



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России)

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины

# **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И МЕТОДЫ ЕЕ ИЗУЧЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие для студентов

3-4 курсов лечебного факультета

3 курса стоматологического факультета

4 курса педиатрического и медико-профилактического факультетов

Краснодар

2015

УДК 614.1:314.1

ББК 51.1 (2)

М 42

**Составители:** доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, к.м.н. **Р.К. Карипиди**

ассистент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России **С.В. Губарев**

Под редакцией заведующего кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора **А.Н. Редько**

**Рецензенты:** Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор **В.К. Юрьев**

Заведующий кафедрой общественного здоровья, экономики и управления здравоохранения ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России, д.м.н., профессор **А.Г. Сердюков**

«Заболеваемость и методы ее изучения»: учебно-методическое пособие для студентов. Краснодар, КубГМУ, 2015 г. – 67 с.

Предназначено для самостоятельной подготовки аудиторных занятий и контроля знаний, и рассчитано для студентов всех факультетов.

Составлено в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования (2010).

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ

Протокол № 2 от «2» октября 2014

## Цель пособия

Характеристика здоровья населения невозможна без изучения показателей заболеваемости.

Будущий врач должен знать значения показателей заболеваемости для оценки деятельности органов учреждений здравоохранения.

Учебно-методическое пособие содержит введение, направленное на создание мотивации у студентов для освоения данного раздела, блок информации, включающий основные показатели заболеваемости, краткую характеристику международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) основные правила и инструкции по кодированию смертности и заболеваемости с использованием МКБ-10.

В пособие включены задания для самостоятельной работы, показатели заболеваемости по Краснодарскому краю и Российской Федерации, приведен перечень контрольных вопросов по учебному материалу, а также тестовые задания по данному разделу.

В пособии представлен список основной и дополнительной литературы для расширения и углубления знаний по разделу «Здоровье населения и методы его изучения», приведены типовые задачи с решением, контрольные вопросы для самоподготовки.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И МЕТОДЫ ЕЕ ИЗУЧЕНИЯ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКБ-10 ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ .....	6
2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....	7
3. ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ .....	10
3.1. Госпитализированная заболеваемость .....	13
3.2. Инфекционная заболеваемость .....	16
3.3. Важнейшие социально значимые заболевания .....	18
3.4. Заболевания с временной утратой трудоспособности.....	19
3.5. Инвалидность населения .....	21
3.6. Заболеваемость по данным медицинских осмотров.....	23
3.7. Заболеваемость по данным о причинах смерти .....	26
4. МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ .....	27
5. ПРАВИЛА И ИНСТРУКЦИИ ПО КОДИРОВАНИЮ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ. ....	30
6. ИЛЛЮСТРАЦИИ .....	32
7. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ .....	38
8. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ .....	42
9. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....	42
10. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ .....	45
11. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	56
12. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	67

## ВВЕДЕНИЕ

В предлагаемом пособии освещены основные принципы и методы изучения заболеваемости. В течение длительного времени для регистрации всех случаев заболеваемости использовался метод изучения заболеваемости по обращаемости. Все данные по заболеваемости вносились в «Статистический талон» учетной формы № 025-2у. Все талоны с зарегистрированными диагнозами заболеваний хранились в кабинете статистики по основным нозологическим формам или классам заболеваний. Такая система давала возможность для разработки и получения данных об общей заболеваемости населения, проживающего на отдельных территориальных участках. В настоящее время в большинстве регионов, в том числе и в Краснодарском крае, в связи с развитием страховой медицины для отчетов в интересах страховой статистики используется «Талон амбулаторного пациента». Это позволяет наиболее полно и достоверно охватить все данные по общей заболеваемости и заболеваемости по отдельным нозологическим формам.

При регистрации заболеваемости важно правильно и единообразно обозначить диагностируемую патологию, руководствуясь для этого специально разработанной классификацией болезней. Международная статистическая Классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр), позволяет с учетом современного уровня развития медицинской науки и практики здравоохранения обеспечить единое понимание всех встречающихся болезней, сопоставимость данных о здоровье населения, ситуации и деятельности учреждений здравоохранения, как в пределах страны, так и в международном масштабе.

В пособии приведены основные правила и инструкции по кодированию смертности и заболеваемости с использованием МКБ-10.

Составлен блок тестовых заданий и эталонов ответов, а также представлены варианты заданий, выполняемых студентами самостоятельно. Приведены основные вопросы темы и кратко раскрыто их содержание.

# **1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И МЕТОДЫ ЕЕ ИЗУЧЕНИЯ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКБ-10 ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ**

**Цель занятия.** Знать методы и источники изучения заболеваемости. Овладеть методикой расчета показателей заболеваемости. Уметь оценивать показатели различных видов заболеваемости. Овладеть правилом заполнения врачебного свидетельства о смерти; уметь выделить первоначальную причину смерти и закодировать ее, используя МКБ-10.

## **Студенты должны знать:**

1. определение понятий «собственно заболеваемость», «распространенность», «патологическая пораженность»;
2. значимость показателей изучения заболеваемости для практического здравоохранения, как одного из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органов здравоохранения;
3. 2 основных и 2 дополнительных источника информации о заболеваемости, правила учета при постановке диагноза острых заболеваний, хронических заболеваний, обострении хронических заболеваний;
4. методики расчета показателей заболеваемости по данным обращаемости: «первичная заболеваемость», «распространенность», «частота заболеваний по возрастным и половым группам», «заболеваемость данным заболеванием», «структура заболеваемости», «показатель частоты случаев временной утраты трудоспособности», «показатель тяжести заболеваний», «средняя длительность одного случая нетрудоспособности», «показатель общей инвалидности», «показатель первичной инвалидности», «структура инвалидности», «частота госпитализации».
5. классификация медицинских осмотров, порядок их проведения.
6. статистические учетно-отчетные формы, применяемые в практическом здравоохранении для регистрации и расчета показателей заболеваемости, правила их заполнения.

7. уровень и тенденции заболеваемости по Краснодарскому краю, Российской Федерации;

8. структуру причин и региональных отличий в показателях заболеваемости.

**Студенты должны уметь:**

1. Применять методику расчета заболеваемости;
2. Анализировать полученные данные;
3. Разрабатывать рекомендации по снижению заболеваемости населения.

## **2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

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 служащий одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения.

По определению ВОЗ, **заболевание**-это *любое субъективное или объективное отклонение от нормального физиологического состояния организма*. Таким образом, понятие «заболевание» шире, чем понятие «болезнь».

Врач может наблюдать больного в один из периодов болезни или во время рецидива ее. Иногда больной страдает сразу несколькими заболеваниями. Регистрировать случаи болезни и их причины довольно трудно, поскольку больные могут менять место жительства или лечится по поводу одного и того же заболевания в различных учреждениях, между которыми отсутствует обмен информацией.

В практике многоплановых комплексных социально-гигиенических исследований населения часто встречаются случаи выявления отклонения от

нормы, которые не укладываются в какой-либо диагноз. Нередко обращение за медицинской помощью заканчивается описанием лишь синдрома или симптома без дополнительных уточнений. Поэтому в Международной классификации болезней есть даже специальный класс «Симптомы, признаки и отклонения от нормы...».

Чаще всего информацию о заболеваниях органы здравоохранения получают за счет того, что больной обращался в лечебно-профилактические учреждения (амбулаторные или стационарные). Поэтому в данном случае следует говорить о **заболеваемости по данным обращаемости**.

Обращение в ЛПУ может быть связано не только с заболеванием, но и с рядом других обстоятельств, а именно: с целью осмотра или обследования (осмотр перед поступлением на отдельные виды работ, «шоферская» комиссия, осмотр для получения разрешения на оружие и т.п.); по поводу потенциальной опасности для здоровья (обследование контактных, иммунизация, обследование носителей и т.п.); в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (контрацепция, аборт, наблюдение за беременной, генетическое консультирование и т.п.); в связи с необходимостью проведения специфических процедур (зубное протезирование, донорство, обрезание и др.) и т.п. Поэтому при учете заболеваемости под **обращением** следует понимать лишь *первое посещение ЛПУ в данном календарном году по поводу заболевания, зарегистрированное в медицинской документации соответствующей формы*. Во всех остальных случаях правильнее употреблять термин «**посещение**», тем более что после первого обращения в ЛПУ и регистрации заболевания больной может неоднократно посещать врача по поводу того же заболевания.

Как известно, ведущим звеном отечественного здравоохранения является амбулаторно-поликлиническая помощь. Это самый массовый вид медицинской помощи, обеспечивающий высококвалифицированное медицинское обслуживание населения. В амбулаторно-поликлинических учреждениях ведется учет новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных у населения заболеваний, совокупность которых, выражен-



ная в интенсивных показателях, составляет **первичную заболеваемость**. Кроме того, учитываются все имеющиеся у населения заболевания, как впервые выявленные в данном календарном году, так и зарегистрированные в предыдущие годы, но по поводу, которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году. Эту совокупность, выраженную в интенсивных показателях, принято называть **общей заболеваемостью, болезненностью или распространенностью** (prevalence). Все случаи первичных заболеваний, зарегистрированные в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью, принято называть **накопленной заболеваемостью**.

Как объект научного исследования и практической деятельности учреждения здравоохранения 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;
- частота заболеваний, выявленных при осмотрах (патологическая пораженность, point-prevalence)-частота патологии среди населения, устанавливаемая при проведении единовременных медицинских осмотров (обследований), в результате которых учитываются все заболевания, а также преморбидные формы и состояния.

Основные источники информации о заболеваемости:

- по данным обращаемости в ЛПУ;
- по данным результатов медицинских осмотров;
- по данным анализа причин смерти.

Дополнительный официальный источник – по данным изучения причин инвалидности.

В статистике заболеваемости, выявленной по данным обращаемости, принято выделять: общую заболеваемость, инфекционную заболеваемость, заболеваемость важнейшими социально-значимыми болезнями, госпитализированную заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности. ВОЗ указывает, что какой бы показатель заболеваемости не рассчитывался, он должен соответствовать такому ряду требований: быть надежным, объективным, чувствительным, точным.

### **3. 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.

Анализируется также и другие показатели заболеваемости по обращаемости.

Учет заболеваемости по данным обращаемости ведется на основании обработки «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. Однако в специализированных учреждениях (психоневрологических, онкологических и противотуберкулезных) талон 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 передаваемых ему с приема «Медицинских карт амбулаторного больного».

С 1997 г. вместо системы учета по «Статистическим талонам...» в соответствии с приказом МЗ РФ стала постоянно внедряться новая методика учета заболеваемости по законченному случаю поликлинического обслуживания с автоматизированной обработкой первичной медицинской документации. Эта система пока вводится только в тех учреждениях, которые в должной мере обеспечены вычислительной техникой. В ее основе лежит «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 др.). Случай смерти пациента также относится к законченному случаю.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях, где используются «Талон амбулаторного пациента» (ф. 025 16/у-97), не заполняются следующие документы: «Статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза» (ф. 025-2/у), «Талон амбулаторного пациента» (фф. 025-б/у-89, 025-7/у-89), «Талон приема к врачу» (ф. 025-4/у-89), «Единый талон амбулаторного пациента» (ф. 025-8/у-25), «талон на законченный случай временной нетрудоспособности» (ф. 025-9/у-96), «Ведомость учета в поликлинике, диспансере, консультации на дому» (ф.039/у-88).

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, оказывают влияние доступность медицинской помощи, медицинская активность населения и другие факторы. Кроме того, в настоящее время население имеет возможность получить медицинскую помощь помимо территориальных учреждений в ведомственных учреждениях, негосударственных медицинских центрах. Заболеваемость по данным обращаемости зависит и от квалификации врачей. Поэтому этот вид заболеваемости в территориальных учреждениях имеет ограниченное значение, однако, важное для организации и планирования деятельности ЛПУ. Наиболее точные, полные и исчерпывающие данные о заболеваемости дают специальные медицинские осмотры, которые должны дополнять сведения по данным обращаемости.

При анализе заболеваемости принято рассчитывать ряд показателей:

$$\text{Первичная заболеваемость} = \frac{\text{Число вновь возникших заболеваний}}{\text{средняя численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Распространенность (болезненность)} = \frac{\text{Число имевшихся заболеваний у населения за год}}{\text{Средняя численность населения}} \times 1000$$

Кроме того, рассчитывается ряд показателей частоты заболеваний по отдельным возрастным и половым группам.

Помимо этого, необходимо анализировать:

$$1) \text{ Заболеваемость данным заболеванием} = \frac{\text{Число вновь возникших данных заболеваний}}{\text{Средняя численность населения}} \times 1000$$

2) Структуру заболеваемости:

Число всех вновь возникших заболеваний-100%

Число заболеваний гриппом-15,0%

Число заболеваний ангиной-5,0% и т.д.

Уровень общей заболеваемости по обращаемости в среднем 1100-1300 случаев на 1000 населения. Наиболее высокая обращаемость населения отмечена при болезнях органов дыхания, кровообращения, нервной системы и органов чувств, травмах, инфекционных болезнях.

Заболеваемость взрослого населения по Краснодарскому краю 18080 по данным обращаемости составила 1051455 случая на 100000 взрослого населения; заболеваемость детей составила 1682035 случая на 100000 детского населения.

### 3.1. Госпитализированная заболеваемость

**Госпитализированная заболеваемость**-это совокупность первичных в данном году случаев госпитализации населения по поводу заболеваний, выявленных как в данном году, так и в предыдущие годы, но не зарегистрированных при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения, а **частота госпитализации** - это совокупность всех случаев госпитализации населения по поводу заболеваний и других причин обращения в стационар.

Таким образом, изучение госпитализированной заболеваемости дает более углубленную информацию диагностике, частоте отдельных наиболее тяжелых заболеваний, совпадении или расхождении клинических и патологоанатомических диагнозов, о качестве и преемственности лечения больных, частоте осложнений, длительности и исходах лечения, характере и объеме оказанной медицинской помощи. Преимущество госпитальных врачебных заключений состоит в том, что они позволяют качественно улучшать материалы обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения за счет подтверждения, уточнения или же исключения диагнозов, установленных на догоспитальном этапе.

По действующим правилам статистической регистрации, единицей учета для исчисления показателя **госпитализированной заболеваемости** является случай госпитализации больного. При этом не обращается внимание, явля-

ется ли этот самый случай госпитализации первичным или повторным в этом году. Для исключения дублирования диагнозов, которые включаются в разработку показателя заболеваемости по обращаемости, принципиально знать, было ли по данному заболеванию в данном году обращение в амбулаторно-поликлиническое учреждение с соответствующей регистрацией или нет.

Однако существующая система статистического учета случаев обращения населения по поводу заболевания во все организации здравоохранения и утвержденные учетные медицинские документы (в частности, «Статистическая карта вы бывшего из стационара») не исключает дублирования или же, наоборот, недоучета диагнозов больных, госпитализированных в стационары и обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения. Отсюда неправомерно представлять показатель, рассчитанный на основе данных о госпитализированных больных, как показатель госпитализированной заболеваемости.

Кроме того, больные могут попадать в стационар не только с целью лечения, но и по другим причинам, например с целью обследования, в результате которого не было выявлено никаких заболеваний. Поэтому следует отличать показатель госпитализированной заболеваемости от частоты госпитализации.

«Статистическая карта вы бывшего 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).

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.

«Карта вы бывшего из стационара» должна быть подписана врачом.  
Карта не заполняется на больных переведенных в другие стационары.

Основные показатели госпитализированной заболеваемости и методы их расчета:

$$\text{Частота госпитализации} = \frac{\text{Число госпитализированных больных}}{\text{Средняя численность населения проживающий на данной территории}} \times 1000$$

$$\text{Показатели структуры госпитализированной заболеваемости} = \frac{\text{Число госпитализированных с определенной нозологической формой болезни}}{\text{Общее число госпитализированных больных}} \times 100$$

Сведения о составе госпитализированных больных широко используются для планирования сети лечебно-профилактических учреждений, так и для организации больничной помощи населению.

Показатели госпитализированной заболеваемости дают представление о наиболее тяжелой патологии, определяют отбор на госпитализации, связаны с обеспеченностью больничными койками и отражают организацию и преемственность больничной и внебольничной помощи.

Нуждаемость в госпитализации в нашей стране составляет от 200 до 250 на 1000 населения (20-25%).

В структуре госпитализированной заболеваемости последние 5 лет как среди городского, так и среди сельского населения, занимают болезни органов пищеварения, дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни нервной системы и органов чувств, болезни сердечно-сосудистой системы.

Госпитализированная заболеваемость максимальна на первом и втором году жизни, минимальна в 1-14 лет и далее растет.

На уровень обращаемости населения влияют следующие обстоятельства:

- субъективное отношение больного к своему заболеванию 25-30% населения, имеющего те или иные отклонения в состоянии здоровья, в течение года не обращается за медицинской помощью;

- разный уровень организации медицинской помощи на различных территориях (обеспеченность врачами, специализация медицинской помощи, квалификация врачей, величина радиуса врачебного обслуживания и доступ-

ность помощи, различный уровень профилактической работы – все это приводит к разбросу данных учета заболеваний в пределах 10-15%);)

- разный уровень качества статистического учета врачебных диагнозов (один и тот же диагноз может быть поставлен разными врачами, например язвенная болезнь-терапевтом и хирургом, и учтен несколько раз, зарегистрирован различными учреждениями: поликлиникой, диспансером, медико-санитарной частью промышленного предприятия и др.).

Кроме того, на обращаемость влияют культура населения, состояние участковой медицинской службы, квалификация врачей и многие другие факторы. Поэтому для того, чтобы установить распространенность заболеваний, приближенную к «истинному» уровню, специально проводят медицинские осмотры или используют данные проводимых целевых, предварительных или периодических осмотров.

### 3.2. Инфекционная заболеваемость

**Инфекционная заболеваемость** – совокупность всех случаев инфекционных заболеваний, отнесенных к числу населения.

Основной учетный документ – «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении» (ф. №058у), которое в срочном порядке направляется в центр санэпиднадзора. О выявлении особо опасных инфекций (карантинные заболевания, чума, оспа, желтая лихорадка, возвратный тиф и др.) незамедлительно информируются руководители отделов здравоохранения, вплоть до Министерства здравоохранения РФ. О выявлении таких инфекционных заболеваний, как грипп, острые инфекции верхних дыхательных путей, лечебно-профилактическое учреждения передают сведения в местный центр санэпиднадзора в виде цифровых данных о числе случаев суммарного по форма №85 – «грипп».



## ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ:

$$\text{Частота инфекционной заболеваемости} = \frac{\text{Число случаев инфекционных заболеваний}}{\text{Средняя численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Показатели структуры инфекционной заболеваемости} = \frac{\text{Число заболеваний одной нозологической формы}}{\text{Число случаев всех инфекционных заболеваний}} \times 100$$

Срочное сообщение о случае выявленного инфекционного заболевания или о подозрении на него должен сделать врач лечебно-профилактического учреждения, выявивший больного, независимо от того, является ли заболевший жителем района обслуживания или живет в другом районе или городе. То же самое необходимо сделать при установлении инфекционного заболевания у лица, госпитализированного для лечения в стационар.

В сельской местности о выявлении случаев инфекционных заболеваний обязаны сообщить и работники фельдшерско-акушерских пунктов.

Информация направляется в течение 12 часов в местный, районный, городской центр санэпиднадзора.

Для учета и контроля движения экстренного извещения в лечебно-профилактических учреждениях и центре санэпиднадзора имеются специальные журналы (ф. №060/у), в которых производится запись отправленных и получаемых извещений. Форма извещения и журнал содержит только основные информационные характеристики, необходимые для оперативного сигнала (диагноз, сведения о больном, дату возникновения заболевания, сведения о госпитализации). Помимо оперативных целей, извещения и журналы используются для отчета «О движении инфекционных заболеваний» (ф. № 85-инф.), составляемого ежемесячно в центрах санэпиднадзора и являющиеся единственным источником информации о случаях инфекционных заболеваний для вышестоящих органов.

Лечебно-профилактические учреждения представляют только отчет о заболеваниях гриппом и острыми респираторными заболеваниями по ф.85-грипп и передают его в виде цифровых суммарных данных в центр санэпиднадзора.

Информацию можно классифицировать по следующим показателям:

$$\frac{\text{Частота госпитализации (больных с инфекционными заболеваниями)}}{\text{Число госпитализированных больных с инфекционными заболеваниями}} = \frac{\text{Средняя численность населения}}{\text{Средняя численность населения}} \times 100$$

### 3.3. Важнейшие социально значимые заболевания

Наряду с учетом острых инфекционных заболеваний в системе оперативной государственной статистики осуществляется специальный учет некоторых социально значимых заболеваний, при которых выявляется их распространенность, тяжесть исходов, эпидемическая и социальная значимость. Эти заболевания, как правило, требуют раннего выявления, всестороннего обследования, взятия на диспансерный учет, выявления контактов и специального лечения.

Такому специальному учету в России подлежат: туберкулез, злокачественные новообразования, психиатрические заболевания, венерические болезни, микозы (трихофития, микроспория, фавус, чесотка), трахома и др.

Врачи любого лечебно-профилактического учреждения обязаны при выявлении перечисленных заболеваний в установленном порядке оповещать специализированные диспансеры.

Необходимость выделения этих заболеваний вызвано социальной значимостью болезней.

Единица наблюдения - каждый вновь возникший случай социально значимого заболевания.

#### Основные документы:

«Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психиатрического заболевания» (ф. 089/у)

«Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (ф.090/у)

Заполненное врачом извещение направляется в трехдневный срок в диспансер соответствующего профиля. Дальнейшая разработка неэпидемической заболеваемости осуществляется диспансером на основе отчетов о вновь выявленных больных с соответствующими заболеваниями по формам 61а, б, ж.

Отчеты содержат сведения, достаточные для рассмотрения заболеваемости по отдельным болезням, их стадиям, локализации, полу и возрасту, месту жительства больного. На основании этих данных получают показатели заболеваемости, исчисляемые на 100000 населения. Методика изучения важнейших социально значимых заболеваний в основном носит характер эпидемиологических исследований.

### **3.4. Заболевания с временной утратой трудоспособности**

**Заболеваемость с временной утратой трудоспособности** характеризует состояние здоровья работающих и учащихся.

Основными учетными документами являются:

- а) листок нетрудоспособности для работающих;
- б) справка о временной нетрудоспособности для учащихся, военнослужащих.

Официальной статистической отчетностью о заболеваемости с временной утратой трудоспособности является форма №16-ВН.

В причины временной нетрудоспособности включаются заболевания по классам болезней, группами и отдельными нозологическими формами.

В число случаев временной нетрудоспособности включаются все обращения, оформленные листками нетрудоспособности выданными ЛПУ. Число случаев подсчитывается по закрытым больничным листкам. Сведения для заполнения отчетной формы №16-ВН в лечебно-профилактических учреждениях берутся из «Талона на заключительный случай нетрудоспособ-

ности» (форма №025-9/у-96) или из «Книги регистрации листков нетрудоспособности» (форма №35/у)

**Основные показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности и методика их расчета.**

$$\text{Показатель случаев нетрудоспособности на 100 работающих} = \frac{\text{Абсолютное число случаев нетрудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \times 100$$

$$\text{Показатель дней нетрудоспособности на 100 работающих} = \frac{\text{Абсолютное число дней нетрудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \times 100$$

$$\text{Структура заболеваемости по числу случаев и дней нетрудоспособности в \%} = \frac{\text{Число случаев(дней) нетрудоспособности в связи с определенными заболеваниями}}{\text{Число случаев(дней) нетрудоспособности по всем заболеваниям}} \times 100$$

При сравнении заболеваемости с временной утратой трудоспособности ориентировочно принимаются среднеотраслевые, общероссийские показатели и показатели по региону. При анализе данного вида заболеваемости следует помнить, что:

- не все наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является не заболевание, а случай потери трудоспособности;
- единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является не заболевание, а случай потери трудоспособности;
- на этот показатель значительное влияние оказывают законодательство об оплате дней нетрудоспособности и состояние экспертизы трудоспособности.

Кроме того, на уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности влияют условия труда, организация трудовых процессов, условия быта, организация и качество медицинского обслуживания, качество врачебной экспертизы и состав работающих. Заболеваемость может быть результатом хронического переутомления, нарушения организации труда, вредного воздействия комплекса производственных факторов и условий, психологической несовместимости в коллективе, недостаточно четкой организации лечебно-профилактической помощи и т.д.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности имеет тесную связь с эффективностью мероприятий социально-экономического, гигиенического, медицинского характера, возрастным, половым, профессиональным составом работающих. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения, поэтому, кроме социально-гигиенического, она имеет и большое социально-экономическое значение. Заболевшие с ВУТ составляют около 70% всех болеющих.

Единицей учета заболеваемости с временной утратой трудоспособности являются случаи потери трудоспособности по поводу заболевания. Обострение одного хронического заболевания может дать несколько случаев утраты трудоспособности в течение года. В связи с этим изучение и анализ только заболеваемости с временной утратой трудоспособности не дают исчерпывающей характеристики здоровья работающих, но позволяют определить влияние заболеваемости на трудоспособность.

### **3.5. Инвалидность населения**

Инвалид (лат. *invalidus* – слабый, немощный) – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Понятие «инвалидность» имеет медицинский, юридический и социаль-

ный аспекты. За установлением инвалидности следуют прекращение работы или изменение условий и характера труда, и назначение различных видов государственного социального обеспечения (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.), гарантированное законодательством.

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

$$\text{Первичная инвалидность (частота первичного выхода на инвалидность)} = \frac{\text{Общее число рабочих и служащих за год, впервые признанных инвалидами}}{\text{Общая численность рабочих и служащих}} \times 10\,000$$

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

$$\text{Структура первичной инвалидности} = \frac{\text{Общее число рабочих и служащих за год впервые признанных инвалидами от данного заболевания (данного возраста)}}{\text{Общая численность рабочих и служащих за год, признанных инвалидами}} \times 100\%$$

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

$$\text{Частота первичной инвалидности по группам инвалидности} = \frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами I гр. в течение года}}{\text{Число работающих и служащих по территории проживания или отрасли промышленности}} \times 10\,000$$

$$\text{Распределение первичной инвалидности по группам инвалидности} = \frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами I гр. в течение года}}{\text{Число лиц, впервые признанных МСЭК инвалидами за год}} \times 100\%$$

$$\text{Общая инвалидность (частота, контингенты инвалидов)} = \frac{\text{Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности (контингенты инвалидов)}}{\text{Общая численность рабочих и служащих данной территории}} \times 10\,000$$

Этот показатель рассчитывается по возрасту, причинам и группам инвалидности по различным территориям.

$$\text{Удельный вес инвалидов с детства среди общего числа инвалидов} = \frac{\text{Число лиц, имеющих инвалидность с детства, на начало года}}{\text{Общее число инвалидов на начало года}} \times 100\%$$

Кроме того, рассчитывается показатель движения инвалидов в течение года.

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

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

### 3.6. Заболеваемость по данным медицинских осмотров

Заболеваемость по данным медицинских осмотров характеризует состояние здоровья отдельных (выборочных) групп населения и определяется как совокупность выявленных при осмотре случаев заболевания среди прошедших медицинский осмотр.

В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий медицинские осмотры подразделяются на предварительные, периодические и целевые.

**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 прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы.

Целью **периодических медицинских осмотров** является динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными и опасными веществами. Выделяют три вида предварительных и периодических медицинских осмотров в зависимости от контингента лиц, в отношении которых они проводятся:

- медицинские осмотры работников предприятий, организаций и учреждений, имеющих контакт с профессиональными вредностями;
- медицинские осмотры лиц, профессия которых может способствовать распространению заболеваний среди населения (работники пищевых, детских и некоторых коммунальных учреждений);
- медицинские осмотры детей всех возрастов, подростков, учащихся среди специальных учебных заведений, студентов.

**Целевые медицинские осмотры** проводятся, как правило, для выявления ранних форм социально значимых заболеваний (злокачественные новообразования, туберкулез, сахарный диабет и др.) и охватывают различные группы организованного и неорганизованного населения.

В практике здравоохранения существуют и другие виды медицинских осмотров – разовое комплексное медицинское обследование различных групп населения, например водителей личного транспорта, владельцев оружия и др.

Лучшим способом организации массового медицинского осмотра с точки зрения его качества является проведение его бригадой специалистов с использованием диагностических средств. Однако такие осмотры связаны с необходимостью привлечения значительных кадровых, финансовых, материальных



ресурсов. Поэтому стремление охватить профилактическими осмотрами как можно большую часть населения с привлечением ограниченного объема ресурсов обусловило разработку и внедрение различных организационных форм обследования с использованием многообразных тестов. Эти организационные формы носят общее название «скрининг». Это понятие берет начало от английского слова screening, что в переводе означает «просветление, отсев, отбор».

**Скрининг** - это *массовое обследование населения и выявление лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболевания*. Основная цель скрининга – проведение первичного отбора лиц, требующих углубленного обследования, консультаций узких специалистов для формирования групп повышенного риска заболевания определенной патологией. Этот метод обследования экономичнее обычных медицинских осмотров. Применение скрининговых систем дает качественно новые сведения о состоянии здоровья больших контингентов населения.

Различают две основные формы скрининга: однопрофильный и многопрофильный скрининг. **Однопрофильный (целевой) скрининг** – *система медико-организационных мероприятий для целевого выявления отдельных заболеваний или состояний*. **Многопрофильный (многоцелевой) скрининг** – *система медико-организационных мероприятий для выявления целого ряда заболеваний или состояний*. Та и другая формы скринингов могут включать в себя несколько этапов. В настоящее время все большее число сторонников завоевывают организационные формы **многоэтапного скрининга**.

При получении информации о заболеваемости путем проведения осмотров населения употребляется термин «**патологическая пораженность**», или **заболеваемость, дополнительно выявленная на медицинских осмотрах** (*point-prevalence*).

Медицинские осмотры позволяют выявлять в основном хронические заболевания и начальные стадии заболеваний, по поводу которых население не обращается за медицинской помощью.

## ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

$$\text{Частота выявленных заболеваний} = \frac{\text{Число случаев заболеваний}}{\text{Число прошедших медосмотров}} \times 100$$

$$\text{Частота вновь выявленных заболеваний} = \frac{\text{Число вновь выявленных случаев (ранее скрытых)}}{\text{Число медицинских осмотров}} \times 100$$

$$\text{Структура заболеваемости} = \frac{\text{Число определенных заболеваний}}{\text{Число всех случаев}} \times 100$$

### 3.7. Заболеваемость по данным о причинах смерти

**Заболеваемость по данным о причинах смерти** характеризуется как совокупность случаев смерти в целом или по отдельным нозологическим формам по отношению к численности населения.

Учетный документ-медицинское свидетельство о смерти (ф. №106/у-98), медицинское свидетельство о перинатальной смертности.

Метод изучения заболеваемости по данным о причинах смерти имеет особое значение для ряда заболеваний, составляющих важнейшие причины смерти населения – сердечно-сосудистые заболевания злокачественные опухоли, несчастные случаи, отравления и травмы.

Сведения о причинах смерти выявляют:

- наиболее тяжелые заболевания, закончившиеся летальным исходом (такие как новообразования, травмы и др.).
- недостатки в организации медицинской помощи населению.

Информация по обращаемости населения, сведения, полученные в результате медицинских осмотров, разработка данных о причинах смерти характеризует лишь различные стороны многопланового показателя заболеваемости и взятые в отдельности не дают возможности его комплексной оценки. Поэтому наиболее полной характеристикой, которую можно использовать

для изучения заболеваемости населения, целесообразно считать **истинную заболеваемость**, включающую в себя *заболеваемость по обращаемости*, дополненную случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, и данными о причинах смерти, которые ранее не были зарегистрированы в организациях здравоохранения.

#### **4. МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ**

Международная классификация болезней (МКБ) – это система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. МКБ является основным нормативным документом при изучении состояния здоровья населения в странах-членах Всемирной организации здравоохранения.

Первая МКБ в виде перечня причин смерти была предложена Бертильоном в 1893 г. и принята Международным статистическим институтом. В 1900 г. в Париже на международной конференции с участием 26 государств эта классификация утверждена в качестве международной и было 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 пересматривалась 10 раз. Последний пересмотр состоялся на Международной конференции по десятому пересмотру МКБ, проведенной ВОЗ в 1989 г. в Женеве, и принят 43-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения. По рекомендации ВОЗ Десятая международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, вступила в силу с 1 января 1993 г.

В настоящее время для помощи странам, которые сталкиваются с трудностями, касающимися использования классификации, для дальнейшего развития работ в этом направлении ВОЗ создает 9 сотрудничающих центров по классификации болезней. В России такой центр создан на базе ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения им. Н.А. Семашко РАМН.

Классификацию болезней можно определить как систему рубрик, в которой конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для преобразования словестной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквально-цифровых коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализ данных.

По сути МКБ стала международной стандартной диагностической классификацией, однако она не предназначена для индексации отдельных клинических случаев. МКБ можно использовать как классификацию болезней и других проблем, связанных со здоровьем, зарегистрированных в различных типах документации. МКБ предусматривает возможность обработки данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут указывать вместо диагноза в медицинской документации. Благодаря этому МКБ может быть использована для классификации данных, внесенных в такие графы, как «диагноз», «причины госпитализации», «состояния, по поводу которых проводилось лечение», «причина обращения за медицинской помощью», которые имеются в разнообразных медицинских документах, откуда извлекаются статистические данные и другие виды информации о здоровье.

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:

- эпидемиологические болезни;
- конституциональные или общие болезни;
- местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
- болезни, связанные с развитием;
- травмы.

Эта структура нашла свое отражение в группировке болезней по классам. В МКБ-10 выделен 21 класс:

Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

Класс II. Новообразования.

Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма.

Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

Класс V. Психиатрические расстройства и расстройства поведения.

Класс VI. Болезни нервной системы.

Класс VII. Болезни глаз и придаточного аппарата.

Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка.

Класс IX. Болезни системы кровообращения

Класс X. Болезни органов дыхания.

Класс XI. Болезни органов пищеварения.

Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.

Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Класс XIV. Болезни мочеполовой системы.

Класс XV. Беременность, роды и послеродовый период.

Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.

Класс XVII. Врожденные аномалии развития, деформации и хромосомальные аномалии.

Класс XVIII. Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках.

Класс XIX. Травма, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности.

Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращение в учреждения здравоохранения.

Классы подразделяются на однородные «блоки» трехзначных рубрик, каждая из которых может быть далее подразделена на четырехзначные подрубрики числом до девяти. В десятом пересмотре использован буквенно-цифровой код с буквой в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертом знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой. Таким образом, возможные номера кодов простираются от A00.0 до 299.99 (буква U не используется).

МКБ-10 состоит из трех томов: том 1 содержит основную классификацию; том 2-инструкции по применению для пользователей МКБ; том 3 представляет собой алфавитный указатель к классификации.

Статистическая классификация необходима врачу:

1. Для шифровки первичных учетных документов (статистический талон, экстренное извещение о больном, карта выбывшего из стационара, врачебное свидетельство о смерти).
2. Для составления отчетов и таблиц при анализе болезней, травм и причин смерти.
3. Для научных исследований, включающих сравнительный анализ болезней, травм и причин смерти.

## **5. ПРАВИЛА И ИНСТРУКЦИИ ПО КОДИРОВАНИЮ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.**

По решению Всемирной Ассамблеи здравоохранения в медицинском свидетельстве о причине смерти должны регистрироваться «все те болезни, патологические состояния и травмы, которые привели к смерти или ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы». Это определение сформулировано для того, чтобы лицо, заполняющее свидетельство о смерти, не выбрало при записи одни состояния и исключало другие лишь по собственному усмотрению.

В части I медицинского свидетельства о смерти указывается цепь событий, непосредственно приведших к смерти. Исходная причина записыва-

ется на нижней заполненной строке после тех состояний, к возникновению которых она могла привести.

Например: I. а) кома;

б) инфаркт миокарда;

с) атеросклероз.

В части II указывается состояние, способствующее смерти, но не связано с ее основной причиной.

Например: I. а) бронхопневмония;

б) хронический бронхит.

II. Хронический миокардит.

Таким образом, в правильном свидетельстве исходная предшествующая причина должна быть представлена одним диагнозом на нижней заполненной строке части I, а состояния, которые возникли как следствие этой первоначальной причины (если они имели место), должны быть записаны выше, по одному на каждой строке, в восходящем порядке соответствующей причинной последовательности.

Когда в свидетельстве о смерти указана только одна причина смерти, то ее и берут для статистической разработки. Когда же указано более одной причины смерти, то выбирают «первоначальную причину».

Первоначальная причина смерти как:

а) «болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти», или

б) «обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму».

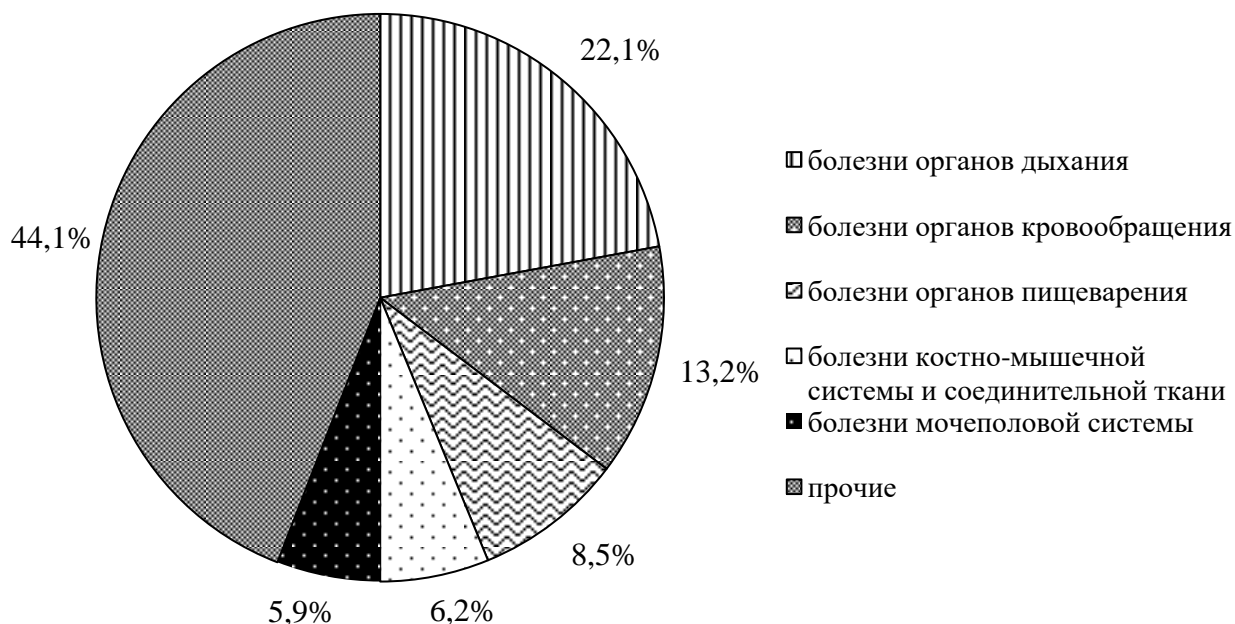
## 6. ИЛЛЮСТРАЦИИ

### СХЕМА ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.





### Структура общей заболеваемости населения Краснодарского края в 2014 г. (в %)



В последние годы заболеваемость всего населения в Краснодарском крае (как и в целом по РФ) постоянно растет, что связано с ростом доли пожилого населения, а также с улучшением выявляемости за счет диспансеризации и повышением доступности современных диагностических исследований с помощью аппаратуры, поступившей в учреждения здравоохранения в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, федеральных целевых программ «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)» и «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах», программы модернизации здравоохранения, краевых целевых программ.

**Общая заболеваемость взрослого населения Краснодарского края в 2014 г. (на 1000 населения)**

<b>Классы болезней МКБ-10</b>	<b>На 1000 взрослого населения</b>
Всего	1191,37
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	32,20
Новообразования	54,89
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3,66
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	70,74
Психические расстройства и расстройства поведения	48,74
Болезни нервной системы	47,39
Болезни глаза и его придаточного аппарата	81,23
Болезни уха и сосцевидного отростка	38,34
Болезни системы кровообращения	207,63
Болезни органов дыхания (включая грипп, ОРВИ)	156,75
Болезни органов пищеварения	97,40
Болезни кожи и подкожной клетчатки	46,74
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	103,36
Болезни мочеполовой системы	93,94
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	1,04
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	2,48
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	74,93

**Общая заболеваемость взрослого населения Краснодарского края старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) в 2014 г. (на 1000 соответствующего населения)**

<b>Классы болезней МКБ-10</b>	<b>На 1000 населения</b>
Всего	1612,38
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	19,82
Новообразования	93,01
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4,01
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	113,98
Психические расстройства и расстройства поведения	32,95
Болезни нервной системы	46,83
Болезни глаза и его придаточного аппарата	143,66
Болезни уха и сосцевидного отростка	55,61
Болезни системы кровообращения	435,75
Болезни органов дыхания (включая грипп, ОРВИ)	165,46
Болезни органов пищеварения	120,93
Болезни кожи и подкожной клетчатки	45,68
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	167,40
Болезни мочеполовой системы	94,58
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,58
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	3,40
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	67,71

**Общая заболеваемость детского (от 0 до 17 лет) населения  
Краснодарского края в 2014 г. (на 1000 детей)**

<b>Классы болезней МКБ-10</b>	<b>На 1000 детей</b>
Всего	1803,24
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	56,27
Новообразования	7,74
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14,67
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	27,86
Психические расстройства и расстройства поведения	35,83
Болезни нервной системы	92,05
Болезни глаза и его придаточного аппарата	90,69
Болезни уха и сосцевидного отростка	51,03
Болезни системы кровообращения	21,07
Болезни органов дыхания (включая грипп, ОРВИ)	853,22
Болезни органов пищеварения	168,10
Болезни кожи и подкожной клетчатки	86,78
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	83,53
Болезни мочеполовой системы	44,90
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	26,08
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	26,90
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	98,17

**Структура заболеваемости взрослого населения Краснодарского края с диагнозом, установленным впервые в жизни в 2014 г. (в %)**



**Заболеваемость взрослого населения Краснодарского края с диагнозом, установленным впервые в жизни в 2013-2014 гг. (на 1000 соответствующего населения)**

Заболевания	2013	2014
Болезни органов дыхания (включая грипп, ОРВИ)	159,2	179,8
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	81,2	83,9
Болезни мочеполовой системы	40,4	41,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	35,9	36,3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	29,9	30,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	25,9	29,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	28,9	29,7
Болезни системы кровообращения	19,4	20,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	15,9	16,2
Болезни нервной системы	12,8	11,9
Новообразования	9,2	9,1

## 7. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

**I. Выберите правильные варианты ответов:**

**1. В структуре заболеваемости по данным обращаемости населения России на первом месте стоят болезни системы:**

- а) кровообращения;
- б) пищеварительной;
- в) дыхательной;
- г) нервной;
- д) мочеполовой.

**2. Уровень инфекционной заболеваемости характеризуется коэффициентом:**

- а) соотношения;
- б) экстенсивным;
- в) интенсивным;
- г) соотношения
- д) все ответы верны.

**3. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по данным обращаемости является:**

- а) посещение больного по поводу заболевания;
- б) первичное обращение по поводу конкретного заболевания;
- в) заболевание, выявленное при медицинском осмотре;
- г) больной, обратившийся по поводу данного заболевания в данном году;
- д) верно б, в.

**4. Основной учетный документ при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности:**

- а) больничный лист;

- б) медицинская карта;
- в) листок нетрудоспособности (закрытый);
- г) карта выбывшего из стационара;
- д) нет правильного ответа.

**5. Качественным показателем госпитализированной заболеваемости является:**

- а) структура;
- б) средняя длительность пребывания;
- в) оборот койки;
- г) средняя длительность лечения больного в стационаре;
- д) нет правильного ответа.

**6. Структура заболеваемости характеризуется коэффициентом:**

- а) наглядности;
- б) соотношения;
- в) интенсивным;
- г) экстенсивным;
- д) верно в, г.

**7. Основной учетный документ при изучении инфекционной заболеваемости:**

- а) медицинская карта;
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения;
- в) экстренное извещение об острозаразном заболевании;
- г) карта эпидемиологического обследования;
- д) листок временной нетрудоспособности.

**8. Первичный учетный документ при изучении госпитализированной заболеваемости:**

- а) экстренное извещение об острозаразном заболевании;
- б) медицинская карта;
- в) листок временной нетрудоспособности;
- г) карта выбывшего из стационара;
- д) контрольная карта диспансерного наблюдения.

**9. Значение отчета о временной нетрудоспособности в практике врача:**

- а) финансовое;
- б) социально-гигиеническое;
- в) сигнально-оперативное;
- г) медицинское;
- д) аналитическое.

**10. В структуре госпитализированных больных среди взрослого населения наибольшую долю составляют больные:**

- а) с несчастными случаями, отравлениями;
- б) болезнями дыхательной системы;
- в) болезнями системы кровообращения;
- г) болезнями системы пищеварения;
- д) новообразованиями.

**11. При изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности рассчитываются следующие показатели:**

- а) структура заболеваемости в случаях;
- б) структур заболеваемости в днях;
- в) уровень заболеваемости в случаях на 100 работающих
- г) уровень заболеваемости в днях на 100 работающих;
- д) средняя длительность одного случая заболевания.



**12. Источником изучения материалов о заболеваемости является:**

- а) данные обращаемости;
- б) данные профосмотров;
- в) специальные углубленные выборочные исследования;
- г) изучение данных о причине смерти;
- д) изучение медицинских карт.

**13. В каком возрасте наиболее высокая обращаемость в ЛПУ:**

- а) до 1 года;
- б) 3-5 лет;
- в) 10-14 лет;
- г) 20-24 года;
- д) 30-34 года.

**14. Какой из методов изучения заболеваемости дает наиболее объективное представление о заболеваемости населения:**

- а) по обращаемости;
- б) по данным медицинских осмотров;
- в) по данным о причинах смерти;
- г) изучение госпитализированной заболеваемости;
- д) опрос населения.

**15. При изучении здоровья детей и подростков наибольшее значение имеют показатели:**

- а) заболеваемости;
- б) инвалидности;
- в) смертности;
- г) физического развития;
- д) госпитализированной заболеваемости.

## 8. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем»: история создания, принципы построения, особенности МКБ-10-го пересмотра, значение в работе врача
2. Заболеваемость, болезненность, патологическая пораженность: понятия, методика расчета показателей.
3. Методы и источники изучения заболеваемости, сравнительная оценка.
4. Заболеваемость по обращаемости: методика изучения, виды, регистрационные формы, уровень и структура отдельных видов.
5. Заболеваемость по данным медицинских осмотров: методика изучения, виды, регистрационные формы, уровень и структура.
6. Заболеваемость по данным о причинах смерти: методика изучения, регистрационные формы, уровень и структура.
7. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности: методика изучения, уровень и структура. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

*Индивидуальное задание: расчет и определение вида показателей заболеваемости.*

## 9. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

**Задача-эталон: рассчитайте и определите вид полученных показателей:**

**Задача №1:** рассчитайте и определите вид показателей:

1. Госпитализированной заболеваемости;
2. Долю госпитализированных в терапевтические отделения;
3. Долю госпитализированных в хирургические отделения.

В городе с населением 32 390 человек госпитализировано в стационары 9 161 человек, из них 2 091 человек в терапевтические, 939 в хирургические.

**Решение задачи эталона:**

1. Рассчитываем показатель госпитализированной заболеваемости:

$$\text{Госпитализированная заболеваемость} = \frac{\text{Число госпитализированных больных}}{\text{Средняя численность населения, проживающего на данной территории}} \times 1000$$

$$\text{Госпитализированная заболеваемость} = \frac{9161}{32390} \times 1000 = 282,8\text{‰}$$

Вид показателя: интенсивный.

2. Доля госпитализированных в терапевтические отделения:

$$\text{Доля госпитализированных в терапевтические отделения} = \frac{\text{Число госпитализированных в терапевтические отделения}}{\text{Общее число госпитализированных}} \times 100\%$$

$$\text{Доля госпитализированных в терапевтическое отделение} = \frac{2091}{9161} \times 100\% = 22,8\%$$

Вид показателя: экстенсивный.

3. Доля госпитализированных в хирургические отделения:

$$\text{Доля госпитализированных в хирургические отделения} = \frac{\text{Число госпитализированных в хирургические отделения}}{\text{Общее число госпитализированных}} \times 100\%$$

$$\text{Доля госпитализированных в хирургические отделения} = \frac{939}{9161} \times 100\% = 10,2\%$$

Вид показателя: экстенсивный

**Задача №2:** рассчитайте и определите вид показателей.

1. Показатель болезненности;
2. Показатель заболеваемости;
3. Структуру заболеваемости.

В городе с населением 32 390 человек в поликлиниках зарегистрировано заболеваний болезней системы кровообращения 2811, из них впервые возникли в данном году 475, в том числе:

Злокачественная гипертензия 150

Эссенциальная доброкачественная гипертензия 250

Гипертоническая болезнь с поражением сердца 75

**Решение задачи-эталона:**

1. Показатель болезненности

$$\text{Болезненность} = \frac{\text{Число имевшихся заболеваний у населения за год}}{\text{Средняя численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Болезненность} = \frac{2811}{32390} \times 1000 = 86,77\text{‰}$$

Вид показателя: интенсивный

2. Показатель заболеваемости:

$$\text{Заболеваемость} = \frac{\text{Число вновь возникших заболеваний}}{\text{средняя численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Заболеваемость} = \frac{475}{32390} \times 1000 = 14,67\text{‰}$$

Вид показателя: интенсивный

3. Показатель структуры заболеваемости:

$$\text{Структура заболеваемости} = \frac{\text{Число вновь возникшей нозологической единицы}}{\text{Общее число вновь возникших заболеваний}} \times 100\%$$

Структура заболеваемости:

Доля возникших заболеваний системы кровообращения:

$$\begin{array}{l} \text{Злокачественная} \\ \text{гипертония} \end{array} = \frac{150}{475} \times 100\% = 31,6\%$$

$$\begin{array}{l} \text{Эссенциальная} \\ \text{доброкачественная} \\ \text{гипертония} \end{array} = \frac{250}{475} \times 100\% = 52,5\%$$

$$\begin{array}{l} \text{Гипертоническая болезнь} \\ \text{с поражением сердца} \end{array} = \frac{75}{475} \times 100\% = 15,8\%$$

Вид показателя: экстенсивный

**Задача №3.** Рассчитайте показатель больничной летальности.

В районе проживает 50 000 жителей. За год из центральной больницы выписано 3 200 человек, умерло 36 человек.

**Решение задачи-эталона:**

$$\begin{array}{l} \text{Больничная} \\ \text{летальность} \end{array} = \frac{\text{Число умерших в больнице за год}}{\text{Общее количество выписанных и умерших}} \times 100$$

$$\begin{array}{l} \text{Больничная} \\ \text{летальность} \end{array} = \frac{36}{(3200 + 36)} \times 100\% = 1,1\%$$

## 10. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

**Задание №1**

**Вариант №1.**

**Задача 1.** В городе с населением 400000 человек госпитализировано в стационары 80000 человек, из них 40000 в терапевтические, 10000 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, до-

лю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения. Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	100 000 чел.
В поликлиниках города зарегистрировано заболеваний гипертонической болезнью	20 500 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	6 700
Злокачественная гипертония	
Эссенциальная гипертония	250
Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца или почек.	5650
	800

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 48 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 4 200 человек, умерло 20 человек.

#### Вариант №2.

**Задача 1.** В городе с населением 200000 человек госпитализировано в стационары 40000 человек, из них 20000 в терапевтические, 5000 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, долю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения. Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	8 000 чел.
Зарегистрировано злокачественных новообразований	400 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	120
Злокачественные новообразования органов пищеварения	40
Злокачественные новообразования органов дыхания	25
Злокачественные новообразования прочих локализаций	55

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 55 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 3 300 человек, умерло 40 человек.

**Вариант №3.**

**Задача 1.** В городе с населением 800000 человек госпитализировано в стационары 110000 человек, из них 80000 в терапевтические, 20000 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, долю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения. Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	200 000 чел.
В поликлиниках города зарегистрировано заболеваний	1200 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	440
Язвенной болезнью желудка и ДПК	230
холециститом	130
Панкреатитом	80

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 50 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 3 200 человек, умерло 32 человек.

**Вариант №4.**

**Задача 1.** В городе с населением 3000000 человек госпитализировано в стационары 60000 человек, из них 50000 в терапевтические, 30000 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, долю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения. Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	10 000 чел.
В поликлиниках города зарегистрировано заболеваний эндокринной системы	6250 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	3150
Зоб узловой	1600
тиреотоксикоз	1100
прочие	450

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 30 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 1 200 человек, умерло 12 человек.

**Вариант №5.**

**Задача 1.** В городе с населением 150000 человек госпитализировано в стационары 30000 человек, из них 18000 в терапевтические, 2000 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, до-



лю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения.  
Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	150 000 чел.
В поликлиниках города зарегистрировано заболеваний органов дыхания	55000 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	54450
Грипп и острый катар верхних дыхательных путей	33750
ангина	11500
бронхит острый и хронический	3020
прочие	6180

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 51 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 3 250 человек, умерло 38 человек.

#### Вариант №6.

**Задача 1.** В городе с населением 100000 человек госпитализировано в стационары 20000 человек, из них 12000 в терапевтические, 2000 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, долю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения. Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	135 000 чел.
В поликлиниках города зарегистрировано заболеваний ревматизмом	2120 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	580
Активный ревматизм	480
Хронические ревматические заболевания сердца	100

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 49 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 4 300 человек, умерло 30 человек.

**Вариант №7.**

**Задача 1.** В городе с населением 150000 человек госпитализировано в стационары 28000 человек, из них 13000 в терапевтические, 2100 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, долю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения. Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	200 000 чел.
В поликлиниках города зарегистрировано заболеваний нервной системы	11 000 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	6 300
Пояснично-крестцовый радикулит и др. болезни нервов	3150
Воспалительные болезни ЦНС	630
Прочие заболевания	2520

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 56 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 3 310 человек, умерло 45 человек.

**Вариант №8.**

**Задача 1.** В городе с населением 170000 человек госпитализировано в стационары 23700 человек, из них 12200 в терапевтические, 2600 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, долю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения. Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	115 000 чел.
В поликлиниках города зарегистрировано заболеваний опорно-двигательного аппарата	3800 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	2570
Остеомиелит и другие болезни костей и суставов	970
Прочие болезни костей, мышц и сочленений	1600

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 51 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 3 201 человек, умерло 35 человек.

**Вариант №9.**

**Задача 1.** В городе с населением 75000 человек госпитализировано в стационары 12000 человек, из них 7000 в терапевтические, 1200 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, до-

лю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения.

Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	30 000 чел.
В поликлиниках города зарегистрировано травм	54450 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	3400
Переломы	345
Вывихи, растяжения, деформации суставов	1980
прочие	1075

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 32 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 1 400 человек, умерло 15 человек.

#### Вариант №10.

**Задача 1.** В городе с населением 50000 человек госпитализировано в стационары 8600 человек, из них 4100 в терапевтические, 1980 в хирургические отделения. Вычислите показатели госпитализированной заболеваемости, долю госпитализированных в терапевтические и хирургические отделения. Определить вид показателей.

**Задача 2.** Вычислить и оценить показатели болезненности (распространенности) и заболеваемости; определить структуру заболеваемости в %. Определить вид показателей.

Численность населения города	75 000 чел.
В поликлиниках города зарегистрировано заболеваний кожи	4605 случаев
Из них впервые возникли в данном году в том числе:	3980
Фурункулы и карбункулы	900
Панариции	700
Флегмоны и абсцессы	450
прочие	1930

**Задача 3.** Вычислите больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 52 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 3 450 человек, умерло 48 человек.

**Задание №2**

Зашифровать по «Международной классификации болезней» основную причину в предполагаемых диагнозах медицинских свидетельств о смерти.

**Вариант № 1**

- а) Абсцесс легкого.
- б) Долевая пневмония.

**Вариант №2**

- а) Печеночная недостаточность.
- б) Закупорка желчного протока.
- в) Рак поджелудочной железы.

**Вариант №3**

- а) Кровоизлияние в мозг.
- б) гипертензия.
- в) Хронический пиелонефрит.
- г) Аденома предстательной железы.

**Вариант №4**

- а) Травматический шок
- б) Множественные переломы.
- в) Наезд грузовика на пешехода

**Вариант №5**

- а) Варикозное расширение вен пищевода и застойная сердечная недостаточность.
- б) Цирроз печени.
- в) Хроническая ревматическая болезнь сердца

**Вариант №6**

- а) Саркома Капоши
- б) ВИЧ-инфекция

**Вариант №7**

- а) Рак яичника.
- б) ВИЧ-инфекция

**Вариант №8**

- а) Бронхопневмония.
- б) Вторичная анемия и хронический лимфолейкоз.

**Вариант №9**

- а) Острый нефрит.
- б) Скарлатина.

**Вариант №10**

- а) Нефрэктомия
- б) Светлоклеточный рак почки.

**Вариант №11**

- а) Острая анемия.
- б) Кровавая рвота.
- в) Кровотечение из варикозных вен пищевода.

**Вариант №12**

- а) Инфаркт легкого.
- б) Левосторонняя пневмоэктомия по поводу рака легкого, проведенная две недели назад.

**Вариант № 13**

- а) Старость.
- б) Застойная пневмония.
- в) Ревматический артрит.

**Вариант № 14**

- а) Анемия.
- б) Старость.

**Вариант №15**

- а) Дегенерация миокарда.
- б) Эмфизема.
- в) Старость.

## 11. ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1.

#### Статистические формы учета заболеваемости

Номер формы	Название формы
Форма 12	«СВЕДЕНИЯ О ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ»
Форма 16	«СВЕДЕНИЯ О ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИЧИНАХ СМЕРТИ ЛИЦ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВКЛЮЧЕНИЮ В РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-ДОЗИМЕТРИЧЕСКИЙ РЕГИСТР В СВЯЗИ С АВАРИЕЙ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС»
Форма 31	«СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ-ШКОЛЬНИКАМ»
Форма 32	«СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ, РОЖЕНИЦАМ И РОДИЛЬНИЦАМ»
Форма 33	«СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ»
Форма 34	«СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»
Форма 35	«СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ»
Форма 36	«СВЕДЕНИЯ О КОНТИНГЕНТАХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ»
Форма 37	«СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТАХ, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, НАРКОМАНИЯМИ, ТОКСИКОМАНИЯМИ»
Форма 61	«СВЕДЕНИЯ О КОНТИНГЕНТАХ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ»



## Приложение 2.

## ФЕДЕРАЛЬНОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

## КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ

Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 "Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности"

## ВОЗМОЖНО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ

**СВЕДЕНИЯ О ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

за \_\_\_\_\_ год

Представляют:	Сроки представления
юридические лица - амбулаторно-поликлинические медицинские организации и медицинские организации, имеющие амбулаторно-поликлинические подразделения: - органу местного самоуправления в сфере охраны здоровья	20 января
органы местного самоуправления в сфере охраны здоровья: - органу управления здравоохранения субъекта Российской Федерации	до 1 февраля
органы управления здравоохранения субъектов Российской Федерации: - Министерству здравоохранения Российской Федерации; - территориальному органу Росстата в субъекте Российской Федерации по установленному им адресу	до 5 марта 25 марта

## ФОРМА №12

Приказ Росстата:  
Об утверждении формы  
от 25.12.2014 № 723  
внесении изменений (при  
наличии)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_

**Годовая**

Наименование отчитывающейся организации:			
Почтовый адрес: 350000, Краснодарский край, г.Краснодар, ул.Коммунаров, 276			
Код формы по ОКУД	Код		
	отчитывающейся организации по ОКПО		
1	2	3	4
0609381			

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ

Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьями 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 «Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности»

ВОЗМОЖНО ПРЕДСТАВЛЕНИЕ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ

СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

за год

Представляют:	Сроки представления
областные, краевые, республиканские или другие онкологические диспансеры, по указанию вышестоящих органов здравоохранения ведущие территориальный регистр больных со злокачественными новообразованиями и получающие с этой целью Извещения о вновь выявленных случаях заболеваний: - органу местного самоуправления в сфере здравоохранения; орган местного самоуправления в сфере здравоохранения: - органу управления здравоохранения субъекта Российской Федерации; орган управления здравоохранения субъекта Российской Федерации: - Минздравсоцразвития России	20 января до 20 февраля до 5 марта

Форма № 35

Приказ Ресстата:  
Об утверждении формы  
от 29.12.11. №520  
О внесении изменений  
(при наличии)  
от №  
Годовая

Наименование отчитывающейся организации:		
Почтовый адрес 350000, Краснодарский край, г.Краснодар, ул.Коммунаров, 276		
Код формы по ОКУД	отчитывающейся организации по ОКПО	Код
1	2	3
0609377		4

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ

Нарушение порядка предоставления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 "Об ответственности за нарушение порядка предоставления государственной статистической отчетности"

ВОЗМОЖНО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ

СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ  
за \_\_\_\_\_ год

Предоставляют:	Сроки предоставления
противотуберкулезные диспансеры субъекта Российской Федерации, ведущие территориальный регистр (картотеку) больных туберкулезом и получающие с этой целью извещения о впервые выявленных заболеваниях, амбулаторно-поликлинические учреждения, имеющие фтизиатрические отделения (кабинеты): - главному противотуберкулезному учреждению - главному противотуберкулезное учреждение: - органу управления здравоохранения субъекта Российской Федерации орган управления здравоохранения субъекта Российской Федерации: - Минздравсоцразвития России	10 января  до 10 февраля до 5 марта
Форма № 33 Приказ Ростата: Об утверждении формы от 31.12.2010 № 483 О внесении изменений (при наличии) от _____ № _____ от _____ № _____	Годовая

Наименование отчитывающейся организации:		
Почтовый адрес 350000, Краснодарский край, г.Краснодар, ул.Коммунаров, 276		
Код формы по ОКРУД	отчитывающейся организации по ОКПО	Код
1	2	3
0609365		4

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ

Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 «Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности»

СВЕДЕНИЯ О КОНТИНГЕНТАХ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Представляют:		Сроки представления	Форма № 61
амбулаторно-поликлинические учреждения (подразделения) всех профилей: - центральной районной больницы, органу местного самоуправления центральная районная больница, орган местного самоуправления отчет каждого подведомственного учреждения; - центру по профилактике и борьбе со СПИДом в субъекте Российской Федерации центр по профилактике и борьбе со СПИДом в субъекте Российской Федерации; - органу управления здравоохранением субъекта Российской Федерации орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации; - Минздравсоцразвития России; - территориальному органу Росстата в субъекте Российской Федерации по установленному им адресу Минздравсоцразвития России сводный отчет в целом по России и в разрезе субъектов Российской Федерации: - Росстату		15 дней после отчетного периода   _дней после отчетного периода  _дней после отчетного периода в установленные Минздравсоцразвития России сроки до 15 марта  25 марта	Утверждена Постановлением Росстата № 1 От 09.01. 2008г.  Годовая

Наименование отчитывающейся организации				
Почтовый адрес				
Код формы по ОКРУД	отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	территории по ОКATO	министерства (ведомства), органа управления по ОКOGU
1	2	3	4	5
0609382				6

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ

Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 "Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности"

ВОЗМОЖНО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ
--

СВЕДЕНИЯ О КОНТИНГЕНТАХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

за \_\_\_\_\_ год

Представляют:	Сроки представления	Форма № 36
психоневрологические диспансеры, психиатрические, психоневрологические больницы, самостоятельные больницы, поликлиники, имеющие психиатрические (психоневрологические, психотерапевтические, психосоматические) отделения (кабинеты, койки): - органу местного самоуправления в сфере здравоохранения орган местного самоуправления в сфере здравоохранения: - органу управления здравоохранения субъекта Российской Федерации орган управления здравоохранения субъекта Российской Федерации: - Минздраву России	10 января  до 10 февраля до 5 марта	
		Приказ Росстата: Об утверждении формы от _____ № _____ О внесении изменений (при наличии) от _____ № _____ от _____ № _____
		Головая

Наименование отчитывающейся организации		
Почтовый адрес 350000, Краснодарский край, г.Краснодар, ул.Коммунаров, 276		
Код формы по ОКРУД	Код	
1	отчитывающейся организации по ОКПО	
	2	3
0609368		4

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ	
Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 "Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности"	
ВОЗМОЖНО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ	
СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТАХ, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, НАРКОМАНИЯМИ, ТОКСИКОМАНИЯМИ	
за	год

Предоставляют:		Сроки предоставления
юридические лица - наркологические больницы и наркологические диспансеры (институты, научные центры наркологии и психиатрии), психоневрологические диспансеры (институты, научные центры, больницы и самостоятельные поликлиники, в том числе хозрасчетные и частные организации, имеющие в своем составе наркологические (психоневрологические) отделения (кабинеты), обслуживающие наркологических больных: - органу местного самоуправления в сфере здравоохранения - органу управления здравоохранения субъекта Российской Федерации орган управления здравоохранения субъекта Российской Федерации: - Минздраву России		10 января  до 10 февраля  до 5 марта

Форма № 37  
Приказ Росстата:  
Об утверждении формы  
от 16.10.2013 № 410  
О внесении изменений (при наличии)  
от №  
от №

Годовая

Наименование отчитывающейся организации:	
Почтовый адрес 350000, Краснодарский край, г.Краснодар, ул.Коммунаров, 276	
Код формы по ОКУД	Код
1	отчитывающейся организации по ОКПО
2	3
0609369	4



ФЕДЕРАЛЬНОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ

Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 "Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности"

ВОЗМОЖНО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ

СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ, РОЖЕНИЦАМ И РОДИЛЬНИЦАМ

Предоставляют:	Сроки предоставления
медицинские организации, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь во время беременности, родов и послеродовом периоде: - органу местного самоуправления в сфере здравоохранения; орган местного самоуправления в сфере здравоохранения: - органу управления здравоохранения субъекта Российской Федерации; орган управления здравоохранения субъекта Российской Федерации: - Минздравсоцразвития России;	10 января до 10 февраля до 5 марта

Форма № 32  
Приказ Росстата:  
Об утверждении формы от 29.12.11. №520  
О внесении изменений (при наличии) от № от № Годовая

Наименование отчитывающейся организации:		
Почтовый адрес 350000, Краснодарский край, г.Краснодар, ул.Коммунаров, 276		
Код формы по ОКУД	отчитывающейся организации по ОКПО	Код
1	2	3
0609364		4





ФЕДЕРАЛЬНОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ
Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 "Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности"
ВОЗМОЖНО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ

СВЕДЕНИЯ О ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИЧИНАХ СМЕРТИ ЛИЦ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВКЛЮЧЕНИЮ В РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-ДОЗИМЕТРИЧЕСКИЙ РЕГИСТР В СВЯЗИ С АВАРИЕЙ НА ЧЕРНОВЫЛЬСКОЙ АЭС	
за	год

Представляют: амбулаторно-поликлинические учреждения (подразделения), осуществляющие наблюдение и учет лиц, включенных в Российский государственный медико-дозиметрический регистр: - органу местного самоуправления в сфере здравоохранения орган местного самоуправления в сфере здравоохранения сводный отчет по району и отчет каждого подведомственного учреждения: - органу управления здравоохранения субъекта Российской Федерации органы управления здравоохранения субъекта Российской Федерации сводный отчет: - Минздравсоцразвития России; - территориальному органу Росстата в субъекте Российской Федерации по установленному адресу	Сроки представления  10 января  до 10 февраля  до 5 марта  до 20 марта
	Форма № 16 Приказ Росстата: Об утверждении формы от 31.12.2010 № 483 О внесении изменений (при наличии) от _____ № _____ от _____ № _____
Годовая	

Наименование отчитывающейся организации: Работает в системе ОМС: да – 1; нет – 2 (подчеркнуть) Почтовый адрес 350000, Краснодарский край, г.Краснодар, ул.Коммунаров, 276		
Код формы по ОКУД	Код	
1	2	3
0609371		4

## 12. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### *Основная литература*

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.-2е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР. Медиа,2012. - 608с.: ил.
2. Лисицин Ю.П., Улюмбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.-3-е издание, перераб. и доп.-М.: ГЭОТАР. Медиа,2011. - 544с.: ил.
3. Медик В.А., Лисицин Ю.П., Токмачев М.С. Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практическим занятиям: учебное пособие. - М.:ГЭОТАР-Медиа,2012 – 400 с.
4. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть.1 Общественное здоровье. - М.: Медицина.2003.-368с.
5. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. - М.,2014. Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина. С. - 617.

### *Дополнительная литература*

1. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М.: ОАО «Издательство» Медицина». 2006.: 528с.
2. Медик В.А., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2011- С.591.
3. Шахов В.В. Страхование. М., « Медицина», 2002.-С.311.
4. Войцехович Б.А., Общественное здоровье и здравоохранение. Учебное пособие для студентов медицинских вузов-Ростов н/д: Феникс.2007. – 125 С.
5. Редько А.Н., Лебедева И.С., Шильцова Т.С. Основы экономики. Учебно-методическое пособие для студентов: Краснодар.2014.- 99с.
6. Медицинская экспертиза трудоспособности в Российской Федерации. Учебно-методическое пособие для студентов 4-6 курсов лечебного факультета, 5 курса педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов. Под редакцией А.Н. Редько. Краснодар.- С. 87.

Размещено кафедрой ОЗЗ и ИМ КубГМУ