

**Кировский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
экономики и управления**

Лекция

ВАЖНЕЙШИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ КАК МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА, ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Даты проведения: 14.04. (II поток), 16.04. (I поток)

Важнейшие болезни и их медико-социальное значение.

Виды патологии с позиций потребности в медицинской помощи и их социальной значимости подразделяются на заболевания, которые:

- 1) являются основными причинами потери трудоспособности;
- 2) приводят к жизненным ограничениям, включая инвалидность;
- 3) заболевания вызывающие кратковременные расстройства здоровья, но в виду массовости случаев, наносящие значительный экономический ущерб.

Социально-гигиеническое значение заболевания определяется высоким уровнем распространения, тяжестью и опасностью заболевания (высокий уровень смертности), значительными экономическими потерями общества в результате временной утраты трудоспособности и инвалидности.

В структуре заболеваемости, инвалидности и причин смерти населения значительное место занимают *сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, травматизм и туберкулез.*

Сердечно-сосудистые заболевания

В начале XXI века сердечно-сосудистые заболевания остаются основной медико-социальной проблемой в связи с высокой заболеваемостью, инвалидностью и смертностью.

Актуальность данной проблемы обусловлена:

- изменившейся структурой заболеваемости населения, в которой значительное место занимают сердечно-сосудистые заболевания;
- увеличением числа лиц пожилого возраста, у которых наиболее часто возникают ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь;
- постоянным увеличением числа лиц, занятых трудом, связанным с нервно-психическим напряжением.

Вклад болезней системы кровообращения в общую заболеваемость составлял в 2018 году 14,9% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний. В России в течение последних 10-15 лет наблюдается рост заболеваемости от сердечно-сосудистых заболеваний. Уровень заболеваемости на 1000 населения в 2018 году составлял 32,7 случая.

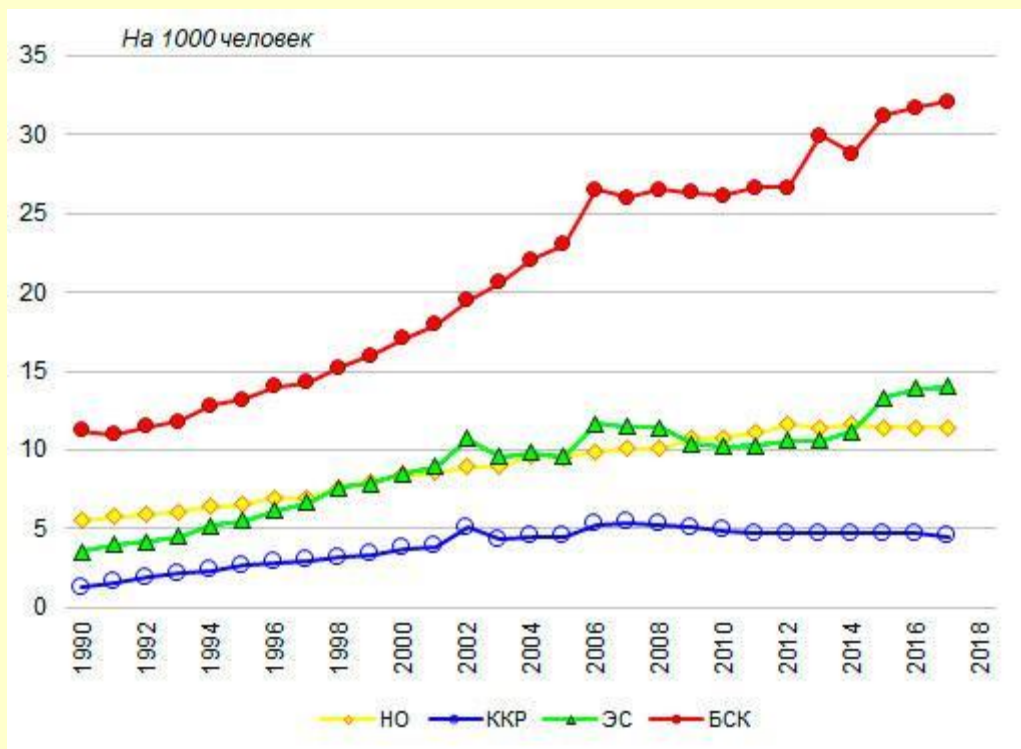


Рисунок 1. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2018 годы

В структуре общей заболеваемости БСК ведущая роль принадлежит артериальной гипертензии (31,8%), ишемической болезни сердца (25,3%) и цереброваскулярным болезням (24,9%).

Болезни системы кровообращения существенно ухудшают качество жизни и приводят к инвалидности, являясь одной из ее основных причин. Так, около трети (30,4%) людей в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами в 2018 году, получили инвалидность именно в связи с болезнями системы кровообращения. В предшествующие годы эта доля была еще выше, а в 2004-2005 годах превышала половину (до 55%) впервые признанных инвалидами. Впоследствии она стала быстро снижаться при одновременном росте доли людей, получивших инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями (более 32% в 2017 году против 11% в 2005 году и 13% в 2000 году).

Особого внимания заслуживает смертность от болезней системы кровообращения, которые обуславливают около половины смертей в России.

В последние годы вклад данного класса причин смертности в общую смертность населения России снижался, опустившись от 56,8% в 2010 году до 47,3% в 2017 году и 46,3% в 2018 году Тем не менее, болезни системы кровообращения остаются наиболее частой причиной смерти в России, как и в других более развитых странах мира.

Уровень смертности в 2018 году составлял 587,6 на 100 тыс. населения. Основными причинами смерти являются ишемическая болезнь сердца (47,6%) и цереброваскулярные болезни (36,5%).

При анализе показателей смертности в зависимости от пола и возраста следует отметить, что с возрастом смертность при всех сердечно-сосудистых заболеваниях возрастает.

Уровень заболеваемости по данным обращаемости у женщин в 1,5 раза выше чем у мужчин, при этом показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин преимущественно ниже, чем среди мужчин.

Уровень распространенности сердечно-сосудистых заболеваний имеет заметные колебания в разных регионах.

Это связано как с наличием различных факторов риска, так и с рядом социально-демографических показателей, которые отличаются на разных территориях.

Термин сердечно-сосудистые заболевания - собирательный, в него включается большая группа сердечно-сосудистой патологии, входящей в различные классы и рубрики МКБ.

К ним относятся:

- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением;
- ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда);
- цереброваскулярные болезни;
- ревматизм;
- эндартериит, тромбангиит облитерирующий.

Основными факторами, способствующими возникновению и развитию болезней системы кровообращения, росту сердечно-сосудистой патологии, является:

- *наследственность;*
- *возраст;*
- *возрастающий ритм жизни и связанная с ними нервно-психическая напряженность;*
- *малоподвижный образ жизни;*
- *недостаточные занятия физкультурой и спортом;*
- *нарушения в режиме труда, отдыха, питания;*
- *высокий уровень холестерина в крови;*
- *злоупотребление никотином и алкоголем.*

Хотя некоторые из основных факторов риска (наследственность, возраст) не поддаются изменению, других факторов можно избежать путем изменения привычек и образа жизни.

Среди основных изменяемых, т.е. управляемых факторов риска: табакокурение, высокий уровень холестерина в крови и физическая бездеятельность.

Сахарный диабет, ожирение и стресс являются отягощающими факторами риска, которые в сочетании с другими факторами могут повысить вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями при наличии одного фактора удваивается, а трех факторов риск заболеваемости возрастает в 10 раз.

По оценке ВОЗ, половину всех смертей, вызываемых ежегодно сердечно-сосудистыми заболеваниями, можно предотвратить.

Стратегию профилактики сердечно-сосудистых заболеваний можно разделить на программы работы с населением в целом и на клинические вмешательства лицам из групп высокого риска.

Специалисты ВОЗ подчеркивают, что самый практичный и наименее дорогостоящий путь профилактики - это не медицинский, а здоровый образ жизни.

Среди изменений, в образе жизни, которые помогают в предотвращении основных болезней системы кровообращения, следующие:

- **коронарная болезнь сердца** - прекращение курения, низкое содержание солей в питании, обезжиренное питание, физические упражнения, контролирование массы тела;
- **инсульт** - прекращение курения, низкое содержание солей в питании, контролирование массы тела;
- **повышенное кровяное давление** - низкое содержание солей в питании, физические упражнения, контролирование массы тела, ограниченный прием спиртного.

*В организации медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо сочетание лечебных мероприятий и профилактики. Наилучшим образом такому требованию отвечает **диспансерный метод**.*

*Организацию всей **диспансерной работы** с больными кардиологического профиля осуществляют **кардиологические диспансеры**.*

Основную роль в оказании амбулаторной помощи кардиологическим больным играют врачи поликлиник.

В крупных городских поликлиниках работают кардиологические кабинеты, их функции:

- анализ динамики заболеваемости, инвалидизации и смертности населения;
- анализ качества и эффективности диспансеризации и противорецидивного лечения;
- разработка плана лечебно-профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее улучшение медицинской помощи населению.

В задачи врачей кардиологических кабинетов входит:

- оказание консультативной помощи участковым врачам-терапевтам по выявлению и лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- диспансерное наблюдение наиболее сложных больных.
- контроль и анализ работы с больными с сердечно-сосудистой патологией.

Помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на дому, в поликлинике и в стационаре предусмотрена **гарантированным перечнем видов медицинской помощи, то есть программой по ОМС.**

Среди ограниченной группы мероприятий по профилактике заболеваний по этому перечню относится диспансеризация больных, перенесших острый инфаркт миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения.

Наиболее эффективная форма профилактической работы с пациентами – **Школа здоровья для больных с артериальной гипертонией**, задачами которой являются:

1. информирование больных о:

- риске, связанном с артериальной гипертонией;
- положительных результатах постоянного лечения с достижением целевых уровней артериального давления;
- немедикаментозных методах воздействия на артериальную гипертонию

2.обучение навыкам самоконтроля за артериальным давлением.

Злокачественные новообразования.

Второй острой проблемой современной медицины является злокачественные новообразования. Специалисты называют злокачественные новообразования «убийцей № 2», отмечая тем самым, что во многих странах мира злокачественные новообразования занимают второе место (после заболеваний системы кровообращения) среди причин смерти.

Прежде всего этим, а также высокими потерями вследствие преждевременной смертности и инвалидизации объясняется социально-гигиеническое значение таких заболеваний.

Кроме того, злокачественные новообразования характерны фатальной обреченностью для больных при многих локализациях. Если в начале XX века среди всех причин смерти в экономически развитых странах злокачественные заболевания составляли 3-7%, то в настоящее время на их долю приходится 14-20%.

Если в начале XX века среди всех причин смерти в экономически развитых странах злокачественные заболевания составляли 3 -7%, то в настоящее время на их долю приходится 14 -20%.

В значительной мере это объясняется более полным выявлением заболеваний в связи с улучшением врачебной диагностики и увеличением в составе населения доли лиц пожилого возраста, преимущественно поражаемых злокачественными новообразованиями.

При анализе материалов о заболеваемости злокачественными новообразованиями, а также о смертности от них обращает на себя внимания рост как абсолютного числа впервые заболевших, хронически больных и умерших, так и относительных величин.

Увеличение числа больных с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями определяется главным образом изменениями возрастного состава населения, улучшением диагностики заболеваний и более полным учетом заболевших.

Минздрав назвал регионы, в которых отмечены самые высокие показатели распространенности онкологических болезней.

Самая высокая частота распространенности рака зафиксирована в Курской области — 3331,1 случая (как впервые выявленной опухоли, так и ранее обнаруженной) на сто тысяч населения.

На втором месте — Республика Мордовия с показателем 3292,1 случая на сто тысяч человек.

Следом идут Краснодарский край (3235,2), Калужская (3231,4) и Псковская (3110,5) области.

В 2018 году средний показатель по стране составил 2562,1 случая на сто тысяч граждан. По данным ведомства, за последние десять лет заболеваемость выросла на 40%.

Общее число лиц, состоящих на диспансерном учете в онкологических учреждениях, составляет более 2 млн. человек (около 1,5% всего населения страны), доля сельских жителей составляет около 20%.

И уровень, и структура смертности от злокачественных новообразований находятся в тесной зависимости от пола и возраста.

У мужчин в структуре смертности первое место занимает рак органов дыхания, второе - рак желудка и третье - пищевода.

У женщин: первое место - рак желудка, второе - молочной железы, третье - рак шейки матки.

Смертность от рака у мужчин значительно выше, чем у женщин.

Показатель смертности от злокачественных новообразований интенсивно растут с увеличением возраста, что отражает возрастные особенности заболеваемости.

Главным звеном в осуществлении специализированной помощи являются **онкологические диспансеры**.

Такие диспансеры, которые оказывают все виды специальной помощи в том числе, и стационарной, организованы в областных центрах и крупных городах.

При ЦРБ, в других городах и в городских районных поликлиниках организованы **онкологические диспансерные отделения или кабинеты**.

Онкологические диспансеры имеют следующие задачи:

- организация раннего выявления больных;
- высококвалифицированное и специализированное лечение;
- организовано-методическое руководство по вопросам онкологии всеми лечебно-профилактическими учреждениями на территории деятельности диспансера;
- внедрение наиболее эффективных методов диагностики и лечения рака в практику лечебных учреждений;
- контроль за лечением больных в лечебных учреждениях;
- изучение и анализ случаев позднего выявления больных;
- организация профилактических осмотров населения;
- оказание помощи органам здравоохранения в разработке планов противораковой борьбы.

Все контингенты онкологических больных, подлежащих диспансеризации делят на следующие группы учета:

1а – больные с подозрением на рак;

1б - предрак;

2 - больные, подлежащие специальному лечению;

2а - больные, подлежащие радикальному лечению;

3 - практически здоровые;

4 - больные в запущенные стадии, требующие интенсивного лечения.

В лечении онкологических больных большой успех достигается там, где имеет место раннее выявление таких больных, а это возможно лишь при активном участии всех лечебно-профилактических учреждений и, прежде всего, поликлиник.

Для раннего выявления злокачественных новообразований имеется две предпосылки: особая онкологическая настороженность врачей всех специальностей и населения, организация и проведение целевых медицинских осмотров населения.

Обязательным разделом работы с онкологическими больными любого лечебного учреждения является анализ запущенных случаев выявления рака.

Изучение причин позднего выявления таких больных свидетельствует, что такими являются:

- в 40-50% позднее обращение больного за медицинской помощью;
- в 35-40% - скрытое, асимптоматическое течение заболевания;
- до 20% - неправильная диагностика.

Важным показателем работы с онкологическими больными является показатель **одногодичной летальности**, т.е. смерти больных раком в первый же год выявления заболевания (на 100 больных).

В течение последних десяти лет наметилась положительная тенденция к снижению этого показателя (2003 год – 33,2%, 2018 год – 30,8).

Существуют два основных принципа профилактики рака:

- 1) изучение канцерогенных веществ и устранение контакта человека с ними - ликвидация профессиональных вредностей на производстве, мероприятия против загрязнения окружающей среды, строгий санитарно-гигиенический контроль воды и продуктов питания.
- 2) раннее выявление и радикальное лечение предопухолевых заболеваний.

Туберкулез.

Среди заболеваний, относящихся к социальным болезням, особое место занимает **туберкулез !**

Социальная природа туберкулеза известна давно. Еще в самом начале века эту болезнь называли "**сестрой бедности**", и пролетарской болезнью.

Материалы ВОЗ показывают, что имеются резкие колебания уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза в зависимости от общественного, классового положения отдельных групп населения. В слабо развитых странах уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза значительно выше, чем в экономически развитых странах.

В мире смертность от туберкулеза входит в первую десятку, занимая 5 - 8 место в разных странах.

Социально-гигиеническое значение проблемы туберкулеза определяется:

- уровнем эпидемических показателей;
- тяжестью и длительностью заболевания;
- большими сроками нетрудоспособности и инвалидности;
- особенностями организации медицинской помощи и борьбы с туберкулезом, требующими дорогостоящих государственных лечебно профилактических мероприятий.

В целом ситуация с туберкулезом продолжает оставаться весьма напряженной.

Особенно неблагоприятно обстоит дело с туберкулезом в учреждениях пенитенциарной системы, где показатель заболеваемости выше более чем в 20 раз. Наиболее высокие показатели заболеваемости населения туберкулезом зафиксированы в Корякском автономном округе (444,6 на 100 тыс. населения), Республике Тыва (250,0) и Приморском крае (164,8).

Отмечаются возрастные особенности заболеваемости туберкулезом.

Самый низкий уровень заболеваемости туберкулезом наблюдается в возрасте до одного года, затем он заметно повышается у детей в возрасте 7-14 лет. Показатель заболеваемости в городах выше в возрасте от 20 до 49 лет, а в сельской местности в возрасте - от 20 до 59 лет.

Несколько иная возрастная характеристика по показателю смертности от туберкулеза.

Самый низкий уровень смертности отмечается у городских и сельских жителей в возрасте от 3-х до 19-ти лет.

Сравнительно невысоки показатели смертности в возрасте от 25-ти до 29-ти лет.

С 30-ти лет они начинают возрастать, достигая максимума в возрасте 50-ти лет. Все показатели выше у мужчин.

Для медицинского обслуживания больных туберкулезом создана сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений.

К ним относятся: **противотуберкулезные диспансеры, больницы, кабинеты поликлиник, туберкулезные санатории.**

Наиболее эффективным лечебно-профилактическим учреждением по работе с туберкулезными больными является **противотуберкулезный диспансер**.

В зависимости от территории обслуживания диспансер бывает районным, городским, областным.

В структуре противотуберкулезного диспансера **основной частью является амбулаторное звено.**

Противотуберкулезный диспансер работает **по территориально-участковому принципу.** Вся территория обслуживания разделена на участки, а к каждому участку врач-фтизиатр. В зависимости от местных условий (число состоящих на учете лиц и очагов туберкулезной инфекции, наличие крупных промышленных предприятий и т.д.) население на одном фтизиатрическом участке может составить от 20 - 30 тыс. до 60 тыс.

Важно, чтобы границы нескольких терапевтических участков поликлиники и одного фтизиатрического участка совпадали, чтобы участковый врач-фтизиатр работал в тесном контакте с определенными врачами-терапевтами, педиатрами, врачами общей практики.

Другими структурными подразделениями диспансера являются бактериологическая лаборатория и рентгеновский кабинет, при некоторых диспансерах действуют флюорографические станции.

Кроме того, в структуре противотуберкулезного диспансера может быть стационарное отделение.

Всю **работу** с туберкулезом в районе деятельности диспансер проводит по комплексному плану, в котором кроме медицинских учреждений очень важно участие и других ведомств.

Основную часть комплексного плана составляют санитарно-профилактические мероприятия:

- организация своевременного выявления больных и ревакцинация неинфицированных;
- организация своевременного выявления больных и массовых целевых профосмотров;
- оздоровление очагов туберкулезной инфекции, жилищное устройство бациллоносителей;
- трудовое устройство больных;
- санитарно-просветительная работа.

Противотуберкулезный диспансер - это учреждение закрытого типа, т.е. больного туда направляет врач, который выявляет такое заболевание. При выявлении туберкулеза в любом медицинском учреждении в противотуберкулезный диспансер по месту жительства больного направляют «Извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозом, диагнозом активного туберкулеза» (№ 089/у).

Все лица, взятые на учет в противотуберкулезном диспансере, делятся на **группы учета**, каждая из которых имеет свою длительность наблюдения и периодичность диспансерных явок:

I. Активный туберкулез (I А и I В).

II. Затихающий туберкулез.

III. Клинически излеченный туберкулез (III А и III В).

IV. Контакты.

V. Внелегочный туберкулез.

VI. Группы для детей.

VII. Повышенный риск или рецидив.

VIII. Туберкулезные изменения в легких при необходимости уточнения их активности.

Профилактика проводится туберкулеза в двух направлениях:

- 1). Санитарная профилактика - меры, направленные на предупредительные заражения туберкулезом здоровых; на улучшение эпидемиологической обстановки, в том числе текущая и заключительная дезинфекции, воспитание гигиенических навыков туберкулезных больных.
- 2). Специфическая профилактика - вакцинация и ревакцинация, химиопрофилактика.

Травматизм

Одной из важнейших социально-гигиенических проблем в настоящее время является травматизм. На протяжении всего XX века актуальность проблемы травматизма росла, причем особое беспокойство вызывает не просто рост травматизма в России (особенно в последние годы), а то обстоятельство, что отмечается рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособностью.

Сегодня в экономически развитых странах мира травмы занимают 3-е место среди причин смерти населения, причем травмы уносят жизни людей наиболее молодого трудоспособного возраста. Среди мужчин в возрастных группах до 44 лет смертность от травм занимает 1-е место.

Многие исследователи рассматривают травматизм как современную "новую эпидемию".

Самым социально значимым является автотранспортный травматизм из-за большого числа и тяжести несчастных случаев.

По далеко не полным подсчетам ВОЗ, число пострадавших на дорогах достигает ежегодно более 10 млн. человек, из которых 250 тыс. погибает.

Во всех странах мира уровень травматизма значительно выше среди мужчин, чем среди женщин. Кроме большого личного несчастья, с травматизмом связан огромный общественный и экономический ущерб.

На протяжении последних лет сохраняется рост показателя распространенности травм, отравлений и других несчастных случаев. Из каждых 100 человек в настоящее время в течение календарного года 9-10 человек получают травмы и нуждаются в оказании медицинской помощи, квалифицированном и специализированном лечении.

В структуре травматизма среди взрослого населения подавляющее большинство составляют травмы, не связанные с производством (91,7%), производственные травмы составляют 8,3%.

Среди непрофессиональных преобладают бытовые и уличные травмы, их удельный вес составляет 72,7% и 19,9% соответственно.

У детей и подростков первое место в структуре травм занимают бытовые травмы (50,4%), второе – уличные травмы (33,5%), школьные травмы составляют 7,2%.

В структуре травм по характеру повреждений около трети составляют поверхностные травмы, на долю открытых ран приходится 19,2%, удельный вес вывихов и растяжений 11,4%.

В структуре производственных травм со смертельным исходом на долю бытовых травм приходится 45-48%, на долю дорожно-транспортных – 25-30%.

Дорожно-транспортные травмы самые тяжелые, 25% пострадавших нуждаются в стационарном лечении (при других видах – 8%).

**Травматизм у мужчин в 1,5-2 раза выше, чем у женщин.
Это объясняется не только профессионально-
производственными особенностями мужчин, т.к.
непроизводственный травматизм также у мужчин в 2
раза выше, чем у женщин.**

Значительное место травмы занимают в заболеваемости с ВУТ. Из каждых 100 работающих 6,4 временно теряют трудоспособность в среднем на 21,2 дня.

Определенную долю занимают травмы в госпитализированной заболеваемости, занимая, например, 1-е место среди всех госпитализированных в больницы, работающих в режиме больниц скорой медицинской помощи.

При этом в последнее время отмечается тенденция к увеличению доли лиц, госпитализированных с тяжелыми комбинированными и множественными травмами, что в значительной степени связано с ростом количества автотранспорта.

В зависимости от цели изучения травматизма используются различные принципы в классификации травм:

1) по обстоятельствам несчастного случая:

- производственный: промышленный, сельскохозяйственный;

- непроизводственный: бытовой, транспортный, уличный;

2) по контингентам населения: по возрасту, полу, образованию, профессии, а также в связи с состоянием опьянения;

3) по характеру травм: ушиб, сотрясение, ранение, перелом;

4) по локализации травм: травмы головы, туловища, конечностей;

5) по месту оказания медицинской помощи: больница, поликлиника, травмпункт;

6) по последствиям травм: без потери трудоспособности, с временной потерей трудоспособности, инвалидность, смертность.

Наибольшую долю в статистике травматизма занимает производственный травматизм. Различают следующие причины промышленного травматизма:

- технического характера;
- организационного характера;
- санитарно-гигиенического порядка;
- факторы личного порядка.

Профилактика травматизма на производстве характеризуется следующими особенностями:

- плановостью проведения мероприятий по регистрации расследования причин травм и их устранения;
- плановостью проводимых мероприятий;
- ответственностью за все случаи производственного травматизма;
- проведением обязательного инструктажа по технике безопасности.

Наиболее актуальной социально-гигиенической проблемой является детский травматизм. Несчастные случаи с детьми являются не только горем данного ребенка и его семьи, но и приносят большой ущерб как современному, так и будущему обществу. Различают следующие виды детского травматизма:

- 1) бытовой;
- 2) транспортный;
- 3) спортивный;
- 4) школьный.

Бытовой травматизм у детей составляет 63% от всех травм, частота травм у мальчиков в 2-3 раза выше, чем у девочек. Опасность несчастного случая в быту возрастает в связи с использованием в квартирах новейших технологических приспособлений, электрических и газовых приборов. Исследования показали, что наибольшее число бытовых травм происходит в квартирах.

Доказано, что число травм, происходящих у неорганизованных детей гораздо выше числа травм у детей из организованных коллективов.

Спортивный травматизм у детей разделяется на травматизм при организованном и неорганизованном занятием спортом.

Для борьбы с детским травматизмом необходимы комплексные профилактические мероприятия, охватывающие условия жизни детей в школах, ПТУ, во дворах и на улицах.

Борьба с детским травматизмом должна вестись общими усилиями медиков, педагогов, органов полиции.

Особое внимание должно быть обращено на условия и организацию проведения досуга детей во дворах.

Рациональная организация травматологической помощи основана на нескольких принципах: приближение первой помощи к месту происшествия, этапность оказания помощи при травмах (выделяют 4 этапа):

- 1 - первая помощь;
- 2 - врачебная внебольничная помощь;
- 3 - стационар;
- 4 - восстановительное лечение.

Из общего числа пострадавших 90-95% нуждаются только в амбулаторной помощи, а из числа лиц с травмами, получивших стационарную помощь практически все после выписки из больниц направляются на амбулаторное лечение.

В зависимости от численности населения территориальная амбулаторная травматологическая помощь может быть организована по-разному.

В городах с небольшой численностью населения, пострадавшие для получения амбулаторной помощи обращаются в хирургический кабинет поликлиники, а в часы, когда поликлиника не работает, в приемное отделение стационара. Такая организация по целому ряду причин не является оптимальной. Поэтому при наличии возможности в поликлинике выделяют отдельные травматологические приемы - травматологические кабинеты.

Наиболее оптимальной формой организации травматологической помощи является **организация травматологических пунктов**, которые открывают обычно при поликлиниках. Важно, чтобы такой пункт работал круглосуточно и круглосуточно при нем действовал рентгеновский кабинет. Часто больные получают там первую помощь и направляются в стационар, а подавляющее большинство больных получают в травматологическом пункте не только первую квалифицированную помощь, но и полное лечение до выздоровления.

Организация травматологических пунктов является наиболее оптимальной формой амбулаторной помощи пострадавшим с травмами. Открывают травматологические пункты в городах или административных районах города с населением 150-200 тыс. человек.

**Важной медико-социальной задачей является
организация восстановительного лечения и
реабилитация больных и инвалидов вследствие
несчастных случаев!**

Инфекционные болезни как социально значимые заболевания. Организация медицинской помощи.

Инфекционные болезни – это обширная группа заболеваний, вызванных патогенными возбудителями. В отличие от других заболеваний инфекционные болезни характеризуются контагиозностью, способностью к массовому (эпидемическому) распространению.

Число известных науке инфекций ежегодно увеличивается. Если в 1955 году их насчитывалось 1062, то в настоящее время – более 1200. Отсюда возникновение новых проблем в здравоохранении и общества в целом в виде геморрагических лихорадок, ВИЧ-инфекции и других нозологических форм инфекционных заболеваний

Заболеваемость инфекционными болезнями в значительной мере определяется уровнем социально-экономического развития той или иной страны и является важнейшим показателем, используемым при оценке охраны здоровья населения.

В высокоразвитых странах инфекционная заболеваемость характеризуется спорадическими (единичными) случаями инфекций. В слаборазвитых, развивающихся странах нередко инфекционные болезни носят массовый характер (эпидемический).

Принято выделять следующие уровни распространения:

- **спорадическая заболеваемость** (единичные, несвязанные между собой заболевания);
- **эпидемическая вспышка** (групповые заболевания, связанные с одним источником инфекции);
- **эпидемия** (широкое распространение инфекционной болезни, охватывающее население региона страны или нескольких стран);
- **пандемия** (повсеместная эпидемия, интенсивно распространяющаяся во многих странах или даже во всех частях света).

Под термином эндемическая заболеваемость, или **эндемия**, понимается постоянно регистрируемая на определенной территории заболеваемость определенной болезнью, обусловленная социальными и природными условиями.

Экзотическая заболеваемость несвойственна данной местности.

Все инфекционные эпидемические и неэпидемические заболевания имеют социальную значимость, они наносят большой экономический ущерб и представляют угрозу жизни и здоровья населению.

Существенна роль инфекционной патологии в формировании показателей временной утраты нетрудоспособности работающих.

Течение инфекционных и паразитных болезней нередко сопровождается хронизацией инфекционного процесса и необратимыми осложнениями, что приводит к стойкой утрате трудоспособности (инвалидности).

Инфекционные болезни являются, пожалуй, единственным классом патологии населения, отличающимися резко выраженным участием детей в формировании показателей заболеваемости. Наиболее значительна доля детей (0-14 лет) при инфекциях дыхательных путей.

В связи с тем, что дети являются контингентом повышенного риска заболевания, инфекционная патология приобретет особую значимость.

Определенной характеристикой медико-социальной значимости инфекционных болезней является распределение заболевших по социальным группам. Инфекционная заболеваемость в РФ среди городского населения на 48,1 % выше соответствующих показателей в сельских поселениях. Жители городов в 2 раза чаще болеют гриппом, ОРЗ и др. инфекциями дыхательных путей. Такая ситуация – следствие, как урбанизации, так и известных различий в условиях диагностики и регистрации случаев инфекционных заболеваний, а так же доступности медицинской помощи.

Важную роль в распространении инфекционных заболеваний играют социальные факторы, уровень санитарной грамотности населения и соблюдение им основных правил гигиены, а также наличие преморбидного фона (ослабленные больные, лица с хроническими соматическими заболеваниями и т. д.).

Установлены «группы риска» в отношении многих инфекционных заболеваний, связанные демографическими, социальными и профессиональными факторами.

В организации лечебно-профилактической помощи больным с инфекционными заболеваниями выделяют 5 этапов:

I этап – ранняя диагностика, изоляция и лечение инфекционного больного в домашних условиях с проведением соответствующих противоэпидемических мероприятий;

II этап – оказание экстренной или неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе, в процессе транспортировки больного в стационар и в стационаре.

III этап – стационарное лечение.

IV этап – обеспечение диспансеризации реконвалесцентов (переболевших) и соблюдение сроков карантина у контактных.

V этап – реабилитация реконвалесцентов.

По показаниям и при наличии соответствующих условий возможно проведение санаторно-курортного лечения больных, перенесших инфекционное заболевание.

Ведущую роль в борьбе с инфекционными заболеваниями на первом этапе в городах принадлежит медицинскому персоналу амбулаторно-поликлинических учреждений, в сельской местности - фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий.

Медицинский работник, впервые установивший диагноз инфекционного заболевания обязан зарегистрировать его в учреждении службы Роспотребнадзора, а так же решить вопрос о необходимости госпитализации.

Обязательной госпитализации подлежат лица со средними и тяжелыми формами болезни, дети до 1 года, больные пожилого возраста с отягощенным преморбитным фоном, а также лица, относящиеся к декретированным группам населения (работники коммунального хозяйства, общественного питания, сферы обслуживания, проживающие в общежитиях и т.д.).

Кроме того, обязательно должны быть госпитализированы лица с неблагоприятными условиями проживания.

Безусловной госпитализации подлежат больные с подозрением на особо опасные карантинные инфекции.

Координирующая роль в организации медицинской помощи инфекционным больным на догоспитальном этапе принадлежит **врачам-инфекционистам** территориальных поликлиник.

Организацию и проведение мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями среди взрослого населения городов в системе амбулаторно-поликлинических учреждений возложена на **кабинет инфекционных заболеваний (КИЗ)**.

КИЗ контролирует и анализирует работу участковых врачей по выявлению скрытых источников инфекции, ведет учет инфекционных заболеваний (ф. № 60у), контролирует полноту и своевременность госпитализации больных, причины оставления инфекционных больных на дому, организует и следит за качеством противоэпидемических мероприятий.

Основными задачами КИЗа являются:

- обеспечение своевременного и полного выявления инфекционных больных;
- проведение диспансерного наблюдения за реконвалесцентами; долечивание инфекционных больных с целью предупреждения обострений и перехода заболеваний в хронические формы;
- обеспечение консультативной помощи по вопросам диагностики, обследования и лечения больных с инфекционными и паразитарными заболеваниями, осуществляемых в условиях поликлиники;
- проведение организационно-методической работы (анализ заболеваемости и смертности инфекционными болезнями, уровня диагностики и качества лечения и т. д.);
- участие в составлении плана по проведению профилактических прививок среди населения и контроль за его осуществлением.

Стационарная медицинская помощь инфекционным больным оказывается преимущественно в профильных отделениях многопрофильных больниц или в специализированных инфекционных больницах.

Основными задачами инфекционной больницы являются:

- оказание высококвалифицированной консультативно-диагностической и лечебно-профилактической помощи;
- организация ухода за больными в условиях противоэпидемического режима;
- участие в проведении лечебно-профилактических и организационно-методических мероприятий по снижению заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в районе обслуживания.

*Основу профилактики инфекционных заболеваний в масштабе страны составляют **меры социального характера**:*

- повышение материального состояния людей;
- обеспечение населения благоустроенным жильем, доступной квалификационной медицинской помощью;
- рост уровня культуры и санитарной грамотности населения.

Медицинские аспекты профилактики инфекционных болезней
включают:

- систематический контроль водоснабжения населения, санитарный и бактериологический контроль качества пищевых продуктов,
- контроль санитарного состояния предприятий пищевой промышленности, объектов общественного питания, торговли, детских учреждений, санитарного режима в медицинских учреждениях.
- осуществление мер по санитарной охране границ с целью предупреждения заноса на территорию страны из-за рубежа инфекционных болезней.

Проблема борьбы с инфекциями требует участия в ее решении не только служб Роспотребнадзора и районных поликлиник, но и федеральных органов исполнительной власти и должна решаться в рамках федеральной целевой программы и соответствующих региональных программ, обеспеченных финансовыми и материальными ресурсами.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

ВИЧ-инфекция— это длительно текущее инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), имеющее полиморфную клиническую картину с развитием в финале синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) с тотальным угнетением иммунной системы, сопровождающимся развитием оппортунистических инфекций и опухолей (саркома Капоши, лимфомы). Заболевание всегда заканчивается летально.

Эпидемиология. Ведущие специалисты мира определяют ВИЧ-инфекцию как глобальную эпидемию — пандемию, масштабы которой пока еще трудно оценить.

Вирус заболевания впервые выделили в 1983 г. независимо друг от друга Р.Галло (США) и Л.Монтанье (Франция). Им оказался вирус из семейства Т-лимфотропных ретровирусов, которому в 1986 г. было присвоено название ВИЧ.

Источником заражения являются больной человек и вирусоноситель. Наибольшая концентрация вируса обнаруживается в крови, сперме, цереброспинальной жидкости, в меньших количествах вирус обнаруживается в слезах, слюне, цервикальном и вагинальном секретах больных.

В настоящее время доказаны **три пути передачи вируса**:

- **половой** (при гомосексуальных и гетеросексуальных контактах);
- **посредством парентерального введения** вируса с препаратами крови или инфицированными инструментами;
- **от матери ребенку** (трансплацентарный, с молоком).

Другие теоретически допустимые пути, такие как воздушно-капельный, контактно-бытовой, фекально-оральный, трансмиссивный (через укусы кровососущих насекомых), убедительных доказательств не получили.

Группы риска ВИЧ-инфекции.

- 1) гомосексуалисты;
- 2) наркоманы, пользующиеся внутривенным введением наркотиков;
- 3) больные гемофилией;
- 4) реципиенты крови;
- 5) гетеросексуальные партнеры больных ВИЧ-инфекцией и вирусоносителей, а также входящих в группы риска;
- 6) дети, родители которых принадлежат к одной из групп риска.

Единственной возможностью остановить эпидемию является осуществление широкомасштабных профилактических программ среди населения. Мировой опыт показывает, что результаты приносит только комплексный и сбалансированный подход, в котором используются и программы, основанные на здоровом образе жизни, и специальные мероприятия, предназначенные непосредственно для представителей наиболее уязвимых групп населения.

В РФ в комплекс эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией входят такие крупные направления, как активное массовое обследование населения на антитела к ВИЧ, обязательное сообщение о выявленных случаях ВИЧ-инфекции в надзорные органы, а также эпидемиологическое расследование случаев ВИЧ-инфекции.

Федеральным законом от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» определяется, что любой гражданин РФ может обследоваться на предмет наличия у него антител к ВИЧ:

- добровольно (п. 3 ст. 7);
- бесплатно в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (п. 7 ст. 7);
- анонимно по желанию (п. 2 ст. 8);
- с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции (п. 6 ст. 7).

Коронавирус 2019-nCoV

Новый коронавирус 2019-nCoV (временное название, присвоенное Всемирной организацией здравоохранения 12 января 2020 года) представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус. Вирус отнесен ко II группе патогенности.

Максимально широкое распространение вирус получил в Китае, где наблюдается распространение практически во всех провинциях с эпицентром в г. Ухань, провинция Хубэй. Зарегистрированы завозные случаи в странах Азии, Северной Америки и Европы

Социально-гигиеническое значение новой

коронавирусной инфекции 2019-nCoV определяется высоким уровнем распространения, тяжестью и опасностью заболевания (высокий уровень смертности), значительными экономическими потерями общества.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), число зараженных новым коронавирусом в мире превысило 1,27 млн человек. Согласно актуальным данным Университета Джонса Хопкинса, всего заразилось уже свыше 1,430 млн человек, около 293 тыс. выздоровели.

Лидером по числу подтвержденных случаев, по данным Университета Хопкинса, остаются США (398 тыс.). Испания находится на втором месте (1410 тыс.), Италия — на третьем (135 тыс.), на четвертом — Франция (110 тыс.), Германия (107 тыс.) — на пятом. Китай, где началась пандемия, откатился на шестое место по числу случаев заражения (82 133, при этом 77,4 тыс. человек уже выздоровели).

Мероприятия по предупреждению завоза и распространения 2019-nCoV на территории РФ регламентированы Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ № 2 от 24.01.2020 г. «О мероприятиях по недопущению распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV».

Неспецифическая профилактика представляет собой мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции и проводится в отношении источника инфекции (больной человек), механизма передачи возбудителя инфекции, а также потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным).

Нервно-психические болезни как социально значимые заболевания. Организация медицинской помощи.

Медико-социальные аспекты нервно-психического здоровья населения:

1. В экономически развитых государствах большое значение приобретают нервно-психические заболевания (болезни цивилизации). Их рост отмечен после II Мировой Войны. Определенную роль играет возрастание удельного веса умственного труда, автоматизация производства, урбанизация.
2. 20% всех посетителей ЛПУ нуждаются в помощи или совете психиатра, женщины в 2 раза чаще, чем мужчины.
3. Психические расстройства поражают лиц молодого и зрелого возраста, вследствие чего снижается число трудоспособного населения.

4. Отличается рост больных с пограничными состояниями, клиническими сочетаниями психогенных расстройств.

5. У детей в структуре психической патологии 80% состояний пограничные расстройства (неврозы, энурез, заикание). Приблизительно 30% состоявших на учете детей – это олигофрены. Основная причина ее – патология беременности и родов и нейроинфекция первых лет жизни ребенка.

6. Растет распространенность ДЦП (2-3 ребенка на 1000), растет уровень инвалидности при ДЦП (70% их становится инвалидами).

Организация психоневрологической помощи:

В РФ есть единая система диспансерного наблюдения за неврологическими больными и за здоровыми лицами с формами риска поражения, стационарная система, занимающаяся диагностикой, лечением и профилактикой психических заболеваний, оказанием больным социально-правовой помощи.

Система учреждений, оказывающих психиатрическую помощь:

- 1) психиатрические и психоневрологические больницы и диспансеры
- 2) психиатрические отделения общей медицинской сети
- 3) дневные психиатрические стационары;
- 4) лечебно-производственные мастерские
- 5) детские и подростковые психоневрологические учреждения.

Алкоголизм и наркомания как медико-социальная проблема

Алкоголизм - хроническое психическое заболевание, характеризующееся потерей контроля над потреблением спиртных напитков, увеличением толерантности к алкоголю, формированием похмельного синдрома с появлением психологического, физического, психического влечения к спиртному, поражением всех органов и систем.

Причины и факторы риска алкоголизма:

- 1) социальные (безработица, нищета)
- 2) культуральные традиции
- 3) социальная политика государства (в советские времена 30% бюджетных денег – от продажи алкоголя)
- 4) психологические (стеснительность, тревожность, эмоциональные взрывы, острота ощущений)
- 5) биологический (различная активность алкоголь-дегидрогеназы у разных наций)

Алкоголизм как медико-социальная проблема:

1. В мире 95% людей употребляют алкоголь на протяжении жизни; 140 млн человек в мире страдают алкогольной зависимостью, 78% из них не лежатся.
2. За последние годы идет увеличение больных алкоголизмом, в том числе и среди подростков, 5% населения – алкоголики.
3. Алкоголизм как источник смерти – на 3 месте (как и травмы), он обуславливает 90% всех прогулов на производстве, каждая 5 авария на транспорте
4. Больше 40% всех разводов связано с алкоголизмом, у алкоголиков 82% детей страдают нервно-психическими заболеваниями («дети выходного дня» - нет лучше средства для создания идиота, чем алкоголь при длительном применении).
5. Алкоголь наполовину наполняет психиатрические больницы, на 30% повышает смертность, на 50% повышает смертность детей у родителей алкоголиков.

Профилактика алкоголизма:

первичная (предупреждение возникновения алкоголизма, формирование здорового образа жизни);

вторичная (более раннее выявление больных алкоголизмом и лиц, склонных к нему, проведение мероприятий по оздоровлению общества);

третичная (предупреждение рецидивов прогрессирования и осложнений алкоголизма).

Наркомания - тяжёлое психическое заболевание, возникающая при систематическом злоупотреблении дозами наркотиками не по медицинским показаниям.

Проблема наркомании в настоящее время стоит остро, так как.:

1. имеются трудности в выявлении наркоманий и привлечения заболевших к лечению
2. общее число выявленных больных наркоманией в РБ продолжает расти
3. особенности подростковой наркомании: если в подростковой группе хотя бы один человек пробовал наркотические средства, то в наркотизацию вовлекается вся группа (из-за реакций группирования со сверстниками, подражания и стремления " не отстать" от других членов группы, казаться взрослыми и опытными)
4. Проблема наркомании напрямую связана с проблемой ВИЧ-инфекции.

Профилактика наркомании:

- 1) раннее выявление, привлечение к лечению и проведение мероприятий по социальной реабилитации людей, злоупотребляющих алкогольными напитками и употребляющих наркотические средства и токсические вещества.
- 2) обеспечение досуга молодёжи: организация работы клубов выходного дня, клубов здоровья, семейных клубов, студий по интересам, любительских объединений; обеспечение трудоустройства (занятости) подростков, по каким либо причинам оставившим учёбу, либо не сумевших найти работу после окончания учебного заведения.
- 3) проведение обучающих семинары для администрации учебных заведений и организаций, психологов, социальных работников и других специалистов по работе с детьми и учащейся молодёжи по программе предупреждения употребления алкоголя и других психоактивных веществ, включение в учебные программы школ и высших учебных заведений занятия по предупреждению зависимостей среди молодёжи и др.

Контрольные вопросы для самопроверки по материалам лекции

- Сердечно-сосудистые заболевания как социально-гигиеническая проблема, организация лечебно-профилактической помощи населению.
- Туберкулез как социально-гигиеническая проблема, организация лечебно-профилактической помощи населению
- Злокачественные новообразования как социально-гигиеническая проблема, организация лечебно-профилактической помощи населению.
- Социально-гигиеническое значение нервно-психических заболеваний, организация лечебно-профилактической помощи населению.
- Инфекционные болезни как социально-гигиеническая проблема, организация лечебно-профилактической помощи населению.
- Травматизм как социально-гигиеническая проблема, организация лечебно-профилактической помощи населению.
- Социально-гигиеническое значение алкоголизма и наркомании, организация лечебно-профилактической помощи населению.