

**ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ В
ПЕРИОД ВРАЧЕБНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
СТУДЕНТАМИ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА И ФАКУЛЬТЕТА
ПОДГОТОВКИ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН
ПО ДИСЦИПЛИНЕ: «ОБЩЕСТВЕННОЕ
ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

**ВИТЕБСК
2021**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом ФПК и ПК**

**ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ В ПЕРИОД
ВРАЧЕБНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ
ПРАКТИКИ СТУДЕНТАМИ
5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА И ФАКУЛЬТЕТА
ПОДГОТОВКИ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН ПО ДИСЦИПЛИНЕ:
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

(учебно-методическое пособие для студентов
высших медицинских учреждений образования,
руководителей практики
лечебно-профилактических организаций)

Рекомендовано учебно-методическим объединением по высшему
медицинскому, фармацевтическому образованию в качестве
учебно-методического пособия для студентов учреждений высшего
образования, обучающихся по специальности
1-79 01 01 «Лечебное дело»

Витебск
2021

УДК 378.1-054.6:614.2
ББК 51.1я.73
Т49

Рецензенты:

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет», протокол №3 от 19.10.2020 (зав.кафедрой – доктор медицинских наук, доцент **М.Ю. Сурмач**);

Шаршакова Т.М. – зав.кафедрой общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор.

Т49 **Глушанко, В.С. «Технология выполнения заданий в период врачебной клинической производственной практики студентами 5 курса лечебного факультета и факультета подготовки иностранных граждан» по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» / В.С. Глушанко, В.В. Шевцова, О.С. Рубанова, Р.Ш. Шефиев: учебно-методическое пособие для студентов высших медицинских учреждений образования, руководителей практики лечебно-профилактических организаций – Витебск, ВГМУ, 2021. – 153 с.**

ISBN

Учебно-методическое пособие по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» составлено в соответствии с Программой врачебной клинической производственной практики для специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело», образовательным стандартом первой ступени высшего образования Республики Беларусь в редакции постановления от 28.11.2017 №150 «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления МО РБ» и типовым учебным планом.

Организация и порядок проведения практики установлены на основании Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2010 №860 «Об утверждении Положения о практике студентов, курсантов, слушателей» и «Положения об организации, проведении, подведении итогов и материальном обеспечении практики студентов в УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

Предназначено для студентов лечебного факультета и руководителей практики лечебно-профилактических организаций по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

**УДК378.1-054.6:614.2
ББК 51.1я.73**

ISBN

© Глушанко В.С., Шевцова В.В.,
Рубанова О.С., Шефиев Р.Ш., 2021
© Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	5
2. ОРГАНИЗАЦИЯ ВРАЧЕБНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»	10
3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВРАЧЕБНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ	12
Задание № 1. Организация стационарной терапевтической помощи ..	12
Задание № 2. Организация стационарной хирургической помощи	15
Задание № 3. Организация амбулаторно-поликлинической помощи в женской консультации	18
Задание № 4. Организация стационарной акушерско- гинекологической помощи.....	21
4. ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА ОТЧЕТА О ВЫПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗАДАНИЯ	24
5. УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА (УИРС) 25	
5.1 Общие методические указания.....	25
5.2 Примерный перечень тем УИРС	27
5.3 Методические указания по проведению.....	28
статистического исследования	28
5.4. Примеры УИРС	50
Анализ госпитализированной заболеваемости и летальности пациентов с болезнями системы кровообращения по материалам терапевтического отделения	50
Анализ госпитализированной заболеваемости синдромом Меллори-Вейсса	67
Анализ и оценка частоты заболеваемости новорожденных, связанной с патологией беременности.....	80
Анализ заболеваемости новорожденных по материалам городского роддома.....	94
6. РАБОТА СТУДЕНТА ПО МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ.....	109
6.1 Перечень практических умений по медико-гигиеническому обучению и формированию ЗОЖ населения, которыми должен овладеть студент	111
6.2 Образец лекционной путёвки	113
6.3 Перечень тем для медико-гигиенического обучения и воспитания населения	114

7. ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ ПРАКТИКИ.....	117
8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА КАФЕДРЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРАКТИКИ	118
9. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	119
10. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ	121
Приложение 1. Перечень основных индикаторов здравоохранения и здоровья населения и методики их расчета	124
Приложение 2. Перечень форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения.....	140
Приложение 3. Динамика показателей естественного движения населения в Республике Беларусь	143
Приложение 4. Демографическая ситуация, состояние здоровья населения и показатели деятельности организаций здравоохранения в Республике Беларусь в 2017-2019 гг.....	144

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Программа врачебной клинической производственной практики для специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело» составлена в соответствии с образовательным стандартом первой ступени высшего образования Республики Беларусь в редакции постановления от 28.11.2017 №150 «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления МО РБ» и типовым учебным планом.

Организация и порядок проведения практики установлены на основании Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2010 №860 «Об утверждении положения о практике студентов, курсантов, слушателей» и Положения об организации, проведении, подведении итогов и материальном обеспечении практики студентов в УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Врачебная клиническая производственная практика для студентов лечебного факультета и факультета подготовки иностранных граждан является обязательной формой подготовки врача по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело». Проводится она после окончания 5 курса при условии сдачи курсовых экзаменов и организуется в тесном взаимодействии УО «ВГМУ» с организациями здравоохранения.

Практика проходит в специализированных стационарах областных, городских и крупных центральных районных лечебно-профилактических организаций (ЛПО) в рабочее время врачей под непосредственным руководством заведующего отделением и под общим руководством и контролем главного врача либо заместителя главного врача, закрепленных приказом главного врача (далее – руководители практики в ЛПО).

Основная цель практики – проверка, углубление, закрепление и дальнейшее совершенствование знаний, умений и практических навыков, полученных студентами при изучении дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».

Задачи практики:

1. Углубление и закрепление теоретических знаний по общественному здоровью и здравоохранению.

2. Освоение, закрепление и совершенствование практических умений и навыков врача по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение».

3. Ознакомление с организацией лечебного дела: диагностикой, лечением, реабилитацией и профилактикой; условиями

работы врачей на всех этапах оказания медицинской помощи населению.

4. Освоение технологии разработки предложений по оптимизации работы ЛПО.

5. Закрепление практических навыков по медико-гигиеническому обучению и формированию у населения осознанного отношения к здоровому образу жизни (ЗОЖ).

Прохождение практики должно обеспечить формирование у студентов академических, профессиональных и социально-личностных компетенций.

Требования к качеству подготовки обучающихся по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» с позиций компетентностного подхода изложены в образовательном стандарте высшего медицинского образования по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело», утвержденном и введенном в действие постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 г. № 88 (с изменениями и дополнениями, утвержденными постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 28.11.2017 г. № 150) и типовой учебной программе по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» (Рег. № ТД –L.583/тип. от 30.11.2016г). Данные документы содержат три блока компетенций:

I. Требования к академическим компетенциям:

АК-1. Уметь применять базовые научно-теоретические знания для решения теоретических и практических задач.

АК-2. Владеть системным и практическим анализом.

АК-3. Владеть исследовательскими навыками.

АК-4. Уметь работать самостоятельно.

АК-5. Быть способным порождать новые идеи (быть креативным).

АК-6. Владеть междисциплинарным подходом при решении проблем.

АК-7. Иметь навыки, связанные с использованием технических устройств, управлением информацией и работой с компьютером.

АК-8. Обладать навыками устной и письменной коммуникации, владеть профессиональной и научной лексикой.

АК-9. Уметь учиться, повышать свою квалификацию в течение всей жизни.

II. Требования к профессиональным компетенциям:

ПК-1. Применять знания об особенностях популяционного уровня организации жизни.

ПК-2. Использовать знания о закономерностях жизнедеятельности организма человека в норме и патологии.

ПК-3. Владеть основными методами защиты населения от возможных последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий.

ПК-4. Использовать методы статистического, исторического, экономического анализа в изучении и прогнозировании показателей здоровья населения, заболеваемости, в оценке деятельности организаций здравоохранения и врачей, в определении эффективности лечебно-профилактических мероприятий и диспансеризации населения.

ПК-5. Проводить профилактические мероприятия среди населения, в том числе с использованием современных информационных технологий.

ПК-6. Уметь самостоятельно приобретать и использовать в практической деятельности новые знания и навыки, в том числе в новых областях знаний.

ПК-7. Использовать основные законы естественнонаучных дисциплин в профессиональной деятельности, применять знания и умения для сохранения, укрепления и восстановления здоровья.

ПК-8. Применять навыки профессионального поведения (деонтологии), знать и соблюдать нормы медицинской этики.

ПК-9. Владеть основными методами, способами и средствами получения, хранения, переработки информации, иметь навыки работы с компьютером как средством получения и управления информацией.

ПК-10. Работать с научной литературой и создавать личную научно-практическую информационную базу данных.

ПК-11. Планировать и проводить научно-практические исследования с использованием принципов доказательной медицины.

ПК-12. Готовить и оформлять результаты научных исследований для опубликования.

ПК-13. Организовывать свой труд на научной основе с использованием компьютерных технологий обработки информации.

ПК-14. Проводить профессиональное обучение средних медработников.

ПК-15. Готовить методическое обеспечение обучения.

ПК-16. Планировать и реализовывать мероприятия, направленные на повышение квалификации врача.

ПК-17. Обобщать и способствовать распространению современных медицинских знаний.

ПК-18. Организовывать работу малых коллективов исполнителей для достижения поставленных целей.

ПК-19. Планировать и организовывать лечебно-диагностические мероприятия при заболеваниях и травмах, в том числе и в случае массового поступления пациентов.

ПК-20. Документировать результаты профилактической, лечебной и реабилитационной медицинской помощи.

ПК-21. Взаимодействовать со специалистами смежных специальностей.

ПК-22. Анализировать и оценивать собранные данные.

ПК-23. Управлять процессами оказания медицинской помощи.

ПК-24. Работать с юридической литературой и знать основы трудового законодательства.

III. Требования к социально-личностным компетенциям:

СЛК-1. Владеть качествами гражданственности.

СЛК-2. Быть способным к социальному взаимодействию.

СЛК-3. Владеть способностью к межличностным коммуникациям.

СЛК-4. Владеть навыками здоровьесбережения.

СЛК-6. Уметь работать в команде.

С позиций компетентного подхода к обучению необходимым условием формирования и развития любой компетенции обучающегося является реализация им соответствующего вида деятельности, в которой она и проявляется.

Изучение учебной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» обеспечивает формирование у студентов академических, социально-личностных и профессиональных компетенций.

Студент должен знать:

- принципы государственной политики Республики Беларусь в области охраны здоровья населения;
- основы законодательства Республики Беларусь в области здравоохранения, современную концепцию и перспективы развития;
- основные принципы деятельности национальной системы здравоохранения и организации медицинской помощи населению;
- основы применения автоматизированных систем в управлении здравоохранением;
- основные положения Концепции национальной безопасности Республики Беларусь, государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь»;
- показатели общественного здоровья, их особенности в Республике Беларусь и факторы их определяющие;

- задачи, особенности структуры и деятельности организаций здравоохранения, основы анализа и оценки деятельности организаций здравоохранения;
- статистический метод для изучения общественного здоровья и деятельности организаций здравоохранения;
- основы медицинской экспертизы в организации здравоохранения;
- основные принципы, формы, методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения.

Студент должен уметь:

- применять в практической и научной деятельности статистический метод исследования;
- вычислять статистические величины, оценивать значимость выборочных статистических показателей и их разности;
- оценивать влияние факторов риска на развитие патологического процесса, возникновение рецидивов, осложнений на основе принципов доказательной медицины заполнять основные учетные формы медицинской документации организаций здравоохранения;
- рассчитывать основные показатели здоровья населения и осуществлять их анализ;
- рассчитывать основные показатели и осуществлять анализ деятельности организаций здравоохранения;

Студент должен владеть:

- навыками статистического анализа;
- основными приемами обработки научных данных;
- методами оценки общественного здоровья населения;
- методами оценки деятельности организаций здравоохранения;
- навыком разработки комплекса профилактических мероприятий.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ ВРАЧЕБНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

В период работы на всех циклах производственной практики студенты должны:

- ознакомиться с местом прохождения врачебной клинической производственной практики (организацией здравоохранения в городе, районе);
- ознакомиться с организационной структурой и порядком работы сотрудников организации здравоохранения;
- изучить профилактический принцип здравоохранения, диспансерный метод и их сущность;
- принять участие в работе врачебно-консультационной комиссии (ВКК).
- изучить медицинскую документацию и ее ведение, правила оформления и кодирования листка нетрудоспособности.

За время практики студенты выполняют индивидуальное задание, которое предусматривает детальное изучение одного из следующих тем:

1. Организация стационарной терапевтической помощи.
2. Организация стационарной хирургической помощи.
3. Организация амбулаторно-поликлинической помощи в женской консультации.
4. Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи.

Работая по индивидуальному заданию, студенты закрепляют полученные знания, отрабатывают свои умения в анализе и оценке деятельности организаций здравоохранения, формулируют предложения управленческого характера по совершенствованию различных сторон деятельности организаций с учетом конкретных результатов анализа.

По результатам прохождения практики **студент обязан:**

- I. Составить печатный отчет о выполненной работе:
 - 1.1. описать общие сведения о лечебно-профилактической организации и отделении;
 - 1.2. отразить индикаторы, характеризующие деятельность конкретного отделения за 2 года (по данным отчетов организации здравоохранения и сведений кабинетов медицинской статистики, предоставленных студенту заведующим отделением). При расчете показателей необходимо дать описание методики расчета и обязательно указать исходные числовые данные;

1.3. осуществить анализ, сформулировать выводы и предложения;

1.4. сдать отчет на проверку и **подпись заведующему отделением;**

1.5. подписать и заверить печатью отчет у главного врача или заместителя главного врача по медицинской части.

II. Дважды прочитав научно-популярную лекцию перед пациентами или провести с ними беседу о необходимости формирования мотивации ЗОЖ в рамках медицинской темы по подготовленному и апробированному на кафедре конспекту, о чем делаются соответствующие **отметки в лекционных путевках**. Если подготовлен санитарный бюллетень (буклет, памятка), он вывешивается в отделениях, где проходит производственную практику студент, с **отметкой в лекционной путевке**.

III. Выполнить учебно-исследовательскую работу (УИРС) по индивидуальному заданию, составить письменный отчет о проведенной работе, который **подписывается заведующим отделением** на базе проведенного исследования.

IV. Сдать преподавателю кафедры, который ведёт занятие на 6 курсе, отчет о выполнении индивидуального задания, вместе с лекционной путёвкой, учебно-исследовательской работой студента (УИРС).

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВРАЧЕБНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Задание № 1.

Организация стационарной терапевтической помощи

Общие методические указания.

В части, касающейся организации стационарной терапевтической помощи, изучается структура больницы, организация лечебно-профилактической работы терапевтического отделения или иного отделения терапевтического профиля, порядок госпитализации, выписки пациентов, оформление медицинской документации, обязанности заведующего отделением и врача-ординатора, организация и проведение мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций, обеспечению преемственности между ЛПО.

Закрепляются навыки организации и проведения санитарно-гигиенического воспитания населения, формирования ЗОЖ.

Студенты работают с учетной и отчетной документацией отделения (Приложение № 2).

На основании статистических данных, предоставленных заведующим отделением, студенты рассчитывают показатели (индикаторы) деятельности отделения за 2 года, используя методики их расчета (Приложение № 1).

Завершается отчет анализом и оценкой результатов в динамике и в сравнении с известными нормативными значениями по РБ (Приложение № 3,4). Вносятся предложения по улучшению деятельности отделения.

Структура отчета о производственной практике по организации стационарной терапевтической помощи.

I. Общие сведения об организации здравоохранения и о терапевтическом отделении.

Наименование больницы. Структура и мощность организации здравоохранения, ее лечебно-диагностические отделения и подразделения, количество коек.

Задачи больницы.

Виды и объемы медицинской помощи в стационаре.

Основные отделения терапевтического профиля, их мощность и роль в лечебно-диагностическом процессе.

Основные приказы, регламентирующие деятельность.

Краткое описание терапевтического отделения: число коек, палат, наличие вспомогательных кабинетов, оснащение отделения, организация работы, порядок направления пациентов в отделение и выписки, организация лечебного питания и лекарственного обеспечения.

Обязанности заведующего отделением и врача-ординатора.

Организация и условия работы врачей и среднего медицинского персонала в отделении.

Правила внутреннего трудового распорядка для сотрудников, правила внутреннего распорядка для пациентов.

Организация ухода и наблюдения за пациентами, находящимися в тяжелом состоянии.

Деятельность по соблюдению лечебно-охранительного режима.

Обеспечение санитарного состояния отделения. Меры по профилактике внутрибольничных инфекций.

Организация и реализация преемственности.

Работа с учетной и отчетной документацией отделения (Приложение № 2).

Организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности. Порядок направления пациентов на ВКК и МРЭК.

Закрепление навыков организации и проведения санитарно-гигиенического воспитания населения, формирования здорового образа жизни (ЗОЖ).

**II. Индикаторы, характеризующие деятельность
терапевтического отделения стационара за 2 года.**

Наименование показателей	Г о д ы	
	202 г.	202 г.
1	2	3
1. Среднегодовая занятость больничной койки		
2. Средняя длительность пребывания пациента на больничной койке		
3. Оборот больничной койки		
4. Структура пролеченных пациентов по нозологическим формам		
5. Средняя длительность лечения по заболеваниям		
6. Летальность		
7. Структура летальности по возрастам		
8. Структура летальности по нозологическим формам		
9. Досуточная летальность		
10. Частота случаев расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов		
11. Удельный вес повторной госпитализации в связи с осложнением, преждевременной выпиской (в % к госпитализированным)		

III. Анализ, выводы и предложения.

Осуществить анализ и оценку показателей деятельности отделения в динамике и в сравнении с известными нормативными значениями, уровнями или фактическими данными по Беларуси (Приложения №3,4), сделать выводы и внести предложения по улучшению деятельности.

Задание № 2.

Организация стационарной хирургической помощи

Общие методические указания.

В части, касающейся организации стационарной хирургической медицинской помощи, изучается структура и мощность организации здравоохранения, организация лечебно-профилактической работы хирургического отделения, порядок направления пациентов в отделение и выписки, оформление медицинской документации, обязанности заведующего отделением и врача-ординатора, проведение мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций.

Закрепляются навыки по медико-гигиеническому обучению, воспитанию населения и формированию приверженности ЗОЖ.

Студенты работают с учетной и отчетной медицинской документацией отделения (Приложение № 2).

На основании статистических данных, предоставленных заведующим отделением, студенты рассчитывают показатели (индикаторы) деятельности отделения за 2 года, используя методики их расчета (Приложение № 1).

Проводится анализ и оценка результатов в динамике и в сравнении с известными нормативными значениями по РБ (Приложение № 3,4) и формулируются предложения по улучшению деятельности отделения.

Структура отчета о производственной практике по организации стационарной хирургической помощи.

I. Общие сведения о больнице и хирургическом отделении.

Наименование, структура и мощность организации здравоохранения, ее лечебно-диагностические отделения и подразделения, количество коек.

Задачи больницы.

Виды и объемы медицинской помощи в стационаре.

Основные отделения хирургического профиля, их мощность и роль в лечебно-диагностическом процессе.

Основные приказы, регламентирующие деятельность.

Краткое описание хирургического отделения: число коек, палат, наличие операционных, перевязочных, вспомогательных кабинетов, оснащение отделения, организация работы, порядок направления пациентов в отделение и выписки, организация лечебного питания и лекарственного обеспечения.

Организация и условия работы врачей и среднего медицинского персонала в отделении, обязанности заведующего отделением и врача-ординатора.

Правила внутреннего трудового распорядка для сотрудников, правила внутреннего распорядка для пациентов.

Организация ухода и наблюдения за пациентами, находящимися в тяжелом состоянии.

Деятельность по соблюдению лечебно-охранительного режима.

Обеспечение санитарного состояния отделения. Меры по профилактике внутрибольничных инфекций.

Организация и реализация преемственности.

Учетная и отчетная медицинская документация отделения (Приложение № 2).

Организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности. Порядок направления пациентов на ВКК и МРЭК.

Медико-гигиеническое обучение, воспитание населения и формирование ЗОЖ.

II. Индикаторы, характеризующие деятельность отделения хирургического профиля стационара за 2 года.

Наименование показателей	Г о д ы	
	202 г.	202 г.
1	2	3
1. Среднегодовая занятость больничной койки		
2. Средняя длительность пребывания пациента на больничной койке		
3. Оборот больничной койки		
4. Структура пролеченных пациентов по нозологическим формам		
5. Удельный вес малоинвазивных хирургических вмешательств		
6. Удельный вес высокотехнологичных хирургических вмешательств		
7. Летальность		
8. Структура летальности (по возрастам)		
9. Структура летальности по нозологическим формам		
10. Оперативная (хирургическая) активность		
11. Удельный вес патологоанатомических вскрытий (аутопсийных исследований)		
12. Частота случаев расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов		
13. Досуточная летальность		
14. Послеоперационная летальность		

III. Анализ, выводы и предложения.

Проанализировать и оценить показатели деятельности хирургического отделения в динамике и в сравнении с известными нормативными значениями, уровнями или фактическими данными по Беларуси (Приложения №3,4), сделать выводы и внести предложения по улучшению деятельности.

Задание № 3.

Организация амбулаторно-поликлинической помощи в женской консультации

Общие методические указания

Изучается структура и мощность женской консультации, организация деятельности, обязанности заведующего отделением, участкового врача акушера-гинеколога, медицинской сестры (акушерки) участковой, диспансерное наблюдение беременных женщин и гинекологических больных, патронажная работа акушерки, порядок направления пациенток на консультации врачей-специалистов, на госпитализацию, преемственность в работе женской консультации, родильного дома и детской поликлиники.

Закрепляются навыки организации и проведения санитарно-гигиенического воспитания населения, формирования ЗОЖ.

Студенты работают с учетной и отчетной документацией отделения (Приложение № 2).

На основании статистических данных, предоставленных заведующим отделением, студенты рассчитывают показатели (индикаторы) деятельности отделения за 2 года, используя методики их расчета (Приложение № 1).

Проводится анализ и оценка результатов в динамике и в сравнении с известными нормативными значениями по РБ (Приложение №3,4) и формулируются предложения по улучшению деятельности.

Структура отчета о производственной практике по организации амбулаторно-поликлинической помощи в женской консультации

I. Общие сведения о женской консультации.

Основные приказы, регламентирующие деятельность женской консультации. Численность обслуживаемого консультацией женского населения.

Структура, организация и принцип работы женской консультации.

Задачи женской консультации.

Основные приказы, регламентирующие деятельность.

Учетная и отчетная медицинская документация, используемая при работе в женской консультации.

График работы женской консультации, нагрузка врачей, функция врачебной должности. Число акушерско-гинекологических участков.

Преимущества в деятельности женской консультации.

Диспансерное наблюдение за беременными, порядок взятия на учет, обследование, диспансерное наблюдение и лечение беременных женщин и гинекологических больных.

Индивидуальный план наблюдений за беременными женщинами, перинатальная охрана плода, физиопсихопрофилактическая подготовка к родам.

Контроль по соблюдению санитарно-гигиенических мероприятий на закрепленном участке работы, организация социально-правовой помощи женщинам, борьба с абортами.

Противоэпидемические мероприятия, осуществляемые женской консультацией, регламентирующие документы.

Организация работы по вопросам медицинской реабилитации и экспертизы трудоспособности.

Медико-гигиеническое обучение, воспитание населения и формирование ЗОЖ.

II. Индикаторы, характеризующие деятельность женской консультации (или участка) за 2 года.

Наименование показателей	Г о д ы	
	202 г.	202 г.
1	2	3
1. Своевременность охвата беременных женщин наблюдением женской консультацией		
2. Охват беременных женщин пренатальным биохимическим скринингом		
3. Охват беременных женщин пренатальным ультразвуковым скринингом в сроке до 12-ти недель беременности (12-22 недели, после 22 недель)		
4. Заболеваемость беременных женщин		
5. Удельный вес преждевременных родов		
6. Временная нетрудоспособность (число случаев) на 100 работающих		
7. Временная нетрудоспособность (число дней) на 100 работающих		
8. Средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности		
9. Показатель частоты абортов		
10. Удельный вес родов после применения вспомогательных репродуктивных технологий		
11. Удельный вес заболеваний, осложнивших послеродовой период		
12. Полнота охвата преабортным психологическим консультированием		
13. Охват женщин средствами контрацепции		

III. Анализ, выводы и предложения.

Проанализировать и оценить показатели деятельности в динамике и в сравнении с известными нормативными значениями, уровнями или фактическими данными по Беларуси (Приложения №3,4), сделать выводы и внести предложения по улучшению деятельности.

Задание № 4.

Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи

Общие методические указания

Изучается структура и организация работы родильного дома, обязанности заведующего отделением и врача-ординатора, мероприятия по профилактике инфекции среди новорожденных и родильниц, преемственность в работе женской консультации, родильного дома и детской поликлиники, порядок оформления медицинской документации.

Закрепляются навыки организации и проведения санитарно-гигиенического воспитания населения, формирования ЗОЖ.

Студенты работают с учетной и отчетной документацией (Приложение № 2).

На основании статистических данных, предоставленных заведующим отделением, студенты рассчитывают показатели (индикаторы) деятельности отделения за 2 года, используя методики их расчета (Приложение № 1).

Проводится анализ и оценка результатов в динамике и в сравнении с известными нормативными значениями по Республике Беларусь (Приложение №3,4) и формулируются предложения по улучшению деятельности.

Структура отчета о производственной практике по стационарной акушерско-гинекологической помощи

I. Общие сведения о родильном доме

Структура, мощность и задачи родильного дома, его лечебно-диагностические отделения и подразделения, количество коек.

Основные документы, регламентирующие деятельность родильного дома.

Организация приема рожениц в физиологическое и наблюдательное акушерские отделения.

Организация работы физиологического, наблюдательно-изоляционного акушерских отделений; отделений (палат) патологии беременности, для новорожденных; гинекологического отделения.

Деятельность по соблюдению лечебно-охранительного режима.

Обеспечение санитарного состояния отделений. Профилактика заноса инфекционных заболеваний в родильный дом.

Противоэпидемические мероприятия, осуществляемые родильным домом, профилактика ВБИ среди новорожденных и родильниц.

Преемственность в деятельности родильного дома, женской консультации и детской поликлиники.

Учетная и отчетная медицинская документация, используемая при работе в родильном доме.

Организация работы по вопросам медицинской реабилитации и экспертизы трудоспособности.

Медико-гигиеническое обучение, воспитание населения и формирование ЗОЖ.

II. Индикаторы, характеризующие деятельность акушерско-гинекологического стационара за 2 года.

Наименование показателей	Г о д ы	
	202 г.	202 г.
1	2	3
1. Среднегодовая занятость больничной койки		
2. Средняя длительность пребывания пациента на больничной койке		
3. Показатель перинатальной смертности		
4. Показатель ранней неонатальной смертности		
5. Удельный вес преждевременных родов		
6. Удельный вес операций кесарево сечение		
7. Удельный вес женщин, не состоявших под наблюдением женской консультации		
8. Структура заболеваний, осложнивших роды и послеродовый период		
9. Заболеваемость рожениц и родильниц		
10. Структура заболеваемости рожениц и родильниц по нозологическим формам		
11. Заболеваемость новорожденных		
12. Структура заболеваемости рожениц и родильниц по нозологическим формам		
13. Показатель мертворождаемости		

III. Анализ, выводы и предложения.

Проанализировать и оценить показатели деятельности в динамике и в сравнении с известными нормативными значениями, уровнями или фактическими данными по Беларуси (Приложения 3,4), сделать выводы и внести предложения по улучшению деятельности.

4. ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА ОТЧЕТА О ВЫПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗАДАНИЯ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
С КУРСОМ ФПК И ПК**

Зав. кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения с курсом ФПК и ПК,
д.м.н., профессор ГЛУШАНКО В.С.

Преподаватель

(должность, Ф.И.О.)

О Т Ч Е Т
О ВЫПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗАДАНИЯ
ПО ТЕМЕ _____

**СТУДЕНТА (КИ) __ ГРУППЫ V КУРСА
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

(Ф.И.О. студента (ки) полностью)

ПРОХОДИВШЕГО (ЕЙ) ПРАКТИКУ НА БАЗЕ

(указать организацию здравоохранения)

Отчет проверил:
Зав. отделением

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

«__» _____ 202__ г.

Руководитель (заместитель руководителя)
организации здравоохранения

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

«__» _____ 202__ г.

ВИТЕБСК, 202__

5. УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА (УИРС)

Составным элементом врачебной клинической производственной практики является учебно-исследовательская работа студента, которая направлена на проверку и углубление знаний по предусмотренным темам.

Выполняя задания по УИРС, студент глубже воспринимает суть предмета, развивает и укрепляет навыки самостоятельной работы с научной литературой, что способствует формированию способности к анализу и обобщению материала, развитию клинического мышления.

Целенаправленная УИРС улучшает профессиональную подготовку, прививает студентам навыки исследовательской работы, способствует их общему развитию и трудовому воспитанию.

5.1 Общие методические указания

Каждый студент за время прохождения врачебной клинической производственной практики выполняет одно из индивидуальных заданий по УИРС.

В соответствии с индивидуально выбранной темой, студент составляет печатный вариант УИРС в соответствии с указанной структурой и сдает его преподавателю кафедры вместе с лекционной путевкой и отчетом о врачебной производственной практике по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

Учебно-исследовательская работа студента обязательно включает в себя титульный лист и состоит из следующих разделов:

- Введение.
- Программа статистического исследования.
- План статистического исследования.
- Материалы и методы исследования.
- Результаты и их обсуждение.
- Выводы.
- Практические рекомендации.
- Список литературы.

Ориентировочный объем УИРС составляет 7-10 страниц печатного текста. Индикаторы деятельности в динамике анализируются за период 3-5 лет.

Во введении необходимо отразить общие сведения по данной изучаемой проблеме, литературные данные, отметить и обосновать ее актуальность (эпидемиологию).

На следующем этапе разрабатывается программа и план статистического исследования.

Описываются материалы и методы исследования.

После сбора необходимого материала проводится вычисление статистических показателей (частота, структура, средние размеры изучаемого явления). Результаты статистического исследования для большей наглядности необходимо представить в виде графических изображений и статистических таблиц.

Далее проводится анализ, формулируются выводы, практические рекомендации и предложения по улучшению и оптимизации деятельности ЛПО и конкретных отделений.

В разделе «Литература» приводится список используемой при выполнении УИРС литературы, оформленный согласно ГОСТ 7.1-2003.

5.2 Примерный перечень тем УИРС

1. Анализ госпитализированной заболеваемости болезнями системы кровообращения по данным терапевтического отделения.
2. Анализ госпитализированной заболеваемости болезнями системы дыхания по данным терапевтического отделения.
3. Анализ госпитализированной заболеваемости болезнями органов пищеварения по данным терапевтического отделения.
4. Определение путей снижения летальности в терапевтическом отделении.
5. Анализ госпитализированной заболеваемости острой хирургической патологией по данным хирургического отделения.
6. Анализ госпитализированной заболеваемости облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей (либо другой хирургической патологией) по данным хирургического отделения.
7. Анализ частоты и структуры оперативных вмешательств и определение путей снижения летальности в хирургическом отделении.
8. Анализ частоты и структуры заболеваемости беременных женщин и разработка мероприятий по ее снижению по данным женской консультации (или участка).
9. Анализ частоты и структуры гинекологической заболеваемости и разработка мероприятий по ее снижению по данным женской консультации (или участка).
10. Анализ частоты и структуры заболеваемости инфекциям, передающимися половым путем, разработка мероприятий по ее снижению по данным женской консультации (или участка).
11. Анализ заболеваемости новорожденных и разработка мероприятий по ее снижению по данным родильного дома.
12. Анализ заболеваемости беременных (рожениц, родильниц) и разработка мероприятий по ее снижению по данным родильного дома.
13. Анализ частоты, структуры и причин родоразрешения путем операции кесарево сечение по данным родильного дома.

5.3 Методические указания по проведению статистического исследования

В научно-исследовательском и практическом разделах своей деятельности врач анализирует индикаторы (показатели) на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.

Это важный элемент для определения соответствия уровня квалификации, дальнейшего ее усовершенствования и профессиональной специализации.

Умение правильно организовать и проводить статистическое исследование необходимо руководителям учреждений и органов здравоохранения, а также всем врачам различных профилей.

Это способствует повышению качества и эффективности медицинской помощи населению через непрерывную подготовку и повышение квалификации кадров (важнейший элемент ресурсного обеспечения).

Организаторы здравоохранения регулярно используют данные статистического исследования в оперативном аналитическом и прогностическом разделах работы.

Грамотный анализ индикаторов, их оценка и формулировка выводов позволяют принять оптимальное управленческое решение, способствуют повышению эффективности деятельности, рациональному планированию и прогнозированию в здравоохранении.

Статистика позволяет контролировать индикаторы деятельности ЛПО, оперативно анализировать их, формулировать выводы о качестве и эффективности лечебно-профилактической работы на закрепленной территории.

Руководитель ЛПО при составлении текущих и перспективных планов работы организации основывается на проработке тенденций и закономерностей развития системы здравоохранения и состояния здоровья населения своего района, города, области и т.д.

Традиционная статистическая система в здравоохранении основана на получении данных в виде отчетов, которые составляются в учреждениях и затем суммируются на промежуточных и высших уровнях.

Система составления отчетов имеет существенные преимущества (единая программа, обеспечение сравнимости, показатели объема работы и использования ресурсов, простота и малая стоимость сбора материалов) и некоторые недостатки (малая оперативность, жесткость, негибкая программа, ограниченный набор сведений, неконтролируемые ошибки учета и др.).

Врачи осуществляют анализ проделанной работы на основании существующей отчетной документации и путем специально проводимых выборочных статистических исследований.

Статистическое исследование должно проводиться в определенной последовательности в соответствии с этапами, состоящими из отдельных операций:

I. Составление программы и плана статистического исследования;

II. сбор статистического материала (статистическое наблюдение);

III. разработка (обработка и сводка) собранного статистического материала;

IV. анализ полученных данных, выводы, предложения, литературная обработка и оформление результатов.

Несмотря на выделение этапов, медико-статистическое исследование представляет собой единое, органически связанное целое, в основе которого лежит целостный, системный подход к изучаемому объекту.

I этап. Программа и план статистического исследования

Составление плана и программы статистического исследования является первым этапом, где в рамках программы определяются цель и задачи исследования, первичные сведения; в рамках плана решаются организационные вопросы исследования.

Приступая к статистическому исследованию, следует определить знания по изучаемому вопросу, разработать четкое представление о цели и задачах исследования, изучить по данной теме научную литературу.

Общей целью статистического наблюдения является получение достоверной информации о тенденциях развития явлений и процессов для последующего принятия управленческих решений. Цель в соответствии с рабочей гипотезой формулирует теоретические положения и практические потребности по направлению исследования и носит, как правило, не только теоретический, но и практический характер. Она должна быть актуальной для медицинской науки и практики здравоохранения. Цель формулируется конкретно, четко, недвусмысленно. Нечетко поставленная цель может привести к сбору не тех данных, которые необходимы для решения конкретной задачи.

Поставленную цель раскрывают задачи исследования (как будет достигаться цель). **Задачи исследования** – это конкретизированное, расширенное и уточненное определение цели. Обычно задач может быть от трех до пяти.

Цель определяет объект статистического наблюдения. **Объект наблюдения** – это исследуемая статистическая совокупность, состоящая из отдельных предметов или явлений – единиц наблюдения. Объектом исследования в медицине могут быть население города, области, страны, отдельные его группы, кадры, учреждения здравоохранения и др.

Установление единицы наблюдения – важнейший элемент подготовительной части исследования. **Единица наблюдения** – это каждый первичный элемент (счетная единица) объекта статистического наблюдения, являющийся носителем признаков, подлежащих учету и регистрации. В исследовании может быть несколько единиц наблюдения.

Единица наблюдения определяется целью и задачами статистического исследования и избранным объектом изучения. Примеры единиц наблюдения:

- при изучении больничной летальности, единицей учета является пациент, умерший в стационаре;
- общей заболеваемости – обращение по поводу данного заболевания в календарном году;

- заболеваемости с временной утратой трудоспособности – каждый случай временной нетрудоспособности по поводу заболевания;
- эффективности нового метода лечения – каждый пациент, получивший такой вид лечения;
- посещение, обращение, госпитализация и др.

Каждая единица наблюдения может иметь множество характеристик, однако учитываются только те, которые необходимы для достижения поставленной цели и решения задач исследования. Единицы наблюдения имеют признаки сходства и различия. Признаки сходства служат основанием для объединения единиц наблюдения в исследуемые совокупности.

Признаки, характеризующие единицу наблюдения, по которым различают элементы статистической совокупности, подлежат регистрации, называются **учетными признаками**.

Учетные признаки по характеру могут быть качественными (атрибутивные, описательные) и количественными (выраженные численно).

К качественным признакам относятся пол, профессия, нозологическая форма заболевания, исход заболевания и др.

Количественными признаками являются рост, масса тела, возраст, продолжительность случая заболевания, показатели лабораторных исследований и др.

По роли в изучаемой совокупности учетные признаки делятся на факторные и результативные.

Факторные – это признаки, под влиянием которых изменяются другие, зависящие от них признаки.

Результативные – это признаки, зависящие от факторных признаков. С изменением величины факторного признака происходит изменение результативного. Так, с увеличением возраста ребенка увеличивается его рост, с увеличением охвата детей профилактическими прививками против кори снижается заболеваемость корью и т.д.

Единицу наблюдения необходимо различать с **отчетной единицей**. Отчетная – это единица, от которой поступают отчетные данные и которая может совпадать или не совпадать с единицей наблюдения.

Важным моментом подготовительного этапа **является разработка организационного плана**, который включает определение места наблюдения (административно-территориальных границ), время (конкретных сроков осуществления наблюдения, проведения разработки и анализа материала) и субъекта исследования (организаторов, исполнителей, методического и организационного руководства, источников финансирования исследования).

1. Разработка программы статистического исследования:

а. Определение (постановка) цели (основной идеи) исследования.

Целью медико-социальных исследований могут быть выяснение некоторых теоретических (познавательных) проблем (проверка гипотез), оптимизация деятельности отрасли, удовлетворение запросов практического здравоохранения, т.е. цель имеет прикладной характер.

б. Формулировка задач исследования (раскрывают цель исследования, конкретизируют и детализируют ее). Задачи представляют собой декомпозицию цели на конкретные рабочие направления.

с. Выбор объекта исследования – это совокупность исследуемых лиц или предметов, их численность, характер.

д. Выбор единицы наблюдения как основного признака изучаемого явления. Единица совокупности это первичный элемент, из которой состоит вся изучаемая совокупность; совокупность – масса однородных явлений.

е. Программа сбор данных – определение учетных документов, которые будут применены для изучения объекта исследования

ф. Определение учетных признаков (расшифровывают единицу наблюдения). Учетные признаки по характеру могут быть качественными (атрибутивные, описательные) или количественными (выраженные числом). По роли в изучаемой совокупности учетные признаки делятся на факторные и результативные.

г. Разработка образца первичного статистического наблюдения.

Перечень учетных признаков, которые необходимо определить у каждой единицы исследования, регистрируется **в первичном статистическом документе** официального образца, или образец такого документа разрабатывается исследователем. Он может иметь вид бланка, анкеты, карты, переписного листа, таблицы или журнала. Государственные статистические документы (статистический талон для регистрации уточненных диагнозов, листок нетрудоспособности, медицинская карта амбулаторного пациента и др.) могут быть использованы в качестве официальной программы сбора материала по заболеваемости. В исследованиях клинического профиля часто используются анкеты, опросники, специальные карты для выборки данных из медицинских документов, переписные листы.

Программа сбора материала. Разработка программы сбора материала является ответственным отправным моментом для проведения всей последующей работы.

На подготовительном этапе разрабатывается и тиражируется статистический инструментарий. Это могут быть карты, анкеты, опросники, протоколы, компьютерные программы регистрации входящей информации, формирования и обработки информационных баз данных. Они представляют собой программу сбора материала и заполняются на каждую единицу наблюдения. В процессе проведения исследования в них заносится вся информация. В обязательном порядке подлежат регистрации: паспортная часть, ответы на четко сформулированные, поставленные в определенной последовательности вопросы программы, дата заполнения документа.

В качестве учетных бланков могут быть также использованы применяемые в практике лечебно-профилактических организаций учетные медицинские формы. Это, в частности, карта выбывшего из стационара; экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром отравлении; статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов; листок нетрудоспособности; контрольная карта диспансерного наблюдения и др. Если их содержание позволяет достичь поставленной цели исследования, то оно оставляется без изменений. В необходимых случаях содержание этих учетных медицинских форм может быть подвергнуто частичной коррекции в виде дополнения или уточнения. **Такие учетные медицинские документы по существу становятся программой наблюдения (сбора материала).** В ряде случаев программа может быть заимствована из близкого по своей направленности ранее проведенного исследования. Если совершается новое исследование, аналогов в прошлом не имеется, а существующие учетные формы не удовлетворяют, то создается новая программа.

В медико-социальных исследованиях источниками получения информации и одновременно учетными бланками могут служить медицинская карта стационарного пациента, медицинская карта амбулаторного пациента, история развития ребенка, история родов, отчетные формы лечебно-профилактических организаций, отчеты медицинских реабилитационных экспертных комиссий, данные статистических отделов исполкомов, данные бюро загсов и т.д.

В настоящее время обработка результатов большинства исследований осуществляется с привлечением компьютерной техники. Компьютерные программы позволяют проводить контроль входящей информации, формировать и всесторонне обрабатывать информационные базы данных, получать необходимые результаты.

Основные правила составления программы наблюдения:

1) в программу следует включать только необходимые вопросы, не перегружая ее второстепенными данными;

2) формулировка вопросов должна быть четкой, исключать двусмысленное толкование;

3) каждый учетный бланк должен содержать некоторые обязательные вопросы: порядковый номер, название организации (учреждения), дату регистрации, подпись регистрировавшего;

4) вопросы программы должны быть координированы, способствовать взаимному контролю (диагноз пол; возраст профессия и пр.).

h. Составление макетов статистических таблиц по качественно однородным признакам (выбор правильных группировок; сводка единичных случаев по качественной однородности).

Простая таблица. Распределение умерших от БСК в больнице N по возрасту за 20.. г.

Возрастная группа	Число умерших
До 40 лет	
40-50 лет	
50-60 лет	
Старше 60 лет	
ИТОГО	

Групповая таблица. Распределение умерших от БСК в больнице N по возрасту и полу за 20.. г.

Возрастная группа	Пол		Всего (оба пола)
	М	Ж	
До 40 лет			
40-50 лет			
50-60 лет			
Старше 60 лет			
ИТОГО			

Комбинационная таблица. Распределение умерших в больнице N по полу и возрасту за 20.. г.

Диагноз основного заболевания	Возраст и пол								Всего		
	до 40 лет		40-50 лет		50-60 лет		старше 60 лет				
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	Оба пола
Ишемическая болезнь сердца											
Цереброваскуляр- ные болезни											
ИТОГО											

2. Составление плана статистического исследования.

- a. Определение места (территории) исследования.
- b. Установление сроков исследования
- c. Определение сил (кадров) и средств (финансирование) для проведения исследования.
- d. Определение организационно-методического руководства исследованием
- e. Установление охвата наблюдения
- f. Пути формирования объекта исследования

II этап. Сбор статистического материала (статистическое наблюдение)

Второй этап статистического исследования - сбор статистического материала (медицинское наблюдение). Он заключается в регистрации отдельных случаев изучаемого явления и характеризующих их учетных признаков в разработанных учетных бланках.

Выбор вида наблюдения по времени (текущее, единовременное) определяется целью и задачами исследования.

Чтобы избежать искажения результатов исследования исполнители должны строго придерживаться единых установок и правил. С этой целью **в проведении медицинского наблюдения предусматриваются следующие операции:**

1) перед выполнением работы по сбору материала, а при необходимости и в ходе ее, проводится инструктаж (устный, письменный) исполнителей наблюдения. Письменный инструктаж может представлять собой краткие инструктивно-методические пояснения на самих учетных формах или в виде специальных печатных пособий инструкций, словарей;

2) исполнители обеспечиваются формами регистрации;

3) сбор материалов (регистрация);

4) контроль качества регистрации.

Вопрос об объеме необходимой выборки решается на этапе планирования (первом этапе) медицинского исследования.

Методы отбора единиц наблюдения. Для обеспечения качественной представительности (репрезентативности) выборочной совокупности существуют определенные методы и способы отбора единиц исследования.

По степени охвата объекта (статистической совокупности) исследованием различают сплошное и несплошное статистическое наблюдение.

При сплошном исследовании изучаются все входящие в состав совокупности единицы наблюдения, т.е. генеральная совокупность. Сплошное исследование проводят в целях установления абсолютных размеров явления, например общей численности населения, общего количества родившихся или умерших, числа лечебно-профилактических организаций, числа больничных коек, численности медицинского персонала. Сплошное исследование предпочтительнее также в тех случаях, когда сведения необходимы для оперативной работы: учет инфекционной заболеваемости, нагрузка врачей, временная нетрудоспособность, диспансеризация и др.

Сплошное исследование часто бывает трудно выполнимым или невозможным.

Альтернативным вариантом является несплошное исследование. Оно должно иметь достаточное число единиц наблюдений, отражать все разнообразие изучаемого явления, быть репрезентативным.

Существует несколько **вариантов проведения несплошного исследования:**

1. Монографическое описание. Представляет собой тщательное, глубокое изучение одного человека, одной медицинской организации, одного населенного пункта и т.д. В ряде случаев такое исследование предшествует основному исследованию с целью более детальной разработки программы или уточнения некоторых организационных вопросов.

2. Метод основного массива. Охватывает большую часть единиц изучаемого объекта. Его часто называют несовершенным сплошным. Метод предполагает изучение тех объектов, в которых сосредоточено большинство единиц наблюдения. Например, при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) работников крупного производственного объединения в качестве объекта наблюдения может быть взято головное предприятие, на котором трудится большая часть коллектива. Недостатком этого метода является то, что остается неохваченной исследованием часть совокупности. Из опыта использования данного метода известно, что легче провести исследование на одном крупном объекте, чем на множестве мелких.

3. Анкетный метод. Это сбор статистических данных с помощью специально разработанных анкет, адресованных определенному кругу лиц. Исследование основано на принципе добровольности, возврат анкет зачастую бывает неполным. Нередко ответы на поставленные вопросы имеют субъективный, случайный характер. Этот метод применяется для получения приблизительной характеристики изучаемого явления.

4. Выборочный метод является самым распространенный в медицинских исследованиях. Суть его заключается в том, что изучаются не все единицы конкретной совокупности, а только специально отобранная часть. Результаты их обработки используются для характеристики всей генеральной совокупности. Преимуществами метода являются сравнительно низкая стоимость исследования, меньшее число исполнителей, сокращение временных затрат, высокая степень надежности результаты.

Медицинские работники обычно имеют дело только с частью изучаемого явления. Например, изучают группу пациентов с конкретным заболеванием, анализируют работу отдельных

медицинских организаций, оценивают качество определенных мероприятий и т.д.

В случаях, когда проводятся массовые исследования, охватывающие большое число наблюдений, рекомендуется вначале провести пробное выборочное исследование на ограниченном материале. Обязательное условие при формировании выборки - равная возможность для всех единиц исходной совокупности попасть под наблюдение.

Существуют несколько **способов формирования выборки**:

1. Случайный отбор – это отбор наугад (по жребию, лотерея). Например, часто используют начальную букву фамилии, дату рождения и пр., или в основу принимают специально разработанные таблицы случайных чисел.

2. Механический отбор – это арифметический подход к отбору единиц наблюдения без учета типичности или важности отдельных частей явления. Если из всей совокупности надо, например, отобрать 25% единиц наблюдения, то в зависимости от общего объема наблюдений могут быть отобраны в компьютерной базе данных или из анкет (на бумажном носителе) каждый 2-й, 5-й случай и т.д.

3. Типологический (типический) отбор предполагает разбивку изучаемого материала на ряд однотипных качественных групп: по профессии, характеру заболевания, образованию и пр. Из них далее отбирается необходимое число единиц наблюдений.

4. Серийный (гнездовой) отбор - это отбор не отдельных единиц наблюдения, а целых групп (серий, гнезд). В их состав входят организованные определенным образом единицы наблюдения. Например, территориальные образования (деревни, районы), медицинские организации (больницы, поликлиники) и пр. В гнездах исследуются все единицы наблюдения.

5. Направленный отбор – это метод, позволяющий выявить влияние неизвестных факторов при устранении влияния известных. Например, при изучении стажа работы на профессиональную заболеваемость, отбираются лица одной профессии, возраста, образовательного уровня и пр.

6. Когортный метод является одним из видов направленного отбора. Когортной принято называть совокупность людей, переживших одно и то же демографическое явление в течение одного и того же года. Метод позволяет сделать своего рода срез в том месте изучаемого явления, в котором наиболее отчетливо проявляются те или иные закономерности.

7. Метод «копи-пара» (парных сочетаний). Наряду с опытной формируется контрольная группа. Каждой единице наблюдения основной группы подбирается похожая на нее единица контрольной

группы. Различия должны быть только по изучаемому фактору воздействия.

По времени проведения исследование может быть текущим и единовременным.

При **текущем** наблюдении сбор статистических данных осуществляется путем регистрации каждого отдельного случая по мере его возникновения (рождение, смерть, заболевание) за определенный промежуток времени.

При **единовременном** наблюдении статистические данные собираются на определенный (критический) момент времени. Примерами единовременного наблюдения являются перепись населения, изучение физического развития детей, учет больничных коек на конец года, паспортизация лечебно-профилактических организаций и т.д.

К этому же виду относятся профилактические осмотры населения. Единовременная регистрация отражает состояние явления на момент изучения. Этот вид наблюдения используется для изучения медленно меняющихся явлений.

Методические требования к сбору информации.

В медико-социальных исследованиях основным методическим требованием к сбору статистической информации является его проведение в группах населения, объединенных каким-либо общим социальным или биологическим признаком.

Реально существуют два взаимосвязанных раздела:

- 1) характеристика состояния здоровья изучаемого населения;
- 2) характеристика условий и образа жизни изучаемого населения.

Основными источниками для получения информации о состоянии здоровья являются:

- данные официальной статистики государственных организаций;
- выкопировка данных из первичной медицинской документации,

• непосредственное наблюдение (клинический осмотр больных).
Основные способы получения сведений об условиях и образе жизни:

- анкетирование (заочный опрос);
- интервьюирование (очный опрос);
- комбинация этих методов (анкета-интервью);
- метод наблюдения;
- экспедиционно-монографический метод и др.

Перечисленные методы могут иметь ряд модификаций. В медико-социальных исследованиях наиболее часто используются анкетирование, интервью и их комбинации. В зависимости от цели, задач, объекта исследования опрос как способ сбора первичной информации может являться методом основным или вспомогательным. В любом случае исследование станет более глубоким и надежным, если результаты опроса будут проверены, дополнены данными, полученными с помощью других методов.

Возможные ошибки наблюдения. Необходимо заранее предусмотреть возможные в процессе сбора материала ошибки (ошибки наблюдения). Их возникновение может быть связано с рядом факторов:

1. Ошибки при непосредственном наблюдении:
 - неточность инструментов (взвешивание, измерение);
 - неточность методики (аускультация, перкуссия, лабораторные исследования);
 - ошибки наблюдателя или неправильность суждения, например ошибки диагноза.
2. Ошибки при наблюдении путем опроса:
 - неправильное понимание вопроса;
 - незнание ответа;
 - сознательное искажение ответа (о венерических болезнях, алкоголизме и т.д.).
3. Ошибки при анкетном (корреспондентском) сборе материала:
 - тенденциозный подбор единиц наблюдения;
 - уровень культуры, заинтересованность респондентов в результатах исследования.

В целом ошибки наблюдения, возможные в ходе статистического исследования, могут быть сведены в две группы:

1) случайные ошибки (взаимно погашаются при массовом наблюдении и не искажают общего результата, но имеют значение для индивидуальных наблюдений);

2) системные ошибки (взаимно не погашаются, накапливаются, искажают результат, например взвешивание на неправильно установленных весах).

Полученный в результате медицинского наблюдения материал называют статистическим сырьем и подвергают систематизации и обработке.

III этап. Разработка и сводка собранного статистического материала

Разработка материала включает:

- проверку (уточнение) собранного материала;
- разметку признаков по группам выбранных классификаций, шифровку;
- раскладку по группам;
- подсчет и внесение данных в таблицы;
- составление вариационных и динамических рядов;
- вычисление статистических показателей (индикаторов);
- графическое представление данных.

Разработка и анализ материала может реализовываться в компьютерном и ручном вариантах. В практике здравоохранения для разработки исследуемого материала широко используются пакеты компьютерных программ Statistika 10.0, SPSS и др. Внедрено несколько версий программ.

Проверка собранного материала может быть количественной (соответствие количества единиц наблюдения и признаков запланированному) и логической (выявление логического несоответствия между признаками). Помимо числа наблюдений, подлежат контролю полнота и правильность полученных сведений, устраняются ошибки, дубликаты записей, вносятся дополнения и уточнения. Те учетные формы (анкеты), по которым оказалось невозможно полно и точно ответить на все вопросы, исключаются из разработки.

Шифровка. Для облегчения последующей обработки сгруппированных первичных учетных документов их шифруют. Это технический прием, облегчающий и ускоряющий разработку материала, повышающий ее качество, точность. При этом необходимо провести сопоставление признаков, т.е. определить взаимосвязь и взаимозависимость между ними и выбрать те из них, которые представляют интерес для исследования.

Шифры – условные обозначения, вырабатываются произвольно или используются существующие в практике здравоохранения. Для каждого исследования может разрабатываться свой шифратор, т.е. перечень всех учитываемых признаков с их условными обозначениями.

Шифровка состоит в обозначении каждого признака и его группы знаком буквенным или цифровым. Каждой группе придают определенный символ (шифр).

№ признака	Признака	Группировка	Шифр
1	Пол	Мужчины	1
		Женщины	2
2	Возраст	30-39	1
		40-49	2
		50-59	3
		60 лет и старше	4
3	Диагноз	Острый инфаркт миокарда	1
		Хроническая ишемическая болезнь сердца	2
		Острое нарушение мозгового кровообращения	3
		Прочие болезни системы кровообращения	4

При шифровке диагнозов целесообразно пользоваться Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10 или следующего действующего пересмотра).

При шифровке должностей пользуются Номенклатурой должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием организаций системы здравоохранения РБ (Постановление МЗ № 61 от 2009 г.), составленной в соответствии с «Единым квалификационным справочником должностей служащих Республики Беларусь».

Преимуществом шифровки является то, что при необходимости после окончания основной разработки можно вернуться к собранному первичному материалу с целью выяснения новых связей и зависимостей. Зашифрованный учетный материал позволяет сделать это легче и быстрее, чем незашифрованный.

Сводка и группировка статистических данных – следующая по последовательности операция.

Программа сводки определяется задачами исследования. Программой предусматривается решение следующих общих вопросов:

- * выделение групп, на которые должна быть расчленена совокупность в зависимости от задач исследования и сущности изучаемых явлений;

- * определение перечня группировочных признаков, позволяющих отнести отдельные единицы изучаемой совокупности в ту или иную группу в пределах выделенной системы групп;

* установление границ каждой группы при группировке по количественным признакам;

* установление системы показателей для количественной и качественной характеристики выделенных групп.

Статистическая сводка, выполняется по заранее продуманному плану. В нем устанавливаются сроки выполнения каждого этапа и сводки в целом, способы изложения результатов сводки, Это могут быть ряды распределения, статистические таблицы, статистические графики.

Группировка. Важнейшим условием научного применения статистических группировок (основы научной сводки) является соблюдение основных принципов выбора группировочных признаков.

Принципы группировки:

✓ закладывать в основание наиболее существенные признаки, позволяющие раскрыть природу изучаемых явлений, их сущность; без этого дальнейший процесс исследования теряет смысл;

✓ исходить из конкретных исторических и территориальных условий, в которых происходит развитие явлений;

✓ группировочные признаки и интервалы должны быть специализированы в соответствии с местными условиями и особенностями развития явлений;

✓ сочетание двух и более существенных признаков, так как по одному признаку нельзя полно описать общественное явление, охарактеризовать природу общего через отдельное, единичное.

Раскладка по группам группировка это разделение совокупности изучаемых данных на однородные, типичные группы по наиболее существенным признакам или по шифру.

При составлении группировки руководствуются:

1) целью исследования;
2) фактически собранным материалом и результатом его шифровки; 3) объемом исследования.

Группировка может проводиться по качественным и количественным признакам.

Выбор группировочного признака зависит от характера изучаемой совокупности и задач исследования. Основная цель группировки отграничение одного типа явления от другого. Для выделения типов часто берется не один, а сочетание признаков. Типологическая группировка проводится по описательным (типологическим, атрибутивным) признакам. Например, по полу, профессии, группам болезни, тяжести течения болезни, послеоперационным осложнениям и т.д. Вариационная группировка проводится по количественным (вариационным) признакам на

основании числовых размеров признака. Например, по возрасту, длительности заболевания, продолжительности лечения и т.д.

Статистические таблицы. Третий этап заканчивается составлением статистических таблиц. Первичные данные, полученные по результатам подсчета в группах, заносятся в макеты таблиц. Это наиболее частый вариант в практике обработки исходных данных и конечный результат третьего этапа систематизация изучаемой совокупности. Сведения обычно представлены в абсолютных величинах и являются исходной базой для вычисления различных показателей и коэффициентов.

Статистическая таблица – это система наглядного изложения результатов статистического наблюдения. При ее помощи проводят сводку статистического материала. Незаполненная цифрами таблица называется макетом. Макет статистической таблицы это ряд пересекающихся горизонтальных и вертикальных линий, образующих по горизонтали строки, по вертикали графы. _

Таблица должна быть краткой, лаконичной, удобной для анализа. Правила построения статистических таблиц:

- четко формулируется заголовок, расположенный над таблицей, в нем называется объект изучения, указывается место и время наблюдения, т.е. что изучается, где и когда происходило событие;

- если приводимые в таблице показатели однородны, измеряются в одних и те же единицах, то последние указываются в конце общего заголовка (через запятую, в скобках либо под общим заголовком);

- таблица должна иметь единую последовательную порядковую нумерацию;

- статистическая таблица подобно грамматическому предложению имеет статистическое (табличное) подлежащее и сказуемое. Статистическое подлежащее – это главное, о чем говорится в таблице, это объект изучения, основной признак изучаемого явления в целом или его часть (население, пациенты и пр.). Оно, как правило, располагается в таблице слева по горизонтальным строкам. Статистическое сказуемое это то, что говорится о подлежащем, признаки, характеризующие подлежащее. Они располагаются обычно сверху (столбцы, или вертикальные графы таблицы).

Оформление таблицы заканчивается итогами:

- по графам – последняя строка по горизонтали «Итого»; по строкам последняя графа по вертикали «Всего»;

- графы сказуемого (столбцы таблицы), если их много, нумеруются арабскими цифрами;

- боковые и верхние заголовки таблицы формируются кратко и четко; если необходимо дать пояснение каким-то показателям, то они выносятся в примечание;

- если сведения о показателе отсутствуют, то в соответствующей клетке таблицы ставится троеточие (...). Если явление в изучаемом периоде не имело места, то ставится прочерк (-). В случаях, когда величина показателя незначительна и не может быть выражена с точностью, принятой в таблице, ставится «0,0». Если на пересечении строки и столбца получается показатель, не имеющий смысла, то ставится знак умножения (х) (например на пересечении столбца «план» и строки «заболеваемость», так как заболеваемость не планируется);

- количественные показатели таблицы должны иметь одинаковую степень точности (целые числа, с десятичными и т.д.);

- статистические таблицы не следует перегружать излишними показателями, это снижает их главные достоинства: наглядность и выразительность.

Правильно составленные и оформленные статистические таблицы легко читаются и анализируются.

По строению подлежащего и разработке сказуемого различают таблицы простые и сложные. Сложные таблицы подразделяются на групповые и комбинационные.

Простая таблица в подлежащем обычно содержит перечень каких-либо объектов, подверженных статистическому наблюдению, описание исследуемого явления с целью информации о нем. Сказуемое (числовое распределение материала) представлено по одному признаку, без группировок. Итоговая сводка также производится по одному признаку. Простая таблица может быть территориальной, хронологической, перечневой.

Простая таблица. Распределение случаев заболеваемости ветряной оспой в детской поликлинике города N по возрасту за 20.. г.

Возрастная группа	Число случаев
До 1 года	
2-5 лет	
6-15 лет	
16-18 лет	
ИТОГО	

В групповой таблице подлежащее характеризуется несколькими сказуемыми (преимущественно двумя). Сказуемые сочетаются с подлежащим попарно, но между собой они не связаны.

Групповая таблица. Распределение случаев производственного травматизма на предприятии N по возрасту и полу за 20.. г.

Возрастная группа	Пол		Всего случаев травматизма (оба пола)
	М	Ж	
18-25 лет			
26-35 лет			
36-45 лет			
46-55 лет			
56 лет и старше			
ИТОГО			

В комбинационной таблице подлежащее характеризуется сказуемым, в котором имеется комбинация из нескольких взаимосвязанных признаков. Распределение материала может включать три и более взаимосвязанных признаков. Это расширяет возможности анализа. Каждая группа первого сказуемого включает все группы второго и всех следующих сказуемых. Комбинационная таблица представляет наибольшую ценность для углубленного анализа.

Комбинационная таблица. Распределение госпитализированных пациентов с кишечными инфекциями в инфекционной больнице N по полу и возрасту за 20.. г.

Диагноз основного заболевания	Возраст и пол								Всего			
	до 40 лет		40-50 лет		50-60 лет		старше 60 лет					
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	Оба пола	
Вирусная кишечная инфекция неуточненная												
Ротавирусный энтерит												
ИТОГО												

Окончив заполнение таблицы, подсчитывают горизонтальные и вертикальные ряды чисел и данные подсчета вписывают в соответствующие клетки граф («Итого») и строк («Всего»). Формальную, арифметическую правильность составления таблицы

устанавливают, получив одно и то же число в клетке, образованной горизонтальным и вертикальным итоговыми рядами.

Анализ таблицы правильнее начинать с итогов, т.е. идти по принципу от общего к частному, выбирая при этом наиболее характерные признаки.

Перечень рассчитываемых показателей, необходимых для характеристики изучаемого явления, предусматривается на этапах замысла, планирования, может быть уточнен в ходе реализации исследования.

По мере накопления знаний об объекте в ходе исследования этот перечень может претерпеть изменения.

Обычно к концу третьего этапа имеется четкое представление, какие показатели необходимо рассчитывать в интересах достижения поставленной цели.

Как правило, вычисляются статистические показатели (частота, структура, средние размеры изучаемого явления), строятся графики, изучаются динамика, тенденции, устанавливаются связи между явлениями, даются прогнозы и т.д.

IV этап. Анализ полученных данных, выводы, предложения, литературная обработка и оформление результатов

Четвертый этап – анализ, выводы, предложения, внедрение в практику.

Для обоснования выводов и разработки рекомендаций используют статистические критерии, базирующиеся на пяти основных групповых свойствах статистической совокупности:

- 1) распределение признаков;
- 2) средний уровень признака;
- 3) вариабельность разнообразие признаков, отклонение, коэффициент вариации;
- 4) репрезентативность представительность признаков;
- 5) корреляция признаков.

Характеристику статистической совокупности целесообразно начинать с оценки распределения ее признаков, используя при этом приемы составления рядов распределения и статистические критерии относительные и средние величины.

Анализ устанавливает частоту тех или иных явлений, связь их между собой, закономерность этой связи. Важно при этом не только установить факт, но и объяснить, почему эти явления, факты имели место.

При анализе устанавливают, во-первых, статику, т.е. положение, которое занимает исследуемая совокупность, и, во-вторых, динамику, т.е. движение, изменение, наблюдаемое в исследуемом явлении. То и другое познается обычно путем сопоставления с другими данными, сравнения подобных групп.

Фактически анализ как компонент сверки действий и промежуточных результатов выполняется на всех этапах исследования.

Заключительный (итоговый) анализ представляет собой интегрированный конечный результат. Он базируется на обобщенном материале исследования и **включает следующие элементы**:

1. Осмысление полученных статистических величин. Сравнение этих величин с данными аналогичных медицинских организаций, расположенных на своей и других административных территориях, с имеющимися нормативными значениями, со средними уровнями, сравнение в динамике.

2. Написание и оформление работы. Эту часть исследования иногда называют литературной обработкой. Речь об окончательном оформлении результатов статистического исследования в виде статьи, отчета, доклада, монографии, диссертации и др. Для каждого вида оформления существуют определенные требования, которые должны

соблюдаться при литературной обработке результатов статистического исследования.

3. Выводы. Каждой задаче исследования должен соответствовать вытекающий из анализируемых материалов емкий, конкретный, обоснованный вывод.

4. Возможности практического применения полученных результатов. В ряде случаев, помимо предложений в практику, могут быть сформулированы перспективы дальнейшего развития данного научного направления.

5.4. Примеры УИРС

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
С КУРСОМ ФПК И ПК**

Зав. кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения с курсом ФПК и ПК,
д.м.н., профессор ГЛУШАНКО В.С.

Преподаватель

(должность, Ф.И.О.)

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ:
Анализ госпитализированной заболеваемости и летальности
пациентов с болезнями системы кровообращения по материалам
терапевтического отделения

Исполнитель:
студент(ка) __ группы V курса
лечебного факультета

(фамилия, имя, отчество)

проходивший(ая) практику на базе

УИРС проверил:
Зав. отделением

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

«__» _____ 202__ г.

ВИТЕБСК, 20__

Содержание

Введение.

Программа статистического исследования.

План статистического исследования.

Материалы и методы исследования.

Результаты и их обсуждение.

Выводы.

Практические рекомендации.

Список литературы.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), смертность от сердечно-сосудистой патологии будет неуклонно расти во всех странах, в целом смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) по прогнозам к 2020 г. по сравнению с 1990 г. возрастет на 100% у мужчин и 80% у женщин. По оценкам ВОЗ, ежегодно болезни системы кровообращения (БСК) составляют 31% в структуре смертности в мире. В Республике Беларусь ежегодно от БСК умирает 66,5 тыс. человек (700,3 на 100 тыс. населения), в том числе 7,5 тыс. – в трудоспособном возрасте (139,7 на 100 тыс. трудоспособного населения). В совокупности они являются одной из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности, в том числе трудоспособного населения страны, что обуславливает высокую социальную, экономическую и медицинскую значимость данной группы болезней.

К БСК относят ишемическую и коронарную болезнь сердца (в том числе и инфаркт миокарда), артериальную гипертензию, цереброваскулярные болезни и др. Особенностью сердечно-сосудистых заболеваний является то, что факторы риска их возникновения в $\frac{3}{4}$ случаев являются потенциально обратимыми, а значит, возможно предотвращение появления данных заболеваний у большей части населения, их дальнейшего развития и прогрессирования, неблагоприятных исходов.

Основными модифицируемыми факторами являются:

- ✓ Повышенное артериальное давление
- ✓ Малоподвижный образ жизни
- ✓ Избыточный вес и ожирение
- ✓ Несбалансированное и нерациональное питание
- ✓ Курение
- ✓ Употребление спиртных напитков
- ✓ Психоэмоциональные факторы: стресс, нерешенные личностные и межличностные проблемы

Таким образом, можно сделать вывод, что своевременно принятые меры и усилия по профилактике и лечению БСК уменьшат смертность от них на 50% и более, также значительно снизится инвалидизация населения.

Программа статистического исследования

Целью данной учебно-исследовательской работы является анализ госпитализированной заболеваемости и летальности пациентов с болезнями системы кровообращения за период 2017-2019 гг. в терапевтическом отделении УЗ «Городская Больница» г. Н. и разработка предложений по оптимизации деятельности.

Задачи:

- Изучить динамику количества пролеченных пациентов с БСК и структуру нозологических форм.
- Выявить динамику показателя летальности от БСК в течение 2017-2019 гг.
- Проанализировать структуру летальности от БСК по различным нозологическим формам в течение 2017-2019 гг. в УЗ «Городская Больница» г. Н
- Предложить мероприятия по оптимизации деятельности, дать практические рекомендации.

Объект исследования: пациенты УЗ «Городская Больница» г. Н с БСК за период 2017-2019 гг.

Единица наблюдения: каждый пролеченный пациент с БСК в терапевтическом отделении стационара с 2017 по 2019гг.

Учетные и отчетные документы для проведения исследования: Медицинская карта стационарного пациента ф.003 и Статистическая карта выбывшего из стационара ф.066у.

Учетные признаки:

- **качественные**
 - нозологические формы БСК (ИБС на фоне артериальной гипертензии (АГ), острый инфаркт миокарда (ОИМ), субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ, внутримозговое и другие нетравматические кровоизлияния, инфаркт мозга, инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт),
 - исход заболевания,
 - лечение (тромболитическая терапия).

Образец первичного статистического документа – карта №.

Медицинская карта №:

Организация здравоохранения, отделение:

Год:

-2017

-2018

-2019

Диагноз:

-ИБС на фоне АГ

-Острый инфаркт миокарда

-Субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ

-Внутричерепное и другие нетравматические
кровоизлияния

-Инфаркт мозга

-Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт

Исход:

-Выписан

-Умер

Лечение: тромболитическая терапия (ТЛТ): да - нет-

Протокол определения показаний/противопоказаний к
ТЛТ: да, нет

Дата регистрации

Подпись регистрирующего

Составление макетов статистических таблиц:

Таблица 1. Количество пролеченных пациентов с БСК в УЗ «Городская Больница» г. N за период с 2017 по 2019 гг. по нозологической форме (абсолютные числа)

Нозологическая форма	Количество пролеченных пациентов с БСК, чел.			Всего
	2017 г.	2018 г.	2019 г.	
ИБС на фоне АГ				
Острый инфаркт миокарда				
Субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ				
Внутричерепное и другие нетравматические кровоизлияния				
Инфаркт мозга				
Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт				
ИТОГО				

Таблица 2. Распределение летальных случаев у пациентов с БСК в УЗ «Городская Больница» г. N за период с 2017 по 2019 гг. по нозологическим формам (абсолютные числа)

Нозологическая форма	Количество летальных случаев от БСК, чел.			Всего
	2017 г.	2018 г.	2019 г.	
ИБС на фоне АГ				
Острый инфаркт миокарда				
Субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ				
Внутричерепное и другие нетравматические кровоизлияния				
Инфаркт мозга				
Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт				
ИТОГО				

Таблица 3. Динамика летальности пациентов с БСК по нозологическим формам (относительные числа)

Нозологическая форма	Летальность пациентов с БСК, %		
	2017 г.	2018 г.	2019 г.
ИБС на фоне АГ			
Острый инфаркт миокарда			
Субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ			
Внутричерепное и другие нетравматические кровоизлияния			
Инфаркт мозга			
Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт			

План статистического исследования

Место (территория) исследования: УЗ «Городская Больница» г. N, терапевтическое отделение.

Сроки исследования: анализ за период 01.01.2017-31.12.2019 г. проводится в июле 2020 года.

Силы (кадры) для проведения исследования: исполнитель – студент __ группы V курса лечебного факультета.

Организационно-методическое руководство исследованием: руководитель – главный врач, заведующий кардиологического отделения УЗ «Городская Больница», преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК.

Установление охвата наблюдения: 484 пролеченных (выписанных+умерших) пациента.

Пути формирования объекта исследования: единовременное, сплошное за 2017-2019 гг., тип работы – учебно-исследовательская работа студента с оформлением печатного отчета.

Материалы и методы исследования

Изучена и проанализирована динамика количества пролеченных пациентов и летальности с различными нозологическими формами БСК на базе терапевтического отделений УЗ «Городская Больница» за период 2017-2019 гг.

Сбор материала проводился путем выкопировки данных из учетных и отчетных документов стационара УЗ «Городская Больница» за 3 года (с 2017 по 2019 гг.).

Применены статистический и аналитический методы с последующей обработкой материала с использованием электронных таблиц Microsoft Office Excel (2010).

Результаты и их обсуждение

При оценке динамики количества пролеченных пациентов с различными нозологическими формами БСК за период 2017-2019 гг. (Таблица 1) выявлены следующие тенденции:

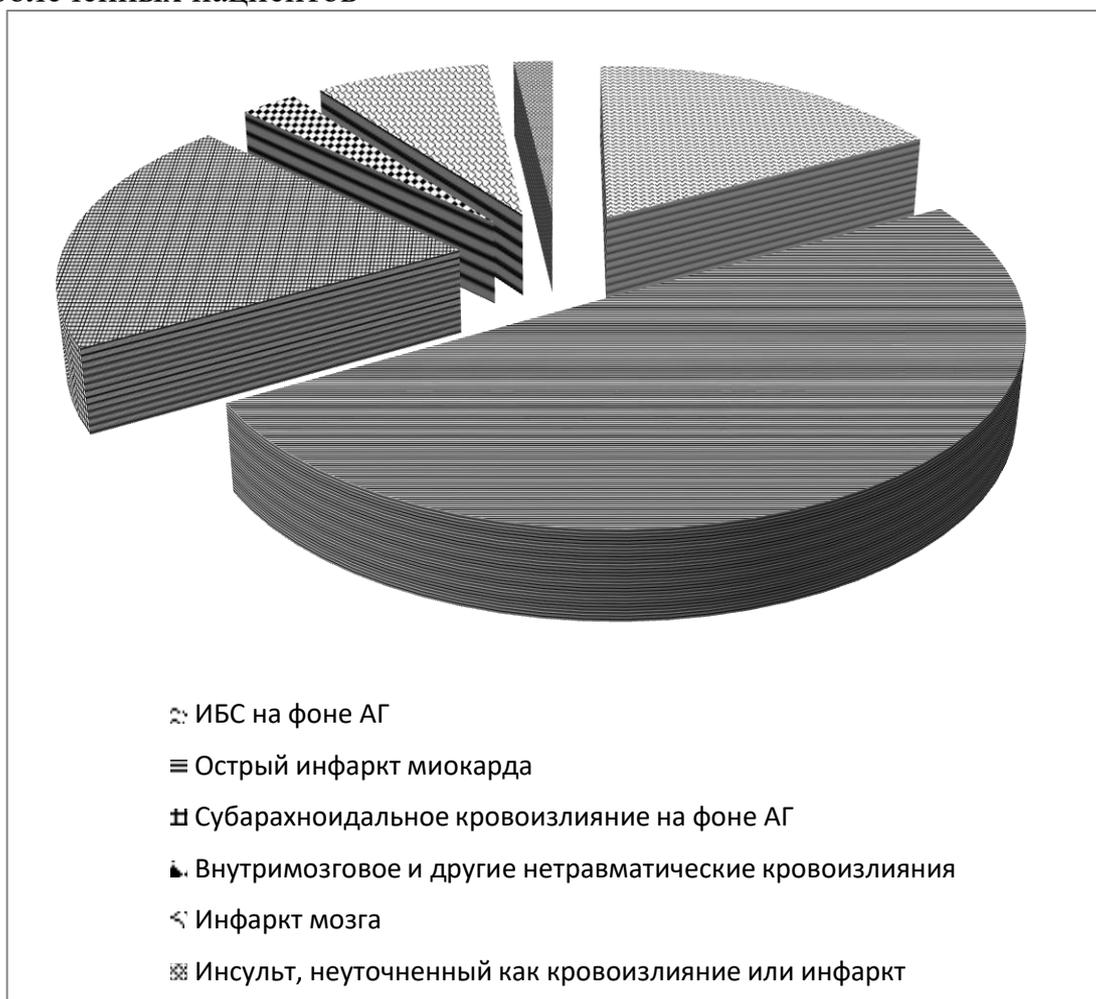
- наибольший удельный вес (49,8%) среди пролеченных пациентов за период с 2017 по 2019 гг. приходится на нозологическую форму «Острый инфаркт миокарда»;
- снижение числа пролеченных пациентов от БСК за счет всех нозологических форм, кроме «ИБС на фоне АГ» и «инфаркт мозга», где отмечается рост.

Таблица 1. Количество пролеченных пациентов с БСК в УЗ «Городская Больница» г. Н за период с 2017 по 2019 гг. по нозологической форме (абсолютные числа)

Нозологическая форма	Количество пролеченных пациентов с БСК, чел.			Всего
	2017 г.	2018 г.	2019 г.	
ИБС на фоне АГ	25	27	30	82
Острый инфаркт миокарда	83	79	79	241
Субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ	37	34	28	99
Внутричерепное и другие нетравматические кровоизлияния	4	5	4	13
Инфаркт мозга	12	14	14	40
Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт	4	2	3	9
ИТОГО	165	161	158	484

Структура пролеченных пациентов по нозологическим формам БСК на протяжении периода с 2017 по 2019 осталась стабильной: наибольший удельный вес приходится на острый инфаркт миокарда (49,8%); в 2,4 раза меньше (20,5%) – субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ; затем 16,9% – ИБС на фоне АГ; на остальные заболевания приходится 12,8% (Диаграмма 1).

Диаграмма 1. Структура нозологических форм БСК среди пролеченных пациентов



При анализе распределения летальных случаев среди пациентов с БСК в динамике за период с 2017 по 2019 гг. (Таблица 2) отмечено:

- тенденция к снижению общего числа летальных случаев от БСК
- наибольший удельный вес (42,5%) в структуре летальных случаев приходится на субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ.

Таблица 2. Распределение летальных случаев у пациентов с БСК по нозологическим формам (абсолютные числа)

Нозологическая форма	Количество летальных случаев от БСК, чел.			Всего
	2017 г.	2018 г.	2019 г.	
ИБС на фоне АГ	1	1	1	3
Острый инфаркт миокарда	3	2	2	7
Субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ	8	7	5	20
Внутричерепное и другие нетравматические кровоизлияния	2	2	1	5
Инфаркт мозга	2	3	3	8
Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт	2	1	1	4
ИТОГО	18	16	13	47

При расчете показателя летальности использована следующая формула:

$$\text{Летальность, \%} = \frac{\text{Число умерших в стационаре от данной нозологической формы БСК}}{\text{Число пролеченных пациентов в стационаре с данной нозологической формой БСК}} \times 100$$

Летальность в 2017 году составила 10,9%; в 2018 году – 9,9%; в 2019 – 8,2%. Несмотря на снижение летальности в динамике, она значительно превышает среднереспубликанские показатели стационарной летальности в целом у взрослых (1,56%-1,66%).

Таблица 3. Динамика летальности пациентов с БСК. по нозологическим формам (относительные числа)

Нозологическая форма	Летальность пациентов с БСК, %		
	2017 г.	2018 г.	2019 г.
ИБС на фоне АГ	4,0	3,7	3,3
Острый инфаркт миокарда	3,6	2,5	2,5
Субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ	21,6	20,6	17,9
Внутричерепное и другие нетравматические кровоизлияния	50,0	40,0	25,0
Инфаркт мозга	16,7	21,4	21,4
Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт	50,0	50,0	33,3

При оценке динамики летальности от БСК по нозологическим формам (Таблица 3), выявлены следующие тенденции:

- снижение летальности при следующих нозологических формах: ИБС на фоне АГ (Диаграмма 2); субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ, внутричерепное и другие нетравматические кровоизлияния (Диаграмма 3);
- в динамике летальности от острого инфаркта миокарда (Диаграмма 2) после снижения в 2017-2018 гг. в 2018-2019 гг. наблюдается стабилизация;
- позитивная динамика при инсульте, неуточненном как инфаркт или кровоизлияние (Диаграмма 4).
- рост летальности при инфаркте мозга (Диаграмма 4).

Диаграмма 2. Динамика летальности при ИБС на фоне АГ и острого инфаркта миокарда

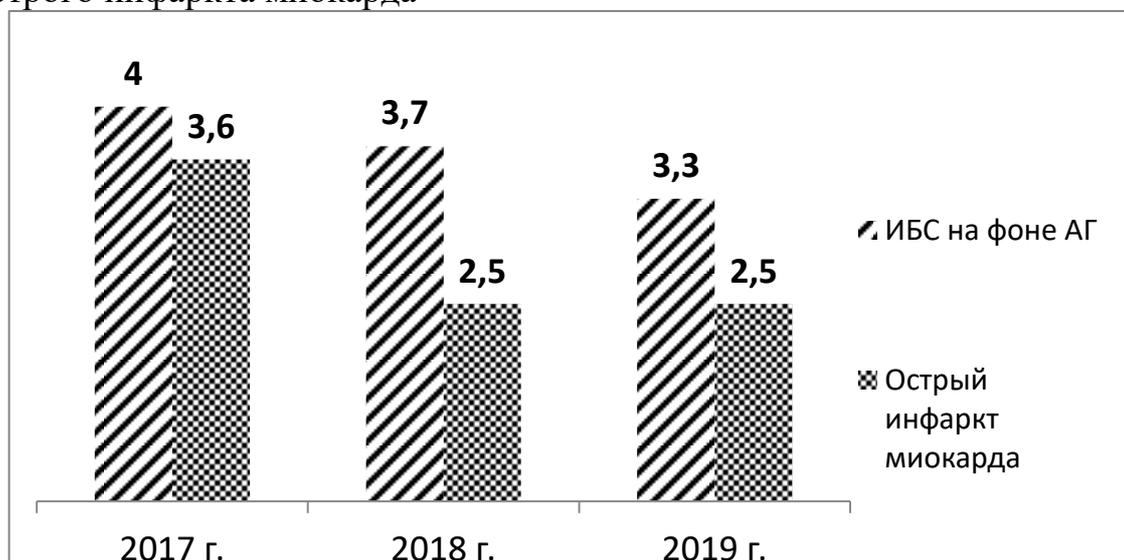


Диаграмма 3. Динамика летальности при нозологических формах: субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ, внутримозговое и другие нетравматические кровоизлияния

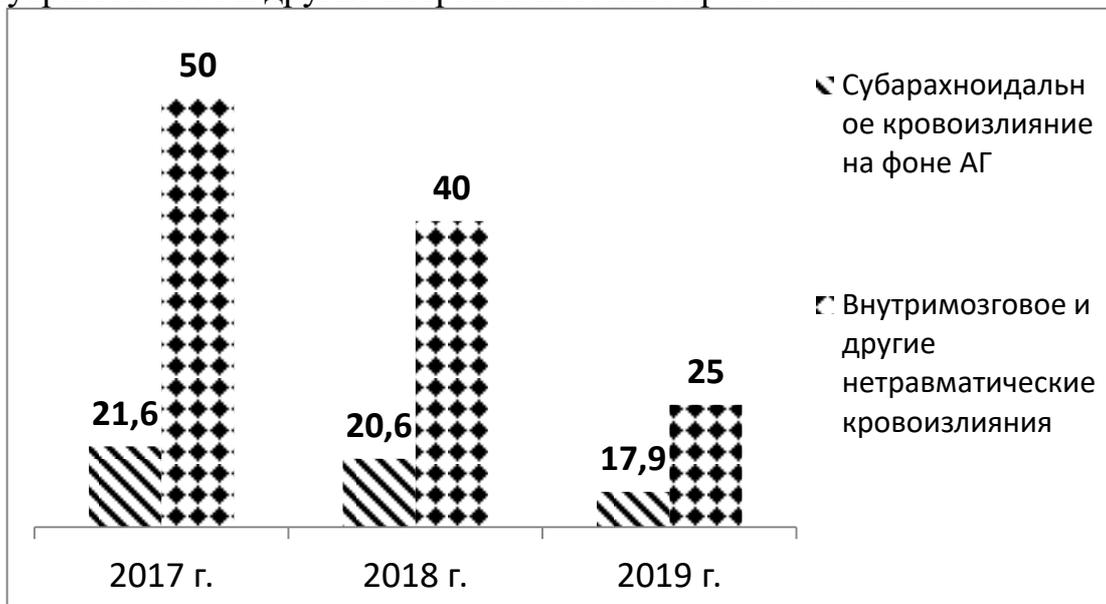
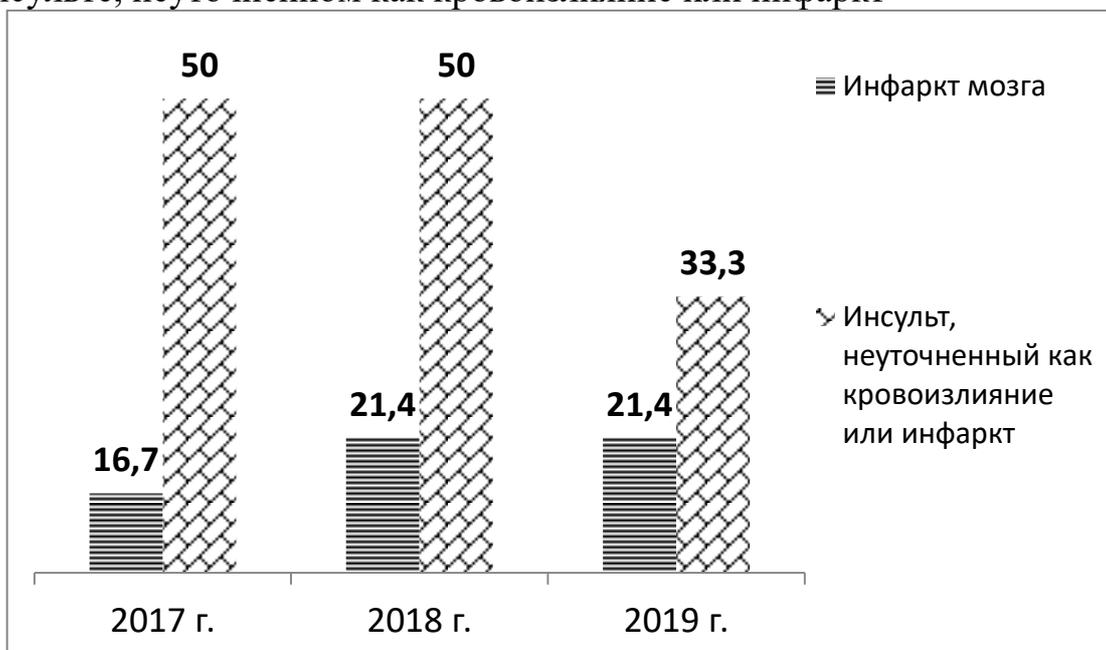
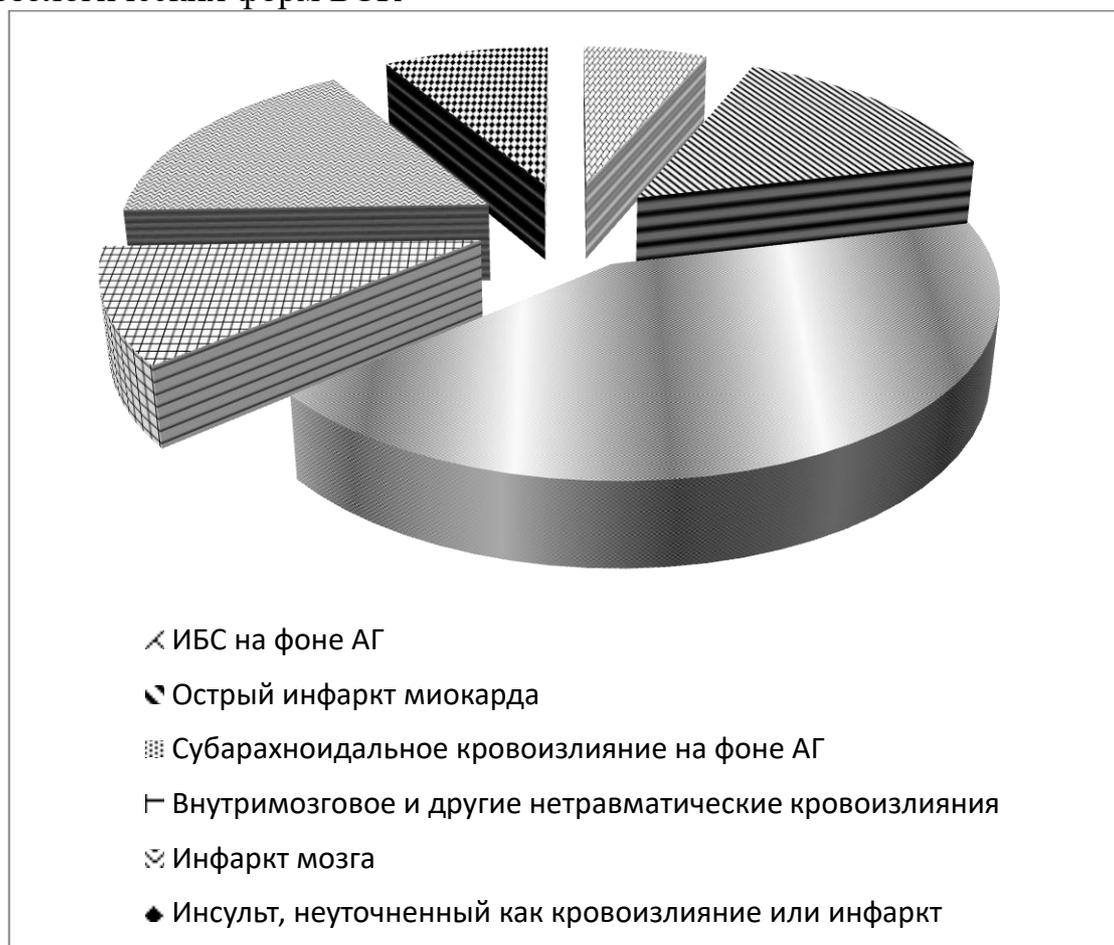


Диаграмма 4. Динамика летальности при инфаркте мозга и инсульте, неуточненном как кровоизлияние или инфаркт



Структура летальных исходов от БСК представлена следующим образом: наибольший удельный вес летальности приходится стабильно на субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ (42,6%), на инфаркт мозга – 17%, острый инфаркт миокарда – 14,9%, внутримозговое и другие нетравматические кровоизлияния – 10,6%, на ИБС на фоне АГ и инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт – в сумме 14,9% (Диаграмма 5).

Диаграмма 5. Структура летальности от различных нозологических форм БСК



Таким образом, осложненные формы артериальной гипертензии имеют ведущее значение в заболеваемости, требующей госпитализации, и в высоком уровне летальности и смертности от БСК

За последние 5 лет в Республике Беларусь благодаря усилиям специалистов первичного звена значительно выросла выявляемость АГ – с 25,3% в 2013 году до 32,4% в 2018 году.

Раннее выявление АГ, своевременное лечение заболевания позволило снизить удельный вес осложненных форм АГ среди впервые выявленной АГ с 60,9% в 2013 г., до 50,5% в 2018 г.

Одним из показателей качества оказания медицинской помощи, является снижение заболеваемости осложненными формами АГ путем формирования приверженности пациента к лечению.

При анализе проводимого лечения установлено, что в стационаре не проводится тромболитическая терапия, в медицинских картах отсутствует также Протокол определения показаний и противопоказаний к ее проведению.

Выводы:

1. Наибольший удельный вес (49,8%) среди пролеченных пациентов с БСК за период с 2017 по 2019 гг. приходится на нозологическую форму «Острый инфаркт миокарда»; отмечается рост числа пролеченных пациентов с ИБС на фоне АГ и инфарктом мозга.

2. На фоне снижения общего числа летальных случаев от БСК наибольший удельный вес (42,5%) приходится на субарахноидальное кровоизлияние на фоне АГ.

3. Несмотря на снижение летальности в динамике (10,9% - 9,9% - 8,2%), она значительно превышает среднереспубликанские показатели стационарной летальности в целом у взрослых (1,56% - 1,66%).

4. В динамике структуры летальности от БСК на фоне снижения либо стабилизации практически при всех нозологических формах, отмечается тенденция к росту удельного веса инфаркта мозга.

Практические рекомендации

1. На основании того, что распространённость БСК и факторов их риска обуславливает широкое вовлечение первичного звена в систему оказания кардиологической медицинской помощи (85-95% объема всей работы по оказанию медицинской помощи пациентам с АГ относится к компетенции первичного звена), в целях снижения летальности от БСК необходимо максимально снизить количество осложненных форм БСК (острый инфаркт миокарда и цереброваскулярные заболевания) с помощью установления эффективного контроля над АГ; модификации факторов риска, формирования приверженности ЗОЖ у населения при оказании первичной медицинской помощи.

2. В стационаре активно внедрять высокотехнологичные миниинвазивные методы диагностики и лечения, тромболитическую терапию, в том числе при цереброваскулярных заболеваниях в соответствии с показаниями.

Список литературы

1. Глушанко, В.С. Общественное здоровье и здравоохранение: пособие, 2-е изд., перераб. и доп. / В.С. Глушанко.– Витебск: ВГМУ, 2011. – С. 31-53
2. Глушанко, В.С. Организационные основы оказания медицинской помощи населению в стационарных условиях.: учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, В.В. Шевцова, М.В. Алферова, Т.В. Колосова. Под ред. д-ра мед.наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2019. – С. 162-172.
3. Сердечно-сосудистые заболевания [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2018. – Режим доступа: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). – Дата доступа: 26.07.2020.
4. Смертность от болезней системы кровообращения в Беларуси в два раза превышает показатели в ЕС [Электронный ресурс] / Новости TUT.BY. – Минск, 2017. – Режим доступа: <https://news.tut.by/society/559494.html>. – Дата доступа: 26.07.2020.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
С КУРСОМ ФПК И ПК**

Зав. кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения с курсом ФПК и ПК,
д.м.н., профессор ГЛУШАНКО В.С.

Преподаватель

(должность, Ф.И.О.)

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ:
Анализ госпитализированной заболеваемости
синдромом Меллори-Вейсса

Исполнитель:
студент(ка) __ группы V курса
лечебного факультета

(фамилия, имя, отчество)

проходивший(ая) практику на базе

УИРС проверил:
Зав. отделением

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

«__» _____ 202__ г.

ВИТЕБСК, 20__

Содержание

Введение.

Программа статистического исследования.

План статистического исследования.

Материалы и методы исследования.

Результаты и их обсуждение.

Выводы.

Практические рекомендации.

Список литературы.

Введение

Одной из актуальных и наиболее сложных проблем ургентной хирургии являются острые желудочно-кишечные кровотечения, в частности, кровотечения из продольных разрывов слизистой оболочки и подслизистой основы абдоминального отдела пищевода, зона перехода пищевода в желудок и кардиальный отдел желудка.

До настоящего времени отсутствует единая концепция патогенеза развития синдрома Меллори-Вейсса. Имеются различные, а иногда совершенно противоположные по сущности представления об образовании кровоточащих трещин в месте перехода пищевода в желудок. Факторами, предрасполагающими к этому, являются алкогольное опьянение, переедание, рвота, резкое повышение внутрибрюшного напряжения при подъеме тяжестей, родах. Синдром Меллори-Вейсса может быть также вызван рвотой, например, при интенсивном зондовом промывании желудка, непрямом массаже сердца (реанимация), искусственном дыхании и т.д.

Можно полагать, что наличие патологических изменений воспалительного или атрофического характера с истончением стенки, фиброзом, потерей эластичности способствует снижению растяжимости стенки и возникновению повреждения пищевода при более низких показателях внутриполостного давления.

Поэтому считается, что почти всегда присутствуют так называемые фоновые предрасполагающие заболевания, которые лежат в основе патогенеза этого синдрома.

Программа статистического исследования

Целью данной учебно-исследовательской работы является анализ и оценка госпитализированной заболеваемости синдромом Меллори-Вейсса (СМВ) на базе УЗ «Городская Больница» г. Н., разработка предложений по ее снижению.

Задачи:

- Определить половозрастную структуру заболеваемости синдромом Меллори-Вейсса среди пролеченных в УЗ «Городская Больница» г. Н в 2019 г.
- Проанализировать структуру фоновых заболеваний вне желудочно-кишечного тракта и структуру сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта среди пролеченных пациентов.
 - Изучить наличие факторов риска.
 - Проанализировать структуру степени тяжести кровопотери у пролеченных пациентов, изучить тактику лечения пациентов с синдромом Меллори-Вейсса.
 - Предложить мероприятия по снижению заболеваемости синдромом Меллори-Вейсса, дать практические рекомендации.

Объект исследования: пациенты УЗ «Городская Больница» г. Н с синдромом Меллори-Вейсса за 2019 гг.

Единица наблюдения: пролеченный пациент с синдромом Меллори-Вейсса.

Учетные и отчетные документы для проведения исследования: Медицинская карта стационарного пациента ф.003 и статистическая карта выбывшего из стационара ф.06бу.

Учетные признаки:

– **качественные**

- пол (мужской, женский),
- сопутствующие заболевания вне системы желудочно-кишечного тракта (бронхиальная астма, хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония),
- сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка, эрозивно-язвенный эзофагит, халазия кардии, грыжи

пищеводного отверстия диафрагмы, гепатит, желчекаменная болезнь, панкреатит, варикоз вен пищевода), факторы риска (алкоголизм, незондовое промывание желудка).

– **количественные**

- возраст пациента.

Образец первичного статистического документа – карта №.

Медицинская карта №:

Организация здравоохранения, отделение:

Пол:

-мужской

-женский

Возрастная группа:

-25-44 лет

-44-60 лет

-60-75 лет

-75-90 лет

-более 90 лет

Сопутствующие заболевания вне системы желудочно-кишечного тракта:

-бронхиальная астма

-хроническая обструктивная болезнь легких

-пневмония

-хронический бронхит

Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта:

-гастрит

-гастродуоденит

-язвенная болезнь желудка

-эрозивно-язвенный эзофагит

-халазия кардии

-грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

-гепатит

-желчекаменная болезнь

-панкреатит

-варикоз вен пищевода

Злоупотребление алкоголем:

-да

-нет

Незондовое промывание желудка накануне

-да

-нет

Анемия:

-легкая степень

-средняя степень

-тяжелая степень

Продолжающееся кровотечение:

- да

-нет

Лечение:

-эндоскопический гемостаз

-инъекционный гемостаз+клипирование.

-гемотрансфузия

-другое

Дата регистрации

Подпись регистрирующего

Составление макета статистической таблицы:

Таблица 1. Распределение по полу и возрасту пациентов с синдромом Меллори-Вейсса

Пол	Возрастные группы					Всего
	25-44 лет	44-60 лет	60-75 лет	75-90 лет	Более 90 лет	
Мужской						
Женский						
Итого						

План статистического исследования

Место (территория) исследования: УЗ «Городская Больница» г. N

Сроки исследования: анализ за период с 01.01.2019 по 31.12.2019 г. проводится в июле 2020 года.

Силы (кадры) для проведения исследования: исполнитель – студент __ группы V курса лечебного факультета.

Организационно-методическое руководство исследованием: руководитель – главный врач, заведующий хирургического отделения УЗ «Городская Больница», преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК.

Установление охвата наблюдения: 100 пациентов.

Пути формирования объекта исследования: единовременное, основной массив, тип работы – учебно-исследовательская работа студента с подготовкой печатного отчета.

Материалы и методы исследования

Изучены и проанализированы медицинские карты 100 стационарных пациентов, поступивших в 2019 г. в хирургические отделения №1,2 УЗ «Городская Больница» г. N с синдромом Меллори-Вейсса.

Сбор материала проводился путем выкопировки данных из учетных документов стационара УЗ «Городская Больница» за 2019 г.

Применены статистический и аналитический методы с последующей обработкой материала с использованием электронных таблиц Microsoft Office Excel (2010).

Результаты и их обсуждение

Проанализирована половозрастная структура пролеченных пациентов с синдромом Меллори-Вейсса (Таблица 1).

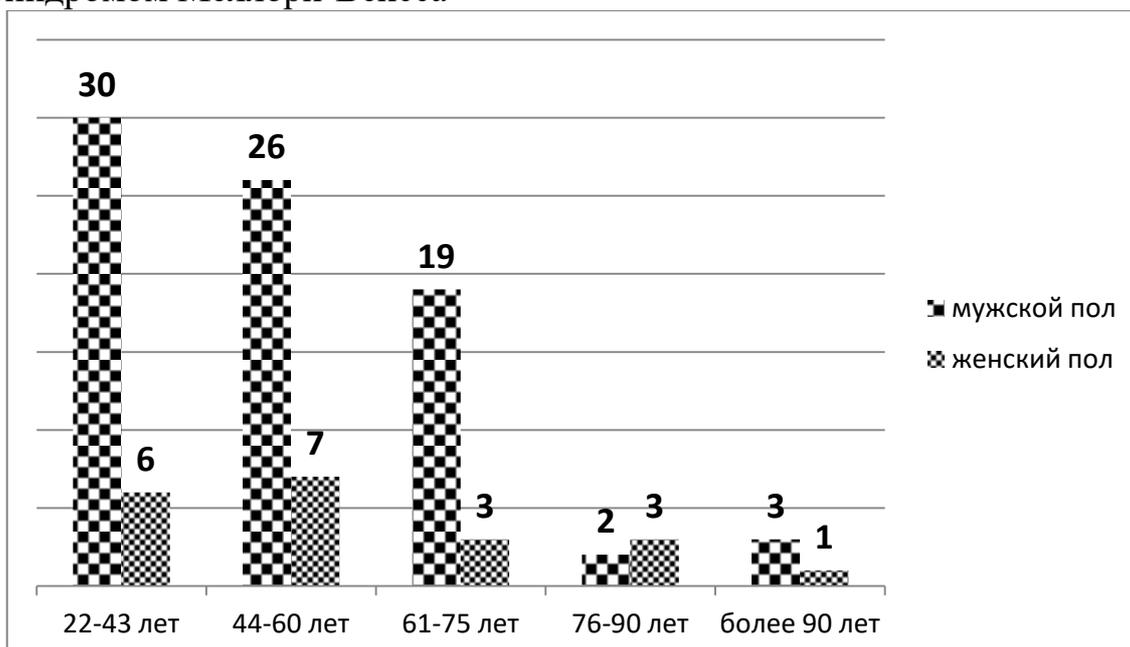
Таблица 1. Распределение по полу и возрасту пациентов с синдромом Меллори-Вейсса

Пол	Возрастные группы					Все возрастные группы
	25-43 лет	44-60 лет	61-75 лет	76-90 лет	Более 90 лет	
Мужской	30	26	19	2	3	80
Женский	6	7	3	3	1	20
Итого	36	33	22	5	4	100

Оценивая распределение по полу и возрасту пациентов с синдромом Меллори-Вейсса в хирургических отделениях №1,2 УЗ «Городская Больница» г. N, выявлены следующие тенденции (Диаграмма 1):

- превалирование пациентов мужского пола над женским в 4 раза;
- синдром чаще проявляется у мужчин и женщин молодого и среднего возраста.

Диаграмма 1. Распределение по полу и возрасту пациентов с синдромом Меллори-Вейсса



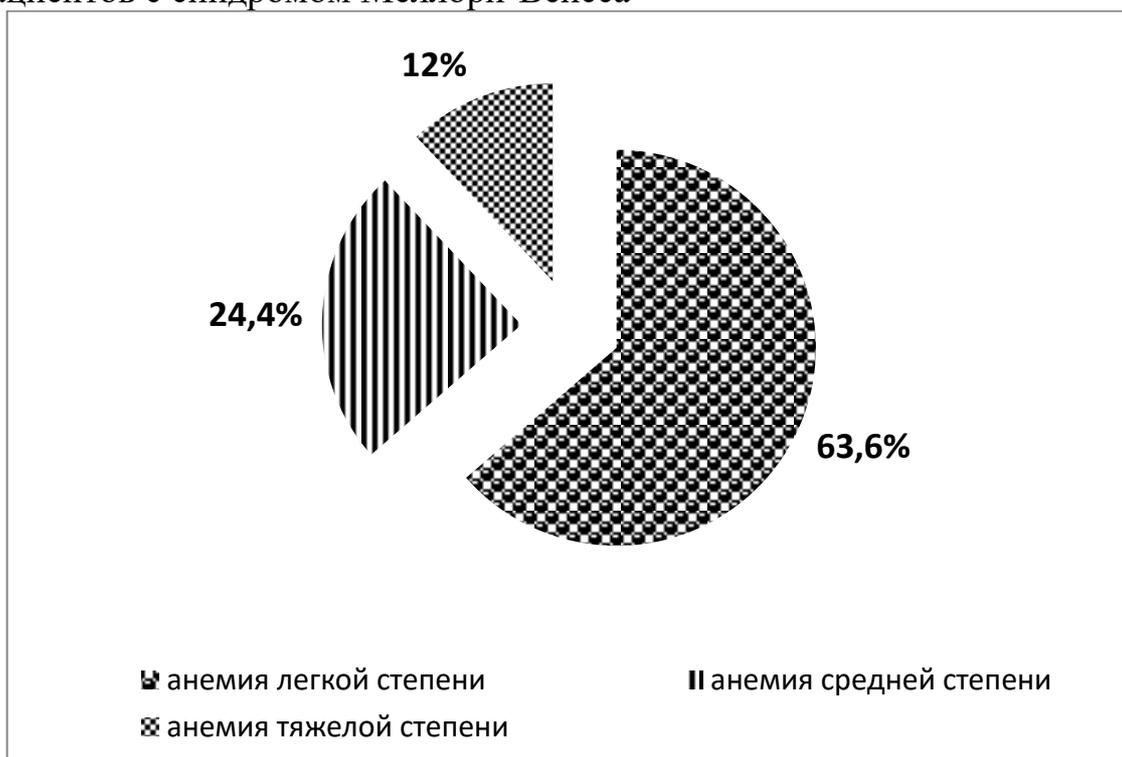
При изучении сопутствующих заболеваний вне системы желудочно-кишечного тракта у 8 пациентов (8%) установлены заболевания дыхательной системы. Из них бронхиальная астма у 3 пациентов, хронический бронхит – у 3 пациентов, хроническая обструктивная болезнь легких – у 1 пациента, пневмония – у 1 пациента.

Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта была установлена у 55 пациентов (55%). Из них, гастрит был выявлен у 11 пациентов, гастродуоденит – 16, язвенная болезнь желудка – 12, эрозивно-язвенный эзофагит– 14, халазия кардии – 5, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – 5, гепатит – 5, желчекаменная болезнь – 4, панкреатит – 3, варикоз вен пищевода – 1.

При сборе анамнеза длительное злоупотребление алкоголем установлено у 32 человек, 25 из которых поступили в состоянии алкогольного опьянения. Незондовые промывания желудка накануне появления клинических проявлений синдрома были проведены 8 пациентам (8%).

Анемия была выявлена у трети пациентов (33). На основании клинико-лабораторных критериев была определена степень тяжести кровопотери. Анемия легкой степени выявлена у 21 пациентов, средней степени – у 8 пациентов, тяжелая степень – у 4 пациентов (Диаграмма 2).

Диаграмма 2. Структура степени тяжести кровопотери среди пациентов с синдромом Меллори-Вейсса



Лечебная тактика определялась по данным клинического, лабораторного и эндоскопического исследований. При эндоскопическом исследовании у 35 пациентов было выявлено продолжающееся кровотечение. Лечение при продолжающемся кровотечении проводилось у 27 пациентов с помощью эндоскопического гемостаза (смесь 0,18% раствора адреналина и 3% раствора NaCl); у 8 пациентов осуществлялся инъекционный гемостаз+клипирование. В целях заместительной терапии было произведено переливание эритроцитарной массы 4 пациентам. Рецидивов кровотечения отмечено не было. Всем пациентам проводилась комплексная терапия: противорвотная, спазмолитическая, гемостатическая, инфузионная терапия.

Выводы:

1. Синдром Меллори-Вейсса наиболее часто выявляется среди мужчин молодого и среднего возраста.
2. У 8% пациентов с синдромом Меллори-Вейсса имеются фоновые заболевания вне системы желудочно-кишечного тракта.
3. Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта была установлена у половины пациентов. Наиболее часто встречающиеся патологии: гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка, эрозивно-язвенный эзофагит.
4. У трети пациентов отмечено в анамнезе длительное злоупотребление алкоголем, 78% из них поступали в стационар в состоянии алкогольного опьянения.
5. При поступлении у трети пациентов было выявлено продолжающееся кровотечение, что потребовало проведения эндоскопического и инъекционного гемостаза.
6. У трети пациентов была установлена анемия, преимущественно легкой (39,9%) и средней степени (24,2%). Тяжелая анемия наблюдалась у 35,9% пациентов.
7. Лечение пациентов с продолжающимся кровотечением проводилось при помощи эндоскопического гемостаза у 77,2% пациентов, инъекционный гемостаз+клипирование – у 22,8%.

Практические рекомендации

1. Проводить информационную работу с населением по пропаганде здорового образа жизни с целью первичной профилактики синдрома Меллори-Вейсса, выявлению и модификации факторов риска.
2. Рационально, своевременно и полноценно проводить диспансеризацию пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с целью вторичной профилактики осложнений и неблагоприятных острых событий.
3. Исключить незондовые промывания желудка пациентам на всех уровнях оказания медицинской помощи.
4. Провести научно-практическую конференцию с врачами скорой медицинской помощи по диагностике и порядку оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе пациентам с синдрома Меллори-Вейсса.

Список литературы

1. Глушанко В.С. Организационные основы оказания медицинской помощи населению в стационарных условиях.: учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, В.В. Шевцова, М.В. Алферова, Т.В. Колосова. Под ред. д-ра мед.наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2019. – С. 162-172.

2. Степанов, Ю.М. Желудочно-кишечные кровотечения / Ю.М. Степанов, В.И. Залевский, А.В. Косинский. – Днепрпетровск. – 2011. – С. 16-17.

3. Матвеева, А.Е. Диагностика и лечение синдрома Меллори-Вейсса / А.Е. Матвеева // Белорусская медицинская академия последипломного образования. – 2011. – №1. – С.107-114.

4. Глушанко, В.С. Общественное здоровье и здравоохранение: пособие, 2-е изд., перераб. и доп. / В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2011. – С. 31-53.

5. Глушанко, В.С. Методика изучения уровня, частоты, структуры и динамики заболеваемости и инвалидности. Медико-реабилитационные мероприятия и их составляющие: учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг. Под ред. д-ра мед.наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2016. – С. 90-93.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
С КУРСОМ ФПК И ПК**

Зав. кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения с курсом ФПК и ПК,
д.м.н., профессор ГЛУШАНКО В.С.

Преподаватель

(должность, Ф.И.О.)

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ:
Анализ и оценка частоты заболеваемости новорожденных,
связанной с патологией беременности

Исполнитель:
студент(ка) __ группы V курса
лечебного факультета

(фамилия, имя, отчество)

проходивший(ая) практику на базе

УИРС проверил:
Зав. отделением

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

«__» _____ 202__ г.

ВИТЕБСК, 20__

Содержание

Введение.

Программа статистического исследования.

План статистического исследования.

Материалы и методы исследования.

Результаты и их обсуждение.

Выводы.

Практические рекомендации.

Список литературы.

Введение

Перинатальная помощь – это система организации оказания медицинской помощи женщине, плоду и новорожденному, включая прегравидарный период, беременность, роды (родоразрешение) и послеродовый период.

Оказание перинатальной помощи строится на принципе равной доступности специализированной медицинской помощи с позиций ее обоснования и эффективности и должна проводиться на том уровне, где созданы условия для максимального сохранения жизни и здоровья беременной женщины, родильницы и новорожденного ребенка.

Высокая заболеваемость беременных закономерно приводит к высокой заболеваемости новорождённых, структуру которой определяют отдельные состояния перинатального периода, переходящие в виде болезней нервной системы в младенчество и формирующие детскую инвалидность. Патология плода и новорожденного предопределяет как постнатальное развитие ребенка, так и здоровье взрослого человека.

Основные причины заболеваемости новорожденных – синдром дыхательных расстройств, инфекции, специфичные для перинатального периода, врожденные аномалии развития. Создается порочный круг: больная мать – больной ребенок – больной подросток – больная мать. Очевидно, что снижение заболеваемости и смертности новорожденных является важнейшей медицинской и социальной проблемой.

Причинно-следственная связь между заболеваемостью беременных и их новорожденных детей не вызывает сомнений. Актуальным является изучение структуры нарушений репродуктивного здоровья женщин во время беременности с целью определения приоритетных нозологий, обуславливающих большее число нарушений здоровья новорожденных, для проведения целенаправленной комплексной профилактики имеющихся рисков репродуктивного здоровья.

Реальными путями снижения заболеваемости новорожденных является система управления рисками, связанными с патологией беременности.

Программа статистического исследования

Целью данной учебно-исследовательской работы является анализ и оценка частоты заболеваемости новорожденных в зависимости от состояния здоровья и наличия факторов риска у женщины во время беременности; разработка предложения по снижению заболеваемости новорожденных.

Задачи:

- Провести анализ и оценку частоты заболеваний у новорожденных при наличии различных групп заболеваний у беременных женщин: соматическая патология; гинекологические заболевания до беременности; патология беременности.
- Проанализировать факторы риска у беременных (соматические, акушерские, социальные) и частоту встречаемости при этом заболеваний новорожденных.
- Сформировать комплекс предложения по снижению заболеваемости новорожденных.

Объект исследования: беременные женщины, новорожденные дети по данным УЗ «Женская Консультация» г. Н.

Единица наблюдения: беременная, состоявшая на учете в женской консультации, ее новорожденный ребенок.

Учетные и отчетные документы для проведения исследования: Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов ф.025-2у, обменная карта ф.113/у-07.

Учетные признаки:

– **качественные**

- заболевания беременных (соматическая патология (экстрагенитальная), имевшаяся до беременности; гинекологическая патология, имевшаяся до беременности; патология беременности, в том числе соматическая впервые возникшая и акушерско-гинекологическая);
- группы факторов риска у беременных (акушерские (выкидыши, неразвивающиеся беременности, аборт в анамнезе), соматические (избыточная масса тела, возраст до 18 лет и старше 35 лет), социальные (курение, ненадлежащее наблюдение в женской консультации);
- состояние здоровья новорожденных (здоровые и имеющие заболевания).

Образец первичного статистического документа – карта №.

Медицинская карта №:

Организация здравоохранения, отделение:

Новорожденный

-здоровый

-имеющий заболевания

Заболевания беременной:

-1 группа – соматическая патология (экстрагенитальная), имевшаяся до беременности

- болезни желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, желчекаменная болезнь);
- органов дыхания (хронический бронхит, тонзиллит, ринит);
- эндокринной системы (эутиреоз, кисты щитовидной железы, зоб);
- мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь);
- сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, малые аномалии сердца);
- инфекционные (ВИЧ-инфекция, рецидивирующий герпес).

-2 группа – гинекологическая патология, имевшаяся до беременности

- воспалительные заболевания неуточненной этиологии (кольпит, цервицит, оофорит);
- фоновые и предраковые (миома матки, эрозии, эктопия шейки матки);
- инфекции, передающиеся половым путем (уреаплазмоз, микоплазмоз, хламидиоз);
- дисгормональные заболевания (синдром поликистозных яичников, ановуляция);
- другие (ВПР половых органов, апоплексия яичника).

-3 группа – патология беременности общая (3), в том числе:

- патология беременности соматическая впервые возникшая
- патология беременности акушерско-гинекологическая.

Факторы риска беременной:

-акушерские (выкидыши, неразвивающиеся беременности, аборт в анамнезе)

-соматические (избыточная масса тела, возраст до 18 лет и

старше 35 лет)
 -социальные (курение, ненадлежащее наблюдение в женской консультации).

Дата регистрации
Подпись регистрирующего

Составление макетов статистических таблиц:

Таблица 1. Частота встречаемости заболеваний у беременных, родивших детей с заболеваниями и здоровых детей.

Заболевания беременных	Новорожденные с заболеваниями	Новорожденные здоровые
1 группа – соматическая патология (экстрагенитальная), имевшаяся до беременности		
2 группа – гинекологическая патология, имевшаяся до беременности		
3 группа – патология беременности В том числе: - соматическая впервые возникшая - акушерско-гинекологическая		

Таблица 2. Частота встречаемости факторов риска у беременных, родивших детей с заболеваниями и здоровых детей.

Факторы риска беременных	Новорожденные с заболеваниями	Новорожденные здоровые
Акушерские (выкидыши, неразвивающиеся беременности, аборт в анамнезе)		
Соматические (избыточная масса тела, возраст до 18 лет и старше 35 лет)		
Социальные (курение, ненадлежащее наблюдение в женской консультации)		

План статистического исследования

Место (территория) исследования: УЗ «Женская консультация» г. N

Сроки исследования: анализ за период с 01.01.2019 по 31.12.2019 г. проводится в июле 2020.

Силы (кадры) для проведения исследования: исполнитель – студент __ группы V курса лечебного факультета.

Организационно-методическое руководство исследованием: руководитель – главный врач, заведующий УЗ «Женская Консультация», преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК.

Установление охвата наблюдения: 108 новорожденных (54 имеющих заболевания и 54 здоровых), а также 108 женщин (их матери во время беременности).

Пути формирования объекта исследования: единовременное, выборочное, тип работы – учебно-исследовательская работа студента с подготовкой печатного отчета.

Материалы и методы исследования

Использован метод выборки «копи-пара». Изучены медицинские документы 54 беременных женщин, родивших детей с нарушением здоровья и 54 беременных женщин, имевших здоровых новорожденных.

Проведен сравнительный ретроспективный анализ частоты встречаемости заболеваний и факторов риска у беременных женщин, родивших в последующем здоровых детей, либо детей с нарушением здоровья.

Сбор материала проводился путем выкопировки данных из учетных документов УЗ «Женская Консультация» за 2019 г.

Использованы статистический метод с последующей обработкой материала посредством использования электронных таблиц Microsoft Excel; метод системного подхода и анализа.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного анализа, различные заболевания выявлены у 100% женщин, родивших в последующем детей с нарушением здоровья, и у 34% женщин, имевших здоровых новорожденных.

С целью изучения заболеваний беременных женщин, родивших в последующем здоровых детей либо детей, имевших различную патологию, заболевания беременных были сгруппированы по 3 направлениям:

1 группа – соматическая патология (экстрагенитальная), имевшаяся до беременности;

2 группа – гинекологическая патология, имевшаяся до беременности;

3 группа – патология беременности, в том числе: соматическая впервые возникающая, либо акушерско-гинекологическая.

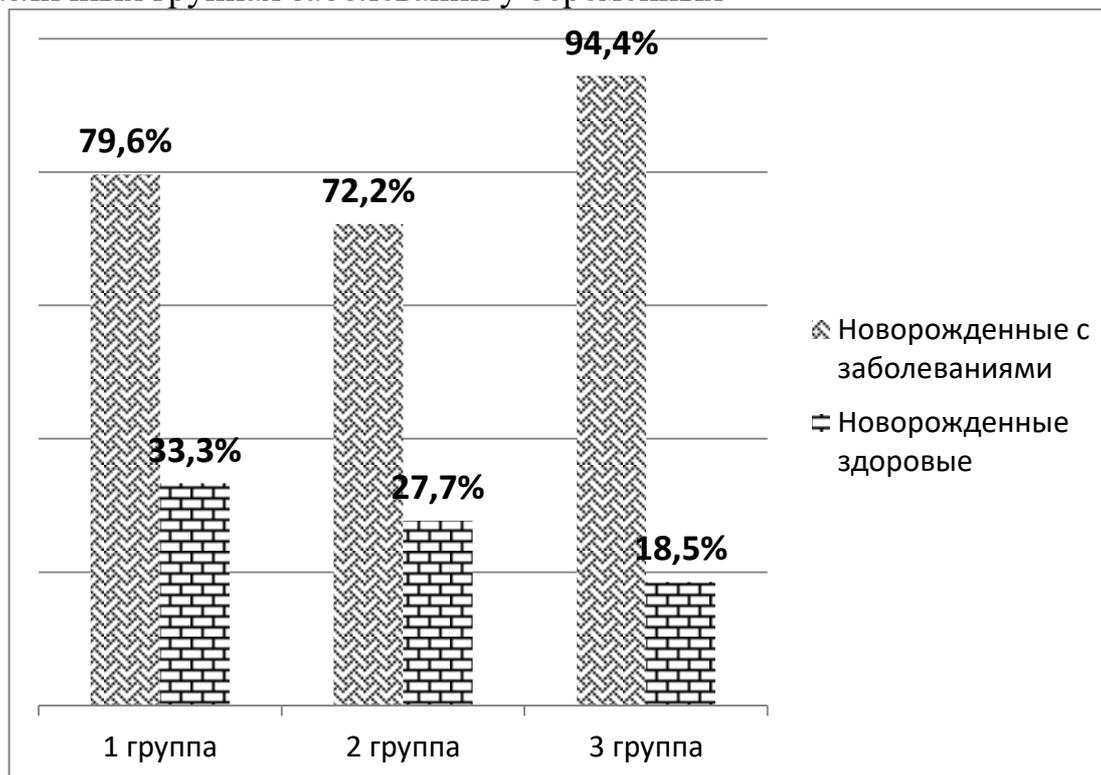
Частота встречаемости различных групп заболеваний у беременных, родивших детей с заболеваниями, значительно выше, чем у женщин, имевших здоровых новорожденных (Таблица 1).

Таблица 1. Частота встречаемости заболеваний у беременных, родивших детей с заболеваниями и здоровых детей.

Заболевания беременных	Новорожденные с заболеваниями Н = 54	Новорожденные здоровые Н = 54
1 группа – соматическая патология (экстрагенитальная), имевшаяся до беременности	43 (79,6%)	18 (33,3%)
2 группа – гинекологическая патология, имевшаяся до беременности	39 (72,2%)	15 (27,7%)
3 группа – патология беременности В том числе:	51 (94,4%)	10 (18,5%)
- соматическая впервые возникшая	42 (82,4%)	12 (22,2%)
- акушерско-гинекологическая	48 (94,1%)	15 (27,8%)

Наиболее часто дети с нарушением здоровья рождаются у женщин, имеющих патологию беременности. (Диаграмма 1).

Диаграмма 1. Состояние здоровья новорожденных при различных группах заболеваний у беременных



В структуре экстрагенитальной патологии, имевшейся до беременности, ведущее ранговое место занимают болезни желудочно-кишечного тракта – 23,4% (хронический гастрит, желчекаменная болезнь); органов дыхания – 19,1% (хронический бронхит, тонзиллит, ринит); эндокринной системы – 14,9% (эутиреоз, кисты щитовидной железы, зоб); мочевыделительной системы – 12,8% (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь); сердечно-сосудистой системы – 12,8% (артериальная гипертензия, малые аномалии сердца); инфекционные – 4,3% (ВИЧ-инфекция, рецидивирующий герпес).

В структуре гинекологической патологии, имевшейся до беременности, наибольший удельный вес заняли воспалительные заболевания неуточненной этиологии – 32,7% (кольпит, цервицит, оофорит); фоновые и предраковые – 30,9% (миома матки, эрозии, эктопия шейки матки); инфекции, передающиеся половым путем – 18% (уреаплазмоз, микоплазмоз, хламидиоз); дисгормональные заболевания – 10,9% (синдром поликистозных яичников, ановуляция); другие – 7,3% (ВПР половых органов, апоплексия яичника).

Среди соматических заболеваний, возникших во время беременности (45%), выявлены повторные ОРВИ, анемия беременных,

пиелонефрит беременных. Акушерско-гинекологическая патология (55%) – повторные воспалительные заболевания женских половых органов, гестозы беременных, истмико-цервикальная недостаточность, маловодие, многоводие, угроза прерывания беременности, выкидыша, преждевременных родов.

Для изучения факторов риска у беременных женщин, родивших в последующем здоровых детей либо детей, имевших различную патологию, эти факторы были разделены по 3 группам: акушерские, соматические, социальные.

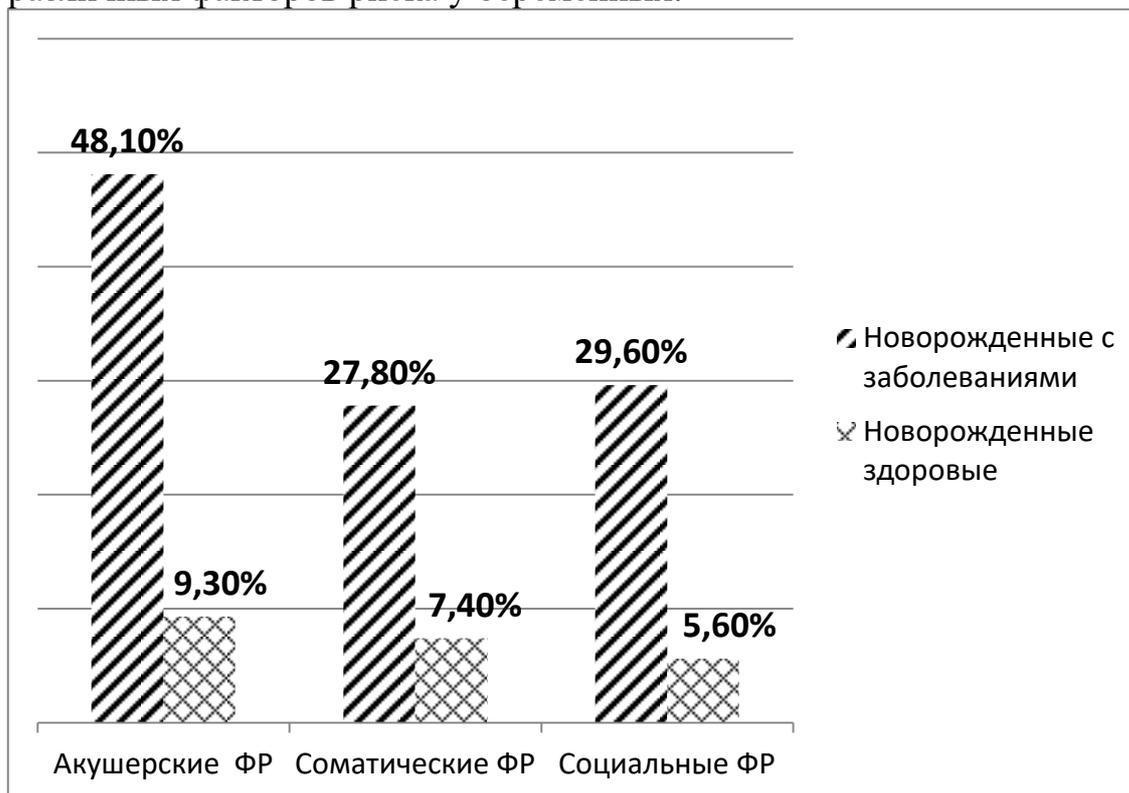
Частота встречаемости различных факторов риска у беременных, родивших детей с заболеваниями, значительно выше, чем у женщин, имевших здоровых новорожденных (Таблица 2).

Таблица 2. Частота встречаемости факторов риска (ФР) у беременных, родивших детей с заболеваниями и здоровых детей.

Факторы риска беременных	Новорожденные с заболеваниями Н = 54	Новорожденные здоровые Н = 54
Акушерские (выкидыши, неразвивающиеся беременности, аборты в анамнезе)	26 (48,1%)	5 (9,3%)
Соматические (избыточная масса тела, возраст до 18 лет и старше 35 лет)	15 (27,8%)	4 (7,4%)
Социальные (курение, ненадлежащее наблюдение в женской консультации)	16 (29,6%)	3 (5,6%)

Наиболее часто дети с нарушением здоровья рождаются у женщин, имеющих акушерские факторы риска. (Диаграмма 2).

Диаграмма 2. Состояние здоровья новорожденных при наличии различных факторов риска у беременных.



В результате проведенного исследования разработан комплекс мер по снижению заболеваемости новорожденных на основе анализа рисков, связанных с патологией беременной (Таблица 3).

Таблица 3. Комплекс мер по снижению заболеваемости новорожденных

Заболевания и факторы риска беременных	Мероприятия по минимизации риска заболеваемости новорожденных
Соматическая патология беременных	Регулярные профилактические осмотры женщин терапевтом с целью выявления соматических заболеваний, своевременного их лечения. Мультидисциплинарный подход к прегравидарной подготовке женщин с участием акушера-гинеколога, терапевта и педиатра.
Гинекологическая патология беременных	Регулярные профосмотры женского населения с целью своевременного выявления гинекологических заболеваний. Составление комплексных программ по лечению и оздоровлению. Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья и планирования беременности. Предупреждение нежелательных беременностей. Снижение числа аборт и заболеваемости по причине аборта.
Осложнения течения беременности	Прегравидарная подготовка беременных. Своевременная постановка на диспансерный учет по беременности и надлежащее наблюдение в женской консультации. Качественное обследование и лечение, в том числе стационарное (по показаниям). Аntenатальная охрана плода, в том числе предупреждение и лечение внутриутробных инфекций и профилактика ВИЧ-инфекции.
Факторы риска	Своевременное выявление факторов риска и их коррекция. Проведение профилактических мероприятий среди различных возрастных групп населения по формированию стереотипов поведения, безопасных для здоровья и жизни; Формирование приверженности здоровому образу жизни и гигиеническое воспитание населения.

Выводы:

1. Результаты анализа здоровья беременных женщин свидетельствуют о более высоком уровне предшествовавших или возникших во время беременности заболеваний, влияния неблагоприятных факторов и причинно-следственную связь между ними и заболеваемостью новорожденных. Заболевания выявлены у 100% женщин, родивших в последующем детей с нарушением здоровья, и у 34% женщин, имевших здоровых новорожденных.

2. Наиболее часто дети с нарушением здоровья рождаются у женщин, имеющих патологию беременности и акушерские факторы риска.

3. Определение приоритетных нозологий и факторов риска, обуславливающих нарушения здоровья новорожденных, позволило сформировать основные направления минимизации рисков, эффективного сохранения репродуктивного потенциала населения, составляющего основу социально-экономического развития страны.

4. Внедрение стратегий организационного риск-менеджмента на территориальном уровне будет способствовать формированию демографической безопасности государства.

Практические рекомендации

С целью снижения заболеваемости новорожденных необходимо проведение следующих мероприятий:

1. Прегравидарная подготовка беременных и планирование семьи. Своевременная постановка на диспансерный учет по беременности и надлежащее наблюдение в женской консультации. Качественное обследование и лечение имеющихся заболеваний у женщины.

2. Антенатальная охрана плода, в том числе предупреждение и лечение внутриутробных инфекций и профилактика ВИЧ-инфекции.

3. Своевременное выявление факторов риска и их коррекция.

4. Проведение профилактических мероприятий среди различных возрастных групп населения по формированию стереотипов поведения, безопасных для здоровья и жизни;

5. Формирование приверженности здоровому образу жизни и гигиеническое воспитание населения.

Список литературы

1. Алимов А.В. Характеристика адаптивных реакций у новорожденных с токсико-септическими состояниями, перенесшими перинатальную гипоксию // Педиатрия. – 2003. – №4. – С. 115.
2. Бурыкин, И.М. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи / И.М. Бурыкин, Г.Н. Алеева, Р.Х. Хафизьянова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1.
3. Котляр, Н.Н. Заболевания беременных как факторы риска неблагоприятных родов и нарушений здоровья новорожденных / Н.Н. Котляр // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 6. – С. 80-84.
4. Рождественская, Т. А. Структура заболеваемости детей в Республике Беларусь: основные характеристики и тенденции / Т.А. Рождественская, О.И. Прусакова, О.В. Лысенко, А.Г. Бресский // Молодой ученый. – 2017. – №17. – С. 142-146.
5. Савельева, Г.М. Перинатальный период и его значение в развитии плода и новорожденного / Г.М. Савельева, О.Б. Панина, Л.Г. Сичинава и соавт. // Акушерство и гинекология. – 2004. – №2. – С. 60-62.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
С КУРСОМ ФПК И ПК**

Зав. кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения с курсом ФПК и ПК,
д.м.н., профессор ГЛУШАНКО В.С.

Преподаватель

(должность, Ф.И.О.)

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ:
Анализ заболеваемости новорожденных по материалам
городского роддома

Исполнитель:
студент(ка) __ группы V курса
лечебного факультета

(фамилия, имя, отчество),
проходивший(ая) практику на базе

УИРС проверил:
Зав. отделением

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

«__» _____ 202__ г.

ВИТЕБСК, 20__

Содержание

Введение.

Программа статистического исследования.

План статистического исследования.

Материалы и методы исследования.

Результаты и их обсуждение.

Выводы.

Практические рекомендации.

Список литературы.

Введение

В начале эпохи Целей устойчивого развития, предотвратимые заболеваемость и смертность, связанные с беременностью и родами остаются на неприемлемо высоком уровне в мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) стремится к построению мира, в котором каждая беременная и каждый новорожденный получают качественную помощь на протяжении беременности, родов и послеродового периода. Доказано, что своевременное проведение доказательно обоснованных мероприятий в этот период может спасти жизни.

Патология плода и новорожденного предопределяет как постнатальное развитие ребенка, так и здоровье взрослого человека. Показатель заболеваемости новорожденных позволяет судить о состоянии устойчивости детского организма к неблагоприятным факторам окружающей среды, функциональном состоянии организма ребенка в разные возрастные периоды, качестве медицинского обслуживания.

Охрана здоровья женщин и детей имеет важное медико-социальное значение, как для современного этапа развития общества, так и для будущего страны. Здоровье ребенка находится в прямой зависимости от состояния здоровья матери, ее физической и нравственной готовности к рождению ребенка. Поэтому защита материнства и детства стала одной из основных задач государственной политики, важной составляющей здравоохранения, имеющей особое значение в формировании здоровья нации.

На протяжении всей истории существования службы материнства и детства ее основными задачами остаются профилактическая направленность, снижение материнской и детской заболеваемости и смертности.

Охрана репродуктивного здоровья населения, создание условий для рождения здоровых детей, предупреждение инвалидности, сокращение младенческой, детской и материнской смертности в стране имеют особую общественную значимость и стали критериями эффективности деятельности органов управления и организаций здравоохранения.

Очевидно, что снижение заболеваемости и смертности новорожденных является важнейшей медицинской и социальной проблемой.

Программа статистического исследования

Целью данной учебно-исследовательской работы является анализ и оценка заболеваемости новорожденных городского роддома за период 2017-2019 гг. и определение путей ее снижения.

Задачи:

- Проанализировать основные показатели здоровья новорожденных городского роддома г. N за период 2017-2019 гг.
- Выявить тенденции в структуре заболеваемости новорожденных городского роддома г. N за период 2017-2019 гг.
- Предложить мероприятия по снижению показателя заболеваемости новорожденных, дать практические рекомендации.

Объект исследования: новорожденные городского роддома г. N за период 2017-2019 гг.

Единица наблюдения: новорожденный, выписанный из роддома.

Учетные и отчетные документы для проведения исследования: история развития новорожденного (097/у), статистическая отчетность УЗ «Городской Роддом» за 3 года (с 2017 по 2019 гг.).

Учетные признаки:

– **качественные:**

- доношенные, недоношенные новорожденные,
- различные нозологические формы заболеваний новорожденных (врожденные пороки развития; расстройства связанные с продолжительностью беременности и родами; дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения; инфекционные болезни; геморрагические и гематологические нарушения; нарушения церебрального статуса; другие заболевания).

– **количественные:**

- масса,
- длина тела.

Образец первичного статистического документа – карта №.

<p>Медицинская карта №: Организация здравоохранения, отделение:</p> <p>Год: -2017 -2018 -2019</p> <p>Новорожденные в зависимости от срока гестации, массы и длины тела: -доношенные -недоношенные</p> <p>Диагноз: -врожденные пороки развития -расстройства, связанные с продолжительностью беременности и родами -дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения -инфекционные болезни -геморрагические и гематологические нарушения -нарушения церебрального статуса -другие заболевания</p> <p>Дата регистрации Подпись регистрирующего</p>
--

Составление макетов статистических таблиц:

Таблица 1. Динамика основных показателей здоровья новорожденных

Показатели	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего родилось живыми, в том числе:						
– доношенных						
– недоношенных						
Заболееваемость новорожденных, в том числе:						
– доношенных						
– недоношенных						

Таблица 2. Динамика структуры заболеваемости новорожденных

Нозологические формы	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Врожденные пороки развития						
Расстройства, связанные с продолжительностью беременности и родами						
Дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения						
Инфекционные болезни						
Геморрагические и гематологические нарушения						
Нарушения церебрального статуса						
Другие заболевания						
Итого						

План статистического исследования

Место (территория) исследования: УЗ «Городской Роддом»

Сроки исследования: анализ за период с 2017 г. по 2019 г. проводится в июле 2020 года.

Силы (кадры) для проведения исследования: исполнитель – студент __ группы V курса лечебного факультета.

Организационно-методическое руководство исследованием: руководитель – главный врач, заведующий наблюдационного отделения УЗ «Городской Роддом», преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК.

Установление охвата наблюдения: 5555 новорожденных.

Пути формирования объекта исследования: единовременное, сплошное, тип работы – учебно-исследовательская работа студента с подготовкой печатного отчета.

Материалы и методы исследования

Проведен сравнительный ретроспективный анализ показателей здоровья новорожденных за период с 2017 г. по 2019 г. в УЗ «Городской Роддом» г. N.

Сбор материала проводился путем выкопировки данных из статистической отчетности УЗ «Городской Роддом» за 3 года (с 2017 по 2019 гг.).

Использованы статистический метод – с последующей обработкой материала посредством использования электронных таблиц Microsoft Excel; метод системного подхода и анализа.

Результаты и их обсуждение

Проведен анализ динамики основных показателей здоровья новорожденных за период с 2017 г. по 2019 г (Таблица 1).

Таблица 1. Динамика основных показателей здоровья детей, родившихся живыми

Показатели	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Всего родилось живыми, в том числе:	2132		1785		1638	
– доношенных	2056	96,4%	1715	96,1%	1577	96,3%
– недоношенных	76	3,6%	70	3,9%	61	3,7%
Заболеваемость новорожденных, в том числе:	214	100,4‰	206	115,4‰	199	121,5‰
– доношенных	143	69,6‰	140	81,6‰	141	89,4‰
– недоношенных	71	934,2‰	66	942,9‰	58	950,8‰

При оценке динамики основных показателей здоровья новорожденных установлено следующее:

- снижение числа новорожденных;
- стабильное соотношение доношенных и недоношенных новорожденных (Диаграмма 1);
- несмотря на то, что заболеваемость новорожденных ниже среднереспубликанских показателей почти в 2 раза, отмечен рост как среди доношенных, так и среди недоношенных (Диаграмма 2).

Удельный вес недоношенных детей из общего числа родившихся живыми составляет 3,6-3,9%, что ниже республиканского (4,2-4,4%).

Диаграмма 1. Динамика удельного веса доношенных и недоношенных новорожденных

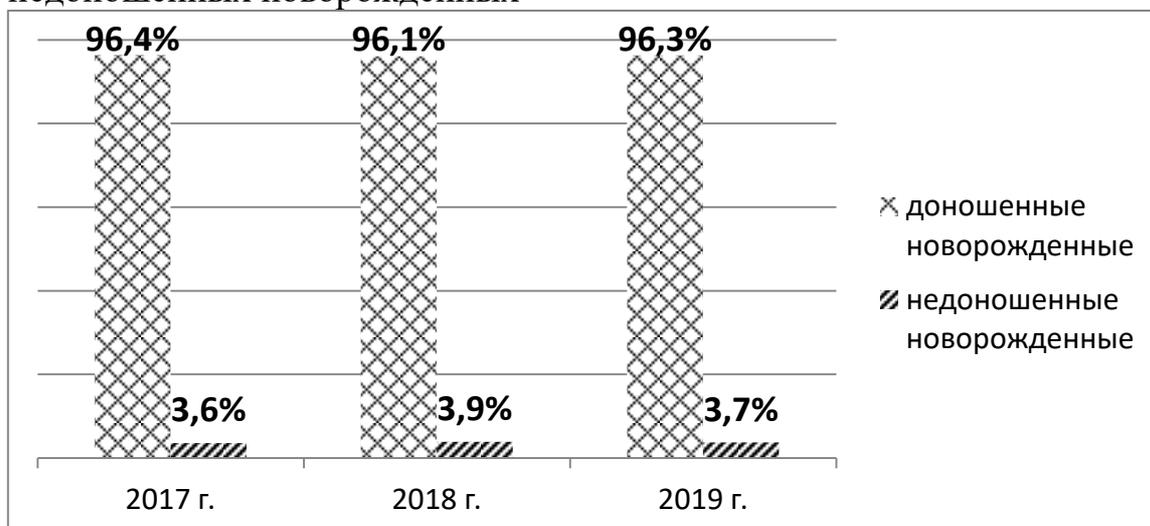
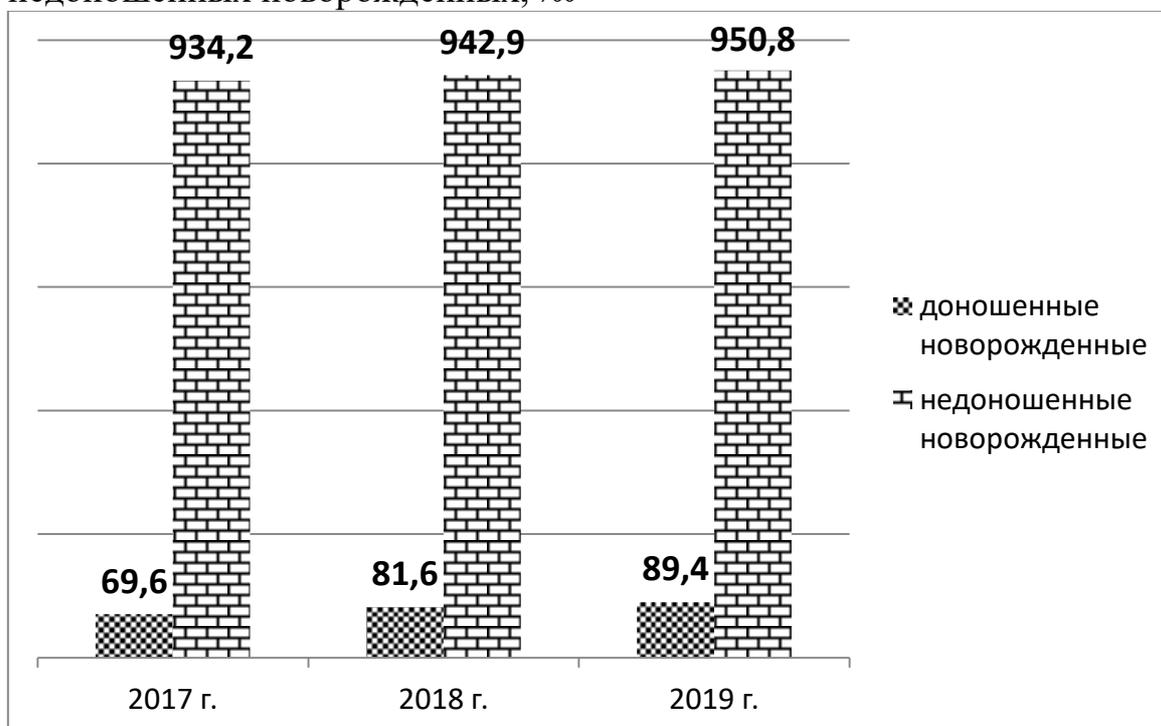


Диаграмма 2. Динамика заболеваемости среди доношенных и недоношенных новорожденных, ‰



Заболеваемость значительно выше у недоношенных в сравнении с доношенными новорожденными (соотношение 12:1), по среднереспубликанским данным – (6:1).

Актуальным является изучение структуры заболеваемости новорожденных с целью определения приоритетных нозологий, обуславливающих большее число нарушений их здоровья, для проведения целенаправленной комплексной профилактики имеющихся рисков репродуктивного здоровья будущего поколения.

В структуре заболеваемости новорожденных в динамике отмечается рост удельного веса врожденных пороков развития, инфекционных болезней и снижение удельного веса расстройств, связанных с продолжительностью беременности и родами, нарушений церебрального статуса (Таблица 2).

Таблица 2. Динамика структуры заболеваемости новорожденных

Нозологические формы	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %
Врожденные пороки развития	43	20,1	27	13,1	43	21,6
Расстройства, связанные с продолжительностью беременности и родами	29	13,6	26	12,6	22	11,1
Дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения	51	23,8	47	22,8	50	25,1
Инфекционные болезни	9	4,2	23	11,2	17	8,6
Геморрагические и гематологические нарушения	14	6,5	10	4,9	13	6,5
Нарушения церебрального статуса	51	23,8	50	24,3	40	20,1
Другие заболевания	17	8,0	23	11,1	14	7,0
Итого	214	100%	206	100%	199	100%

Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости новорожденных составляют дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения, нарушения церебрального статуса, врожденные пороки развития (Диаграммы 3, 4, 5).

Диаграмма 3. Структура нозологических форм заболеваемости новорожденных городского роддома г. N за 2017г.



Диаграмма 4. Структура нозологических форм заболеваемости новорожденных городского роддома г. N за 2018 г.

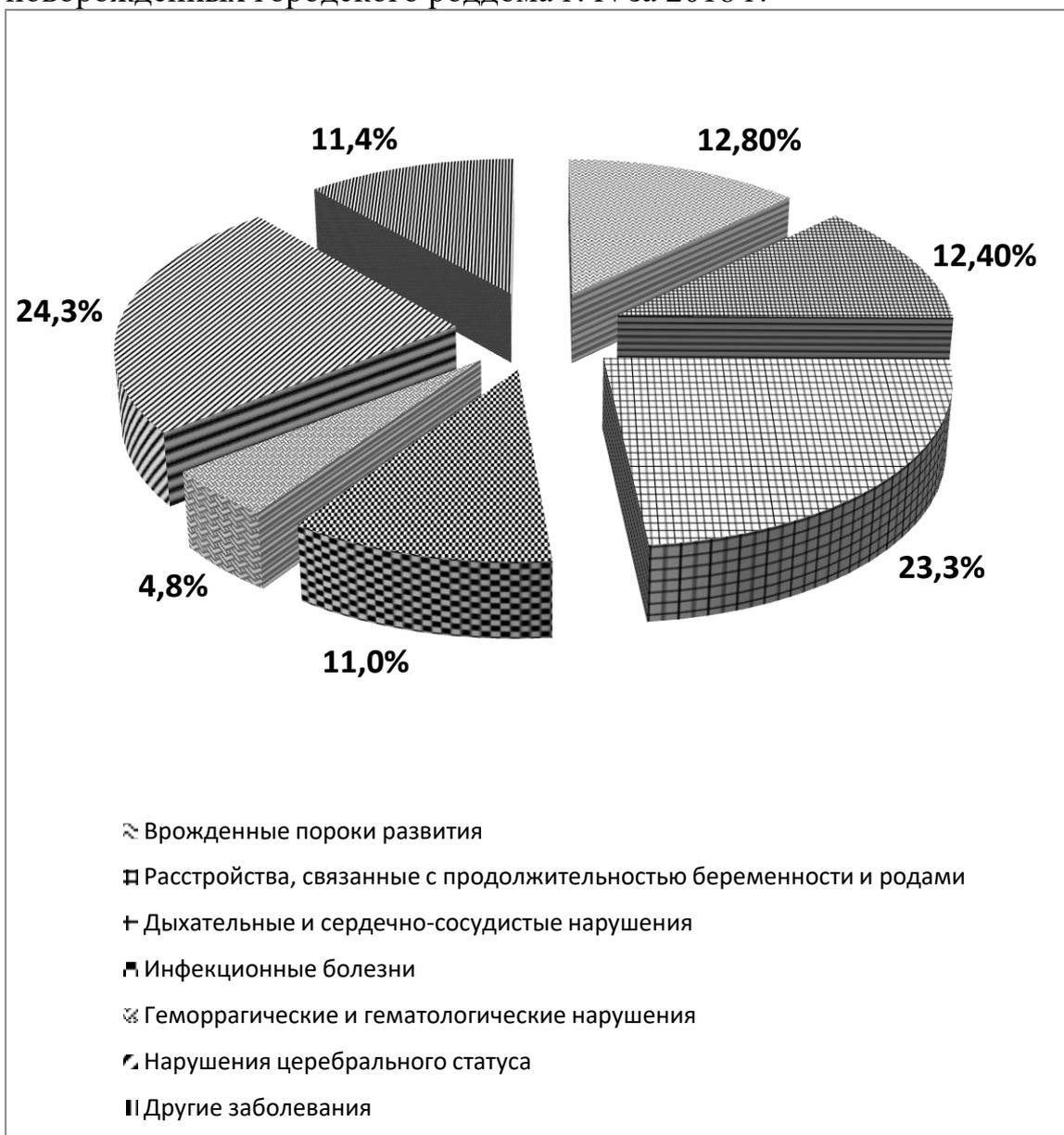


Диаграмма 5. Структура нозологических форм заболеваемости новорожденных городского роддома г. N за 2019 г.



Изучение структуры, динамики заболеваемости новорожденных являются основой для разработки и осуществления эффективных мер по укреплению здоровья населения.

Выводы:

1. В результате проведенного анализа установлено, что количество новорожденных детей в городском роддоме № имеет тенденцию к снижению; в структуре новорожденных недоношенные составляют 3,6-3,9-3,7%, что ниже республиканского уровня (4,2-4,4%).

2. Показатель заболеваемости новорожденных имеет тенденцию к росту, при этом заболеваемость значительно выше у недоношенных в сравнении с доношенными новорожденными.

3. Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости занимают дыхательные и сердечно сосудистые нарушения; врожденные пороки развития; нарушение церебрального статуса.

4. Снижение удельного веса расстройств, связанных с продолжительностью беременности и родами, нарушений церебрального статуса новорожденного свидетельствует о надлежащем качестве родовспоможения.

5. В динамике в структуре заболеваемости новорожденных отмечается рост удельного веса врожденных пороков развития, инфекционных болезней.

Практические рекомендации

С целью снижения заболеваемости новорожденных, дальнейшей оптимизации качества перинатальной помощи, осуществления целенаправленной комплексной профилактики имеющихся рисков репродуктивного здоровья будущего поколения необходимо активизировать следующие разделы работы:

1. Тщательная прегравидарная подготовка женщин (санация очагов хронической инфекции, формирование приверженности ЗОЖ).

2. Проведение своевременного пренатального скрининга с целью максимально раннего выявления ВПР плода.

3. Расширение мероприятий по профилактике и превентивному лечению невынашивания беременности и преждевременных родов.

4. Формирование у населения приверженности здоровьесберегающему поведению в целях сохранения репродуктивного здоровья и создания условий для рождения здоровых детей.

Список литературы

1. Котляр, Н.Н. Заболевания беременных как факторы риска неблагоприятных родов и нарушений здоровья новорожденных / Н.Н. Котляр // *Фундаментальные исследования*. – Москва, 2011. – № 6. – С. 80-84.
2. Михалкова Т.В. Первичная заболеваемость детей в Республике Беларусь – основные характеристики и тенденции.// *ВГМУ*. – Витебск, 2010. – С.68-74.
3. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Шаршакова Т.М. Организация медицинской помощи женщинам и детям / Т. М. Шаршакова, Я. И. Будник, И. Н. Струповец. – Гомель: ГомГМУ, 2017. – 72 с.

6. РАБОТА СТУДЕНТА ПО МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

В университете успешно реализуется стратегия социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016-2020 годы, и как следствие, создается система обучения, организационно-методического сопровождения и интеграции преподавания вопросов формирования ЗОЖ.

На кафедре постоянно совершенствуется деятельность по формированию ЗОЖ среди обучающихся, а также населения страны в целом.

Согласно учебной программе студенты 4 курса лечебного факультета и ФПИГ готовят в виде творческого проекта индивидуальные средства по формированию ЗОЖ. Кафедрой модернизирована «Программа подготовки студентов по вопросам ФЗОЖ». В этой связи разработана специальная система обучения, в основу которой положена «Тематика видеофильмов, видеороликов, видеофокусов, мультимедийных презентаций, лекций, санитарных бюллетеней, плакатов, памяток, фотофокусов, буклетов по формированию ЗОЖ».

Под руководством кафедры каждый студент лечебного факультета готовит одно из средств привития медико-гигиенических знаний. Соединить художественный замысел и научность, теоретические знания и навыки, требуемые в практической среде – вот задачи, которые решают студенты-медики при выполнении средств ФЗОЖ. Это необходимо для развития творческого потенциала студентов и сотрудников университета для поддержки престижа и имиджа Университета.

Знания и навыки, полученные в процессе обучения, закрепляются на практике в период прохождения врачебной производственной практики по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» по окончании 5-го курса. В период прохождения врачебной клинической производственной практики каждым студентом лечебного факультета проводится апробация подготовленных средств ФЗОЖ. Это способствует закреплению и отработке полученных знаний, привитию навыков здоровьесберегающего поведения как самим студентам, так и субъектам воздействия (пациенту, группам лиц и населению в целом). Контроль за данным направлением деятельности студентов осуществляется преподавателями кафедры в период защиты практики на 6 курсе с помощью отчета по выполнению индивидуальных заданий и лекционных путевок с отметкой о проведении работы с населением по ФЗОЖ.

Таким образом, достигается две цели: привитие практических навыков и формирование потребности в ЗОЖ самими студентами, а также медико-гигиеническое обучение населения.

Студент должен дважды прочитать научно-популярную лекцию перед пациентами на медицинскую тему по подготовленному и апробированному на кафедре конспекту, о чем делаются соответствующие **отметки в двух лекционных путевках**. Если подготовлен санбюллетень (буклет, памятка), он вывешивается в отделениях, где проходит практику студент, о чем делается **отметка в лекционной путевке**.

6.1 Перечень практических умений по медико-гигиеническому обучению и формированию ЗОЖ населения, которыми должен овладеть студент

Врачебная клиническая производственная практика по терапии

Содержание, методы и средства формирования навыков медико-гигиенических знаний в системе диспансеризации лиц с факторами риска возникновения заболеваний внутренних органов. Специальные аспекты по первичной и вторичной профилактике отдельных нозологических форм заболеваний внутренних органов.

Подготовка, оформление и проведение индивидуальных лекций, тренингов и бесед с курируемыми пациентами.

Подготовка и проведение индивидуальных и групповых лекций, тренингов и бесед с родственниками пациентов.

Врачебная клиническая производственная практика по хирургии

Особенности содержания, методы, средства формирования навыков и потребностей в медико-гигиенических знаниях в системе диспансеризации лиц с факторами риска возникновения хирургических заболеваний. Особенности первичной и вторичной профилактики отдельных нозологических форм хирургических заболеваний.

Подготовка и проведение индивидуальных тренингов, лекций и бесед с курируемыми пациентами:

- перед операцией;
- в послеоперационный период;
- при выписке из стационара.

Врачебная клиническая производственная практика по акушерству и гинекологии

Основные задачи и принципы гигиенического обучения и воспитания населения по охране здоровья матери и ребенка.

Особенности медико-гигиенического обучения и воспитания населения по вопросам профилактики воспалительных и онкозаболеваний в гинекологии.

Подготовка и проведение индивидуальных лекций и бесед:

- с беременными;
- с матерями;

- с женщинами, страдающими гинекологическими заболеваниями;

- с женщинами, пришедшими на профилактический осмотр.

Подготовка и проведение занятий в школе беременных, матерей.

Подготовка и проведение групповых бесед с беременными и членами их семей во время патронажных посещений на дому.

Участие в физиопсихопрофилактической подготовке беременных к родам.

6.2 Образец лекционной путёвки

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



Лекционная путевка № _____

Ф.И.О. лектора _____

Тема средства по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ)

Вид средства ЗОЖ _____

Преподаватель кафедры общественного
здоровья и здравоохранения курсом ФПК и ПК _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Где было апробировано средство ЗОЖ № 1 _____

Дата « ____ » _____ 202__ г.

Присутствовало _____ человек.

Руководитель организации здравоохранения

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Где было апробировано средство ЗОЖ № 2 _____

Дата « ____ » _____ 202__ г.

Присутствовало _____ человек.

Руководитель организации здравоохранения

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

6.3 Перечень тем для медико-гигиенического обучения и воспитания населения

1. Аборт и его последствия.
2. Активное долголетие как цель формирования ЗОЖ.
3. Алкоголь – враг здоровья, труда и быта.
4. Анималотерапия, дельфинотерапия, иппотерапия и их влияние на разные категории населения.
5. Апитерапия как метод применения пчеловодства в жизни человека.
6. Артериальная гипертензия как фактор разрешения демографической ситуации в стране.
7. Атеросклероз и его профилактика.
8. Берегите зубы! Профилактика стоматологических заболеваний.
9. Биологически активные добавки и их влияние на организм человека.
10. Благотворное влияние сауны (бани) на человека.
11. Болезни эндокринной системы и их профилактика.
12. Вейпинг – безопасная альтернатива сигаретам!?
13. ВИЧ/СПИД – чума XXI века.
14. Влияние геомагнитных дней на состояние здоровья людей.
15. Внешние и внутренние ресурсы здоровья людей.
16. Воздействие музыка- и цветотерапии на человека.
17. Возрождение авторитета семьи и семейных ценностей как фактор улучшения и последующего демографического роста воспроизводства населения.
18. Воспитание здорового ребёнка – основа ЗОЖ взрослого человека.
19. Выявление основных психолого-педагогических факторов, отрицательно влияющих на здоровье студенческой молодёжи.
20. Гигиена физического и умственного труда.
21. Гиподинамия, гипокинезия как факторы риска.
22. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции.
23. Депрессия – глобальная угроза человечества.
24. Детская наркомания (токсикомания) и их последствия.
25. Детский алкоголизм и его последствия.
26. Донорство – гуманный долг каждого.
27. Закаливание как фактор повышения стрессоустойчивости организма.
28. Защитные силы организма человека.
29. Здоровый образ жизни, его основные компоненты и пути формирования.

30. Здоровье человека – общественная ценность.
31. Здоровый образ жизни как биологическая и социальная проблема.
32. Значение биологических ритмов в жизни людей.
33. Игло-рефлексотерапия как ключевой компонент китайской медицины.
34. Избыточная масса тела и её влияние на организм человека.
35. Индивидуальная профилактика микозов стоп.
36. Инсульт как важнейший фактор преждевременной смертности населения.
37. Инфаркт миокарда как ведущий фактор преждевременной смертности населения.
38. Инфекции, передающиеся половым путём, как угроза репродуктивному здоровью населения.
39. Ишемическая болезнь сердца и её профилактика.
40. Йога и её положительная энергия для тела человека.
41. Кишечные инфекции и их профилактика.
42. Кожа как защитный медико-биологический барьер и уход за ней.
43. Компьютер и его влияние на здоровье человека. Интернет-зависимость.
44. Курение стоит дороже, чем вы думаете?!
45. Медитация и её лечебная сила воздействия.
46. Микроэлементы и их роль в формировании здоровья.
47. Наркомания, токсикомания и их трагические последствия.
48. Неинфекционные заболевания как проблема цивилизации.
49. Новая коронавирусная пневмония (Covid-19) и практические меры по её предотвращению.
50. Новая коронавирусная пневмония (Covid-19) как форма фатальной инфекции.
51. Паразитарные болезни и их профилактика (гельминтозы, чесотка, грибковые микозы и др.).
52. Первая помощь при острых сердечно-сосудистых заболеваниях.
53. Первая помощь при травмах и несчастных случаях.
54. Питьевая вода и здоровье людей.
55. Плюсы и минусы самолечения.
56. Превентивные мероприятия по предупреждению снижения остроты зрения.
57. Предупреждение заболеваний костно-мышечной системы.
58. Предупреждение заболеваний среди беременных женщин.
59. Природные факторы и здоровье людей.
60. Проблемы полового воспитания в формировании ЗОЖ.

61. Профессии нервно-напряженного труда и здоровье людей.
62. Профилактика болезней мочеполовой системы.
63. Профилактика онкологических заболеваний.
64. Психогигиена взаимоотношений.
65. Рациональное питание и здоровье.
66. Рациональный режим труда и отдыха как модулятор высокой работоспособности и здоровья.
67. Рекомендации по профилактике близорукости.
68. Рекомендации по раннему выявлению и профилактике рака молочной железы.
69. Репродуктивные технологии XXI века.
70. Роль вакцинации в профилактике инфекционных болезней.
71. Роль медицинских осмотров в сохранении и укреплении здоровья населения.
72. Роль наследственности для здоровья людей.
73. Санаторно-курортное лечение, как форма оздоровления.
74. Сахарный диабет как медико-социальная проблема.
75. Сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста в Республике Беларусь.
76. Соблюдение техники безопасности, как основа профилактики производственного травматизма.
77. Способы активного преодоления стрессовых и дистрессовых ситуаций.
78. Суицид: причины и меры предупреждения.
79. Травматизм как медико-социальная проблема.
80. Труд, быт, отдых и здоровье.
81. Трэвел (путешествие), как мощное средство релаксации.
82. Туберкулёз как медико-социальная проблема.
83. Урбанизация и здоровье.
84. Уроки Чернобыля: радиация, жизнь, здоровье.
85. Физическая гармония и социально-психологическое равновесие.
86. Физкультура, спорт, активный отдых и здоровье.
87. Целительные свойства фито-, ароматерапии и гомеопатии.
88. Шопинг и его влияние на эмоциональное состояние людей.

7. ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ ПРАКТИКИ

В соответствии с индивидуальным заданием студент составляет письменный отчет о практически выполненной работе. Отчет о выполнении индивидуального задания, УИРС и лекционная путевка предоставляются преподавателю, который ведёт занятия на 6 курсе лечебного факультета и ФПИГ.

Итоги практики обсуждаются на практических занятиях, по результатам выставляются оценки.

Отчеты студентов, УИРС и лекционные путевки хранятся на кафедре в течение 1-го года.

По итогам практики в XI - XII семестрах проводятся научно-практические конференции, на которых студенты, авторы лучших работ, докладывают свои результаты проведенных УИРС.

8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА КАФЕДРЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРАКТИКИ

1. Ознакомление студентов с:
 - целью и задачами практики;
 - календарным планом прохождения производственной практики;
 - оформлением и порядком сдачи индивидуальных заданий (отчетов, лекционных путевок и УИРС) на кафедру.
 - организацией работы в лечебно-профилактических организациях (базах практики).

2. Предоставление возможностей знакомства:
 - с индикаторами работы ЛПО и структурных подразделений организаций здравоохранения;
 - со средствами и методами работы по формированию у населения навыков здорового образа жизни.

3. Контроль за своевременным оформлением индивидуальных заданий в период врачебной клинической производственной практики (отчетов, лекционных путевок и УИРС).

4. Организация подведения итогов прохождения врачебной клинической производственной практики.

9. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб.пособие / Н.Н. Пилипцевич [и др.] ; под. ред. Н.Н. Пилипцевича. – Минск : Новое знание, 2015. – 784 с. :ил.
2. Глушанко, В.С. Общественное здоровье и здравоохранение : пособие / В.С. Глушанко ; под ред. д-ра мед.наук, профессора В.П. Дейкало. – 2-е изд., перераб. и доп. – Витебск : ВГМУ, 2011. – 491 с.
3. Глушанко, В.С. Организационные основы оказания медицинской помощи населению в стационарных условиях : учебно-методическое пособие / В.С. Глушанко, В.В. Шевцова, М.В. Алфёрова, Т.В. Колосова :под общей ред. д-ра мед. наук проф. В.С.Глушанко.- Витебск : ВГМУ, 2019. – 366 с.
4. Глушанко, В.С. Методика изучения уровня, частоты, структуры и динамики заболеваемости и инвалидности. Медико-реабилитационные мероприятия и их составляющие : учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг ; под ред. д-ра мед. наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2016. – 177 с. : ил.
5. Глушанко, В. С. Разработка и принятие управленческих решений в системе охраны здоровья населения : учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, М.В. Алферова, А.Т. Щастный. – Витебск : ВГМУ, 2016. – 116 с. : ил.
6. Здоровый образ жизни и его составляющие : учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко [и др.] ; под ред. проф. В. С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2017. – 301 с.
7. Глушанко, В. С. Анализ деятельности организаций здравоохранения службы охраны здоровья матери и ребёнка : учеб-метод. пособие / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, Т.В. Колосова, Д.В. Мороз : Под ред. доктора мед.наук, проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ. 2010. – 239 с.
8. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее, будущее / В.И. Жарко, И.В. Малахова, И.И. Новик, М.М. Сачек. – Минск: Минсктиппроект, 2012. – 320 с.
9. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник в 2 ч. Ч. 1 / И.А. Наумов, Е.М. Тищенко, В.А. Лискович, Р.А. Часнойть; под ред. И.А. Наумова. – Минск: Выш. шк., 2013. – 335 с.
10. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник в 2 ч. Ч. 2 / И.А. Наумов, Е.М. Тищенко, В.А. Лискович, Р.А. Часнойть; под ред. И.А. Наумова. – Минск: Выш. шк., 2013. – 351 с.
11. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю.П. Лисицын. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с. : ил.

12. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.

13. Методические указания по работе приемных отделений стационаров : приказ комитета по здравоохранению Минского горисполкома, 15 окт. 2004 г., № 613.

14. Модернизация структуры управления здравоохранением и организация медицинской помощи сельскому населению : учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко [и др.] ; под общей ред. д-ра мед. наук, профессора В. С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2016. – 202 с.

15. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учебник : в 2 т. / Под ред. В.З. Кучеренко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 688 с.

16. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учебник : в 2 т. / Под ред. В.З. Кучеренко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 2. – 160 с.

17. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – М. :МЕДпресс-информ, 2012. – 656 с.

18. Организация работы приемного отделения многопрофильного стационара / С.Н. Дылевский [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – № 3. – С. 4–14.

19. Ресурсосберегающие стационарозамещающие технологии в здравоохранении Республики Беларусь / Т. И. Терехович [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Приложение. – С. 225–229.

20. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 592 с. : ил.

10. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. – 10-е изд., стер. – Минск :Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь, 2014. – 62 с.

2. О борьбе с коррупцией [Электронный ресурс] :Закон Респ. Беларусь от 15 июля 2015 г., № 305-З // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь, 23.07.2015, 2/2303.

3. Кодекс Республики Беларусь об образовании от 13.01.2011 № 243-З;

4. Положение о порядке организации, проведения, подведения итогов и материального обеспечения практики студентов высших учебных заведений Республики Беларусь, утвержденное Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 03.06.2010 № 860; (в ред. Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 15.08.2017 № 613);

5. Образовательный стандарт высшего образования Республики Беларусь по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело» (ОСВО РБ 1-79 01 01 – 2013), утвержденного и введенного в действие Постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 №88 с дополнениями и изменениями 2016 и 2017 годов;

6. Об утверждении Положения о практике студентов, курсантов, слушателей [Электронный ресурс] : Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 03. 06. 2010г., № 860.

7. Об утверждении форм учётной медицинской документации организаций здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 29 марта 2004 г., № 75.

8. Об утверждении первичной медицинской документации акушерско-гинекологической и педиатрической службы [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 26 сентября 2007 г., № 774.

9. Об утверждении форм первичной медицинской документации в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 1 октября 2007 г., № 792 : в ред. приказа Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 18 ноября 2008 г., № 1050.

10. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21 окт. 2016 г., № 433-З // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь, 28.10.2016, 2/2431.

11. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 гг. [Электронный ресурс] : Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14 марта 2016 г., № 200.

12. Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года [Электронный ресурс] : Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 марта 2011 г., № 335

13. О лекарственных средствах [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 20 июля 2006 г., № 161-З : в ред. Закона Респ. Беларусь от 29 июня 2016 г., № 386-З // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь, 02.07.2016, 2/2384.

14. Об оказании платных медицинских услуг учреждениями здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 10 февр. 2009 г., № 182 : в ред. постановления Совета Министров Респ. Беларусь от 10 окт. 2016 г., № 809 // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь, 13.10.2016, 5/42745.

15. О некоторых вопросах государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения : постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 29 мар. 2016 г., № 259 // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь, 31.03.2016, 5/41894.

16. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 10 дек. 2014 г., № 1300.

17. Концепция развития электронного здравоохранения Республики Беларусь на период до 2022 года [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 20 мар. 2018 г., № 244.

18. Об утверждении примерного Перечня основных индикаторов здравоохранения и здоровья населения и методик их расчета [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 марта 2019 г., № 363

19. Об утверждении Инструкции по организации разноуровневой системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в Республике Беларусь [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2019 г., № 966

20. О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Министерства образования Республики Беларусь

[Электронный ресурс]: постановление Министерства образования Республики Беларусь от 28.11.2017г., № 150.

УТВЕРЖДЕНО
 Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь
 25.03.2019 № 363

**Перечень основных индикаторов здравоохранения
 и здоровья населения и методики их расчета**

№ п/п	Наименование индикаторов	Методика расчета индикаторов
1	2	3
1. Демографические индикаторы		
1.	Общий коэффициент рождаемости	$\frac{\text{Число детей, родившихся живыми за год} \times 1\,000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$
2.	Общий коэффициент плодовитости	$\frac{\text{Число детей, родившихся живыми за год} \times 1\,000}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет}}$
3.	Общий коэффициент смертности	$\frac{\text{Число умерших лиц за год} \times 1\,000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$
4.	Коэффициент естественного прироста	Разность общих коэффициентов рождаемости и смертности
5.	Показатель материнской смертности	$\frac{\text{Число женщин, умерших во время беременности, родов и в течение 42-х дней после прекращения беременности} \times 100\,000}{\text{Число родившихся живыми}}$
6.	Коэффициент младенческой смертности	$\frac{\text{Число умерших детей (0-12 месяцев)} \times 1\,000}{\frac{2}{3} \text{ родившихся живыми в данном календарном году} + \frac{1}{3} \text{ родившихся живыми в предыдущем году}}$
7.	Показатель ранней неонатальной смертности	$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0-6 суток} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$

8.	Показатель поздней неонатальной смертности	$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 7-27 суток} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми} - \text{Число детей, умерших в возрасте 0-6 суток}}$
9.	Показатель неонатальной смертности	$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0-27 суток} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$
10.	Показатель постнеонатальной смертности	$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте от 28 суток до 1-го года} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми} - \text{Число детей, умерших в возрасте 0-27 суток}}$
11.	Показатель мертворождаемости	$\frac{\text{Число смертей плода на 22-й и более неделе беременности} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми} + \text{Число смертей плода на 22-й и более неделе беременности}}$
12.	Показатель перинатальной смертности	$\frac{(\text{Число смертей плода на 22-й и более неделе беременности} + \text{Число детей, умерших в возрасте 0-6 суток}) \times 1\,000}{\text{Число смертей плода на 22-й и более неделе беременности} + \text{Число детей, родившихся живыми}}$
13.	Показатель детской смертности за год	$\frac{\text{Число случаев смерти детей в возрасте 0-17 лет за год} \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность детского населения в возрасте 0-17 лет}}$
14.	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет	$\frac{\text{Число детей в возрасте до 5-ти лет, умерших за год} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$
2. Индикаторы кадрового обеспечения		
1.	Обеспеченность населения врачами-специалистами	$\frac{\text{Число врачей-специалистов на конец года} \times 10\,000}{\text{Численность населения на начало года, следующего за отчетным (расчетным) периодом}}$

2.	Обеспеченность медицинскими работниками со средним специальным медицинским образованием (далее - средние медицинские работники)	$\frac{\text{Число средних медицинских работников на конец года} \times 10\,000}{\text{Численность населения на начало года, следующего за отчетным (расчетным) периодом}}$
3.	Коэффициент совместительства	$\frac{\text{Число занятых должностей (врачами-специалистами, средними медицинскими работниками)}}{\text{Число физических лиц основных работников (врачей-специалистов, средних медицинских работников)}}$
4.	Укомплектованность врачами-специалистами	$\frac{\text{Число занятых должностей врачей-специалистов} \times 100}{\text{Число штатных должностей врачей-специалистов}}$
5.	Укомплектованность средними медицинскими работниками	$\frac{\text{Число занятых должностей средних медицинских работников} \times 100}{\text{Число штатных должностей средних медицинских работников}}$
6.	Укомплектованность должностей физическими лицами	$\frac{\text{Число физических лиц, занимающих штатные должности} \times 100}{\text{Число штатных должностей}}$
7.	Удельный вес врачей-специалистов (средних медицинских работников), имеющих квалификационную категорию	$\frac{\text{Число врачей-специалистов (средних медицинских работников), имеющих квалификационную категорию на конец года} \times 100}{\text{Число врачей-специалистов (средних медицинских работников), имеющих право на аттестацию на конец года}}$

3. Индикаторы заболеваемости, в том числе с временной нетрудоспособностью		
1.	Общая заболеваемость населения (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)	$\frac{\text{Число всех зарегистрированных заболеваний (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)} \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)}}$
2.	Общая заболеваемость населения определенным заболеванием (заболеваниями одного класса) (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)	$\frac{\text{Число всех зарегистрированных случаев определенного заболевания (заболеваний одного класса) (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)} \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)}}$
3.	Первичная заболеваемость населения определенным заболеванием (заболеваниями одного класса) (всего, детей, взрослых)	$\frac{\text{Число впервые в жизни зарегистрированных случаев определенного заболевания (заболеваний одного класса) (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)} \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)}}$
4.	Первичная заболеваемость населения (всего, детей, взрослых)	$\frac{\text{Число впервые в жизни зарегистрированных заболеваний (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)} \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей в возрасте 0-17 лет, взрослых)}}$
5.	Структура заболеваемости (общей, первичной)	$\frac{\text{Число зарегистрированных определенных заболеваний (заболеваний одного класса) (всего, впервые)} \times 100}{\text{Общее число всех зарегистрированных заболеваний (всего, впервые)}}$

6.	Уровень стационарной заболеваемости по отдельным классам и определенным заболеваниям (все население, население, население, население трудоспособного возраста, население старше трудоспособного возраста)	<p>Число лиц определенной возрастной группы (все население, детское население, взрослое население, население трудоспособного возраста, население старше трудоспособного возраста), прошедших стационарное лечение с определенной заболеванием (классом заболеваний) $\times 100\ 000$</p> <p>Среднегодовая численность населения определенной возрастной группы (все население, детское население, взрослое население, население трудоспособного возраста, население старше трудоспособного возраста)</p>
7.	Показатели заболеваемости с временной нетрудоспособностью:	
	Временная нетрудоспособность (число случаев) на 100 работающих	<p>$\frac{\text{Число случаев временной нетрудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность населения, занятого в экономике}} \times 100$</p>
	Временная нетрудоспособность (число дней) на 100 работающих	<p>$\frac{\text{Число дней временной нетрудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность населения, занятого в экономике}} \times 100$</p>
	Средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности	<p>$\frac{\text{Число дней временной нетрудоспособности}}{\text{Число случаев временной нетрудоспособности}}$</p>

	Структура заболеваемости с временной нетрудоспособностью (по случаям и дням)	$\frac{\text{Число случаев (дней) нетрудоспособности по поводу данного заболевания} \times 100}{\text{Число случаев (дней) нетрудоспособности по поводу всех заболеваний}}$
4. Индикаторы деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях		
1.	Обеспеченность населения больничными койками	$\frac{\text{Число больничных коек, развернутых на конец года (всего и по профилям)} \times 1\,000}{\text{Численность населения на начало года, следующего за отчетным (расчетным) периодом}}$
2.	Структура коечного фонда	$\frac{\text{Число больничных коек определенного профиля} \times 100}{\text{Число больничных коек, всего}}$
3.	Уровень госпитализации	$\frac{\text{Число госпитализированных пациентов} \times 100}{\text{Среднегодовая численность населения}}$
4.	Удельный вес отказов в госпитализации	$\frac{\text{Число пациентов, которым отказано в госпитализации} \times 100}{\text{Число всех пациентов, обратившихся в приемное отделение больничной организации}}$
5.	Удельный вес отказов в госпитализации по причинам (непрофильное направление, отсутствие показаний и др.)	$\frac{\text{Число пациентов, которым отказано в госпитализации по причинам (непрофильное направление, отсутствие показаний, отказ пациента и др.)} \times 100}{\text{Число всех пациентов, которым отказано в госпитализации}}$
6.	Среднегодовая занятость койки (кратко-, долгосрочного пребывания, иных) {без учета закрытия на ремонт}	$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных всеми пациентами (на больничных койках краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)}}{\text{Число среднегодовых больничных коек (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)}}$

7.	Среднегодовая занятость больничной койки (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных) (с учетом закрытия на ремонт)	$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных всеми пациентами (на больничных койках краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)} + \text{Число койко-дней закрытия на ремонт (больничные койки краткосрочного, долгосрочного пребывания, иные)}}{\text{Число среднегодовых больничных коек (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)}}$
8.	Средняя длительность пребывания пациента на больничной койке (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)	$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных всеми пациентами (на больничных койках краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)}}{\text{Число пролеченных пациентов1 (на больничных койках краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)}}$
9.	Структура пролеченных пациентов по заболеваниям	$\frac{\text{Число пациентов, пролеченных с определенным заболеванием} \times 100}{\text{Число пролеченных пациентов}}$
10.	Средняя длительность лечения по заболеваниям	$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных выписанными пациентами с определенным заболеванием}}{\text{Число выписанных пациентов с определенным заболеванием}}$
11.	Оборот больничной койки (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)	$\frac{\text{Среднегодовая занятость больничной койки (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)}}{\text{Средняя длительность пребывания пациента на больничной койке (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)}}$

12.	Среднее время простоя больничной койки (общее) (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)	$\frac{\text{Число календарных дней в году - Среднегодовая занятость больничной койки (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)}}{\text{Оборот больничной койки (краткосрочного, долгосрочного пребывания, иных)}}$
13.	Больничная летальность	$\frac{\text{Число умерших пациентов} \times 100}{\text{Число пролеченных пациентов}}$
14.	Больничная летальность (по возрастам)	$\frac{\text{Число умерших пациентов возраста } X \times 100}{\text{Число пролеченных пациентов возраста } X}$
15.	Больничная летальность от определенного заболевания	$\frac{\text{Число умерших пациентов от определенного заболевания} \times 100}{\text{Число пролеченных пациентов с определенным заболеванием}}$
16.	Досуточная летальность	$\frac{\text{Число умерших пациентов (с определенным заболеванием) в течение первых 24 часов после поступления в стационар} \times 100}{\text{Число всех поступивших пациентов (с определенным заболеванием)}}$
17.	Удельный вес пациентов умерших в первые 24 часа после поступления (от определенного заболевания)	$\frac{\text{Число умерших в течение первых 24 часов после поступления (от определенного заболевания)} \times 100}{\text{Число умерших пациентов, всего (от определенного заболевания)}}$
18.	Частота поздней доставки пациентов для оказания экстренной хирургической помощи	$\frac{\text{Число пациентов, доставленных для оказания экстренной хирургической помощи позднее 24 часов от начала заболевания} \times 100}{\text{Общее число пациентов, доставленных для оказания экстренной хирургической помощи}}$

19.	Оперативная (хирургическая) активность	$\frac{\text{Число оперированных пациентов} \times 100}{\text{Число пролеченных пациентов на койках хирургического профиля}}$
20.	Частота выполнения оперативных вмешательств (по видам) на 1 000 населения (на 1 000 000 населения)	$\frac{\text{Число выполненных оперативных вмешательств (по видам) в год} \times 1\,000\ (1\,000\,000)}{\text{Среднегодовая численность населения}}$
21.	Структура операций	$\frac{\text{Число проведенных отдельных видов операций} \times 100}{\text{Число операций, всего}}$
22.	Послеоперационная летальность	$\frac{\text{Число пациентов, умерших после операций} \times 100}{\text{Число оперированных пациентов}}$
23.	Послеоперационная летальность от экстренной хирургической патологии	$\frac{\text{Число пациентов, умерших после операции по поводу экстренной хирургической патологии} \times 100}{\text{Число пациентов, оперированных по поводу экстренной хирургической патологии}}$
24.	Структура послеоперационной летальности	$\frac{\text{Число умерших от определенного вида операций} \times 100}{\text{Число умерших оперированных пациентов, всего}}$
25.	Частота послеоперационных осложнений	$\frac{\text{Число операций, при которых наблюдались осложнения} \times 100}{\text{Число проведенных операций}}$
26.	Структура послеоперационных осложнений	$\frac{\text{Число определенных послеоперационных осложнений} \times 100}{\text{Число послеоперационных осложнений, всего}}$
27.	Длительность пребывания оперированных пациентов до операции	$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных оперированными пациентами до операции}}{\text{Число оперированных пациентов}}$

28.	Удельный вес патологоанатомических вскрытий (аутопсийных исследований)	$\frac{\text{Число патологоанатомических вскрытий (аутопсийных исследований) умерших} \times 100}{\text{Число умерших пациентов, всего}}$
29.	Частота случаев расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов	$\frac{\text{Число случаев расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов} \times 100}{\text{Число патологоанатомических исследований (вскрытий) умерших}}$
30.	Структура расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов (по категориям)	$\frac{\text{Число случаев расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов (определенной категории расхождения)} \times 100}{\text{Число случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, всего}}$
31.	Охват пациентов реабилитацией в стационарных условиях с определенной патологией (после определенных видов операций)	$\frac{\text{Число пациентов с определенной патологией (после определенных видов операций), которые переведены на стационарный этап реабилитации} \times 100}{\text{Число выписанных пациентов с определенной патологией (после определенных видов операций)}}$
5. Индикаторы охраны здоровья матери и ребенка		
1.	Своевременность охвата беременных женщин наблюдением женской консультацией	$\frac{\text{Число женщин, поступивших под наблюдение женской консультации со сроком беременности до 12-ти недель} \times 100}{\text{Число беременных женщин, поступивших под наблюдение женской консультации, всего}}$

2.	Охват беременных женщин пренатальным биохимическим скринингом	$\frac{\text{Число беременных женщин, обследованных на альфа-фетопротеин и хориогонин}}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100$
3.	Охват беременных женщин пренатальным ультразвуковым скринингом в сроке до 12-ти недель беременности (12-22 недели, после 22 недель)	$\frac{\text{Число обследованных беременных женщин в сроке до 12-ти недель беременности (12-22 недели, после 22 недель)}}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100$
4.	Заболеваемость беременных женщин	$\frac{\text{Число беременных женщин с заболеваниями}}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100$
5.	Заболеваемость беременных женщин с определенным заболеванием	$\frac{\text{Число беременных женщин с определенным заболеванием}}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100$
6.	Удельный вес родов, принятых на дому	$\frac{\text{Число родов, принятых на дому}}{\text{Число родов, всего}} \times 100$
7.	Удельный вес родов, принятых на дому, без последующей госпитализации родильницы в стационар	$\frac{\text{Число родов, принятых на дому, без последующей госпитализации родильницы в стационар}}{\text{Число родов на дому}} \times 100$
8.	Удельный вес преждевременных родов	$\frac{\text{Число преждевременных родов}}{\text{Число родов, всего}} \times 100$
9.	Удельный вес операций кесарево сечение	$\frac{\text{Число операций кесарево сечение}}{\text{Число родов в стационаре}} \times 100$

10.	Удельный вес плановых (экстренных) операций кесарево сечение	$\frac{\text{Число плановых (экстренных) операций кесарево сечение} \times 100}{\text{Число операций кесарево сечение, всего}}$
11.	Удельный вес родов в ягодичном предлежании плода	$\frac{\text{Число родов в ягодичном предлежании плода} \times 100}{\text{Число родов в стационаре}}$
12.	Удельный вес оперативных родов в ягодичном предлежании плода	$\frac{\text{Число оперативных родов при ягодичном предлежании плода} \times 100}{\text{Число родов в ягодичном предлежании плода, всего}}$
13.	Удельный вес родов с рубцом на матке	$\frac{\text{Число родов с рубцом на матке} \times 100}{\text{Число родов в стационаре}}$
14.	Удельный вес оперативных родов с рубцом на матке	$\frac{\text{Число оперативных родов с рубцом на матке} \times 100}{\text{Число родов с рубцом на матке, всего}}$
15.	Удельный вес гистерэктомий	$\frac{\text{Число гистерэктомий} \times 100}{\text{Число родов в стационаре}}$
16.	Удельный вес родов после применения вспомогательных репродуктивных технологий	$\frac{\text{Число родов после применения вспомогательных репродуктивных технологий} \times 100}{\text{Число родов в стационаре}}$
17.	Удельный вес женщин, не состоявших под наблюдением женской консультации	$\frac{\text{Число женщин, не состоявших под наблюдением женской консультации} \times 100}{\text{Число родов, всего}}$

18.	Удельный вес заболеваний, осложнивших роды и послеродовый период	$\frac{\text{Число рожениц и родильниц с заболеваниями, осложнившими роды и послеродовый период} \times 100}{\text{Число родов, всего}}$
19.	Заболеваемость рожениц и родильниц	$\frac{\text{Число рожениц и родильниц с заболеваниями} \times 100}{\text{Число родов, всего}}$
20.	Заболеваемость новорожденных	$\frac{\text{Число заболевших новорожденных} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$
21.	Заболеваемость новорожденных определенным заболеванием	$\frac{\text{Число заболевших новорожденных с определенным заболеванием} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$
22.	Общая заболеваемость новорожденных	$\frac{\text{Всего зарегистрировано заболеваний у детей в возрасте до 1-го месяца} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$
23.	Первичная заболеваемость новорожденных	$\frac{\text{Зарегистрировано заболеваний у детей в возрасте до 1-го месяца впервые в жизни} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$
24.	Общая заболеваемость новорожденных по причинам	$\frac{\text{Зарегистрировано отдельных заболеваний у детей в возрасте до 1-го месяца} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$
25.	Первичная заболеваемость новорожденных по причинам	$\frac{\text{Зарегистрировано отдельных заболеваний у детей в возрасте до 1-го месяца впервые в жизни} \times 1\,000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$

26.	Частота прерывания беременности в сроке до 22-х недель по причинам	<p>[Число прерываний беременности в сроке до 22-х недель (самопроизвольные аборты, легальные операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, по генетическим показаниям, по социальным показаниям, криминальные аборты, неуточненные аборты, операции искусственного прерывания беременности методом вакуум-аспирации, с помощью лекарственных средств)] × 1 000</p> <hr/> <p>Среднегодовая численность женщин фертильного возраста (15-49 лет)</p>
27.	Частота прерывания беременности в сроке до 22-х недель по возрасту	<p>[Число прерываний беременности в сроке до 22-х недель (в возрасте до 14 лет, 14, 15-17, 18-19, 20-24, 25-29, 30-31, 32-34, 35-39, 40-44, 45 лет и старше)] × 1 000</p> <hr/> <p>Среднегодовая численность женщин фертильного возраста (соответственно в возрасте до 14 лет, 14, 15-17, 18-19, 20-24, 25-29, 30-31, 32-34, 35-39, 40-44, 45 лет и старше)</p>
28.	Полнота охвата предабортным психологическим консультированием	<p>[Число женщин, которым проведено предабортное психологическое консультирование (всего, в возрасте до 14 лет, 14, 15-17, 18-19, 20-24, 25-29, 30-31, 32-34, 35-39, 40-44, 45 лет и старше)] × 100</p> <hr/> <p>Число женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности в сроке до 12-ти недель (соответственно всего, в возрасте до 14 лет, 14, 15-17, 18-19, 20-24, 25-29, 30-31, 32-34, 35-39, 40-44, 45 лет и старше)</p>

29.	Эффективность предабортного психологического консультирования	$\frac{\text{Число женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности в сроке до 12-ти недель} - \text{Число прерываний беременности в сроке до 12-х недель}}{\text{Число женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности в сроке до 12-ти недель}} \times 100$
30.	Эффективность предабортного психологического консультирования женщин по возрастам	$\frac{\text{Число женщин в возрасте X, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности в сроке до 12-ти недель}}{\text{Число прерываний беременности в сроке до 12-х недель у женщин в возрасте X}} \times 100$ $\frac{\text{Число женщин в возрасте X, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности в сроке до 12-ти недель}}{\text{Число прерываний беременности в сроке до 12-х недель у женщин в возрасте X}} \times 100$
31.	Удельный вес женщин, закончивших беременность в отчетном году родами	$\frac{\text{Число женщин, закончивших беременность родами}}{\text{Число женщин, закончивших беременность}} \times 100$
32.	Показатель частоты аборт	$\frac{\text{Число аборт}}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет}} \times 1000$ $\frac{\text{Число аборт}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 100$
33.	Соотношение родов и аборт	$\frac{\text{Число родов за отчетный период}}{\text{Число аборт за отчетный период}}$

34.	Охват женщин средствами контрацепции (внутриматочная спираль и гормональная контрацепция)	<p>Число женщин на конец года, имеющих внутриматочную спираль, использующих гормональную контрацепцию $\times 100$</p> <hr/> <p>Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет</p>
-----	---	--

Число пролеченных пациентов рассчитывается как сумма выписанных и умерших пациентов.

**ПЕРЕЧЕНЬ
форм первичной медицинской документации
организаций здравоохранения**

Учетная документация:

1. Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (001/у).
2. Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (002/у).
3. Медицинская карта стационарного больного (003/у).
4. Медицинская карта прерывания беременности (003-1/у).
5. История родов (096/у).
6. История развития новорожденного (097/у).
7. Температурный лист (004/у).
8. Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (008/у).
9. Журнал записи родов в стационаре (01 0/у).
10. Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (027-2/у).
11. Лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии (011/у).
12. Статистическая карта выбывшего из стационара (066/у).
13. Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (007/у).
14. Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек (016/у).
15. Медицинская карта амбулаторного больного (025/у).
16. Индивидуальная карта беременной и родильницы (111/у).
17. Контрольная карта диспансерного наблюдения (030/у).
18. Журнал учета профилактических прививок (064/у).
19. Книга записи вызовов врача на дом (031/у).
20. Журнал записи амбулаторных операций (069/у).
21. Справка для получения путевки (070/у).
22. Санаторно-курортная карта (072/у).
23. Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении (071/у).
24. Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (039/у).
25. Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, ФАП, колхозного роддома (039-1/у).

26. Направление на МРЭК (088/у).
27. Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного(027/у).
28. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы (113/у).
29. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (058/у).
30. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания (089/у).
31. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования (090/у).
32. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (091/у).
33. Журнал учета инфекционных заболеваний (060/у).
34. Журнал для записи заключений ВКК (035/у).
35. Книга регистрации листков нетрудоспособности (036/у).
36. Журнал учета санитарно-просветительной работы (038-0/у).
37. Медицинское свидетельство о рождении (103/у).
38. Врачебное свидетельство о смерти (106/у).
39. Свидетельство о перинатальной смерти (106-2/у).
40. Журнал регистрации амбулаторных больных (074/у).

Отчетная документация:

1. Отчет о прерывании беременности в сроке до 22 недель за 20__год (Форма 1-аборты).
2. Отчет о медицинской помощи детям за 20__ год (Форма 1-дети).
3. Отчет дома ребенка за 20__ год (Форма 1-дом ребенка).
4. Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь за 20__ год (Форма 1-заболеваемость).
5. Отчет об инфекциях, передаваемых преимущественно половым путем, микозах и инфеcтациях за 20__ год (Форма 1-ипп).
6. Отчет о медицинских (фармацевтических) работниках по состоянию на 31 декабря __ г. (Форма 1-медкадры).
7. Отчет о медицинском обеспечении граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий за __ г. (Форма 1-медобеспечение ЧАЭС).

8. Отчет о заболеваниях психическими расстройствами в связи с употреблением психоактивных средств и контингентах пациентов за 20__ год (Форма 1-наркология).

9. Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам за 20__ год (Форма 1-помощь беременным).

10. Отчет о заболеваниях психическими расстройствами, расстройствами поведения и контингентах наблюдаемых пациентов (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных средств) за 20__ год (Форма 1-психиатрия).

11. Отчет о деятельности службы скорой (неотложной) медицинской помощи за __ г. (Форма 1-скорая помощь).

12. Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях за 20__ год (Форма 1-стационар).

13. Отчет профилактических прививках за январь-_____ 200__ г. (Форма 2-прививки).

14. Отчет об отдельных инфекционных, паразитарных заболеваниях и их носителях за _____ 20__ г (Форма 6-инфекции).

15. Отчет о причинах временной нетрудоспособности за январь - _____ 20__ года (Форма 4-нетрудоспособность).

16. Отчет о расходах на здравоохранение за 20__ год (Форма 1-нсз).

17. Отчет организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях за 20__ год (Форма 1-организация).

18. Отчет организации, оказывающей медицинские услуги населению за 20__ год (Форма 1-здрав).

19. Отчет о доходах и расходах на здравоохранение» и указания по ее заполнению за 20__ год (Форма 1-ссз).

20. Отчет об отдельных инфекционных, паразитарных заболеваниях и их носителях за 20__ год (Форма 12-инфекции).

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО
ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

г. Минск, область	Годы				
	2015	2016	2017	2018	2019
Общий коэффициент рождаемости (на 1 000 населения)					
г. Минск	11,6	11,4	9,9	8,9	7,9
Брестская	13,5	13,5	11,8	11,1	10,9
Витебская	11,2	11,1	9,6	8,7	8,3
Гомельская	13,0	12,9	11,3	10,3	9,9
Гродненская	13,0	13,2	11,1	10,2	9,6
Минская	13,5	13,1	11,5	10,7	9,8
Могилевская	12,1	12,0	10,5	9,8	9,4
Республика Беларусь	12,5	12,4	10,8	9,9	9,3
Общий коэффициент смертности (на 1 000 населения)					
г. Минск	8,8	8,7	8,7	8,9	8,9
Брестская	12,7	12,6	12,8	12,7	13,1
Витебская	14,7	14,6	14,4	14,6	15,1
Гомельская	13,2	13,1	13,0	13,1	13,7
Гродненская	13,8	14,0	13,9	14,0	13,9
Минская	14,2	14,0	14,0	14,0	13,6
Могилевская	13,5	13,5	13,6	13,9	14,0
Республика Беларусь	12,6	12,6	12,6	12,7	12,8
Коэффициент естественного прироста					
г. Минск	2,8	2,7	1,2	0	-1
Брестская	0,8	0,9	-1,0	-1,6	-2,2
Витебская	-3,5	-3,5	-4,8	-5,9	-6,8
Гомельская	-0,2	-0,2	-1,7	-2,8	-3,8
Гродненская	-0,8	-0,8	-2,8	-3,8	-4,3
Минская	-0,7	-0,9	-2,5	-3,3	-3,8
Могилевская	-1,4	-1,5	-3,1	-4,1	-4,6
Республика Беларусь	-0,1	-0,2	-1,8	-2,8	-3,5

Приложение 4

**Демографическая ситуация, состояние здоровья населения и
показатели деятельности организаций здравоохранения в
Республике Беларусь в 2017-2019 гг.**

№ п/п	Наименование показателя	2017 г.	2018 г.	2019 г.
1	2	3	4	5
1. Демографические индикаторы				
1.1	Среднегодовая численность населения Республики Беларусь	9498264	9483499	9465675
1.2	Число родившихся (чел.)	102556	94042	87602
1.3	Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	10,8	9,9	9,3
1.4	Общий коэффициент плодовитости	33,6	34,9	35,1
1.5	Число умерших (чел.)	119311	120053	120470
1.6	Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	12,6	12,7	12,8
1.7	Естественный прирост населения (чел.)	-16755	-26011	-32868
1.8	Коэффициент естественного прироста на 1000 населения	-1,8	-2,8	-3,5
1.9	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)	74,4	74,5	74,5
1.10	Показатель материнской смертности	2,0	3,0	3,0
1.11	Коэффициент младенческой смертности	3,2	2,5	2,4
1.12	Показатель ранней неонатальной смертности	0,93	0,7	0,7
1.13	Показатель поздней неонатальной смертности	0,67	0,4	0,4
1.14	Показатель неонатальной смертности	1,6	1,1	1,1
1.15	Показатель постнеонатальной смертности	1,6	1,4	1,4
1.16	Показатель мёртворождаемости	2,19	2,33	2,33
1.17	Показатель перинатальной смертности	3,11	3,03	3,03
2. Индикаторы кадрового обеспечения				
2.1	Обеспеченность населения врачами специалистами (на 10 тыс. нас.). Все ведомства	57,8	58,5	59,1

2.2	Удельный вес врачей-специалистов, имеющих квалификационную категорию	93,74	93,74	93,74
2.3	Доля врачей общей практики в общем количестве врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики	22,94	55,36	77,93
2.4	Обеспеченность медицинскими работниками со средним специальным медицинским образованием	133,4	134,2	134,7
2.5	Удельный вес средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию	99,76	99,75	99,74
2.6	Коэффициент совместительства врачей в Республике Беларусь	1,36	1,36	1,36
2.7	Коэффициент совместительства средних медицинских работников в Республике Беларусь	1,26	1,26	1,25
2.8	Укомплектованность врачебных должностей в организациях Минздрава Республики Беларусь, оказывающих медицинскую помощь населению (без работающих в медицинских учебных заведениях и аппарате органов управления) на конец 2017-2018 гг.	95,7	95,5	95,5
2.9	Укомплектованность должностей средних медработников в организациях Минздрава Республики Беларусь, оказывающих медицинскую помощь населению (без работающих в медицинских учебных заведениях и аппарате органов управления) на конец 2017-2018 гг.	97,3	97,1	97,3
3. Индикаторы заболеваемости				
3.1	Общая заболеваемость на 100 тыс. населения	167935,3	168521,1	168652,1
3.2	Первичная заболеваемость на 100 тыс. населения	84302,4	83651,2	82769,4

4. Индикаторы деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях				
4.1	Обеспеченность населения больничными койками (все ведомства)			
	всего коек	95611	94774	94301
	на 10 тыс. населения	105,5	104,7	104,9
	в т.ч. по основным профилям:			
	– терапевтические	27,2	27,4	27,4
	– хирургические	17,0	17,0	17,1
	– гинекологические (рассчитаны на 1000 женщин)	7,4	7,4	7,3
	– для беременных и рожениц (рассчитаны на 10000 женщин в возрасте 15-49 лет)	23,5	22,9	22,6
4.2	Структура коечного фонда, %:			
	– терапевтические	26,05	26,45	26,44
	– хирургические	16,21	16,29	16,40
	– гинекологические	3,86	3,91	3,88
	– для беременных и рожениц	5,46	5,31	5,25
	– прочие	48,42	48,04	48,03
4.3	Уровень госпитализации, %	30,18	30,13	30,08
4.4	Среднегодовая занятость больничной койки	321,8	320,7	317,3
4.5	Среднегодовая занятость больничной койки по профилям в стационарах:			
	– терапевтические	337,3	336,4	331,6
	– хирургические	321,7	322,3	318,8
	– инфекционные для взрослых	282,7	294,0	289,4
	– инфекционные для детей	286,3	277,2	256,1
	– педиатрические	326,2	316,6	311,7
4.6	Поступило больных во все больничные организации	2866279	2857144	2856326
4.7	Средняя длительность пребывания пациента на больничной койке	10,4	10,3	10,2

4.8	Средняя длительность лечения выбывших пациентов (взрослые) в стационарах Минздрава Республики Беларусь, дней	10,6	10,4	10,2
	в том числе:			
	– беременность, роды и послеродовый период	8,5	8,5	8,5
4.10	Средняя длительность лечения выбывших пациентов (дети 0-17 лет) в стационарах Минздрава Республики Беларусь, дней	8,5	8,6	8,5
4.11	Оборот больничной койки	30,9	31,14	31,34
4.12	Среднее время простоя больничной койки (общее)	1,4	1,4	1,4
4.13	Больничная летальность, %	1,28	1,36	1,43
4.14	Летальность в стационарах Минздрава Республики Беларусь (умерло из числа выбывших, %)			
	– взрослые	1,56	1,66	1,74
	– дети до 17 лет включительно	0,09	0,07	0,06
4.15	Досуточная летальность детей в возрасте до 1 года в стационарах Минздрава Республики Беларусь (умерло детей в возрасте до 1 года в первые 24 ч. после поступления в стационар в % к числу умерших в возрасте до 1 года)	5,6	12,1	9,6
4.16	Число проведенных операций в стационарах Минздрава Республики Беларусь	859626	859149	878 657
4.17	Число проведенных операций в стационарах Минздрава Республики Беларусь детям в возрасте 0-17 лет	88930	88605	89 181
4.18	Послеоперационная летальность (из общего числа оперированных умерло), %	0,50	0,55	0,55
4.19	Структура послеоперационной летальности, %:			
	– операции на нервной системе	6,71	7,37	7,34
	– операции на кроветворных органах	0,40	0,85	0,83

	– операции на эндокринной системе	0,00	0,06	0,09
	– операции на органе зрения	0,01	0,004	0,01
	– операции на органах уха, горла, носа и гортани	0,04	0,06	0,08
	– операции на органах дыхания	1,25	1,02	1,33
	– кардиохирургические вмешательства на сердце и грудном отделе аорты	1,63	1,96	1,76
	– операции на артериях	2,76	3,39	2,82
	– операции на венах	0,10	0,07	0,06
	– операции на органах брюшной полости	1,41	1,42	1,47
	– операции на почках и мочеточниках	0,43	0,50	0,48
	– операции на предстательной железе	0,16	0,22	0,25
	– операции на женских половых органах	0,01	0,02	0,02
	– акушерские операции	0,00	0,001	0,00
	– операции на костно-мышечной системе	0,63	0,68	0,67
	– операции на молочной железе	0,04	0,02	0,01
	– операции на коже и подкожной клетчатке	0,18	0,25	0,25
4.20	Поздняя доставка пациента в стационар для экстренного хирургического вмешательства (доставка позже 24 часов от начала заболевания), %:			
	– острая непроходимость кишечника	26,8	28,6	28,9
	– острый аппендицит	22,6	22,5	21,4
	– прободная язва желудка и 12 перстной кишки	13,7	16,4	16,2
	– желудочно-кишечные кровотечения	31,0	29,0	28,6
	– ущемлённая грыжа	25,0	24,9	25,4
	– острый холецистит	40,6	36,6	36,3
	– острый панкреатит	33,7	35,2	33,0
	– внематочная беременность	23,9	29,1	20,3

4.21	Послеоперационная летальность при заболеваниях, требующих экстренной хирургической помощи, %:			
	– острая непроходимость кишечника	1,21	0,82	1,29
	– острый аппендицит	0,01	0,05	0,05
	– прободная язва желудка и 12 перстной кишки	1,59	4,0	4,82
	– желудочно-кишечные кровотечения	0,86	0,81	1,76
	– ущемлённая грыжа	0,55	0,85	1,34
	– острый холецистит	0,17	0,16	0,15
	– острый панкреатит	8,42	11,66	12,99
	– внематочная беременность	0,00	0,00	0,00
4.22	Больничная летальность в стационарах Минздрава (взрослые)	1,56	1,66	1,74
4.23	Больничная летальность в стационарах Минздрава (дети)	0,09	0,07	0,06
4.24	Удельный вес умерших детей в возрасте до 1 года в первые 24 часа после поступления в стационар (% к числу умерших в возрасте до 1 года)	5,6	12,1	9,6
5. Индикаторы охраны здоровья матери и ребенка				
5.1	Своевременность охвата беременных женщин наблюдением женской консультацией, %	97,4	97,5	97,5
5.2	Удельный вес родов, принятых на дому	0,2	0,2	0,2
5.3	Мертворожденные из числа родившихся живыми и мертвыми, %	0,21	0,23	0,3
5.4	Заболелаемость новорожденных (заболело на 100 родившихся в родовспомогательных организациях)			
	Всего заболело	20,3	20,8	20,8
	из них:			
	а) доношенных	16,8	17,1	17,2
	б) недоношенных	100,0	100,0	100,0
	в т.ч. пациентов			

	1. С родовыми травмами	2,26	2,20	2,18
	из них:			
	а) доношенных	2,33	2,29	2,26
	б) недоношенных	0,51	0,12	0,42
	2. С пневмониями	0,001	0,002	0,00
	из них:			
	а) доношенных	0,001	0,002	0,00
	б) недоношенных	0,00	0,00	0,00
	3. С сепсисом новорожденных	0,03	0,04	0,03
	из них:			
	а) доношенных	0,02	0,02	0,01
	б) недоношенных	0,23	0,45	0,29
5.5	Смертность беременных, рожениц, родильниц (умерло на 1000 родов):			
	от всех причин	0,02	0,05	0,03
	в том числе:			
	– от кровотечений	0,01	0,00	0,01
	– от эклампсий	0,00	0,00	0,00
	– от разрыва матки	0,00	0,01	0,00
5.6	Охват новорожденных прививками против туберкулеза, %	81,5	77,1	86,0
5.7	Охват новорожденных прививками против гепатита В, %	91,0	91,4	91,4
5.8	Смертность новорожденных в родовспомогательных организациях (число умерших на 1000 родившихся):			
	от всех причин	0,24	0,16	0,08
	– в т.ч. среди доношенных	0,14	0,10	0,04
	– в т.ч. среди недоношенных	2,5	1,4	1,04
5.9	Летальность новорожденных в родовспомогательных стационарах (отделениях) (число умерших на 100 родившихся с заболеваниями и заболевших):			
	все заболевания	0,12	0,08	0,04
	из них:			
	– среди доношенных	0,08	0,06	0,02
	– среди недоношенных	0,25	0,14	0,10
5.10	Смертность беременных, рожениц и родильниц (умерло на 100 тыс. родившихся живыми)	2,0	3,2	3,4

5.11	Число родов на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет	45,6	42,5	39,8
5.12	Число абортсв на 100 родившихся живыми и мёртвыми	12,4	11,6	11,1
5.13	Удельный вес внебольничных абортсв, %	33,3	33,7	37,3
5.14	Число абортсв (включая миниабортсв), тыс.	25,3	23,3	21,3
5.15	Число абортсв (включая миниабортсв) на тыс. женщин 15-49 лет	11,3	10,6	9,7
5.16	Число абортсв (включая миниабортсв) на 100 родившихся живыми и мёртвыми	24,5	24,6	24,2
5.17	Число родов, тыс.	101,8	93,5	87,0
5.18	Число родов на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет	45,6	42,5	39,8
5.19	Удельный вес недоношенных детей из общего числа родившихся живыми, %	4,2	4,4	4,4
5.20	Удельный вес недоношенных детей из общего числа родившихся мёртвыми, %	62,0	55,5	55,2
5.21	Смертность новорожденных (число умерших в родовспомогательных организациях) от всех причин на 1000 родившихся	0,24	0,16	0,08
	В т.ч.:			
	– среди доношенных	0,14	0,10	0,04
	– среди недоношенных	2,5	1,4	1,04
5.22	Из общего числа родов, удельный вес родов в стационаре, %	99,8	99,8	99,9
5.23	Осложнения при родах во врачебных стационарах (на 1000 родов) :			
	– кровотечение	14,6	16,6	16,2
	– эклампсия и преэклампсия	3,5	6,1	21,2
	– разрыв матки	0,02	0,11	0,02
	– разрыв промежности III-IV ст.	0,03	0,07	0,02
5.24	Число кесаревых сечений кроме малых влагалищных) на 1000 родов	300,8	303,2	312,2

Учебное издание

**Глушанко Василий Семенович
Шевцова Валентина Владимировна
Рубанова Оксана Святославовна
и др.**

**ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ В ПЕРИОД
ВРАЧЕБНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ
ПРАКТИКИ СТУДЕНТАМИ
5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА И ФАКУЛЬТЕТА
ПОДГОТОВКИ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН ПО ДИСЦИПЛИНЕ:
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.С. Глушанко

учебно-методическое пособие для студентов
высших медицинских учреждений образования,
руководителей практики
лечебно-профилактических организаций

Редактор В.С. Глушанко
Компьютерная вёрстка О.С. Рубанова
Корректор В.В. Шевцова

Подписано в печать _____. Формат бумаги 60x84 1/16.
Бумага типографская №2. Гарнитура _____. Усл. печ. листов _____.
Уч.-изд. л. _____. Тираж _____ экз. Заказ № _____.
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский
государственный медицинский университет»
ЛП № 02330/453 от 30.12.13

пр. Фрунзе, 27, 210009, г. Витебск