремиссия или больной направляется в больницу либо в специализированное медицинское учреждение (диспансер и т. д.). Случай смерти пациента также относится к законченному случаю.

«Талон амбулаторного пациента» и его автоматизированная обработка позволяют осуществлять:

- - учет и формирование регистра населения, обслуживаемого амбулаторно - поликлиническим учреждением;
- - сбор и формирование статистической информации по законченному случаю, оказанным медицинским услугам, временной нетрудоспособности, фармакологическим средствам и изделиям медицинского назначения, выписанным льготным категориям граждан;
- - учет и ведение страхового полиса медицинского ОМС;
- - систему расчетов за оказанную медицинскую помощь.

Показатели заболеваемости по данным обращаемости

- **1. Первичная заболеваемость (собственно заболеваемость, *incidence*):**
- Число первичных обращений по поводу заболеваний, впервые выявленных в данном году $\cdot 1000$

Средняя численность населения

2. Распространенность заболеваний (болезненность, prevalence):

- Число первичных обращений по поводу заболеваний, выявленных в данном году и в предыдущие годы $\cdot 1000$

Средняя численность населения

- **3. Показатель первичной заболеваемости по данному заболеванию:**
- Число первичных обращений по поводу данного заболевания,
- впервые выявленного в отчетном году · 1000

Средняя численность населения

- **4. Показатель распространенности данного заболевания:**
- Число первичных обращений по поводу данного заболевания,
- выявленного в данном году и в предыдущие годы $\cdot 1000$

Средняя численность населения

- ***5. Показатель структуры первичной заболеваемости:***

- Число первичных обращений по поводу определенного заболевания, впервые выявленного в данном году. 100%

- -----

Число первичных обращений по поводу всех заболеваний,

- впервые выявленных в данном году

6. Показатель структуры распространенности заболеваний:

Число первичных обращений по поводу
определенного
заболевания, впервые выявленного в данном
году и в
предыдущие годы $\cdot 100\%$

- Число первичных обращений по поводу всех заболеваний, впервые выявленных в данном году и в предыдущие годы

7. Длительность заболевания:

- рассчитывается с момента возникновения заболевания, с момента начала данного случая (обострения хронического заболевания).

Число дней лечения больного с
данным заболеванием · 1000

Число случаев данного заболевания

8. «Индекс здоровья»

- (принято рассчитывать в педиатрической практике для отдельных возрастных групп):

«Индекс здоровья» детей до 1 года:

- Число детей до 1 года, ни разу не обратившихся по поводу заболевания ·
100

Число детей, достигших 1 года

- Кроме того, рассчитывается удельный вес детей, перенесших то или иное число заболеваний за год. По числу заболеваний, перенесенных за год, выделяют редко болеющих, часто болеющих, по числу и длительности заболеваний выделяют группу длительно и часто болеющих детей (ЧДБ), однако эти понятия весьма относительны и различны для отдельных возрастных групп.

По наличию и тяжести заболеваний выделяют 5 групп здоровья детей:

- 1 группа - практически здоровые;
- 2 группа - имеются функциональные отклонения;
- 3 группа - хронические заболевания в состоянии компенсации;
- 4 группа - состояние субкомпенсации;
- 5 группа - состояние декомпенсации.

- При анализе заболеваемости по данным обращаемости следует помнить, что она не отражает истинную картину состояния здоровья населения, так как полностью зависит от обращаемости населения. На обращаемость, в свою очередь, оказывает влияние доступность медицинской помощи, медицинская активность населения и другие факторы. Кроме того, в настоящее время население имеет возможность получать медицинскую помощь, помимо территориальных, в ведомственных учреждениях, частных клиниках и у частнопрактикующих врачей.

- Заболеваемость по данным обращаемости зависит и от квалификации врачей. Поэтому этот вид заболеваемости в территориальных учреждениях имеет лишь местную, организационную роль. Наиболее точные, полные и исчерпывающие данные об общей заболеваемости дают специальные медицинские осмотры, которые должны дополнять сведения по данным обращаемости.

Заболеваемость по данным медицинских осмотров.

- Медицинские, или профилактические осмотры являются одной из форм лечебно-профилактической помощи, заключающейся 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.

- Медицинские осмотры разделяют на: предварительные, периодические, целевые и комплексные.
- Все контингенты, подлежащие 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 инспекционных 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.*

- Имеется перечень опасных и вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, при работе с которыми необходимо обязательное прохождение профилактических осмотров и указана их частота. Периодичность осмотров зависит от агрессивности и потенциальной опасности действующих факторов.
- Министерством здравоохранения определен круг врачей узких специальностей, участвующих в проведении осмотров, перечень обязательных лабораторных и функциональных исследований, список медицинских противопоказаний к допуску на работу, связанную с опасными веществами и неблагоприятными факторами, а также в целях безопасности труда.

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 лечебно-профилактические учреждения.
- Врачи территориальных поликлиник, диспансеров, поликлиник учебных заведений проводят предварительные периодические медицинские осмотры. Целевые осмотры осуществляют врачи узких специальностей поликлиник, диспансеров, специализированных больниц, научно-исследовательских учреждений и т. д. В сельской местности важную роль при проведении медицинских осмотров играют выездные бригады специалистов.

- 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».
- В небольших лечебно-профилактических учреждениях, где нецелесообразно создание специальных картотек осмотренных, вместо ф. 047/у могут заполняться «Списки лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (ф. 048/у).

- Списки составляются администрацией предприятия, которая должна заполнить первые 5 граф формы, и передаются в лечебно-профилактическое учреждение, проводящее осмотр. Все последующие записи делаются при осмотре. Формы списка могут использоваться также для записи лиц, обратившихся индивидуально для профилактического осмотра. В этом случае все записи производятся в лечебно-профилактическом учреждении.

«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.
- Перечисленные выше документы позволяют не только получить точное представление о распространенности патологии среди населения, но и определить динамику изменения, эффективность проводимого лечения и организационных мероприятий за ряд лет.

- Как показывают специальные исследования, в условиях современного здравоохранения далеко не везде есть возможность обеспечить осмотр всех групп населения высококвалифицированными специалистами узкого профиля, нет необходимого количества современной техники.
- При проведении профилактических осмотров детей нет возможности обеспечить присутствие родителей, что не позволяет получить необходимый объем анамнестической информации.

Показатели заболеваемости по данным медицинских осмотров

- *1. Показатель частоты выявления хронических заболеваний при медицинских осмотрах (патологическая пораженность, pointprevalence):*

- Число выявленных при медицинских осмотрах

хронических заболеваний · 1000

Общее число осмотренных

- **2. Показатель структуры патологической пораженности:**

- Число случаев выявления при медицинском осмотре

данного хронического заболевания · 100%

Общее число выявленных при медицинском

осмотре хронических заболеваний

3. Удельный вес лиц, признанных при медицинском осмотре практически здоровыми:

- Число лиц, признанных при медицинском осмотре практически здоровыми · 100%

Общее число осмотренных

Госпитализированная заболеваемость

- Госпитализированной заболеваемости отводится важное место в статистике здравоохранения. Единицей учета в данном случае является случай госпитализации больного в стационар, а учетным документом - «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у).
- «Статистическая карта выбывшего из стационара» составляется на основании «Медицинской карты стационарного больного» (ф. 003/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем).

- Карта составляется одновременно с записью эпикриза в «Медицинской карте стационарного больного» лечащим врачом на всех выбывших из стационара (выписанных или умерших), в том числе и родильниц выписанных после нормальных родов. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся или заболевших в стационаре.

- В карте отражаются основные сведения: о длительности лечения больного в стационаре, диагнозе основного и сопутствующего заболевания, сроке, характере и эффективности хирургической помощи, исходе заболевания и др.
- Карты обеспечивают наиболее рациональную разработку сведений для составления соответствующих разделов отчета.
- При переводе больного из одного отделения в другие той же больницы карта выбывшего больного заполняется в отделении, из которого выбыл больной.
- В тех случаях, когда в карте указаны два и более диагнозов заболеваний, в отчете больной относится к каждому из этих заболеваний, послужившему основной причиной госпитализации.

- «Карта выбывшего из стационара» должна быть подписана врачом. Карта не заполняется на больных, переведенных в другие стационары.
- На картах больных, госпитализированных по поводу несчастных случаев, отравлений и травм, должна быть сделана пометка о виде травм: производственная, бытовая, уличная, дорожно-транспортная, школьная, спортивная.

- Госпитализированная заболеваемость психическими расстройствами изучается на основании разработки «Статистических карт выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара» (ф. 066/у). Эти карты имеют свои особенности заполнения. Ф. 066-1/у - заполняется на всех выбывших из стационара в течение отчетного года и на всех оставшихся в стационаре по состоянию на 31 декабря отчетного года.

- Они заполняются во всех психиатрических, психоневрологических, наркологических, психосоматических больницах (отделениях). Заполнение данной статистической карты должно производиться одновременно с заполнением «Медицинской карты стационарного больного», после чего она вкладывается в медицинскую карту и хранится в отделении до момента выписки (выписки) больного. При выписке больного, в карте выписавшего заполняются все ранее не заполненные пункты.
- В течение отчетного года «Карты выписавшего из стационара» собираются и хранятся в отдельном месте, а по окончании календарного года используются для составления отчета (ф.1).

Показатели госпитализированной заболеваемости

- *1. Показатель частоты
госпитализации:*

Число госпитализированных за год · 1000

Среднегодовая численность населения

- Аналогично рассчитывается частота госпитализации по поводу конкретного заболевания. Рассчитываются также показатели госпитализированных по полу, возрасту, месту жительства, профессии.
- Например: *частота госпитализации детей в возрасте от 3 до 6 лет:*
 -
 - Число детей в возрасте 3-6 лет,
 - госпитализированных за год
 - ----- · 1000
 - Средняя численность детей в возрасте 3-6 лет

- **2. Показатель структуры госпитализированных по заболеваниям:**
- Число госпитализированных по поводу данного заболевания · 100%

Число всех госпитализированных

- По показателям госпитализированной заболеваемости нельзя судить о распространенности того или иного вида патологии, однако они позволяют судить о характере и объеме медицинской помощи, продолжительности лечения. Сравнение данных обращаемости и госпитализации дает возможность ориентироваться в отборе на госпитализацию по отдельным заболеваниям. Госпитализированная заболеваемость дает представление о наиболее тяжелой патологии, определяет отбор на госпитализацию, связана с обеспеченностью больничными койками и отражает организацию и преемственность больничной и внебольничной помощи.

- ***Инфекционная заболеваемость.*** С целью проведения текущих и перспективных медико-организационных мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями в стране действует строгая система контроля за инфекционной заболеваемостью.
- О каждом случае обнаруженного инфекционного заболевания обязательно должны быть оповещены органы Госсанэпиднадзора. Список обязательных для извещения инфекционных заболеваний определен МЗ РФ.

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 Госсанэпиднадзора (туберкулез, сифилис, гонорея, трахома, грибковые заболевания, лепра). Информация об этих заболеваниях собирается системой специализированных лечебно - профилактических учреждений;
- 3) заболевания, о которых лечебно-профилактическое учреждение представляет 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 местные органы санэпиднадзора, с приведением детальных сведений о заболевании (брюшной тиф, паратифы, 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.).
- В отношении каждой из этих групп заболеваний существует своя система сбора и обработки данных.

- *Карантинные болезни* - это условное название группы инфекционных болезней, характеризующихся высокой контагиозностью и высокой летальностью, к которым применяются международные карантинные ограничения в соответствии с международными медико-санитарными правилами. В случае выявления карантинных заболеваний применяются меры экстренного противоэпидемического характера, вплоть до создания чрезвычайных противоэпидемических комиссий (ЧПК).

- В случае обнаружения заболеваний 2 и 4 группы заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. 058/у). «Экстренное извещение» составляется врачами (1 экземпляр) и средним медицинским персоналом (2 экземпляра) лечебно-профилактических учреждений всех ведомств, медицинским персоналом школ, детских домов, детских дошкольных учреждений в случае выявления инфекционного заболевания (подозрения на него), острого пищевого, профессионального отравления, необычной реакции на прививку независимо от условия выявления: при обращении за лечением, профилактическом осмотре, обследовании в стационаре, на секции и т.д.
- Этот документ служит для информации органов санэпиднадзора по месту обнаружения заболевания с целью принятия необходимых мер.

- Для учета и контроля движения извещений в лечебно-профилактических учреждениях и органах санэпиднадзора имеются специальные журналы (ф. 060/у), в которых ведется запись отправленных и полученных извещений.
- Форма извещения и журнал содержат только основную информацию, необходимую для оперативного сигнала: диагноз, сведения о больном, дату возникновения заболевания, сведения о госпитализации и других проведениях в очаге мероприятий.
- Помимо оперативных на основании извещений и журналов органами санэпиднадзора ежемесячно составляет отчет «О движении инфекционных заболеваний» (ф. 85-инф.), который является единственным источником информации для вышестоящих организаций об инфекционной заболеваемости.

- О заболеваниях 3 группы органы санэпиднадзора получают информацию из лечебно-профилактических учреждений на основании ф. 95 - грипп. Эта форма содержит лишь суммарные сведения о числе зарегистрированных заболеваний ОРВИ и грипп.
- Кроме ф. 058/у для детального анализа инфекционной заболеваемости используется «Карта эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний» (ф. 357/у).

Показатели инфекционной заболеваемости

- **1. Частота выявления
инфекционных заболеваний:**

Число выявленных инфекционных заболеваний
на данной территории · 100.000

Средняя численность населения данной тер
ритории

- **2. Частота госпитализации инфекционных больных:**

- Число госпитализированных инфекционных больных · 100

- -----

Средняя численность населения

- **3. Показатель охвата инфекционных больных госпитализацией:**

Число госпитализированных инфекционных больных
----- · 100%

- Число выявленных инфекционных больных

- **4. Показатель очаговости:**

- Число выявленных инфекционных больных данным за
болеванием

Число очагов данного заболевания

- Кроме того, для целого ряда инфекционных заболеваний целесообразно рассчитать сезонность. В основу разработки сезонности берутся данные о числе заболеваний по месяцам, рассматриваются динамические кривые по абсолютным данным и месячным показателям. Иногда может быть использовано распределение годового числа заболеваний по месяцам (в процентах). Правильнее для изучения сезонности использовать показатели сезонных колебаний, представляющие отношение среднедневных месячных данных к среднегодовым, и изображенные в виде радиальной диаграммы.

- ***Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями.*** Наряду с обязательным учетом инфекционной заболеваемости проводится специальный учет важнейших неэпидемических болезней, к которым относятся: туберкулез, венерические заболевания, микозы, трахома, злокачественные новообразования, психические болезни и другие. Некоторые из них учитываются и как инфекционные заболевания (ф. 058/у), и как важнейшие неэпидемические болезни. Организация специального учета ряда заболеваний связана с тем, что, как правило, эти заболевания требуют раннего выявления, всестороннего обследования больных, взятия их на диспансерный учет, постоянного наблюдения за ними и специального лечения, а в ряде случаев и выявления контактов.

- При обнаружении данных заболеваний, заполняется «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (ф. 089/у) или «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (ф. 090/у).
- Форма 089/у составляется врачами всех лечебно - профилактических учреждений системы здравоохранения и других ведомств, независимо от их специальности и места работы (в больницах, поликлиниках, санаториях и т.д.), и условий выявления заболеваний (при обращении, при профилактическом осмотре, обследовании в стационаре и т.д.) на всех больных, у которых впервые в жизни выявлено данное заболевание.

- Средний медицинский персонал составляет извещение только на больных чесоткой, при всех других заболеваниях больной направляется к врачу, который и составляет извещение в случае подтверждения диагноза.
- Извещение о больных активном туберкулезом составляются в случае обнаружения впервые в жизни активного туберкулезного процесса у лиц, состоящих под наблюдением противотуберкулезного учреждения, в случаях выявления туберкулеза при вскрытии умерших, у которых заболевание активным туберкулезом не было диагностировано при жизни.

- Заболевания некоторыми венерическими и грибковыми заболеваниями, чесоткой могут возникать неоднократно в течение жизни больного. В этом случае каждое новое заболевание следует рассматривать как впервые диагностированное и составлять на него извещение.
- Составленные извещения в трехдневный срок пересылаются в районный (городской) диспансер (кабинет ЦРБ или при отсутствии его непосредственно в ЦРБ) по месту жительства больного для использования в оперативных целях.
- По окончании месяца кожно-венерологические и противотуберкулезные учреждения пересылают полученные извещения, составленные в самих специализированных диспансерах (кабинетах) в областной диспансер, где они используются.
- Параллельно с системой оперативного учета этой группы заболеваний имеется взаимосвязанная с ней система учета контингентов, состоящих под наблюдением специализированных служб.

- **Показатели заболеваемости
важнейшими неэпидемическими
заболеваниями**

- ***1. Частота выявления неэпидемических
заболеваний:***

- Число впервые выявленных неэпидемических
- заболеваний

----- · 10.000 (100.000)

Средняя численность населения

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)

- Специальному учету и анализу подлежит заболеваемость с временной утратой трудоспособности, или заболеваемость работающих контингентов. Этот учет осуществляется по листкам нетрудоспособности. Однако в амбулаторно-поликлинических учреждениях, использующих систему учета по законченному случаю поликлинического обслуживания, сбор и формирование статистической информации о временной нетрудоспособности осуществляется посредством «Талона амбулаторного пациента».

- Работавшим может быть выдан листок нетрудоспособности в ЛПУ, как по месту жительства, так и по месту работы, а также в диспансерах, больницах и т.д.
- Существует две системы учета:
- 1) сигнальная система;
- 2) система последующего учета.
- При *сигнальной системе*, где бы ни был выдан листок нетрудоспособности работающему, лечащий врач обязан сразу сообщить об этом на место работы. Это можно сделать по телефону, либо посредством посылной карты. После того, как работающий выздоровел, он по месту работы сдает в бухгалтерию листок нетрудоспособности, а перед тем регистрирует его в здравпункте предприятия.
- Это лучший, наиболее точный и абсолютный учет, особенно во время эпидемий, вспышек гриппа. Он позволяет незамедлительно принять меры по профилактике заболеваний. Однако в крупных городах он мало приемлем.

- Наиболее широко используется система *последующего учета*, при которой листок нетрудоспособности по окончании заболевания сдается администрации предприятия, а затем этот документ переходит в ведение профсоюзных органов для составления отчета (ф.16-ВН – «Отчет о причинах временной нетрудоспособности»).
- Этот отчет предназначен для оперативных целей учета и анализа временной нетрудоспособности работающих.

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности

- **1. Число случаев временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год:**

-
- Число случаев временной утраты трудоспособности
- ----- · 100
- Средняя численность работающих

- **2. Число дней временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год:**

-
- Число дней временной утраты трудоспособности
- ----- · 100
- Средняя численность работающих

- **3. Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности:**

-
- $$\frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}$$
-

- **4. Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности:**

-
- $$\frac{\text{Число случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу данного заболевания}}{\text{Число случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу всех заболеваний}} \cdot 100\%$$
-

- Число случаев нетрудоспособности на 100 работающих (показатель частоты) указывает на уровень заболеваемости работающих.
- Число дней нетрудоспособности на 100 работающих зависит от многих факторов, влияющих на длительность нетрудоспособности и характеризует, в основном, тяжесть заболевания.
- Средняя длительность случая нетрудоспособности отражает тяжесть заболеваний и зависит от уровня экспертной оценки трудоспособности. Кроме того, этот показатель характеризует трудопотери – сколько в среднем, предприятие теряет из-за невыхода на работу по поводу какого-либо заболевания, или группы заболеваний.
- Показатель процента нетрудоспособности в большинстве зарубежных стран является основным, а иногда и единственным при характеристике заболеваемости рабочих. Он определяет основную долю рабочих из общего числа, в среднем в течение одного года не принимавших участия в производственном процессе вследствие болезни.
- Изучать ЗВУТ нужно ежемесячно, только тогда можно выявить причины болезней.

- Заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения. Поэтому, кроме социально-гигиенического, она имеет и большое социально-экономическое значение.
- В снижении ЗВУТ заинтересованы не только врачи, но и администрация предприятий и учреждений, инженерная служба, профсоюзная организация. Они должны принимать самое активное участие в анализе ЗВУТ, в выявлении ее причин и, по возможности, их устранении. В каждой организации составляется ежеквартальный отчет о временной нетрудоспособности и годовые отчеты.
- В отчет о заболеваемости с ЗВУТ включены не только заболевания. Отдельно учитываются и другие случаи нетрудоспособности. Учитывается нетрудоспособность в связи с беременностью и родами, карантин. Особое место занимает нетрудоспособность в связи с уходом за больным, в основном это уход за больным ребенком.
- Основной задачей анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности является разработка мероприятий по снижению заболеваемости работающих в каждом конкретном цехе, на участке, предприятие в целом.

Инвалидность (лат. invalidus — слабый, немощный)

- - это 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 факта 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.
- Различают два понятия - первичная инвалидность и общая инвалидность.

- ***Первичная инвалидность*** (иногда ее менее точно называют «первичный выход на инвалидность») - отношение числа лиц, впервые признанных инвалидами в данном календарном году, к населению в целом или к его отдельным группам (например, к общему числу рабочих и служащих); обычно этот годичный показатель вычисляется на 1000 человек.

- **Общая инвалидность** - наличие инвалидов в населении или в его отдельных группах, т. е. отношение всего числа инвалидов, и впервые признанных, и с ранее установленной инвалидностью на 1000 человек.
- Таким образом, эти понятия совершенно аналогичны определениям заболеваемости (и заболеваемость, и первичная инвалидность учитываются по моменту возникновения или, точнее, обнаружения и регистрации) или распространенности (болезненности). Распространенность, контингента больных, так же как и общая инвалидность, контингента инвалидов - это и все вновь возникшие случаи, и выявленные за прошедшие годы, т.е. по моменту наличия.

- Тяжесть инвалидности может быть различной: от ограничения 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:

Показатели инвалидности

-
- **1. Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения:**
-
- Число лиц трудоспособного возраста, впервые
- признанных инвалидами в отчетном году
- ----- · 10.000 (1000)
- Общая численность лиц трудоспособного возраста
-
- **2. Показатель первичной инвалидности детского населения:**
-
- Число детей до 18 лет, впервые признанных
- инвалидами в отчетном году
- ----- · 10.000 (1000)
- Общее число детей до 18 лет

- **3. Показатель структуры первичной инвалидности по заболеваниям (возрасту, социальной принадлежности):**

-
- Число лиц, впервые признанных инвалидами
- от отдельных заболеваний в отчетном году
- ----- · 100%
- Общее число лиц, впервые признанных
- инвалидами в отчетном году

- **4. Показатель структуры первичной инвалидности по группам инвалидности:**

-
- Число лиц, впервые признанных инвалидами
- 1 (2, 3) группы в отчетном году
- ----- · 100%
- Число лиц, впервые признанных инвалидами
- в отчетном году

- **5. Показатель общей инвалидности трудоспособного населения (распространенность инвалидности):**

-
- $$\frac{\text{Число инвалидов трудоспособного возраста}}{\text{Среднегодовая численность трудоспособного населения}} \cdot 10.000 (1000)$$
-

- **6. Показатель общей инвалидности детского населения (распространенность детской инвалидности):**

-
- $$\frac{\text{Число детей-инвалидов до 18 лет}}{\text{Среднегодовая численность детского населения до 18 лет}} \cdot 10.000 (1000)$$
-

- **7. Удельный вес лиц, впервые признанных инвалидами:**

-

- Число лиц, впервые признанных инвалидами
в отчетном году

- ----- • 100%

- Общее число инвалидов на начало отчетного года

-

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

- Инвалидность - это сложный многофакторный процесс, зависящий от лечебно-диагностической, профилактической деятельности лечебных учреждений, социальных, гигиенических и экологических факторов, производственных и бытовых условий и многих других моментов.

-

- Спасибо за внимание