

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

Институт общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко

**Методические материалы по дисциплине:**

**Общественное здоровье и факторы, его определяющие**

основная профессиональная образовательная программа высшего  
образования - программа магистратуры

32.04.01 Общественное здравоохранение

1. Общественное здоровье-это:

1. Наука о закономерностях здоровья населения
2. Наука о социологии здоровья
3. Система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
4. Наука о социальных проблемах медицины

Ответ: 1

2. Наибольшее влияние на общественное здоровье оказывает

1. Образ жизни
2. Миграция населения
3. Внешняя среда
4. Наследственность

Ответ: 1

3. Характеристиками общественного здоровья не являются

1. Уровень показателей занятости населения в общественном производстве
2. Демографические показатели
3. Показатели физического здоровья
4. Показатели инвалидности

Ответ: 1

4. Характеристиками общественного здоровья являются

1. Уровень показателей занятости населения в общественном производстве
2. Демографические показатели
3. Показатели физического здоровья
4. Уровень доходов населения

Ответ: 2, 3

5. Характеристиками общественного здоровья являются:

1. Уровень безработицы
2. Показатели состояния окружающей среды
3. Показатели заболеваемости
4. Показатели инвалидности

Ответ: 3, 4

6. К потенциалу здоровья относят показатели

1. Медико-демографические
2. Заболеваемости
3. Обеспеченности населения врачами
4. Уровня доходов населения

Ответ: 1, 2

7. К потенциалу здоровья относят показатели

1. Инвалидности
2. Заболеваемости
3. Обеспеченности населения медицинскими работниками
4. Состояния окружающей среды

Ответ: 1, 2

8. Индекс здоровья – это

1. Соотношение доли неболевших лиц к болевшим в течение определенного календарного срока
2. Мера количества и качества здоровья, определяемая через потери здоровья разного уровня
3. Соответствие потенциала здоровья населения выделяемым ресурсам и запросам населения
4. Способности и возможности населения, определяющие жизнеспособность общества и обеспечивающие воспроизводство населения

Ответ: 1

9. Потенциал здоровья – это

1. Мера количества и качества здоровья, определяемая через потери здоровья разного уровня, измеряемые комплексом показателей
2. Соотношение доли неболевших лиц к болевшим в течение определенного календарного срока
3. Соответствие потенциала здоровья населения выделяемым ресурсам и запросам населения
4. Способности и возможности населения, определяющие жизнеспособность общества и обеспечивающие воспроизводство населения

Ответ: 1

10. Баланс здоровья – это

1. Соответствие потенциала здоровья населения выделяемым ресурсам и запросам населения
2. Мера количества и качества здоровья, определяемая через потери здоровья разного уровня, измеряемые комплексом показателей
3. Соотношение доли неболевших лиц к болевшим в течение определенного календарного срока
4. Способности и возможности населения, определяющие жизнеспособность общества и обеспечивающие воспроизводство населения

Ответ: 1

11. Ресурсы здоровья – это

1. Демографические, физические и психические способности и возможности населения, определяющие жизнеспособность общества и обеспечивающие воспроизводство населения, создание ВВП, интеллектуальный и оборонный потенциал
2. Соответствие потенциала здоровья населения выделяемым ресурсам и запросам населения
3. Мера количества и качества здоровья, определяемая через потери здоровья разного уровня, измеряемые комплексом показателей
4. Соотношение доли неболевших лиц к болевшим в течение определенного календарного срока

Ответ: 1

12. Основным принципом охраны здоровья граждан является

1. Приоритет профилактических мер в области здравоохранения
2. Социальное обеспечение граждан в случае потери работы
3. Платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов
4. Расширение показаний для лечения в круглосуточных стационарах

Ответ: 1

13. К принципам охраны здоровья граждан в РФ относится

1. Приоритет охраны здоровья детей
2. Приоритет охраны здоровья трудоспособного населения
3. Платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов
4. Расширение показаний для лечения в специализированных центрах стационарах

Ответ: 1

14. Укажите определение понятия "здоровье" данное всемирной организацией здравоохранения

1. Здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов
2. Здоровье человека - это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями.
3. Здоровье - это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни.
4. Здоровье - это динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой, при котором все заложенные в биологической и социальной сущности человека способности проявляются наиболее полно.

Ответ: 1

15. Одним из критериев оценки общественного здоровья является

1. Физическое развитие
2. Уровень занятости населения
3. Уровень развития здравоохранения
4. Уровень доходов населения

Ответ: 1

16. Одним из критериев оценки общественного здоровья является

1. Показатель заболеваемости
2. Условия труда
3. Уровень развития здравоохранения
4. Уровень жизни

Ответ: 1

17. В структуре факторов, влияющих на здоровье населения, доля системы здравоохранения составляет

1. 8-10%
2. 1-5%
3. 5-7%
4. 30-35%

Ответ: 1

18. К характеристикам потенциала здоровья населения не относятся показатели:

1. Летальности
2. Заболеваемости
3. Инвалидности
4. Физического развития

Ответ: 1

19. Наиболее важным фактором, оказывающим влияние на здоровье населения, является

1. Образ жизни
2. Наследственность
3. Состояние окружающей среды
4. Состояние системы здравоохранения

Ответ: 1

20. Показатели заболеваемости оцениваются с целью

1. Планирования ресурсов системы здравоохранения
2. Разработки профилактических мероприятий
3. Расчета размера пособий по инвалидности
4. Обоснования пенсионного возраста

Ответ: 1, 2

21. Основным методом изучения заболеваемости населения в РФ является метод

1. По обращаемости за медицинской помощью
2. По данным переписи населения
3. По опросам населения
4. По данным антропометрических измерений

Ответ: 1

22. К видам заболеваемости по данным обращаемости относится

1. Общая
2. Госпитализированная
3. Со стойкой утратой трудоспособности
4. Вторичная

Ответ: 1, 2

23. К видам заболеваемости по данным обращаемости относится

1. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности
  2. Неэпидемическая
  3. Заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности
  4. Социальная
- Ответ: 1, 2

24. Первичная заболеваемость – это:

1. Совокупность случаев впервые выявленных заболеваний среди населения за год
2. Количество посещений медицинских учреждений
3. Совокупность зарегистрированных болезней среди населения
4. Число болеющих лиц среди населения

Ответ: 1

25. Изучение заболеваемости населения проводится по данным:

1. Причин смерти
2. Переписи населения
3. Структуры вызовов скорой медицинской помощи
4. Антропометрических измерений

Ответ: 1

26. Положительной (сильной) стороной метода изучения заболеваемости по обращаемости является

1. Сложившаяся система формирования официального статистического сплошного учета зарегистрированных заболеваний, проблем, связанных со здоровьем
2. Заполнение нескольких статистических документов врачами
3. Возможность выявления скрытых форм заболеваний
4. Возможность сравнения заболеваемости по субъектам РФ и зарубежным странам

Ответ: 1

27. При изучении первичной заболеваемости единицей наблюдения населения, обратившегося в поликлинику, является:

1. Случай выявленного острого или впервые в жизни хронического заболевания у пациента
2. Пациент с острым заболеванием в году
3. Первичный в году случай обострения хронического заболевания
4. Пациент с обострением хронического заболевания

Ответ: 1

28. При изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности единицей наблюдения является

1. Законченный случай заболевания с временной утратой трудоспособности в году
2. Пациент, получивший листок нетрудоспособности
3. Случай временной утраты трудоспособности учащегося
4. Листок нетрудоспособности, выданный врачом поликлиники

Ответ: 1

29. Положительными сторонами метода изучения заболеваемости по обращаемости являются

1. Сложившаяся система формирования официального статистического сплошного учета зарегистрированных заболеваний
2. Возможность сравнения заболеваемости по субъектам РФ и зарубежным странам
3. Точное представление о заболеваниях, обуславливающих безвозвратные потери населения
4. Высокая точность диагностики

Ответ: 1

30. К методам изучения заболеваемости относится

1. По обращаемости за медицинской помощью
2. По данным переписи населения
3. По данным антропометрических измерений
4. По данным вызова врача на дом

Ответ: 1

31. В структуре общей заболеваемости всего населения первое место занимают:

1. Болезни органов дыхания
2. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
3. Новообразования
4. Болезни нервной системы

Ответ: 1

32. Патологическая пораженность – это

1. Совокупность всех случаев заболеваний, установленных при медосмотрах населения
2. Совокупность случаев заболеваний, выявленных у детского населения
3. Число обращений по поводу хронических заболеваний в поликлинику
4. Число обращений по поводу острых заболеваний

Ответ: 1

33. К сильным сторонам метода изучения заболеваемости по причинам смерти относят:

1. Возможность сопоставления информации о некоторых заболеваниях, подтвержденных патологоанатомической экспертизой
2. Возможность выявить начальные стадии заболеваний
3. Целенаправленность выявления изменений и патологических состояний
4. Низкую стоимость

Ответ: 1

34. К сильным сторонам метода изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров относят

1. Возможность выявить начальные стадии заболеваний
2. Низкую стоимость
3. Совершенство системы учета, обработки информации о заболеваемости
4. Возможность сопоставления информации о некоторых заболеваниях, подтвержденных патологоанатомической экспертизой

Ответ: 1

35. Инвалидность – это

1. Социальная недостаточность вследствие заболевания, травмы или анатомического дефекта, характеризующаяся стойким нарушением функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты
2. Состояние неблагополучия систем организма, приведшее к ограниченным возможностям для человека
3. Нарушение здоровья со II и более степенью стойких нарушений функций организма, определяющее необходимость его социальной защиты
4. Стойкие нарушения функций организма, характеризующиеся нарушением функций организма

Ответ: 1

36. В определение инвалидности входит нарушение здоровья со степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека

1. От 40 до 100%
2. От 10 до 30%
3. От 10 до 40%
4. От 10 до 100 %

Ответ: 1

37. К стойким расстройствам функций организма, учитываемым при медико-социальной экспертизе, относятся нарушения

1. Психических функций
2. Способности к самообслуживанию
3. Способности к обучению
4. Функции самоконтроля

Ответ: 1

38. В структуре причин инвалидности населения в РФ первые два места занимают:

1. Болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования
2. Злокачественные новообразования, болезни органов дыхания
3. Болезни системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
4. Злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

Ответ: 1



39. В структуре причин инвалидности населения в РФ первые два места занимают:

1. Болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования
2. Болезни нервной системы, болезни органов дыхания
3. Болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания
4. Болезни нервной системы, инфекционные заболевания

Ответ: 1

40. В структуре причин инвалидности детского населения в РФ первые два места занимают:

1. Психические расстройства и расстройства поведения
2. Болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования
3. Расстройства поведения и болезни органов дыхания
4. Психические расстройства и болезни системы кровообращения

Ответ: 1

41. В структуре причин инвалидности детского населения в РФ первые два места занимают:

1. Психические расстройства и расстройства поведения
2. Инфекционные заболевания и злокачественные новообразования
3. Болезни органов дыхания и травмы
4. Психические расстройства и травмы

Ответ: 1

42. Социальная реабилитация инвалидов направлена на

1. Восстановление способностей человека жить в обществе, к самостоятельной общественной и семейно-бытовой жизни
2. Восстановление функций систем организма
3. Выработку активной жизненной позиции
4. Профориентацию, подбор профессии и переподготовку

Ответ: 1

43. Медицинская реабилитация инвалидов направлена на

1. Восстановление функций систем организма
2. Восстановление способностей человека жить в обществе, к самостоятельной общественной и семейно-бытовой жизни
3. Выработку активной жизненной позиции
4. Профориентацию, подбор профессии и переподготовку

Ответ: 1

44. Профессиональная реабилитация инвалидов направлена на

1. Профориентацию, подбор профессии и переподготовку
2. Восстановление функций систем организма
3. Восстановление способностей человека жить в обществе, к самостоятельной общественной и семейно-бытовой жизни
4. Выработку активной жизненной позиции

Ответ: 1

45. Психологическая реабилитация инвалидов направлена на
1. Выработку активной жизненной позиции
  2. Профориентацию, подбор профессии и переподготовку
  3. Восстановление функций систем организма
  4. Восстановление способностей человека жить в обществе, к самостоятельной общественной и семейно-бытовой жизни

Ответ: 1

46. По данным ВОЗ, к основным глобальными факторами риска смертности в мире относится

1. Употребление табака
2. Стрессовые воздействия
3. Отягощенная наследственность
4. Неблагоприятное воздействие окружающей среды

Ответ: 1

47. К первичным факторам риска относится

1. Курение
2. Атеросклероз
3. Сахарный диабет
4. Ревматизм

Ответ: 1

48. К первичным факторам риска относят

1. Гиподинамию
2. Артериальную гипертензию
3. Сахарный диабет
4. Ревматизм

Ответ: 1

49. К вторичным факторам риска относится

1. Атеросклероз
2. Загрязнение окружающей среды
3. Неудовлетворительная работа служб здравоохранения
4. Употребление алкоголя

Ответ: 1

50. К вторичным факторам риска относят

1. Иммунодефицитное состояние
2. Загрязнение окружающей среды
3. Употребление табака
4. Психоэмоциональный стресс

Ответ: 1

51. Управляемым фактором риска является

1. Нерациональное питание
2. Наследственность

3. Возраст
4. Пол

Ответ: 1

52. При каких значениях относительного риска можно сделать вывод о том, что изучаемый фактор снижает вероятность возникновения заболевания

1.  $OR=0,1$
2.  $OR=0$
3.  $OR=1$
4.  $OR=0,5$

Ответ: 1, 4

53. Вторичными факторами риска являются

1. Холестеринемия
2. Иммунодефицит
3. Стресс
4. Курение

Ответ: 1, 2

54. К управляемым факторам риска относятся

1. Наследственность
2. Недостаточный уровень физической активности
3. Пол
4. Нерациональное питание

Ответ: 2, 4

55. Если значение относительного риска для фактора X составляет 4, это означает, что

1. Риск возникновения заболевания под воздействием данного фактора повышается
2. Риск возникновения заболевания под воздействием данного фактора снижается
3. Исследуемый фактор не влияет на вероятность возникновения заболевания
4. Присутствие данного фактора меняет вероятность возникновения заболевания на 4 %

Ответ: 1

56. Отношение риска возникновения какой-либо болезни у лиц, подвергающихся воздействию соответствующего фактора, к риску у лиц, не подвергающихся ему, называется

1. Относительным риском
2. Абсолютным риском
3. Атрибутивным риском
4. Популяционным добавочным риском

Ответ: 1

57. Вывод о снижении вероятности исхода при воздействии фактора можно

сделать при значении относительного риска

1. Менее 1
2. Более 1
3. Равном 0
4. Равном 1

Ответ: 1

58. При каком значении относительного риска можно сделать вывод о том, что исследуемый фактор не влияет на вероятность возникновения заболевания

1.  $OR=1$
2.  $OR=2$
3.  $OR=0,8$
4.  $OR=3$

Ответ: 1

59. При каком значении относительного риска можно сделать вывод о том, что изучаемый фактор повышает вероятность заболевания

1.  $OR=2$
2.  $OR=0,1$
3.  $OR=0,7$
4.  $OR=1$

Ответ: 1

60. Если при изучении влияния фактора X на вероятность возникновения заболевания установлено, что относительный риск равен 1, это означает, что

1. Исследуемый фактор не влияет на вероятность возникновения заболевания
2. Риск возникновения заболевания под воздействием данного фактора повышается
3. Риск возникновения заболевания под воздействием данного фактора снижается
4. Присутствие данного фактора меняет вероятность возникновения заболевания на 1 %

Ответ: 1

61. Исследуемый фактор не влияет на вероятность исхода при значении относительного риска

1. 1
2. более 1
3. 2
4. менее 1

Ответ: 1

62. Первичная профилактика включает

1. Разработку гигиенических требований к условиям окружающей среды
2. Проведение целевых медицинских профилактических осмотров
3. Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления

4. Проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями

Ответ: 1

63. Компонентом первичной профилактики является

1. Осуществление экологического и социально-гигиенического мониторинга, разработка соответствующих рекомендаций и их реализация
2. Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления
3. Проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями и инвалидов
4. Проведение диспансеризации лиц с повышенным риском заболеваемости

Ответ: 1

64. Компонентом первичной профилактики является

1. Проведение консультирования, направленного на формирование здорового образа жизни
2. Проведение целевых медицинских профилактических осмотров
3. Меры по реабилитации больных хроническими заболеваниями
4. Проведение диспансеризации лиц с повышенным риском заболеваемости

Ответ: 1

65. Компонентом вторичной профилактики является

1. Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления
2. Проведение индивидуального и группового консультирования, направленного на формирование здорового образа жизни
3. Разработка гигиенических требований к условиям окружающей среды
4. Проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями и инвалидов

Ответ: 1

66. Вторичная профилактика включает

1. Проведение целевых медицинских профилактических осмотров
2. Создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов
3. Осуществление экологического и социально-гигиенического мониторинга, разработка соответствующих рекомендаций и их реализацию
4. Проведение индивидуального и группового консультирования, направленного на формирование здорового образа жизни

Ответ: 1

67. К элементам вторичной профилактики относится

1. Проведение целевых медицинских профилактических осмотров

2. Создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов
3. Формирование мотивации к контролю за своим здоровьем населения
4. Осуществление экологического и социально-гигиенического мониторинга

Ответ: 1

68. К элементам третичной профилактики относится

1. Проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями и инвалидов
2. Оздоровление лиц, подверженных воздействию факторов риска
3. Проведение иммунопрофилактики
4. Целевое санитарно-гигиеническое воспитание и консультирование по формированию здорового образа жизни

Ответ: 1

69. Третичная профилактика включает

1. Проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями и инвалидов
2. Консультирование по формированию здорового образа жизни
3. Оказание содействия и профессиональной помощи по борьбе с вредными привычками
4. Проведение иммунопрофилактики

Ответ: 1

70. Компонентом третичной профилактики является

1. Реабилитация хронических больных
2. Своевременная диагностика заболеваний и оздоровление
3. Иммунопрофилактика
4. Гигиеническое воспитание

Ответ: 1

71. Первичная профилактика

1. Основана на формировании потребности людей в здоровом образе жизни
2. Основана на функционировании многоуровневых скрининговых систем
3. Основана на методе активного диспансерного наблюдения
4. Проводится по отношению к группам лиц со сходными симптомами или факторами риска

Ответ: 1

72. Вторичная профилактика

1. Основана на функционировании многоуровневых скрининговых систем
2. Основана на методе активного диспансерного наблюдения
3. Проводится по отношению к отдельным индивидуумам
4. Основана на формировании потребности людей в здоровом образе жизни

Ответ: 1

73. Третичная профилактика

1. Основана на методе активного диспансерного наблюдения
2. Основана на формировании потребности людей в здоровом образе жизни
3. Основана на функционировании многоуровневых скрининговых систем
4. Охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом

Ответ: 1

74. Эффективность первичной профилактики можно оценить по

1. Индексу здоровья
2. Показателю первичной заболеваемости
3. Частоте и длительности осложнений
4. Частоте и длительности обострений

Ответ: 1

75. Критерием эффективности первичной профилактики является

1. Увеличение доли людей, ведущих здоровый образ жизни
2. Снижение частоты и тяжести инвалидизации
3. Снижение показателя летальности
4. Снижение показателя частоты и длительности временной нетрудоспособности

Ответ: 1

76. Эффективность вторичной профилактики можно оценить по показателю

1. Первичной заболеваемости
2. Первичной инвалидности
3. Общей смертности
4. Доли здоровых лиц в популяции

Ответ: 1

77. Критерием эффективности вторичной профилактики является

1. Снижение в динамике первичной заболеваемости
2. Увеличение средней продолжительности жизни
3. Снижение частоты и тяжести инвалидизации
4. Рост показателя распространенности

Ответ: 1

78. Об эффективности третичной профилактики можно судить по показателю

1. Частоты временной нетрудоспособности
2. Первичной заболеваемости
3. Доле лиц здоровых лиц в популяции
4. Охват вакцинацией лиц, подлежащих вакцинации

Ответ: 1

79. Критерием эффективности третичной профилактики является

1. Снижение частоты и длительности обострений

2. Снижение числа лиц, подверженных воздействию факторов риска
3. Рост индекса здоровья
4. Снижение потенциала здоровья

Ответ: 1

80. Первичная профилактика направлена на

1. Здоровых лиц
2. Лиц из групп риска
3. Больных острыми заболеваниями
4. Больных хроническими заболеваниями

Ответ: 1

81. Вторичная профилактика направлена на

1. Лиц из групп риска
2. Здоровых лиц
3. Лиц, у которых имеются симптомы заболеваний
4. Больных хроническими заболеваниями

Ответ: 1

82. Третичная профилактика направлена на

1. Лиц, страдающих хроническими заболеваниями
2. Лиц с повышенным риском развития заболевания
3. Здоровых людей
4. Лиц, проходящих медицинский осмотр

Ответ: 1

83. Первичная профилактика по характеру является преимущественно

1. Социальной
2. Медицинской
3. Аналитической
4. Экономической

Ответ: 1

84. Вторичная профилактика по характеру является преимущественно

1. Медицинско-социальной
2. Социальной
3. Медицинской
4. Просветительской

Ответ: 1

85. Третичная профилактика по характеру является преимущественно

1. Медицинской
2. Социальной
3. Аналитической
4. Гигиенической

Ответ: 1

86. Сохранение и развитие условий, способствующих улучшению здоровья как



индивидуума, так и населения в целом, являются целью

1. Первичной профилактики
2. Вторичной профилактики
3. Третичной профилактики
4. Четвертичной профилактики

Ответ: 1

87. Преимущественно социальный характер носит профилактика

1. Первичная
2. Вторичная
3. Третичная
4. Четвертичная

Ответ: 1

88. На формирование потребности людей в здоровом образе жизни направлена профилактика

1. Первичная
2. Вторичная
3. Третичная
4. Четвертичная

Ответ: 1

89. Мероприятия по осуществлению экологического и социально-гигиенического мониторинга можно отнести к профилактике

1. Первичной
2. Вторичной
3. Третичной
4. Четвертичной

Ответ: 1

90. Проведение индивидуального и группового консультирования, направленного на формирование здорового образа жизни, относят к профилактике

1. Первичной
2. Вторичной
3. Третичной
4. Четвертичной

Ответ: 1

91. Раннее выявление отклонений в жизнедеятельности человека в целях проведения соответствующей коррекции является целью профилактики

1. Вторичной
2. Первичной
3. Третичной
4. Четвертичной

Ответ: 1

92. Предупреждение развития заболеваний среди групп риска является целью

профилактики

1. Вторичной
2. Первичной
3. Третичной
4. Четвертичной

Ответ: 1

93. Динамика первичной заболеваемости является критерием

1. Вторичной профилактики
2. Первичной профилактики
3. Третичной профилактики
4. Всех перечисленных видов

Ответ: 1

94. Достижение длительной и стойкой ремиссии за счет предупреждения обострений является целью профилактики

1. Третичной
2. Первичной
3. Вторичной
4. Четвертичной

Ответ: 1

95. Скорейшее восстановление пациента и социальная адаптация является задачей

1. Третичной профилактики
2. Первичной профилактики
3. Вторичной профилактики
4. Всех перечисленных видов

Ответ: 1

96. Мероприятия по созданию условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов можно отнести к

1. Третичной профилактике
2. Первичной профилактике
3. Вторичной профилактике
4. Всем перечисленным видам профилактики

Ответ: 1

97. Мероприятия по наблюдению, лечению и реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями относятся к

1. Третичной профилактике
2. Первичной профилактике
3. Вторичной профилактике
4. Всем перечисленным видам профилактики

Ответ: 1

98. Снижение показателя летальности является критерием эффективности

1. Третичной профилактики

2. Первичной профилактики
3. Вторичной профилактики
4. Всех перечисленных видов

Ответ: 1

99. Динамика показателя частоты осложнений хронических заболеваний является критерием

1. Третичной профилактики
2. Первичной профилактики
3. Вторичной профилактики
4. Всех перечисленных видов

Ответ: 1

100. Примером использования статистического метода для оценки факторов риска является:

1. Корреляция
2. Шкала SCORE
3. Абсолютный риск
4. Скрининг

Ответ: 1

## ВОПРОСЫ

### 1. **Общественное здоровье: понятие об общественном здоровье, предметы изучения данной дисциплины.**

Общественное здоровье представляет самостоятельную медицинскую дисциплину, которая изучает воздействие социальных факторов и условий внешней среды на здоровье населения и на этой основе разрабатывает профилактические меры по его оздоровлению и совершенствованию медицинского обеспечения.

Общественное здоровье и здравоохранение — это современное направление научной, практической и образовательной деятельности, в задачи которого входит:

- изучение закономерностей формирования здоровья когорт и различных групп населения, обусловленных комплексным влиянием разнообразных факторов окружающей природной и антропогенной среды, образа жизни и уровнем развития медицинской помощи, разработка и реализация мер по управлению здоровьем и профилактике заболеваний;
- анализ и разработка современных подходов, стратегических и тактических предложений по организации и совершенствованию медико-социальной и медико-санитарной помощи, формированию, планированию и мониторингу организации доступных, качественных и эффективных профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных медицинских услуг населению, реализация мер по управлению медицинской наукой и практическим здравоохранением;
- подготовка медицинских и немедицинских специалистов по вопросам охраны и укрепления здоровья, разработки и реализации государственной социальной и медицинской политики, государственно-частного партнерства и порядка взаимодействия и ответственности государства, различных отраслей хозяйственного комплекса, общества, системы здравоохранения и граждан по проблемам общественного здоровья и здравоохранения. Общественное здоровье и здравоохранение наряду с другими проблемами включает в себя комплекс мер по координации деятельности государственных, общественных организаций, системы здравоохранения и граждан по охране здоровья.

Предметом общественного здравоохранения является изучение влияния общественных условий жизни на здоровье и медицинское обслуживание населения.

## **2. Основные принципы охраны здоровья населения в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 г.).**

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 г.) основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

## **3. Основные группы факторов, оказывающих влияние на общественное здоровье.**

К основным факторам, оказывающим влияние на здоровье населения, относятся образ жизни, экологическая и социально-экономическая обстановка, биологические факторы (наследственность), а также политика в области охраны здоровья населения. Определить долю влияния каждого из этих факторов сложно, так как все они взаимосвязаны и во многом модифицируются политикой в области охраны здоровья населения.

Расчеты по данным о заболеваемости на селения показывают (Ю. П. Лисицын), что 1-е место среди факторов, определяющих здоровье, занимает образ жизни. Доля факторов риска здоровью, связанных с образом жизни, составляет 50–55%. Примерно по 15–20% занимают наследственные факторы и загрязнение окружающей среды и 10–15% приходится на работу органов и учреждений (служб) здравоохранения. Однако если учитывать комплексное воздействие на здоровье населения санитарно-эпидемиологических мероприятий, медико-санитарного просвещения населения, профилактических иммунизаций и лечение тяжелых заболеваний антибиотиками, то влияние системы здравоохранения значительно больше 10–15%. О влиянии в 10–15% можно говорить, имея в виду только медицинскую помощь заболевшим, и при достаточно хорошо финансируемых системах здравоохранения, чего нельзя, к сожалению, сказать сегодня о системе здравоохранения РФ. Определенно можно только сказать, что воздействие образа жизни на здоровье в 2–2,5 раза выше, чем других факторов. Так, по данным ВОЗ, более 80% случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета типа 2, а также около 40% случаев злокачественных новообразований можно предотвратить

путем модификации образа жизни населения и снижения влияния факторов риска.

#### **4. Социальные детерминанты здоровья отдельных групп населения.**

Социальные детерминанты здоровья – это условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая системы здравоохранения.

Эти обстоятельства формируются под воздействием распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровне, на которые, в свою очередь, оказывает воздействие проводимая государством политика.

Социальные детерминанты здоровья являются основной причиной неравенства в отношении здоровья - несправедливых и предотвратимых различий в состоянии здоровья, наблюдаемых внутри стран и между ними.

Необходим учёт экономических и социально-демографических характеристик каждой территории, учет особенностей детерминант здоровья в конкретном регионе, в городской среде и в сельской местности (изучение характеристик образа жизни населения – условий работы и быта, социо-культурных особенностей, типа питания (в т.ч. – особенности питания беременных женщин, детей и подростков, сбалансированность питания различных групп населения), наличия вредных привычек (алкоголизма, курения), физической активности, экологической обстановки и др.).

#### **5. Влияние социально-экономического неравенства отдельных групп населения на состояние здоровья, доступность медицинской помощи и показатели заболеваемости.**

Социальные неравенства – это различия в распределении социальных и экономических факторов или социальных детерминант здоровья в пределах страны или между странами.

Социальные неравенства обычно измеряются такими параметрами, как доход, образование и трудовая деятельность.

Социальные неравенства содействуют возникновению различий по показателям здоровья (неравенств в отношении здоровья) и часто являются первичным источником или причиной неравенств в отношении здоровья. Поэтому меры, направленные на сокращение неравенств в отношении здоровья, должны также включать воздействие на социальные детерминанты, такие как уровень образования, условия проживания и работы, трудоустройство и доход. (Так, например, когда совместными действиями в секторах здравоохранения и образования добиваются, чтобы девушки не бросали школу и завершали среднее образование, это одновременно улучшает как их здоровье, так и будущие жизненные возможности, сокращает гендерные неравенства в отношении здоровья и в социальном плане, связанные с более низким уровнем образования или незавершенным обучением).

Социальный градиент здоровья – это ступенчатое улучшение показателей здоровья по мере улучшения социально-экономического положения. В

качестве шкалы отсчета используются такие параметры, как доход, характер трудовой деятельности или уровень образования.

## **6. Основные методы исследования, используемые для оценки общественного здоровья.**

Методы исследования общественного здоровья

- Статистический
- Экономический
- Социологический
- Исторический
- Экспериментальный
- Аналитический
- Метод хронологических исследований
- Оценка качества жизни

## **7. Показатели физического развития детей и подростков как критерий общественного здоровья.**

Состояние здоровья детей и подростков – важный показатель благополучия общества и государства, интеллектуальный и экономический потенциал, определяющий будущее нации, актуальность изучения которого возрастает с каждым годом. Здоровье детей и подростков обеспечивается уровнем физического и умственного развития, функциональными возможностями организма в различные возрастные периоды, состоянием адаптационно-приспособительных реакций в процессе роста и зависит от заболеваемости, уровня специфической и неспецифической резистентности и других экологических, социально-экономических факторов.

Физическое развитие – совокупность морфологических и функциональных свойств (признаков) организма, обусловленных наследственными факторами и влиянием внешней среды, которые характеризуют процесс роста организма и его биологическое созревание.

Показатели физического развития служат объективным критерием оценки состояния здоровья детей и подростков, позволяют оценить динамику возрастных изменений размеров (параметров) тела (роста, массы и др.), телосложения, мышечной силы, работоспособности и т.д.

Особенности динамики показателей физического развития подрастающего поколения заключаются в неравномерности, неодновременности и обусловленности полом процессов роста и развития в различные возрастные периоды.

Изучение динамики показателей физического развития позволяет оценить:

- социально-гигиенические (жилищно-бытовые условия, состояние образовательных учреждений и др.) и климатогеографические условия проживания отдельных групп городского и сельского населения;
- качество оказываемой первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) детям и подросткам;
- эффективность профилактических и оздоровительных мероприятий,

проводимых в различных МО педиатрического профиля;

- влияние экологической ситуации на состояние здоровья подрастающего поколения и др

## **8. Заболеваемость отдельных групп населения: состояние, тенденции и факторы, их определяющие.**

Ведущей характеристикой общественного здоровья является здоровье отдельных групп населения (половых, возрастных, профессиональных, социальных), проживающего на определенной территории, в различных странах и регионах

Изучение проблем общественного здоровья различных групп населения

1. Позволяет формировать целевую государственную социальную политику, направленную на сохранение и укрепление здоровья населения в соответствии с существующими проблемами и приоритетами.
2. Важное значение изучение группового здоровья населения имеет при организации профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации с учетом имеющейся специфики здоровья и заболеваемости различных групп населения, проведении структурной реформы в системе здравоохранения.

Методические подходы к изучению заболеваемости и здоровья определяются в зависимости

- этапа развития и возраста групп населения (дети 0-14, 15-17, работающие, пенсионеры);
- особенностей занятости групп: учебной, трудовой (студенты, врачи, механики и т.д.);
- социально-религиозной общности (семья, староверы, религиозные кланы);
- места постоянного проживания и сложившимися традициями (городское, сельское население) и т.д.

Состояние здоровья детей и подростков – важный показатель благополучия общества и государства, интеллектуальный и экономический потенциал, определяющий будущее нации, актуальность изучения которого возрастает с каждым годом. Здоровье детей и подростков обеспечивается уровнем физического и умственного развития, функциональными возможностями организма в различные возрастные периоды, состоянием адаптационно-приспособительных реакций в процессе роста и зависит от заболеваемости, уровня специфической и неспецифической резистентности и других экологических, социально-экономических факторов. Основными группами статистических показателей, используемых для характеристики здоровья детей и подростков, являются: 1) демографические; 2) физическое развитие; 3) распределение детей по группам здоровья; 4) заболеваемость; 5) данные об инвалидности.

Сохранение здоровья работающего населения является приоритетным направлением государственной политики в области трудовых отношений, охраны труда и обеспечения работодателем здоровых и безопасных условий



труда, профилактики профессиональной заболеваемости, поскольку экономический подъем государства связан с трудоспособным населением. В настоящее время на состояние здоровья работающих оказывают влияние профессиональные риски, связанные с характером производств, ходом их реструктуризации, применением устаревших и опасных технологий, недостаточной ответственностью работодателей за создание здоровых, безопасных условий труда, а также факторы, появление которых связано с ходом научно-технического прогресса, наращиванием производственного потенциала и внедрением новых технологий в различных отраслях хозяйственного комплекса. Возрастает роль потенциально опасных для здоровья факторов поведенческого, биологического, генетического, социального характера. Характерно также наличие комбинированного и потенцирующего воздействия различных профессиональных и непрофессиональных повреждающих факторов. Из комплекса производственных факторов условия труда работников являются основным фактором риска формирования профессиональной и профессионально обусловленной патологии. Оценка уровня вредного воздействия на работников в процессе их трудовой деятельности, отдельных факторов трудового процесса и выработка механизмов управления ими с целью снижения до уровней приемлемых рисков позволяет сохранять профессиональное здоровье работающих и ведет к сбережению трудовых ресурсов.

Проблемы старения населения и связанные с эти вопросы обеспечения здоровья и достойного уровня жизни пожилых людей являются предметом особого внимания различных международных, общественных, государственных организаций, особенно начиная со второй половины XX века. Увеличение средней продолжительности жизни и рост числа лиц, находящихся в пожилых и старческом возрастах, ставит вопросы о том, что представляет собой процесс старения населения. Пожилой возраст связан с психосоциальными изменениями, утратой близких, изменением видов деятельности, положения в обществе и др. К 60-летнему возрасту инвалидность и смерть часто являются результатом связанных с возрастом потерь слуха, зрения и движения, а также неинфекционных заболеваний, включая болезни сердечно-сосудистой системы, нейрососудистую патологию, эндокринные заболевания, хронические респираторные нарушения, онкологические заболевания и деменцию. Среди лиц пожилого возраста чаще встречаются коморбидные состояния. В Российской Федерации население старших возрастов страдает множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими на фоне сниженных компенсаторных возможностей. Уровень заболеваемости у пожилых почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста – в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста.

## **9. Значение изучения показателей заболеваемости населения для оценки эффективности деятельности национальной системы здравоохранения.**

Заболеваемость является важнейшим показателем общественного здоровья и, наряду с демографическими показателями и данными о физическом развитии,

одним из основных критериев комплексной оценки здоровья населения.

Изучение заболеваемости населения, тенденций и влияния на развитие общества необходимо для прогнозирования и планирования комплекса мероприятий по укреплению и сохранению здоровья.

Показатели заболеваемости населения в целом или его отдельных групп используются:

- для комплексной оценки состояния здоровья населения в целом и отдельных групп (в том числе для сравнения с показателями заболеваемости зарубежных стран);
- формирования государственной, в том числе межведомственной, социальной политики в области охраны и укрепления здоровья, развития здравоохранения и повышения качества жизни населения;
- обоснования ресурсной потребности здравоохранения (материально-технической, кадровой, финансовой и др.); планирования, в том числе с применением программно-целевых методов, конкретных лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических и оздоровительных мероприятий;
  - оценки деятельности медицинских организаций и специалистов и в целом системы здравоохранения;
  - использования при разработке федеральной и территориальных программ ОМС; формирования муниципальных заказов на медицинскую помощь, определения объемов финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, расчета размера подушевого финансирования;
  - формирования стандартов медицинской помощи, разработки клинических протоколов и рекомендаций;
    - формирования регистров (баз данных) отдельных заболеваний (онкорегистр, регистры сахарного диабета, орфанных заболеваний, ВИЧ/СПИД, рассеянного склероза и др.);
    - организации и проведения социально-гигиенического мониторинга групп заболеваний, дальнейшего планирования объемов вакцинации и др.;
    - расчета и планирования финансовых средств при решении проблем лекарственного обеспечения, в том числе осуществления закупок жизненно важных и необходимых лекарственных средств. Заболеваемость населения изучается по данным медицинских организаций с учетом обращений граждан либо по результатам специально проводимых научно-практических исследований.

## **10. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Принципы и особенности ее построения.**

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) была обсуждена на Международной конференции Всемирной организации здравоохранения в Женеве в 1989 г., одобрена на сорок третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения ВОЗ в 1990 г. и начала входить в обиход в государствах – членах ВОЗ с 1994 года. В МКБ-10 увеличено число классов заболеваний с 17 до 21. Класс «Болезни нервной системы и органов чувств» разделен на класс VI «Болезни нервной системы», VII «Болезни глаза и его придаточного аппарата» и VIII «Болезни уха и сосцевидного отростка».

Вспомогательный E-код заменен на самостоятельный класс XX «Внешние причины заболеваемости и смертности», а V-код на класс XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». «Международная классификация болезней, травм и причин смерти» была переименована в «Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем» с 10-го пересмотра. Главное нововведение в 10-ом пересмотре – это использование алфавитно-цифровой системы кодирования, предполагающей наличие в четырехзначной рубрике одной буквы, за которой следуют три цифры, что позволило более чем вдвое увеличить размеры структуры кодирования. Введение в рубрики букв или групп букв позволяет закодировать в каждом классе до 100 трехзначных категорий. Из алфавита 26 букв использовано 25. Таким образом, возможные номера кодов простираются от A00.0 до Z99.9. Буква U оставлена резервной. Важным нововведением стало включение в конце некоторых классов перечня рубрик для нарушений, возникающих после медицинских процедур. Эти рубрики указывали на серьезные состояния, возникающие после различных вмешательств, например эндокринные и метаболические расстройства после удаления органа или другие патологические состояния, такие как демпинг-синдром после операции на желудке. Международная классификация болезней, травм и состояний, связанных со здоровьем (МКБ), является международной стандартной диагностической классификацией, которую используют для общих эпидемиологических целей, включая анализ общей ситуации со здоровьем населения и его отдельных групп, а также подсчет частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимосвязи с различными факторами. МКБ широко используется с целями, связанными с управлением здравоохранением, с разработкой национальных программ профилактики и развития медицинской науки. Необходимость систематизировать информацию о болезнях, проблемах и состояниях, связанных со здоровьем, возникла более 300 лет назад. В процессе изучения проблемы в различных странах было принято решение о пересмотре МКБ каждые 10 лет в связи с изменением ситуации с заболеваемостью населения и совершенствованием подходов к ее учету и классификации. МКБ-10 создает условия для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о заболеваемости и смертности, полученных в разных странах или регионах и в разное время

## **11. Методы и виды изучения заболеваемости населения Российской Федерации.**

Методы изучения заболеваемости в зависимости от объема учета заболеваний можно объединить в 2 большие группы: изучение заболеваемости на основе сплошного учета всех обратившихся в МО с болезнями, травмами и проблемами, связанными со здоровьем в соответствии с утвержденными правилами Федеральной службы Государственной статистики за установленные периоды времени (квартал, полгода, год и др.) и на основе выборочного отбора контингентов с последующим изучением их заболеваемости.

Виды заболеваемости населения:

общая - по зарегистрированным случаям заболеваний при обращении населения (с лечебной, профилактической и др. целями) в медицинские организации ;

первичная – по зарегистрированным случаям заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом (всех острых и вновь выявленных хронических заболеваний);

- госпитализированная – по данным случаев заболеваний при госпитализации в круглосуточные стационары;
- неэпидемическая – по данным случаев заболеваний, установленных отдельными специалистами МО (онкологами, психиатрами, венерологами и др.);
- инфекционная – по данным установленных различными МО случаев инфекционных болезней;
- с временной утратой трудоспособности – по данным случаев заболеваний у работающих и учащихся, установленных лечащими врачами и фельдшерами МО с оформлением листков нетрудоспособности или справок;
- профессиональная – по данным случаев заболеваний, установленных специалистами профпатологами МО, при наличии связи болезней с неблагоприятными профессиональными факторами.

## **12. Изучение заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью в медицинские организации: достоинства и недостатки**

Обращаемость населения за медицинской помощью в медицинские организации не отражает истинной заболеваемости населения, но является значимым источником данных о заболеваниях и проблемах, связанных со здоровьем.

Метод по обращаемости в связи с заболеванием имеет как положительные (сильные) стороны, так и слабые. Население чаще обращается с симптомами острых и обострениях хронических заболеваний.

В России исторически сложилась система формирования государственной официальной статистической информации, обеспечивающая сплошной учет зарегистрированных заболеваний, травм и проблем, связанных со здоровьем, их обработку и анализ. Анализ особенностей и динамики заболеваемости за ряд лет позволяет прогнозировать уровни заболеваемости и осуществлять стратегическое планирование мероприятий по ее снижению – профилактических программ.

В России качество информации, собранной путем сплошного метода изучения заболеваемости во многом зависит от качества диагностики, правильности интерпретации диагнозов, дефектов заполнения первичной учетной документации. Сведения о заболеваниях имеют оперативное значение и являются сигнальными данными для смежных структурных организаций (Роспотребнадзора, Росздравнадзора, страховых медицинских организаций и т. д.).

Однако, на обращаемость населения и выявление заболеваний влияет множество факторов:

- выраженность симптомов заболевания;
- доступность медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (радиус обслуживания, обеспеченность врачами, койками, структурами и организациями приема врачей и др.);
- активность в работе амбулаторно-поликлинического звена (активные посещения пациентов, качество проведения медосмотров, диспансерное наблюдение, санитарно-просветительная работа и др.);
- качество подготовки врачей, их профессионализм, уровень специализации медицинской помощи (наличие врачей различных специальностей и профилей, оснащенность диагностическими ресурсами);
- законодательно-правовая база в области организации медицинской помощи, экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы;
- культурный уровень населения, его медицинская активность и отношение к здоровому образу жизни;
- дублирование диагнозов заболеваний (гиперрегистрация) при одномоментном обращении населения за МП в несколько МО или неправильном применении МКБ-10.

### **13. Заболеваемость по данным медицинских осмотров: достоинства и недостатки метода**

Медицинские осмотры дают наиболее полную информацию обо всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях, как с клиническими проявлениями, так и протекающие в скрытых (субклинических) формах, протекающих без явных нарушений функций органов и систем. Медицинские осмотры, способствуя ранней и своевременной диагностике наиболее распространенных социально значимых хронических заболеваний, приводящих к инвалидизации и преждевременной смерти, являются эффективным методом развития профилактического направления в здравоохранении.

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

*Предварительные медицинские* осмотры проводятся при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а так же выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы.

Целью *периодических медицинских осмотров* являются динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в профессиональных условиях; своевременное установление начальных признаков отклонений в здоровье, выявление общих заболеваний, препятствующими продолжению работы с вредными, опасными производственными факторами, а так же систематическое информирование работников о существующем риске

нарушений здоровья, необходимых мерах защиты и профилактики, пропаганду здорового образа жизни.

**Целевые** медицинские осмотры проводят, как правило, для выявления ранних форм социально значимых заболеваний (злокачественные новообразования, туберкулез, сахарный диабет и т. д.) и охватывают различные группы организованного и неорганизованного населения. Выделяют профессиональные целевые осмотры, направленные на выявление определенной профессиональной патологии.

В практике здравоохранения существуют и другие виды медицинских осмотров – разовые комплексные медицинские обследования различных групп населения (например, водителей личного транспорта, владельцев огнестрельного оружия, работников бюджетной сферы, лиц трудоспособного возраста, опекунов и попечителей и др.).

Для анализа информации о заболеваемости, полученной при проведении медицинских осмотров, рассчитывают показатель *патологической пораженности* населения. Показатель используется для изучения частоты отклонений в здоровье или патологии среди населения, учитывающих не только заболевания, но и преморбидные формы, морфологические и функциональные отклонения, которые в дальнейшем могут обусловить болезнь.

Лучшим способом проведения 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 и материальных ресурсов. Вследствие этого стремление охватить профилактическими осмотрами как можно большую часть населения с привлечением ограниченного объема ресурсов обусловило разработку и внедрение современных организационных форм обследования с использованием многообразных тестов «скрининги».

Таким образом, заболеваемость, выявленная при медицинских осмотрах, дает возможность:

- выявить скрытые заболевания на начальных стадиях, либо отклонения от нормальных функций организма, своевременно принять меры по оздоровлению групп населения или их лечения;
- использовать сведения о заболеваемости для разработки национальных программ и реализации государственной политики по формированию ЗОЖ среди детей, школьников, подростков, декретированных и других групп населения.

Однако, изучение заболеваемости полученной при проведении медицинских осмотров, связано с большими экономическими затратами, трудностями проведения качественных медицинских осмотров в соответствие с порядками и стандартами. Частота и периодичность проведения медицинских осмотров регламентирована нормативно-правовыми документами РФ.

#### **14. Заболеваемость по данным причин смерти: достоинства и недостатки метода**

Для получения полной картины о случаях заболеваний, зарегистрированных при обращении населения в МО по заболеванию, либо с профилактической целью (при медицинских осмотрах), используется дополнительная информация о выявленных заболеваниях с летальным исходом.

Заболеваемость по данным о причинах смерти – это частота случаев заболеваний, с указанными причинами смерти (диагнозы), установленными медицинскими работниками при жизни больного, либо при патологоанатомическом исследовании, либо судебно-медицинской экспертизе среди населения определенной территории (за определенное время). Специальные исследования показывают, что разработка данных о заболеваниях, явившихся причиной смерти, по поводу которых не были зарегистрированы при жизни пациентов обращения в МО, позволяют дополнительно выявить 1,2-1,3 случая заболеваний на 1000 населения, среди которых около 80% составляют болезни системы кровообращения.

Регистрация заболеваний по данным о причинах смерти населения дает точное представление о той части заболеваемости, которая обуславливает безвозвратные потери населения. Информацию о заболеваемости по данным «О причинах смерти» получают путем разработки «Медицинских свидетельств о смерти» (ф. 106/у-08) и «Медицинских свидетельств о перинатальной смертности» (ф. 106-2/у-08).

В России и во многих других странах проводится сплошной статистический учет причин смерти населения, установленных квалифицированными медицинскими работниками (врачом, фельдшером). Для оценки качества диагностики в медицинских организациях проводится сопоставление информации о диагностике заболеваний у пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях и диагнозов, подтвержденных данными патологоанатомической экспертизы. Если диагнозы не совпадают, анализируют причины расхождения клинического и патологоанатомического диагноза с регистрацией уточненного при патологоанатомическом вскрытии диагноза.

Изучение заболеваемости по причинам смерти населения позволяет сопоставлять информацию по отдельным заболеваниям с данными зарубежных стран, а также получать дополнительную информацию о заболеваниях населения, не обращавшегося за медицинской помощью. Например, в России редко диагностируют смерть от деменции, которые в США составляют существенную долю. В России же подавляющему большинству умерших дома лиц старше трудоспособного возраста ставят диагноз ИБС.

Если диагноз умерших уточняется без участия патологоанатомической службы, то причину смерти устанавливает врач, констатирующий смерть по данным медицинской документации. При заболеваниях и состояниях, классифицированных в МКБ-10 в классах I-XVIII, для статистической разработки берут только одну первоначальную причину смерти. При травмах, отравлениях и других неблагоприятных воздействиях, классифицированных в классе XIX (травма), для статистической разработки берут две первоначальные причины смерти: по характеру травмы и по внешней причине. При этом приоритетной является внешняя причина, классифицированная в классе XX,

которую использует для кодирования врач. По данным медицинских свидетельств о смерти формируется общероссийская отчетность о причинах смерти в органах ЗАГС, а не в медицинских организациях.

## **15. Методика расчета показателей первичной заболеваемости и распространенности. Значение их параллельного анализа для оценки эффективности проводимой профилактики и организации медицинской помощи населению.**

К числу организаций, регистрирующих данные о заболеваемости населения, относятся медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь населению в амбулаторных и стационарных условиях, и немедицинские организации — органы и организации государственной статистики. Наиболее часто используются данные заболеваемости по обращаемости в амбулаторно-поликлинические медицинские организации или подразделения. Заболеваемость по обращаемости включает в себя понятия первичной и общей заболеваемости. Первичная заболеваемость — это совокупность новых, ранее нигде не зарегистрированных заболеваний, установленных больному впервые в жизни при обращении за медицинской помощью.

Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) — это совокупность всех выявленных заболеваний среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью в данном году, которым диагноз установлен как впервые, так и при повторном (многократном) обращении по поводу данного заболевания.

Факторы, влияющие на показатели первичной заболеваемости:

- Приоритетные факторы риска возникновения заболеваний (острых, хронических)
- Организация профилактики возникновения острых и хронических заболеваний (ЗОЖ, вакцинация, медосмотры)
- Уровень организации оказания МП, доступность и качество: качество диагностики, зависящее от квалификации врачей, оснащенности МО; состояние статистического учета и др.
- Обеспеченность и доступность оказания МП в частных МО, не представляющих обязательный статистический отчет о заболеваемости
- Др. факторы, влияющие на обращаемость населения (пол, возраст, сезонность, занятость населения, уровень доходов населения и др.).

Факторы, влияющие на показатели общей заболеваемости:

- Уровень первичной заболеваемости
- Организация лечебно-профилактической работы с пациентами, имеющими хронические болезни (диспансерное наблюдение, реабилитация и др.)



- Обеспеченность и доступность оказания МП в частных МО, не представляющих обязательный статистический отчет о заболеваемости
- Общие факторы, влияющие на обращаемость населения (доступность МП, своевременность, возможность получать МП вне государственных МО, пол, возраст, сезонность, занятость населения, уровень доходов населения медицинская активность населения и др.)

## **16. Понятие о медико-социальной проблеме, основные критерии.**

- Основными критериями обоснования медико-социальной значимости той или иной болезни или группы заболеваний считают:
  - приоритетные места в структуре заболеваемости, широкую распространенность и высокую первичную заболеваемость;
  - наличие приоритетных мест в структуре смертности и инвалидности, тенденции роста их показателей;
  - общность факторов риска;
  - трудности диагностики, лечения и реабилитации;
  - склонность к хронизации и прогрессированию болезни;
  - неэффективность профилактических мероприятий;
  - большие экономические потери, связанные с временной утратой трудоспособности (непроизведенная продукция, пособия по выданному листу нетрудоспособности и др.), стойкой утратой трудоспособности (пенсии, непроизведенная продукция, социальные льготы и др.), преждевременной смертностью лиц молодого и среднего возраста (безвозвратные потери), затратами на медицинское обслуживание

## **17. Болезни системы кровообращения (БСК) как медико-социальная проблема. Основные тенденции и возрастно-половые особенности показателей заболеваемости, инвалидности, смертности от БСК.**

По данным ВОЗ, БСК являются основной причиной смерти во всем мире, от которой по оценкам каждый год умирает 17,9 млн человек. Сердечно-сосудистые заболевания представляют собой группу болезней сердца и кровеносных сосудов, в которую входят ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов головного мозга, ревматическая болезнь сердца и другие патологии. Более четырех из пяти смертей от БСК происходит в результате инфаркта и инсульта, причем треть из этих случаев смерти носит преждевременный характер и отмечается среди людей в возрасте до 70 лет.

Наиболее значительными поведенческими факторами риска болезней сердца и инсульта являются нездоровое питание, низкий уровень физической активности, употребление табака и вредное употребление алкоголя.

Последствия поведенческих факторов риска могут проявляться в виде повышенного кровяного давления, повышенного уровня глюкозы или липидов в крови, избыточного веса или ожирения. Эти «промежуточные факторы риска» могут выявляться на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи и указывать на повышенный риск инфаркта, инсульта, сердечной недостаточности и других осложнений.

Доказано, что прекращение употребления табака, уменьшение потребления соли, потребление фруктов и овощей, регулярная физическая активность и отказ от вредного употребления алкоголя снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Для стимулирования здоровых форм поведения важнейшее значение имеет проведение политики в области здравоохранения, обеспечивающей создание благоприятных условий для здорового образа жизни и повышающей его экономическую доступность.

Условием профилактики преждевременной смертности является выявление всех лиц, подверженных наиболее высокому риску БСК, и обеспечение предоставления им надлежащего лечения. Важнейшим условием предоставления необходимого лечения и консультирования всем, кому это необходимо, является обеспечение наличия в учреждениях первичного звена соответствующих лекарственных препаратов и базовых медицинских технологий, необходимых для диагностики и лечения неинфекционных заболеваний.

## **18. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Основные тенденции и возрастно-половые особенности показателей заболеваемости, инвалидности и смертности.**

Злокачественные новообразования - одна из ведущих причин смерти в мире. В 2020 г. наиболее распространенными видами рака (с точки зрения числа новых случаев) были:

- рак молочной железы
- рак легких
- рак толстой и прямой кишки
- рак предстательной железы
- рак кожи (немеланомный)
- рак желудка

К факторам риска развития рака и других неинфекционных заболеваний относятся употребление табака и алкоголя, нездоровое питание, низкий уровень физической активности и загрязнение воздуха.

В настоящее время около 30–50% раковых заболеваний поддаются профилактике при условии исключения факторов риска и осуществления ряда научно обоснованных стратегий профилактики. Кроме того, бремя онкологических заболеваний можно снизить за счет раннего выявления рака и оказания пациентам надлежащего лечения и ухода. Многие виды рака поддаются излечению с высокой вероятностью успеха при условии их выявления на ранних стадиях и проведения надлежащей терапии.

Некоторые способы профилактики развития онкологических заболеваний:

отказ от употребления табака;

- поддержание здоровой массы тела;
- здоровый рацион питания, включающий фрукты и овощи;
- регулярная физическая активность;
- прекращение или ограничение употребления алкоголя;
- вакцинация представителей определенных групп населения против ВПЧ и гепатита В;
- исключение ультрафиолетового облучения (прежде всего, в результате воздействия солнечных лучей или аппаратов для искусственного загара) и/или использование средств защиты от солнечных лучей;
- обеспечение безопасного и целесообразного использования ионизирующего облучения в медицине (в целях диагностики или терапии);
- снижение воздействия ионизирующего облучения в контексте профессиональной деятельности;
- снижение воздействия таких факторов, как загрязнение атмосферного воздуха и воздуха внутри помещений, в том числе радоном (радиоактивным газом, который является продуктом естественного радиоактивного распада урана и может накапливаться внутри зданий (жилых помещений, школ, предприятий)).

Раннее выявление и лечение онкологических заболеваний снижают связанную с ними смертность. Раннее выявление рака предполагает проведение двух комплексов мероприятий – ранней диагностики и скрининга.

Правильная постановка диагноза крайне важна для назначения надлежащего и эффективного лечения, поскольку каждый вид рака требует специальной терапии. Обычно лечение включает хирургическое вмешательство, лучевую терапию и/или системную терапию (химиотерапию, гормональную терапию, таргетную биотерапию). При правильном выборе тактики лечения во внимание принимается вид рака, а также индивидуальные особенности пациента. Для достижения прогнозируемого терапевтического результата важно в установленные сроки полностью выполнить протокол лечения.

Паллиативная помощь – это вид терапии, направленный не на излечение, а на облегчение вызываемых раком симптомов и страданий и на улучшение качества жизни пациентов и их семей. Оказание паллиативной помощи может повысить уровень комфорта онкологических пациентов. Актуальность этого вида медицинской помощи особенно высока там, где отмечается большая доля онкологических пациентов на поздних стадиях болезни, имеющих мало шансов на излечение.

Паллиативная помощь позволяет облегчить физические, психологические, социальные и духовные страдания больных раком на поздней стадии в более чем 90% случаев.

Для лечения боли и оказания паллиативной помощи пациентам и их семьям крайне необходимо наличие эффективных стратегий в области здравоохранения, включающих оказание помощи на уровне местных сообществ и на дому.

## **19. Болезни органов дыхания как медико-социальная проблема.**

### **Основные тенденции и возрастно-половые особенности показателей заболеваемости, инвалидности и смертности.**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает третье место среди ведущих причин смерти в мире. Почти 90% случаев смерти от ХОБЛ среди людей в возрасте до 70 лет происходит в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД).

ХОБЛ стоит на седьмом месте среди причин нездоровья в мире (измеряемого в годах жизни, скорректированных на инвалидность).

В странах с высоким уровнем дохода более 70% случаев ХОБЛ связаны с табакокурением. В СНСД табакокурение является причиной 30–40% случаев ХОБЛ, а одним из ведущих факторов риска является загрязнение воздуха в помещениях.

ВОЗ предпринимает усилия для расширения диагностики и лечения ХОБЛ.

Для содействия борьбе с НИЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов ВОЗ разработала комплекс основных мер по борьбе с неинфекционными заболеваниями (PEN). Он включает в себя протоколы для оценки, диагностики и ведения хронических респираторных заболеваний (астмы и хронической обструктивной болезни легких), а также модули, касающиеся консультирования по вопросам здорового образа жизни, включая отказ от курения и самопомощь.

## **20. Сахарный диабет как медико-социальная проблема.**

За период с 1980 по 2014 г. количество страдающих диабетом выросло со 108 миллионов до 422 миллионов человек. В странах с низким и средним уровнем дохода распространенность диабета растет быстрее, чем в странах с высоким уровнем дохода.

Диабет является одной из ведущих причин слепоты, почечной недостаточности, сердечных приступов, инсульта и ампутации нижних конечностей.

Со временем диабет может привести к поражению кровеносных сосудов сердца, глаз и почек, а также нервной системы.

Люди, имеющие диабет, подвержены более высокому риску возникновения проблем со здоровьем, включая сердечные приступы, инсульт и почечную недостаточность.

Диабет может привести к постоянной потере зрения из-за повреждения кровеносных сосудов глаз.

У многих людей, имеющих диабет, развиваются проблемы с ногами из-за повреждения нервов и плохого кровотока. В результате могут появиться язвы на стопах и может потребоваться ампутация.

С 2000 по 2019 г. смертность от диабета увеличилась на 3%.

По оценкам, в 2019 г. от диабета и заболеваний почек, вызванных диабетом, умерло 2 млн человек.

Здоровое питание, регулярная физическая активность, поддержание нормальной массы тела и отказ от табакокурения – все это позволяет предотвратить или отсрочить возникновение диабета 2-го типа.

Диабет поддается лечению, а диета, физическая активность, медикаментозное лечение и регулярный контроль и лечение осложнений помогают предупредить или задержать наступление его последствий.

## **21. Алкоголизм как медико-социальная проблема.**

Практически все мировое сообщество оценивает регулярное или чрезмерное употребление алкоголя как существенный риск для здоровья. Потребление алкоголя также рассматривают как один из основных поведенческих факторов риска, обуславливающих дополнительную смертность населения, и его вклад, по глобальным оценкам, составляет 3,2%, а в России, по данным когортных исследований, эта цифра почти в 5 раз выше — 15,7% от всех умерших. Потребление алкоголя является причинным фактором более чем 200 нарушений здоровья, связанных с болезнями и травмами. Последствия, связанные со злоупотреблением алкоголем, затрагивают не только самих алкоголиков, но и их семьи, окружающих людей, общество. Исследование влияния острой и хронической алкогольной интоксикации на здоровье человека — одна из актуальных и в то же время до конца не решенных задач современной медицины. Злоупотребление алкоголем — одна из важнейших медико-социальных проблем не только в нашей стране, но и во всем мире. Алкоголь является третьим по степени значимости фактором риска преждевременной смертности, инвалидности и потерь здоровья. Ряд исследователей отмечают гендерные особенности распространенности поведенческих факторов риска, в том числе таких, как потребление алкоголя, а также их влияние на здоровья населения.

Алкогольная зависимость, входящая в группу психических расстройств и расстройств поведения, наряду с ВИЧ, онкологическими заболеваниями, туберкулезом, относится к числу социально значимых заболеваний. Проблема алкоголизма актуальна для всего мира, что наглядно иллюстрирует статистика причин смерти: по данным ВОЗ, в результате употребления алкоголя ежегодно происходит около 3,3 миллиона смертей, что составляет 5,9% всех случаев смерти. Проблема усугубляется тем, что потребление алкоголя приводит к смерти и инвалидности относительно на более ранних стадиях жизни: среди населения в возрасте 20–39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкоголем. В мире насчитывается более 150 миллионов человек, которые страдают алкогольной зависимостью, а около 400 миллионов — злоупотребляют алкоголем.

## **22. Травматизм как медико-социальная проблема. Причины и виды травматизма.**

Травматизм населения представляет одну из важнейших проблем общественного здоровья и здравоохранения. Он характеризуется высоким уровнем нетрудоспособности и медико-социальными последствиями, такими как инвалидность и смертность. Травматизм — это совокупность травм,

возникших в определенной группе населения за определенный отрезок времени. Наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин в возрасте 20–49 лет, а у женщин — 30–59 лет, причем во всех возрастных группах этот показатель значительно выше у мужчин. Среди всех причин первичной инвалидности и смертности травмы занимают третье место, а у лиц трудоспособного возраста травмы занимают первое место среди причин смерти. По данным ВОЗ, ежегодно около 5 миллионов человек теряют свою жизнь, в результате полученных травм на каждый случай смерти приходится около 30 госпитализаций и 300 обращений за получением амбулаторного лечения в отделении неотложной помощи. На молодых людей в возрасте от 15 до 44 лет приходится практически 50% смертности, связанной с травматизмом, на мировом уровне. Они составляют существенную долю экономически продуктивных трудовых ресурсов в своих странах. Травмы являются одной из основных причин смертности и инвалидности в Европейском регионе. Травматизм существенно истощает ресурсы здравоохранения и общества в целом и представляет угрозу для экономического и социального развития. Расходы на лечение смертельных травм в Европе составляют порядка 1–6 млрд евро в год, а расходы на лечение травм, не угрожающих жизни, — 80–290 млрд евро.

Травмы усиливают бремя болезней, что измеряется в утраченных годах здоровой жизни (DALYs) в результате преждевременной смерти или инвалидности. В большинстве случаев причиной смерти от травм являются непреднамеренно причиненные повреждения (72%), а не умышленные травмы (28%). Среди всех случаев смерти от травм в возрастных группах от 0 до 4 лет и от 5 до 14 лет (96 и 85% соответственно) преобладают непреднамеренные травмы. Среди показателей смертности от травм в зависимости от возраста и пола во всех возрастных группах преобладает смертность среди мужчин, уровень смертности существенно возрастает в возрастных группах после 50–70 лет.

В Российской Федерации за последние годы, к сожалению, отмечается не только высокий уровень числа случаев травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, зарегистрированных впервые, но и отсутствие существенной тенденции к его снижению.

Борьба с травматизмом в медицинском аспекте должна строиться на основе наиболее полного учета повреждений, детального анализа причин и обстоятельств их получения, что необходимо для разработки и осуществления профилактических мероприятий, а также смягчении его последствий, что основано на реализации четкой системы организации и лечения пострадавших.

### **23. Инвалидность как медико-социальная проблема. Структура причин первичной инвалидности в Российской Федерации. Основные направления профилактики инвалидности.**

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие заболевания, травмы, анатомического дефекта или наследственного фактора, характеризующаяся



стойким нарушением функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты

Согласно оценкам ВОЗ, 1,3 миллиарда человек, или каждый шестой человек в мире, страдает существенными ограничениями возможностей здоровья.

Некоторые люди с инвалидностью умирают раньше людей, не имеющих ограничений по здоровью, и этот разрыв в продолжительности жизни может составлять до 20 лет.

Людам с инвалидностью угрожает вдвое больший риск развития таких патологий, как депрессия, астма, диабет, инсульт, ожирение и стоматологические заболевания.

Люди с инвалидностью сталкиваются с многочисленными проявлениями несправедливости в отношении здоровья.

Люди с инвалидностью в 15 раз чаще сталкиваются с недоступностью и дороговизной перемещения на транспорте по сравнению с не имеющими инвалидности людьми.

Неравноправные условия, в которых оказываются люди с инвалидностью, в том числе стигматизация, дискриминация, бедность, невозможность получить образование и устроиться на работу, а также ограничения, порождаемые самой системой здравоохранения, ведут к неравенству возможностей для охраны здоровья людей с инвалидностью

Основными причинами первичной инвалидности у *взрослых* являются: злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, у *детей*: психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, врожденные аномалии.

Предупреждение инвалидности должно включать в себя осуществление эффективной государственной политики и ее практической реализации со стороны органов власти и учреждений здравоохранения по профилактике тяжелых заболеваний и смертности детей, иммунизацию населения, развитие компонентов первичной медико-социальной помощи; эффективное раннее выявление болезней, которые могут приводить к утрате трудоспособности, обеспечение больных соответствующими лекарствами и хирургической помощью; проведение срочной реабилитации, а также осуществление системы мер реабилитации, с целью недопущения перехода нарушенной функции или инвалидности в тяжелые физические или другие дефекты.

## **24. Виды социальной защиты инвалидов в РФ.**

Социальная защита — политика и целенаправленные действия, а также средства государства и общества, обеспечивающие индивиду, социальной группе, в целом населению комплексное, разностороннее решение проблем, обусловленных социальными рисками, которые могут привести или уже привели к полной или частичной потере возможностей реализации прав, свобод и законных интересов, экономической самостоятельности и социального благополучия, а также их оптимального развития, восстановления или приобретения.

Мероприятия по социальной защите инвалидов включают:

- финансовое обеспечение (пенсия, социальная поддержка и льготы по оплате услуг);
- обучение (школы для глухих, слепых, вузы и др.);
- обеспечение транспортными средствами (коляски, кресла-коляски, машины и др.);
- создание центров, служб по социальному обслуживанию инвалидов (дома престарелых, интернаты различного типа, отделения социального ухода и др.);
- организация реабилитации инвалидов, санаторно-курортное обслуживание.

Виды социальной помощи детям-инвалидам:

- пенсионные выплаты для родителей или опекунов детей-инвалидов;
- ежемесячные дополнительные начисления;
- льготы, предусмотренные Трудовым кодексом;
- жилищные и транспортные льготы;
- льготы по обеспечению санаторно-курортного лечения и отдыха;
- пособия для обеспечения обучения и воспитания; налоговые льготы.

## **25. Реабилитация. Виды и средства медико-социальной и профессиональной реабилитации.**

Основные направления реабилитации инвалидов:

- восстановительные медицинские мероприятия (медикаментозное лечение, физиотерапия, ЛФК, массаж, диетотерапия, психотерапия, ароматерапия, трудовая терапия и др.);
- реконструктивная хирургия, протезирование;
- обеспечение изделиями и техническими средствами (ортезы, протезы, слуховые аппараты, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом и др.);
- санаторно-курортное лечение;
- социально-психологическая реабилитация, социально-бытовая адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт;
- трудоустройство и создание специальной подготовки для работы инвалидов (профессиональная переподготовка, производственная адаптация, профессиональная ориентация и обучение).

Общепринятыми видами реабилитации инвалидов являются: медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве.

Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в обществе. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации



программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом.

Федеральные органы государственной власти, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления (в сфере установленных полномочий), организации независимо от их организационно-правовых форм обеспечивают инвалидам (включая инвалидов, использующих кресла-коляски и собак-проводников):

1) условия для беспрепятственного доступа к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур (жилым, общественным и производственным зданиям, строениям и сооружениям, включая те, в которых расположены физкультурно-спортивные организации, организации культуры и другие организации), к местам отдыха и к предоставляемым в них услугам;

2) условия для беспрепятственного пользования железнодорожным, воздушным, водным транспортом, автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом в городском, пригородном, междугородном сообщении, средствами связи и информации;

3) возможность самостоятельного передвижения по территории, на которой расположены объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, входа в такие объекты и выхода из них, посадки в транспортное средство и высадки из него;

4) сопровождение инвалидов, имеющих стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, и оказание им помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур;

5) надлежащее размещение оборудования и носителей информации, необходимых для обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур и к услугам с учетом ограничений их жизнедеятельности;

6) дублирование необходимой для инвалидов звуковой и зрительной информации, а также надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля, допуск сурдопереводчика и тифлосурдопереводчика;

7) допуск на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение и выдаваемого по форме и в порядке, которые определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения;

8) оказание работниками организаций, предоставляющих услуги населению, помощи инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами.

**26. Первичная профилактика: цель, задачи, оценка эффективности**

Первичная профилактика – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение отклонений в состоянии здоровья и предотвращение заболеваний, общих для всего населения и отдельных (региональных, социальных, возрастных, профессиональных и т.д.) групп и индивидуумов.

Цель первичной профилактики – сохранение и развитие условий, способствующих улучшению здоровья как индивидуума, так и населения в целом, а также предупреждение неблагоприятного влияния условий и образа жизни на здоровье.

Первичная профилактика носит преимущественно социальный характер и направлена на формирование потребности людей в здоровом образе жизни. Ее задачи: укрепление здоровья человека, улучшение параметров функционирования органов и систем организма в целом, предотвращение развития заболеваний у здоровых лиц.

Первичная профилактика может включать различные компоненты:

- разработка гигиенических требований к условиям окружающей среды;
- осуществление экологического и социально-гигиенического мониторинга, разработка соответствующих рекомендаций и их реализация;
- проведение индивидуального и группового консультирования, направленного на формирование здорового образа жизни (информационное обеспечение, гигиеническое воспитание, формирование действенной мотивации, оказание содействия и профессиональной помощи по борьбе с вредными привычками);
- улучшение организации и повышение качества всех видов медицинских осмотров, формирование мотивации к контролю за своим здоровьем населения;
- проведение диспансеризации населения для выявления рисков развития хронических соматических заболеваний и оздоровления лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера;
- проведение иммунопрофилактики;
- оздоровление.

Эффективность первичной профилактики можно оценить по следующим показателям:

- увеличение доли здоровых лиц в популяции;
- рост индекса здоровья;
- увеличение доли людей, ведущих здоровый образ жизни;
- увеличение средней продолжительности жизни и активного долголетия.

## **27. Вторичная профилактика: цель, задачи, оценка эффективности**

Вторичная профилактика проводится у лиц, имеющих факторы риска, с целью предотвращения развития определенной болезни. Вторичная профилактика преимущественно медико-социальная и основана на функционировании многоуровневых скрининговых систем.

Цель – раннее выявление отклонений в жизнедеятельности человека в целях проведения соответствующей коррекции, а также предупреждение развития заболеваний среди групп риска.

Задача вторичной профилактики – сохранение нормального функционирования органов и систем у лиц из групп риска и людей, подверженных воздействию неблагоприятных факторов.

Компоненты вторичной профилактики:

- целевое санитарно-гигиеническое воспитание и консультирование, обучение конкретным знаниям и навыкам
  - проведение целевых медицинских профилактических осмотров
  - проведение диспансеризации лиц с повышенным риском заболеваемости, направленной на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, своевременную диагностику заболеваний и оздоровление
  - проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления
- Эффективность вторичной профилактики можно оценить по снижению в динамике первичной заболеваемости.

## **28. Третичная профилактика: цель, задачи, оценка эффективности**

Третичная профилактика по своему характеру является медицинской и предназначается для пациентов с хроническими заболеваниями.

Цель третичной профилактики заключается в достижении длительной и стойкой ремиссии за счет предупреждения обострений, перехода относительно легкого заболевания (или стадии) в более тяжелое, в стадию декомпенсации.

В стадии ремиссии третичная профилактика проводится с целью уменьшения числа рецидивов, их продолжительности, тяжести, замедления сроков прогрессирования заболевания, а в стадии обострения (манифестации) основной задачей третичной профилактики является скорейшее восстановление пациента и социальная адаптация.

Третичная профилактика включает:

- целевое санитарно-гигиеническое воспитание и консультирование, обучение конкретным знаниям и навыкам
- проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями и инвалидов, включая диспансерные осмотры, наблюдение, лечение и реабилитацию
- проведение мероприятий государственного, экономического, медикосоциального характера по сохранению здоровья и остаточной трудоспособности, возможности к адаптации в социальной среде, созданию условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов.

Оценить эффективность третичной профилактики можно по снижению следующих показателей:

- частоты и длительности обострений;
- частоты и длительности осложнений;
- частоты и длительности временной нетрудоспособности;
- частоты и тяжести инвалидизации;
- летальности;
- смертности от хронических неконтагиозных болезней.

## **29. Факторы риска: определение, классификации.**

ВОЗ определяет фактор риска как какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы.

Факторы риска подразделяют на:

- **корректируемые** (управляемые, модифицируемые, контролируемые) воздействие на которые возможно в результате проведения тех или иных профилактических программ. Эта группа факторов представляет наибольший интерес для профилактики неинфекционных хронических заболеваний.
- **некорректируемые** (неуправляемые, немодифицируемые, неконтролируемые) воздействие на которые невозможно, однако их используют для оценки и прогноза индивидуального, группового и популяционного риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Еще одна классификация факторов риска строится на выделении главных, или больших, факторов риска. Например, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний – курение, гиподинамия, избыточная масса тела, несбалансированное питание, артериальная гипертензия, психоэмоциональные стрессы, употребление алкоголя. Большинство таких факторов риска зависит от поведения, образа жизни и условий жизни людей.

По происхождению можно выделить факторы риска первичные и вторичные. К первичным факторам относятся факторы, отрицательно влияющие на здоровье: курение, гиподинамия, загрязнение окружающей среды, неудовлетворительная работа служб здравоохранения и т. д. К вторичным факторам риска относятся заболевания, которые отягощают течение других болезней: сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия и т. д.

Согласно еще одной классификации, факторы риска разделяются на четыре группы – образ жизни и составляющие его факторы, внешняя среда, генетические факторы, а также работа органов и учреждений здравоохранения

### **30. Популяционная стратегия профилактики и стратегия высокого риска.**

Наблюдения позволили сформулировать три основные стратегии профилактики – популяционная, стратегия высокого риска и индивидуальные стратегии профилактики.

*Популяционная стратегия* — выявление неблагоприятных факторов образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития заболеваний среди всего населения страны или региона и проведение мер по снижению их воздействия. Основным содержанием популяционной стратегии является повышение уровня информированности и мотивирование населения к ведению здорового образа жизни, а также создание для этого соответствующих условий. Данная стратегия представляется эффективной, но результаты ее можно ожидать не ранее чем через 5–10 лет. Популяционная стратегия, влияние которой ориентировано практически на все население страны, может обеспечить не менее половины успеха от общего вклада всей профилактической работы в снижение смертности. Затраты на мотивирование населения к ведению здорового образа жизни и обеспечение нормативно-правовой базы относительно невелики, и, по экспертной оценке, составят не более 10% от общей суммы средств, затрачиваемых на борьбу с НИЗ, однако

непрямые затраты государства и бизнеса на обеспечение условий для ведения здорового образа жизни могут быть весьма существенны. Государственная система здравоохранения в реализации популяционной стратегии выполняет преимущественно методическую функцию. Кроме органов управления здравоохранением координирующую функцию в практической реализации популяционной стратегии профилактики НИЗ и 40 укрепления здоровья населения на уровне субъектов Российской Федерации призваны выполнять центры медицинской профилактики.

*Стратегия высокого риска* – выявление и снижение уровней факторов риска у различных групп населения с высокими рисками развития заболеваний (например, работающих в неблагоприятных условиях). Эпидемиологические исследования показывают, что доля популяции с высоким риском НИЗ составляет не менее 20%. Стратегия высокого риска реализуется в рамках мер медицинской профилактики и является функциональной обязанностью организаций здравоохранения всех уровней. Одно из ключевых мест в реализации стратегии высокого риска принадлежит первичной медико-санитарной помощи. Данная стратегия, реализуемая главным образом через диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры населения, является затратной. Затраты на ее реализацию при правильной организации медицинской и профилактической помощи, по экспертной оценке, могут достигать 30% от общей суммы средств, идущих на борьбу с НИЗ. Однако, по тем же оценкам, стратегия может обусловить 20% вклада в снижение смертности, особая важность придается снижению смертности среди мужчин трудоспособного возраста, результаты которого проявятся уже через 3-4 года.

### **31. Методы оценки факторов риска возникновения патологии на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.**

Методы оценки факторов риска включаются в себя

*Эпидемиологический метод* - результаты сравнения заболеваемости в группах, отличающихся по воздействию фактора риска, можно представить в виде нескольких показателей (относительный риск, Отношение шансов (, абсолютный риск)

*Статистические методы* (корреляционный, регрессионный, дискриминантный анализ)

*Шкальный метод оценки факторов риска* (например, Европейская шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), разработанная для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет на основе анализа факторов риска – пол, возраст, курение, уровень систолического артериального давления, уровень общего холестерина)

### **32. Скрининг: определение, цель и виды. Группы риска.**

Выявление отдельных факторов риска осуществляется с использованием простых скрининг-методов.

Согласно одному из определений, скрининг – это предположительное выявление скрытой болезни или дефекта путем применения тестов, обследований и других процедур, которые могут быть проведены быстро

Новейшее определение скрининга– это услуга в области здравоохранения, состоящая в том, что представителям конкретной популяции, которые не обязательно понимают, что они подвержены риску заболевания или уже страдают болезнью либо ее осложнениями, задаются вопросы или предлагается тест для выявления лиц, которым с большей вероятностью будет оказана помощь, а не причинен вред, дальнейшими тестами или лечением с целью снижения риска заболевания или его осложнений.

Важно разграничить *популяционный* скрининг (когда людей, которых считают подверженными риску, приглашают пройти скрининг, как это делается в рамках национальных программ по выявлению рака молочной железы и шейки матки) и *оппортунистический* скрининг с целью профилактики или выявления заболеваний (когда люди обратились за медицинской помощью в связи с определенным симптомом или жалобой, а врачи, пользуясь случаем, предлагают им различные другие тесты – такие как измерение артериального давления и уровня холестерина, – с учетом возраста и пола пациентов).

Группа риска – это часть населения, среди которой регистрируется повышенный уровень заболеваемости и/или ее последствий, распространенности какого-либо эпидемиологического явления.

### **33. Факторы риска и профилактика онкологических заболеваний.**

Онкологические заболевания возникают в результате перерождения нормальных клеток в опухолевые в рамках многоэтапного процесса, в ходе которого предраковое поражение обычно переходит в злокачественную опухоль. Эти изменения происходят в результате взаимодействия между генетическими факторами и тремя категориями внешних факторов, к которым относятся:

- физические канцерогены, такие как ультрафиолетовое и ионизирующее излучение;
- химические канцерогены, такие как асбест, компоненты табачного дыма, алкоголь, афлатоксины (в виде вредных примесей в составе пищевых продуктов) и мышьяк (в виде вредной примеси в составе питьевой воды);
- биологические канцерогены, такие как инфекции, вызываемые некоторыми вирусами, бактериями или паразитами.

ВОЗ в лице созданного по ее инициативе Международного агентства по изучению рака (МАИР) занимается классификацией канцерогенных факторов.

С возрастом заболеваемость раком резко возрастает, что вероятнее всего связано с накоплением факторов риска развития определенных форм рака. Общее накопление факторов риска усугубляется тенденцией к снижению эффективности механизмов клеточной репарации по мере старения человека.

#### ***Факторы риска развития раковых заболеваний***

К факторам риска развития рака и других неинфекционных заболеваний относятся употребление табака и алкоголя, нездоровое питание, низкий уровень физической активности и загрязнение воздуха.

Также факторами риска рака могут быть некоторые хронические инфекции, и в странах с низким и средним уровнем дохода эта проблема стоит особенно остро.

Вирусы гепатита В и С и некоторые типы ВПЧ повышают риск развития рака печени и рака шейки матки соответственно. ВИЧ-инфекция повышает риск развития рака шейки матки в шесть раз и значительно увеличивает риск развития других видов рака, таких как саркома Капоши.

### ***Профилактика рака***

В настоящее время около 30–50% раковых заболеваний поддаются профилактике при условии исключения факторов риска и осуществления ряда научно обоснованных стратегий профилактики. Кроме того, бремя онкологических заболеваний можно снизить за счет раннего выявления рака и оказания пациентам надлежащего лечения и ухода. Многие виды рака поддаются излечению с высокой вероятностью успеха при условии их выявления на ранних стадиях и проведения надлежащей терапии.

Некоторые способы профилактики развития онкологических заболеваний:

- отказ от употребления табака;
- поддержание здоровой массы тела;
- здоровый рацион питания, включающий фрукты и овощи;
- регулярная физическая активность;
- прекращение или ограничение употребления алкоголя;
- вакцинация представителей определенных групп населения против ВПЧ и гепатита В;
- исключение ультрафиолетового облучения (прежде всего, в результате воздействия солнечных лучей или аппаратов для искусственного загара) и/или использование средств защиты от солнечных лучей;
- обеспечение безопасного и целесообразного использования ионизирующего облучения в медицине (в целях диагностики или терапии);
- снижение воздействия ионизирующего облучения в контексте профессиональной деятельности;
- снижение воздействия таких факторов, как загрязнение атмосферного воздуха и воздуха внутри помещений, в том числе радоном (радиоактивным газом, который является продуктом естественного радиоактивного распада урана и может накапливаться внутри зданий (жилых помещений, школ, предприятий)).

### ***Раннее выявление онкологических заболеваний***

Раннее выявление и лечение онкологических заболеваний снижают связанную с ними смертность. Раннее выявление рака предполагает проведение двух комплексов мероприятий – ранней диагностики и скрининга.

Выявление рака на ранних стадиях повышает вероятность хорошего ответа на лечение, увеличивает шансы пациента на выживание, уменьшает тяжесть заболевания и позволяет использовать менее дорогостоящие методы лечения. Раннее выявление рака и скорейшее начало лечения позволяют значительным образом улучшить жизнь онкологических больных.

Три составляющих успеха ранней диагностики:

- осведомленность о симптоматике различных видов рака и понимание необходимости обращения к врачу в случае возникновения признаков патологии;
- наличие возможности пройти обследование и диагностику;

- своевременное направление к специалисту для прохождения лечения.

Ранняя диагностика симптоматических форм рака актуальна в любых условиях и в отношении большинства онкологических заболеваний. Программы по борьбе с онкологическими заболеваниями должны сокращать задержки и другие факторы, препятствующие постановке диагноза, предоставлению лечения и поддерживающего ухода.

### **Скрининг**

Скрининг проводится с целью выявления признаков возможного наличия определенных видов рака или предраковых поражений на этапе, предшествующем развитию симптомов. При обнаружении патологических процессов в ходе скрининга пациентов направляют на дальнейшую диагностику для подтверждения окончательного диагноза, а в случае выявления рака – на специализированное лечение.

Программы скрининга эффективны в отношении некоторых, но не всех видов рака, и, как правило, с организационной точки зрения скрининг отличается большей сложностью и ресурсоемкостью по сравнению с программами ранней диагностики, поскольку требует специального оборудования и персонала. Наличие программ скрининга не отменяет потребности в программах ранней диагностики, поскольку они позволяют выявлять рак у людей, не отвечающих критериям прохождения скрининга по возрасту или подверженности факторами риска.

Во избежание чрезмерного количества ложноположительных результатов отбор пациентов для скрининга проводится с учетом возраста и факторов риска. Примеры методов скрининга:

- тестирование на ВПЧ (в том числе методами определения ДНК и МРНК ВПЧ) как предпочтительный способ выявления рака шейки матки;
- маммография для выявления рака молочной железы у женщин в возрасте 50–69 лет в странах с развитыми или относительно развитыми системами здравоохранения.

## **34. Глобальное бремя неинфекционных заболеваний (Global Burden of Diseases).**

Эта концепция была предложена ВОЗ для количественного изучения общественного здоровья с учетом не только преждевременной смертности, но также и с учетом заболеваемости и инвалидизации населения.

- Основоположителем ГББ можно считать доктора Кристофера Мюррея. .
- Эта концепция была положена в основу проекта “Изучение глобального бремени болезней”, проводимого под эгидой ВОЗ и Всемирного банка.
- Цель проекта заключается в том, чтобы выявить потери здоровья в населении различных стран мира и рекомендовать приоритетные направления при разработке программ здравоохранения в этих странах.
- Для количественной оценки потерь здоровья в изучаемом населении в рамках концепции ГББ используются показатели: HALE, DALY, YLL, YDL, QALY.

Исследование «Глобальное бремя болезней» предоставляет подробные данные по заболеваниям, травмам и факторам риска, которые являются необходимой базой для принятия основанных на фактах политических решений в области



здравоохранения. Этот проект показывает, что здоровье людей в мире претерпевает быстрые изменения.

Исследование выявляет наиболее значительные тенденции в области здоровья людей в мире, которые можно систематизировать по трем категориям: демография, болезни и инвалидность. Так как большинство стран сделали огромные шаги в направлении снижения детской смертности, продолжительность жизни людей увеличивается, и население стареет. Эти демографические изменения повышают показатель преждевременной смертности и инвалидности (увеличивают значение потерь ДАЛИ) от неинфекционных болезней. Проблемы со здоровьем все чаще определяются не тем, что нас убивает, а тем, что ухудшает качество жизни. В 1990 г. недостаточный вес детей был наиболее существенным фактором риска, определяющим слабое здоровье, но в 2010 г. высокий индекс массы тела опередил его, став более важной причиной преждевременной смертности и инвалидности. Этот факт показывает глобальное смещение акцента с факторов риска инфекционных заболеваний у детей к факторам риска неинфекционных заболеваний.

Исследование ГББ 2010 г. показало, что в большинстве регионов мира в 2010 г. с неинфекционными заболеваниями и инвалидностью связана большая доля случаев потери здоровья, чем в 1990 г. В то же время данное исследование показало, что основные причины потерь ДАЛИ в регионах Африки южнее Сахары за последние 20 лет мало изменились. Тем не менее, исследование свидетельствует о вселяющем надежду прогрессе в этом регионе, например о снижении смертности от малярии, ВИЧ/ СПИД и различных состояний, связанных с беременностью и родами.

В Европе и Центральной Азии исследование ГББ документально подтверждает важные региональные тенденции, указывающие на рост числа случаев потери здоровья из-за травм и неинфекционных заболеваний. За последние десятилетия здесь отмечено резкое снижение бремени, связанного с инфекционными заболеваниями, например инфекцией нижних дыхательных путей и желудочно-кишечными заболеваниями. Данный регион также показал заметное снижение показателей по многим причинам, с которыми связывают детские заболевания, например осложнения в результате преждевременных родов, менингит, белково-энергетическая недостаточность и неонатальная энцефалопатия. Ишемическая болезнь сердца, инсульт, боли в пояснично-крестцовом отделе, травмы в результате дорожных происшествий и депрессия были преобладающими причинами преждевременной смертности и инвалидности в Европе и Центральной Азии. Количество случаев неинфекционных заболеваний, например диабета и нарушений, связанных с употреблением наркотических средств, в период с 1990 по 2010 гг. увеличилось.

Связанные с рационом питания риски, повышенное артериальное давление, злоупотребление алкоголем, курение, повышенный индекс массы тела и недостаточная физическая активность стали важными угрозами общественному здоровью во многих странах Европы и Центральной Азии. В то же время, факторы риска, связанные с заболеванием детей, в определенных странах с низким уровнем дохода, например в Кыргызстане и Таджикистане, сохраняются.

**35. Роль Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в профилактике важнейших неинфекционных заболеваний и укреплении здоровья населения различных стран мира. Международное сотрудничество в области профилактики НИЗ и укреплении здоровья населения.**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) представляет собой специальное учреждение Организации Объединенных Наций (ООН), основной функцией которого является решение международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения мира. ВОЗ была основана в 1948 г. со штаб-квартирой в Женеве (Швейцария).

История Всемирной организации здравоохранения берет свое начало 7 апреля 1948 г., когда вступил в силу Устав ВОЗ. Ежегодно эта дата отмечается как Всемирный день здоровья. ВОЗ координирует международную деятельность в области здравоохранения и общественного здоровья, осуществляет взаимодействие учреждений здравоохранения в сфере обеспечения охраны здоровья населения, проведения научных исследований и координацию деятельности научно-исследовательских институтов и лабораторий в различных странах мира по актуальным направлениям медицины, биологии и других естественных наук; ведет деятельность в области разработки профилактических мероприятий, установления санитарно-гигиенических норм и стандартов, содействует их реализации; осуществляет динамический контроль и анализ ситуации в области здравоохранения развитых и развивающихся стран. Высшим органом Всемирной организации здравоохранения является Всемирная ассамблея здравоохранения, принимающая решения на ежегодных сессиях. Главной функцией Ассамблеи здравоохранения, проводимой обычно в мае в Женеве, является определение общих политических направлений деятельности Всемирной организации здравоохранения

В настоящее время приоритетными сферами международного сотрудничества в области охраны здоровья населения являются:

- 1) развитие и координация медико-биологических научных исследований, направленных на поиски принципиальных путей решения важнейших теоретических и практических проблем здравоохранения;
- 2) борьба против особо опасных и других эпидемических заболеваний с использованием методов глобального наблюдения за уровнем и динамикой эпидемиологических процессов и расширением массовых миграций;
- 3) изучение и разработка современных методов профилактики, диагностики и лечения тяжелых хронических неэпидемических заболеваний (болезней системы кровообращения, онкологических, наследственных и других заболеваний);
- 4) медико-санитарные аспекты охраны окружающей среды, мониторинг экологической среды, включая установление международных стандартов и предельно допустимых концентраций различных веществ в воздухе, воде и почве; охрана Мирового океана и воздушного бассейна;

5) обеспечение эффективного контроля за качеством, безопасностью, эффективностью и побочными действиями лекарств, борьба против избыточного приема и самолечения лекарственными препаратами в связи с широким развитием фармацевтической и химической промышленности, расширением международного рынка медицинских услуг;

6) помощь развивающимся странам мира в построении и развитии эффективных национальных систем и служб здравоохранения и в подготовке национальных медицинских кадров;

7) изучение медико-социальных аспектов демографии (основных факторов, влияющих на процесс воспроизводства населения и на демографические показатели в экономически развитых и развивающихся странах), показателей заболеваемости населения в различных странах мира с целью разработки новой стратегии для здравоохранения; решение проблем обеспечения достаточного и рационального питания и качественного водоснабжения населения и борьбы против болезней, обусловленных недоеданием и голодом; 8) анализ последствий научно-технического прогресса для здоровья населения мегаполисов и др.

### **36. Гигиеническое обучение и воспитание населения: цель, задачи, принципы.**

Гигиеническое обучение и воспитание населения является обязательным разделом работы медицинской организации и каждого медицинского работника, направленное на повышение санитарной культуры населения, профилактику заболеваний, распространение знаний о здоровом образе жизни. Целью гигиенического воспитания является формирование поведения человека и его «стиля жизни», который отличается высокой гигиенической культурой и предполагает использование в интересах здоровья влияния как внешних (природных, социальных) факторов, так и внутренних (личностных) факторов. Гигиеническое обучение и воспитание - это система образования, включающая в себя комплексную просветительную, обучающую и воспитательную деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование общей гигиенической культуры, закрепление гигиенических навыков, создание мотивации для ведения здорового образа жизни, как отдельных людей, так и общества в целом.

На современном этапе в соответствии с актуальными проблемами здравоохранения в содержании гигиенического обучения и воспитания должны превалировать следующие проблемы и темы:

- пропаганда здорового образа жизни. Это направление должно охватывать не только все разделы гигиены, но и пропаганду физической культуры и спорта, борьбу с вредными привычками (злоупотреблением алкоголем, курением), закаливание и использование резервных сил организма. Внедрение навыков ЗОЖ является наиболее действенным средством профилактики таких заболеваний, как сердечно-сосудистые, онкологические и др.;
- проблемы, связанные с заботой о здоровье будущих поколений, охраной здоровья матери и ребенка;

- профилактика массовых инфекционных и наиболее распространенных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных, костно-суставных), а также профессиональных заболеваний.

Гигиеническое воспитание и обучение населения осуществляется:

- в процессе воспитания и обучения в дошкольных и других образовательных организациях; при получении профессионального образования или дополнительного профессионального образования посредством включения в образовательные программы разделов о гигиенических знаниях;
- при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

Принципы гигиенического воспитания

- Достоверность (соответствует и совместимо с научными знаниями, местной культурой, системой образования)
- Интерес (ощущение потребности)
- Участие (на основе психологического принципа активного обучения и создания чувства причастности, личного принятия и принятия решений; обеспечивает максимальную обратную связь)
- Мотивация (потребность в стимулах - это первый шаг в обучении переменам, подход кнута и пряника)
- Понимание (всегда общайтесь на том языке, который понимают люди)
- Обратная связь
- Учиться путем практики
- От известного к неизвестному (начните с того, где люди и что они понимают, а затем перейдите к новым знаниям)
- Хорошие человеческие отношения
- Необходимо подавать пример
- Лидеры (агенты перемен)

### **37. Методы и средства гигиенического воспитания населения**

Методы гигиенического обучения и воспитания населения - это способы управления познавательной и практической деятельностью индивида (группы лиц, социальной общности), направленных на формирование гигиенической культуры, позитивных в отношении здоровья стилей жизни и реализуемых в условиях взаимосвязанной деятельности специалистов и лиц, на которых направлен процесс гигиенического воспитания.

Классификация методов гигиенического воспитания по организационному признаку (т.е. количественному составу информируемых лиц):

1. Массовые формы гигиенического воспитания – формы, предусматривающие изложение специалистом сведений по вопросам оптимальных для здоровья стилей жизни, профилактики заболеваний одновременно большому числу лиц (более 35-40 участников).
2. Групповые формы гигиенического воспитания – формы, основанные на непосредственном или опосредованном общении специалиста с группой лиц

(до 35-40 участников); предусматривают сообщение специалистом информации по гигиенической тематике, обмен мнениями по рассматриваемой проблеме.

3. Индивидуальные формы гигиенического воспитания – формы, основанные на непосредственном или опосредованном общении между специалистом и лицом, на которое направлен воспитательный процесс, предусматривают передачу специалистом гигиенической информации или, наряду с этим, обмен мнениями между собеседниками.

С учетом специфики работы по формированию гигиенической культуры населения выделяют следующие методы гигиенического воспитания населения:

1. Информационно-рецептивный метод основан на предъявлении готовой информации, объяснении и иллюстрировании словом, изображением. Он направлен на усвоении реципиентом (человеком, на которого направлена информация) знаний на уровне восприятия и запоминания.

2. Репродуктивный метод предусматривает воспроизведение знаний (действий) уже известных и осознанных реципиентами благодаря применению информационно-рецептивного метода. Этот метод поднимает усвоение знаний на другой, более высокий уровень усвоения, на уровень применения по образцу и в понятных, легко опознаваемых ситуациях.

3. Организационно-распределительный (подготовка и раздача документов).

4. Метод проблемного изложения не только дает ключ к пониманию тех или иных научно-познавательных и аналитических проблем, но и раскрывает логику этих решений.

5. Социологический (вскрытие проблемы и отклик на работу здравоохранения).

Для более эффективного информирования населения, гигиеническое обучение и воспитание осуществляется в различных целевых группах (дети, подростки, учащаяся молодежь, работающие, пенсионеры, и т.д.). Формирование целевых групп целесообразно, т. к. при этом используются аналогичные формы и методы профилактических воздействий: например, профильные школы для больных сахарным диабетом, артериальной гипертонией и др. Информация излагается с учетом возраста, уровня образования, наличия определенных факторов риска. При работе с населением на всех уровнях информация излагается доступно для широких слоев населения, без использования сложных медицинских терминов, носит позитивный характер.

Группы целесообразно формировать по:

- возрастному составу (дети в детском саду, школьники и учащиеся, студенты и т.д.);

- социальному статусу (работающие, пенсионеры);

- профессиональному признаку (работники промышленных предприятий), декретированные группы населения, работники сельхозпредприятий и др.);

- по наличию заболеваний (артериальная гипертония, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.).

## **38. Медико-социальные аспекты здорового образа жизни (ЗОЖ).**

**Формирование ЗОЖ населения. Здоровьесберегающие технологии.**

Формирование здорового образа жизни населения, профилактика и контроль неинфекционных заболеваний являются одной из важнейших межотраслевых проблем развития Российской Федерации. Основные неинфекционные заболевания (НИЗ) являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения, они обуславливают не только большие человеческие страдания, но и выраженное негативное воздействие на социально-экономическое положение страны.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на полноценное выполнение человеком его социально - биологических функций.

Формирование здорового образа жизни складывается из двух основных направлений:

*Создание и развитие факторов здоровья* (физические способности, экологическая грамотность, рациональное питание, соблюдение правил личной гигиены, вакцинопрофилактика, планирование семьи, своевременное медицинское обследование)

*Преодоление факторов риска* **Принципы гигиенического воспитания**

*а* (загрязнение окружающей среды, гиподинамия, нерациональное питание , вредные привычки, стресс, самолечение)

Формирование ЗОЖ – проблема, охватывающая разные сферы жизнедеятельности человека, связанные с условиями труда, досуга, инфраструктуры и т.д. В этой связи актуальной задачей становится оценка факторов здорового поведения и эффективности мер, направленных на повышение ответственности населения за свое здоровье и на создание условий для здорового образа жизни.

Основные инструменты, используемые в государственных программах ЗОЖ, можно разделить на четыре группы:

1) Меры, направленные на расширение возможностей выбора более здорового поведения. Этот тип воздействия характеризуется наименьшей степенью принуждения со стороны государства. Например, за счет государственных средств строятся доступные спортивные сооружения, организуется городское пространство таким образом, чтобы жители могли пользоваться велосипедами. Выбор ЗОЖ работающей частью населения может мотивироваться и действиями работодателя. Например, организации предоставляют своим служащим бесплатные или льготные абонементы в спортивный центр, оплачивают питание в столовой.

2) Действия, изменяющие характер индивидуальных предпочтений: информационные, образовательные и иные возможности неценового влияния на выбор потребителей. В самом общем виде их можно разделить на две большие группы: •Формирование вкусов и предпочтений. Эти инструменты особенно активно используются в детском возрасте; с теоретической точки зрения, должны быть наиболее экономически эффективны, так как результат носит долгосрочный характер; •Корректировка сложившихся предпочтений. Среди таких мер: специальная информация, методы убеждения, социальной рекламы и антирекламы, а также менее очевидные стимулы, подталкивающие индивида принять модель здорового поведения.

3) Корректировка сложившихся предпочтений. Среди таких мер: специальная информация, методы убеждения, социальной рекламы и антирекламы, а также менее очевидные стимулы, подталкивающие индивида принять модель здорового поведения.

4) Действия, изменяющие цену нездорового (здорового) поведения. Классическим примером такого инструмента является косвенное налогообложение потребления отдельных товаров – прежде всего, это алкоголь и табак. Потребители в результате роста цены могут сохранить потребление «нездорового» товара на прежнем уровне, покупая меньше других товаров. Государство, пользуясь правом законного принуждения, может вводить прямой запрет на определенные виды потребления – это самый радикальный вариант воздействия.

Здоровьесберегающие технологии – технологии, используемые на пользу здоровья, связанные с различными формами деятельности людей (в сфере образования, здравоохранения, в правовой, социально-экономической, культурной сферах), которые направлены на формирование здорового образа жизни человека и минимизацию факторов, приносящих вред его здоровью.

### **39. Семья и здоровье. Роль семьи в формировании здорового образа жизни детей и подростков.**

Семья - это ячейка (малая социальная группа) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях (отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство).

Специфические функции семьи 9 определяют сущность семьи как социального феномена и присутствуют при любых исторических изменениях, как самого общества, так и характера связи между семьей и обществом)

- репродуктивная (рождение здорового ребенка; планирование семьи)
- социализация (воспитание) (обеспечение передачи социального опыта и общественных ценностей от поколения к поколению; приобщение к культуре общества и его традициям; приобретение знаний о правилах поведения в обществе, нормах морали, понятиях чести, добра, справедливости)
- экзистенциальная (содержание детей)

Неспецифические функции семьи (функции, к выполнению которых семья оказалась принужденной или приспособленной в определенных исторических обстоятельствах)

- хозяйственно-бытовая (удовлетворение материальных потребностей членов семьи)
- эмоциональная (удовлетворение потребности в симпатии, уважении, признании, поддержке, защите)
- духовно психотерапевтическая (удовлетворение потребности во взаимном духовном обогащении)

- первичный социальный контроль (обеспечение членами семьи принятых социальных норм )
- сексуально-эротическая (удовлетворение сексуально-эротических потребностей)
- образовательная/обучающая (обеспечение членов семьи информацией)
- коммуникативная (организация внутрисемейного общения; обретение опыта общения и характера восприятия окружающей среды)
- развлекательно-рекреативная/досуговая (организация рационального отдыха, досуга и восстановления после работы)
- медицинская (обеспечение здорового образа жизни; обеспечение достойного качества жизни больному члену семьи; проявление любви и поддержки больному члену семьи; реализация потребности в заботе о ближнем)
- финансовая/экономическая (обеспечение финансовой поддержки членов семьи)
- статусная (предоставление социально-культурного статуса членам семьи)
- защитная/жизнеохранительная (обеспечение физической, экономической и психологической защиты)
- объединение усилий (обеспечение комплексного подхода в удовлетворении потребностей каждого члена семьи)

В семье закладываются основы здоровья **ребенка**, воспитываются базовые навыки его поддержания, формируются поведенческие привычки. Именно **семья** осуществляет первичное воспитательное воздействие на сознание и поведение человека, прививает гигиенические установки, понятия, принципы и наиболее естественно и эффективно формирует **здоровый стиль жизни**, соответствующий конкретным условиям жизнедеятельности.

Одной из важных задач, поставленных Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, Концепцией демографической политики Российской Федерации до 2025 года, является укрепление здоровья населения и института семьи. Государственный интерес к семье связан с той ролью, которую она играет в процессе формирования настоящего и будущего общества в целом, а значит – страны.

#### **40. Семья и болезнь. Виды поддержки и помощи, оказываемой родственниками больным, страдающим неинфекционными заболеваниями (НИЗ).**

При работе с семьей необходимо решить следующие задачи:

- Сформировать у пациента правильное представления о болезни.
- Помочь членам семьи реорганизовать свою жизнь в сложившейся ситуации.
- Помочь членам семьи разобраться в своих чувствах и чувствах других.
- Стимулировать реакцию приспособления.



- Помочь избежать неправильного поведения.
- Помочь включить пациента в жизнь семьи.

Также важно помочь членам семьи определить, какую они могли бы оказать поддержку больному.

Виды поддержки:

- Финансовая - материальное обеспечение, в том числе и медицинской помощи.
- Юридическая - защита интересов больного.
- Медицинская – выполнение некоторых медицинских процедур.
- Эмоциональная – не должна быть ни недостаточной, ни чрезмерной.
- Информационная – обеспечение больного необходимыми сведениями, касающимися здоровья и болезни.
- Структурная перестройка – внесение в жизненный уклад семьи изменений в интересах больного.

При предоставлении поддержки в семье должно быть четкое распределение обязанностей, наряду с взаимозаменяемостью между ее членами. Это сделает функционирование семьи более органичным и стабильным, а также позволит снизить уровень внутрисемейного стресса.

Опираясь на семейную поддержку семейно-ориентированные программы профилактики будут более эффективными, чем индивидуальные. Они должны быть направлены прежде всего на молодые семьи, поскольку на ранних стадиях семейной жизни люди более склонны вносить изменения в свою жизнь. Эти семьи отличаются склонностью к долговременному планированию, так как установки на здоровье связаны с представлениями о будущем.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 00D9618CDA5DBFCD6062289DA9541BF88C  
Владелец: Глыбочко Петр Витальевич  
Действителен: с 13.09.2022 до 07.12.2023