



**СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**



Заболеваемость населения: виды, источники и методы изучения. Международная классификация болезней МКБ-10.



**Куделина Ольга Владимировна –
доцент, канд. мед. наук**

**кафедра организации здравоохранения и
общественного здоровья Сибирского
государственного медицинского университета**



Показатели оценки общественного здоровья

Факторы, определяющие здоровье



Демографические

показатели: рождаемость, смертность, миграция и др.

Заболеваемость: общая первичная, госпитализированная, накопленная и др.

Инвалидность: группы, виды, критерии и пр.

Физическое развитие: антропометрические, соматоскопические показатели, уровень соответствия возрастным нормативам и пр.



Учет заболеваемости

полный квалифицированный анализ статистической информации о заболеваемости :

- позволяет разработать меры по ее **профилактике** и в итоге — **оздоровлению населения**;
- необходим для **обоснования управленческих решений** на всех уровнях здравоохранения.
- правильное **планирование, прогнозирование** развития сети учреждений здравоохранения, потребности ее в различных видах ресурсов;
- одним из **критериев оценки качества** работы врачей, медицинских учреждений, системы здравоохранения в целом.

Структура и уровень заболеваемости – важнейшие составляющие комплексной оценки здоровья населения!



Заболеваемость. Классификация заболеваемости



Заболевание — это любое субъективное или объективное отклонение от нормального физиологического состояния организма (ВОЗ)

Заболеваемость – это распространенность болезней среди населения или в его отдельных группах (Лисицын Ю.П.)

Классификация

- по источникам получения информации и методике учета
- по месту регистрации
- по контингентам населения
- по возрасту
- по классам, группам заболеваний, нозологическим формам
- по полу



Классификация заболеваемости по источникам получения информации и методике учета





Амбулаторно-поликлиническая заболеваемость

Впервые по поводу заболевания больные, как правило, обращаются в амбулаторно-поликлинические учреждения. Амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом медицинской помощи.

Посещение – это каждый визит пациента в учреждение здравоохранения

Визит больного к врачу регистрируется с помощью Талона амбулаторного пациента (ф. 025-12/у).

РФ: 9-10 посещений на каждого жителя

ТО: 9687,7 ‰ (2012 г.)

Обращение – это первое посещение врача по поводу данного заболевания

В амбулаторно-поликлинических учреждениях ведется учет **первичной и общей заболеваемости**



Виды заболеваемости по обращаемости

Первичная заболеваемость – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний

$$\text{Первичная заболеваемость} = \frac{\text{Число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$



Структура первичной заболеваемости



Возраст- ные группы	Заболеваемость, ‰		Ранговые места Томская область, 2012 г.
	Российская Федерация 2009 г.	Томская область (2008-12 гг.)	
взрослые (старше 18 лет).	568,1	501,8-553,6	1.Болезни системы кровообращения 2.Болезни органов дыхания 3.Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
подростки (от 15 до 18 лет)	1360,4	1294,6-1399,9	1. Болезни органов дыхания 2. Болезни глаза и его придаточного аппарата 3. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
дети (до 15 лет),	1958,1	2051,6-2151,0	1. Болезни органов дыхания 2. Инфекционные и паразитарные болезни 3. Болезни глаза и его придаточного аппарата



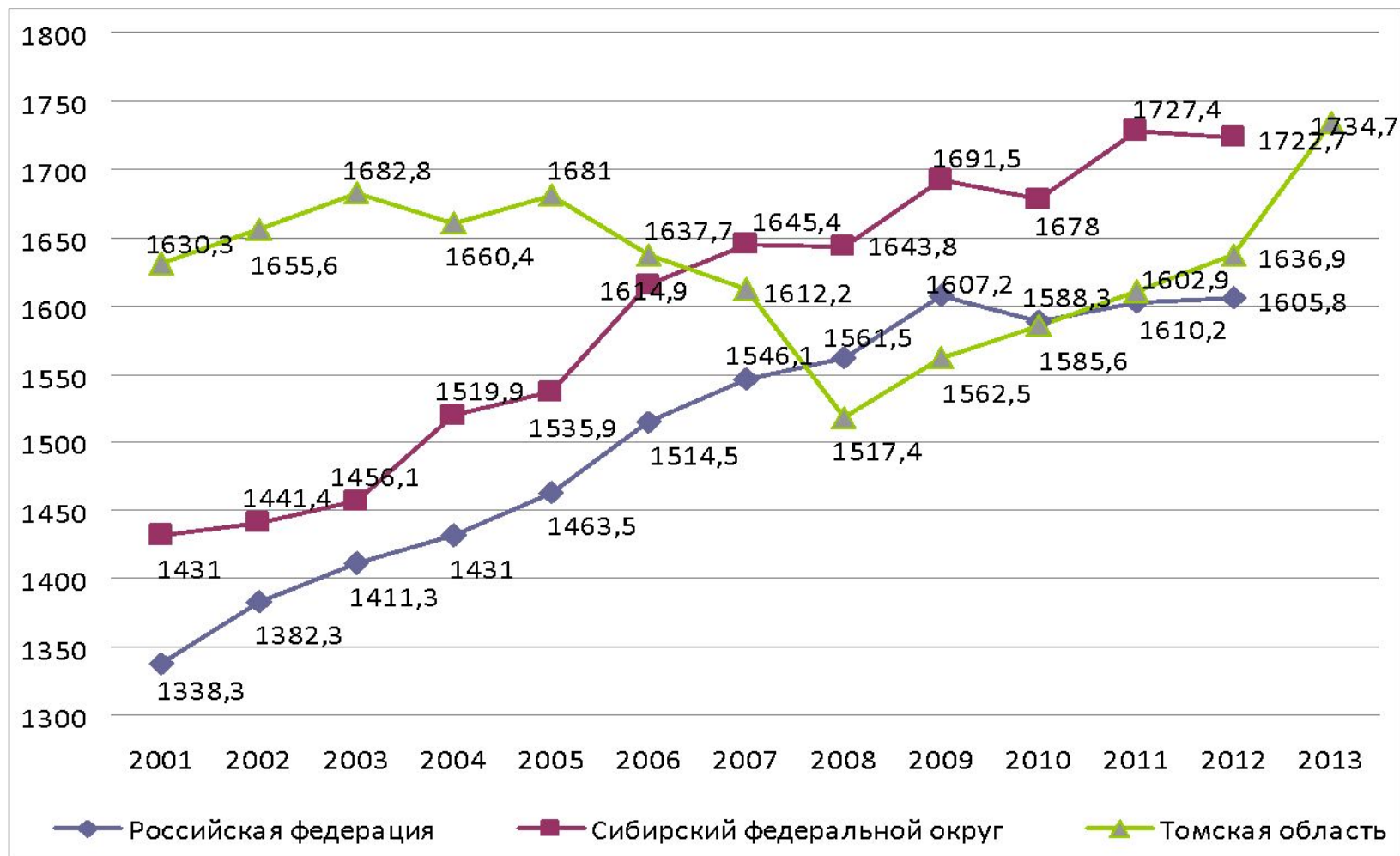
Виды заболеваемости по обращаемости

Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) – совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы

$$\text{Общая заболеваемость} = \frac{\text{Число всех заболеваний, зарегистрированных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$



Общая заболеваемость (все население), на 1 000 населения





Виды заболеваемости по обращаемости

Общая госпитализированная заболеваемость – совокупность первичных в данном году случаев госпитализаций населения по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы, но не зарегистрированные при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения

Частота госпитализаций – совокупность всех случаев госпитализаций населения по поводу заболеваний и других обращений в стационар

Для обеспечения преемственности между стационаром и поликлиникой больному выдается **«Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. №066/у)**, на основе которой в поликлинике после выписки больного из стационара должен быть заполнен «Талон амбулаторного пациента» и таким образом зарегистрировано заболевание



Госпитализированная заболеваемость

$$\text{Общая заболеваемость} = \frac{\text{Число всех заболеваний, зарегистрированных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Общая заболеваемость} = \frac{\text{Число всех заболеваний, зарегистрированных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Госпитализированная
заболеваемость (уровень в целом,
по отдельным заболеваниям)

$$\text{Общая заболеваемость} = \frac{\text{Число всех заболеваний, зарегистрированных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Госпитализированная заболеваемости дает более углубленную информацию:

- о диагностике, частоте отдельных наиболее тяжелых заболеваний,
- совпадении или расхождении клинических и диагнозов,
- о качестве и преемственности лечения больных,
- частоте осложнений, длительности и исходах лечения,
- характере и объеме оказанной медицинской помощи.



Заболеваемость по данным медицинских осмотров

Медицинские осмотры – это лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в целях выявления нарушений состояния здоровья работников и медицинских противопоказаний к работе, а так же в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний.

Медицинские осмотры дают наиболее полную информацию обо всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих без нарушений функций систем и органов.

Медицинские осмотры, способствуя ранней и своевременной диагностике наиболее распространенных социально значимых хронических заболеваний, приводящих к инвалидизации и преждевременной смерти, являются **перспективным методом развития профилактического направления в здравоохранении.**



Виды медицинских осмотров

Предварительные медицинские осмотры

- проводят при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы (ст. 213 ТК РФ)

Периодические медицинские осмотры

- проводят в процессе трудовой деятельности для:
 - определения **соответствия состояния здоровья** работников выполняемой работе;
 - **динамического наблюдения** за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей
 - **своевременного установления начальных признаков профессиональных заболеваний,**
 - **выявления общих заболеваний,** препятствующих продолжению работы с вредными и опасными веществами и производственными факторами,
 - **проведения профилактических, лечебных и других мероприятий,** направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников.

Целевые медицинские осмотры

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



Правовая база проведения медосмотров

Приказ Минздравсоцразвития от 12 апреля 2011 г. N 302н

- перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования);
- перечень работ при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры;
- порядок проведения предварительных и периодических осмотров работников занятых на вредных работах и работах с вредными и (или) опасными производственными факторами;
- круг врачей узких специальностей, участвующих в проведении осмотров,
- перечень обязательных лабораторных и функциональных исследований,
- список медицинских противопоказаний к допуску на работу, связанную с опасными веществами и неблагоприятными факторами.



Категории граждан, в отношении которых проводят предварительные и периодические осмотры

1. Работники, имеющие контакт с профессиональными вредностями
2. Работники медицинских, пищевых, детских и некоторых коммунальных учреждений
3. Дети всех возрастов, подростки, учащиеся средних специальных учебных учреждений, студенты.

$$\text{Общая заболеваемость} = \frac{\text{Число всех заболеваний, зарегистрированных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Результаты медицинских осмотров фиксируют:

в «**Карте подлежащего периодическому осмотру**» (Ф.046/у) – для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры,
в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. «025/у), «Истории развития ребенка» (ф. №026/у).



Скрининг

Скрининг—массовое обследование населения и выявления лиц с подозрением на заболевание или с начальными признакам заболеваний.

Цель: проведение первичного отбора лиц, требующих углубленного обследования, консультаций узких специалистов для формирования групп повышенного риска заболевания определенной патологией.

Метод обследования экономичнее обычных медицинских осмотров.

Формы скрининга

Однопрофильный (целевой) скрининг – система медико-организационных мероприятий для целевого выявления отдельных заболеваний или состояний

Многопрофильный (многоцелевой) скрининг – система медико-организационных мероприятий для выявления целого ряда заболеваний или состояний

Многоэтапный скрининг

при правильно
организованных и
проведенных
медицинских
осмотрах

дополнительно
выявляется

2509 случаев
заболеваний на
1000 населения



Сведения получают путем разработки **«Медицинских свидетельств о смерти» (ф. 106-2/у-98)**,

Важно исключить дублирование этих причин смерти с диагнозами, которые были установлены ранее при обращении пациента в организации здравоохранения.

[illegible]



Заболеваемость по данным о причинах смерти

$$\text{Структура причин смерти (в \%)} = \frac{\text{Число случаев смерти по классам или нозологическим формам} \times 100}{\text{Число всех случаев смерти}}$$

$$\text{Смертность населения (в целом, по отдельным заболеваниям)} = \frac{\text{Число случаев смерти в целом по классам или отдельным нозологиям} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность населения, проживающего на данной территории}}$$

Исследования по изучению заболеваний, ставших причиной смерти, но по поводу которых не было зарегистрировано при жизни обращений в лечебно-профилактические учреждения, **дополнительно** позволили выявить **1,28 случая заболеваний на 1000 населения, среди которых 78% составили заболевания сердечно-сосудистой системы.**



Классификация заболеваемости по контингентам населения

Профессиональная заболеваемость

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

Заболеваемость беременных

Заболеваемость рожениц и родильниц

Заболеваемость детей, посещающих дошкольные учреждения

Заболеваемость школьников

Заболеваемость военнослужащих



Расчет заболеваемости по отдельным возрастным, половым группам, классам болезней, нозологическим формам, контингентам

Явление: число случаев по данному классу болезней, нозологической форме, возрастной или половой группе (а не общее число всех заболеваний)

Среда: среднегодовая численность всего населения (при расчете заболеваемости по классам болезней и нозологическим формам), среднегодовая численность населения в данной возрастно-половой группе.

$$\begin{array}{l} \text{Первичная заболеваемость} \\ \text{болезнями системы} \\ \text{кровообращения} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число заболеваний системы} \\ \text{кровообращения, выявленных} \\ \text{впервые в жизни в данном году} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность} \\ \text{населения} \end{array}} \times 1000$$

$$\begin{array}{l} \text{Первичная заболеваемость} \\ \text{мужчин трудоспособного} \\ \text{возраста болезнями системы} \\ \text{кровообращения} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число заболеваний системы} \\ \text{кровообращения, выявленных} \\ \text{впервые в жизни в данном году у} \\ \text{мужчин трудоспособного возраста} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность мужчин} \\ \text{труд-го возраста} \end{array}} \times 1000$$



Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

Среди работающих выделяются

- заболеваемость профессиональными болезнями и
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ).

Профессиональные болезни - заболевания, обусловленные воздействием неблагоприятных факторов производственной среды.

Классификация профессиональных болезней регламентируется списком профессиональных заболеваний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития (см. проведение медосмотров).

Значение изучения ЗВУТ

- информацией часто пользуются при изучении влияния различных производственных факторов.
- имеет тесную связь с эффективностью мероприятий социально-экономического, гигиенического, медицинского характера, возрастным, половым, профессиональным составом работающих.
- отражает заболеваемость работающего населения, поэтому, кроме социально-гигиенического, имеет и большое социально-экономическое значение.

Заболевшие с ВУТ составляют около 70 % всех болеющих.

[illegible]

- 1) не все заболевания влекут за собой потерю трудоспособности;
- 2) единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является не заболевание, а случай потери трудоспособности;
- 3) на этот показатель значительное влияние оказывают законодательство об оплате дней нетрудоспособности и состояние экспертизы трудоспособности.

В среднем из-за временной утраты трудоспособности теряется до 10 дней на одного работника в год, что составляет 1,4% ВВП.

Следует отметить, что до 40% трудопотерь обусловлено заболеваниями, связанными с неудовлетворительными условиями труда.

Кроме того, на уровень влияют

- условия труда и быта,
- организация и качество медицинского обслуживания,
- качество врачебной экспертизы
- состав работающих.

[illegible]

В строке «дата1» предоставляется дата возникновения причины нетрудоспособности, предполагаемая дата родов, дата начала путевок;
в строке «дата2» предоставляется дата окончания путевок, в строке № путевок предоставляется номер путевки.
Пример записи: «05.10.2011 17.10.2011 2000000000»

В бланке «По уходу» предусмотрены 2 строки в случае ухода за двумя членами семьи, в каждой строке указывается последовательным образом: родственная связь, фамилия, имя, отчество.

В строке «Обязанности и нарушения режима» указать:

- 23 - необходимость предоставления лечения, санаторный уход и стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача
- 24 - диспансеризация явки на приеме в аптеку
- 25 - выезд на работу без выписки
- 26 - отказ от госпитализации в учреждение медико-санитарной помощи
- 27 - диспансеризация явки в учреждение медико-санитарной помощи
- 28 - другие нарушения

В строке «Иные» указать код:
31 - продолжает болеть
32 - установлена инвалидность
33 - изменена группа инвалидности
34 - умер
35 - отказ от проведения медико-социальной экспертизы
36 - явился трудоспособным
37 - достигшие

В строке «предметная связь» указать код:
38 - мать;
39 - отец;
40 - опекун;
41 - покровитель;

[illegible]

Строка «Дата начала работы» заполняется для ячеек 01 и 02 в случаях заключения трудового договора

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ НОМЕР, РАСТЯЖЕННЫЙ В ЛЕВОЙ ЧАСТИ КОРНИКА БЛАНКА ЛИСТКА ПРОУДОСТОКОУЩНОСТИ, НОМЕРОМ БЛАНКА НЕ ВХОДИТ



Показатели изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности

$$\begin{array}{l} \text{Число случаев} \\ \text{нетрудоспособности} \\ \text{на 100 работающих} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число случаев временной утраты} \\ \text{трудоспособности} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность} \\ \text{работающих} \end{array}} \times 100$$

$$\begin{array}{l} \text{Число дней} \\ \text{нетрудоспособности} \\ \text{на 100 работающих} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число дней временной утраты} \\ \text{трудоспособности} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Среднегодовая численность} \\ \text{работающих} \end{array}} \times 100$$

$$\begin{array}{l} \text{Средняя длительность} \\ \text{(тяжесть) случая} \\ \text{временной} \\ \text{нетрудоспособности} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число дней временной утраты} \\ \text{трудоспособности} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Число случаев временной утраты} \\ \text{трудоспособности} \end{array}} \text{ дн.}$$

Статистический документ, регистрирующий ЗВУТ - «**Сведения о причинах временной нетрудоспособности**» (ф. 16-ВН).



Социально-значимые заболевания

**Злокачественные
новообразования
(ЗНО)**

Туберкулез

**ВИЧ-инфекция и
СПИД**

**Алкоголизм,
наркомания**

**Заболевания,
передающиеся
половым путем
(ЗППП)**

**Психические
расстройства и
некоторые другие**

Подлежат специальному учету. Организация их специального учета связана с тем, что они, как правило, требуют **раннего выявления, всестороннего обследования больных, взятия на диспансерный учет, постоянного наблюдения и специального лечения**, а в ряде случаев – **выявление контактных лиц**



Извещение о больном с вновь установленным диагнозом:
сифилис, гонорея, трихомоноз, хламидиоз, герпес уrogenитальный,
аногенитальные бородавки, микроспория, фавус, трихофития, микоз
стоп, чесотка (ф. 089/у-кв);

Извещение о больном с впервые в жизни установленным
диагнозом туберкулеза (ф. 089/у-туб);

Извещение о больном с впервые в жизни установленным
диагнозом злокачественного новообразования (ЗНО) – ф. 090/у;

Извещение о больном с впервые в жизни установленным
диагнозом наркомании (ф. 091/у).

Заполненные извещения **в 3-х дневный** срок после постановки
диагноза направляют в территориальные диспансеры (кожно-
венерологический или противотуберкулезный), а также в
территориальный орган Роспотребнадзора.



Инфекционная заболеваемость

С целью проведения текущих и перспективных медико-организационных мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями в РФ действует строгая система контроля за инфекционной заболеваемостью.

Инфекционные заболевания подлежат специальному учету на всей территории России независимо от места заражения и гражданства заболевшего.

Основные документы

- «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. 058/у)
- «Журнал учета инфекционных заболеваний» (ф. 060/у)

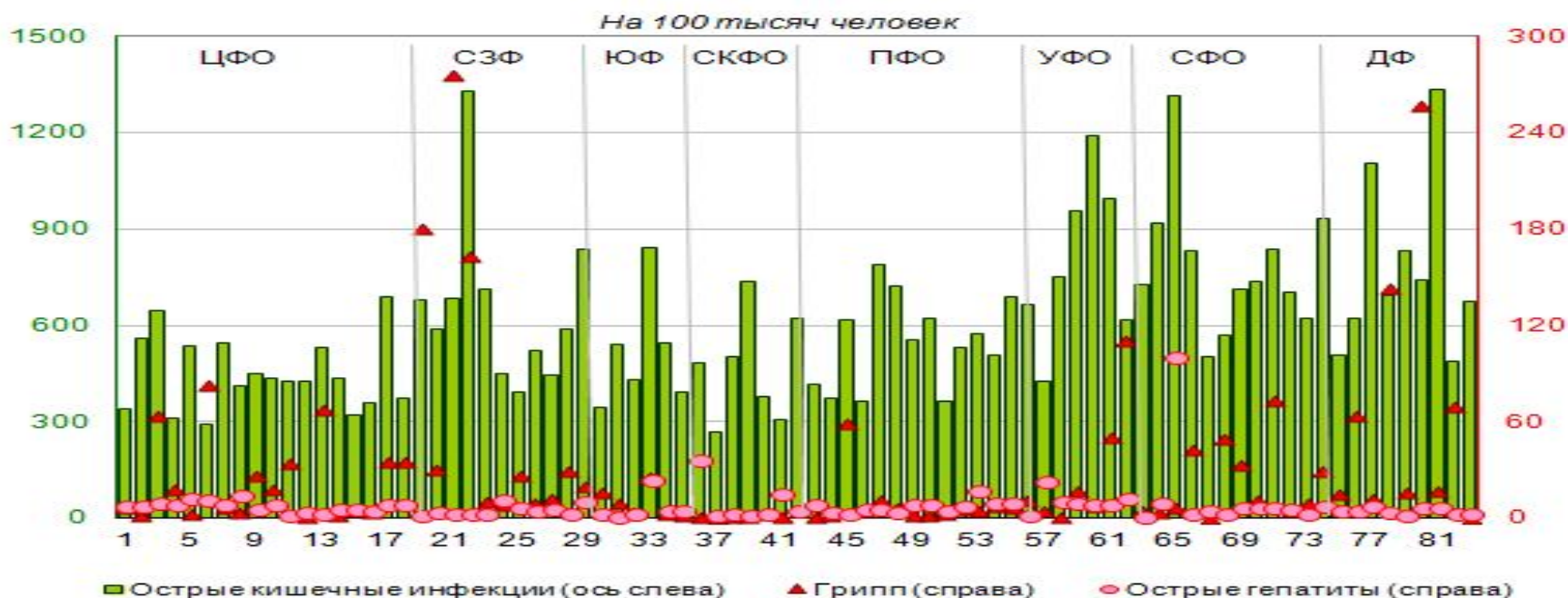
Медицинский работник, установивший диагноз, или заподозривший инфекционное заболевание, обязан **составить экстренное извещение в течение 12 ч и направить его в территориальный Центр гигиены и эпидемиологии (ЦГЭ)** - по месту регистрации заболевания независимо от места жительства больного.



**Заболеваемость
некоторыми
инфекционными
болезнями по регионам
РФ, случаев заболевания на 100
тысяч человек постоянного
населения в январе-
сентябре 2012 года**

Медицинские работники скорой медицинской помощи, выявившие или заподозрившие инфекционное заболевание, в случаях, требующих экстренной госпитализации, сообщают в ЦГЭ по телефону о выявленном больном и его госпитализации, а в остальных случаях сообщают в поликлинику по месту жительства пациента о необходимости направления врача на дом к больному.

Экстренное извещение в данном случае составляется стационаром, куда был госпитализирован больной, или поликлиникой, врач которой посетил больного на дому.



Болезни системы кровообращения

Болезни системы кровообращения занимают одно из ведущих мест в структуре обращаемости населения за медицинской помощью, и является главной причиной смертности населения

Распространенность болезней системы кровообращения и динамика смертности от них весьма неоднородны в разных странах и даже в отдельных группах населения одной страны.

Например, в Японии – стране с высокоразвитой экономикой – смертность от данных болезней весьма низкая

По данным экспертной оценки, экономический ущерб только от артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней ежегодно составляет более 30 млрд. руб.

В настоящее время в основе первичной профилактики болезней системы кровообращения лежит **концепция о факторах риска** этой патологии.



Болезни системы кровообращения

Факторы риска

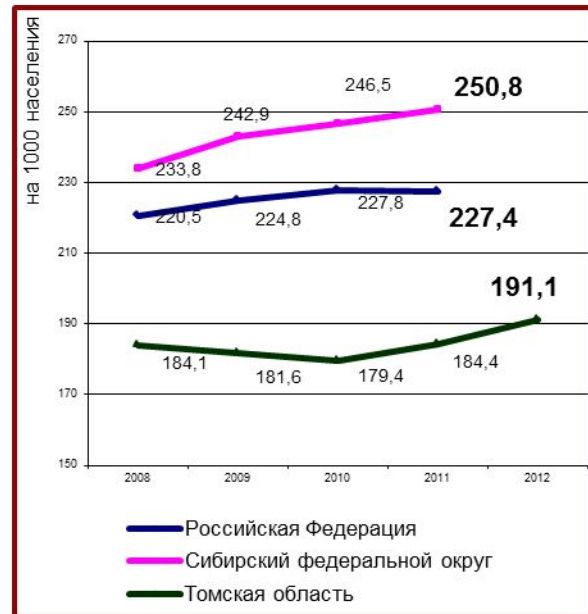
Неуправляемые
(пол, возраст,
наследственность)

Управляемые

Факторы образа жизни
(курение, питание, масса тела,
гиподинамия, алкоголь,
курение)

Биологические факторы
(высокое АД, сахарный диабет,
холестерин)

Психо-социальные факторы
(стресс, усталость, социальная
незащищенность)



Основные факторы риска

(процент в общем числе летальных исходов заболеваний сердца и системы кровообращения)



Повышенное
давление



Повышенный
холестерин



Курение



Неправильное
питание



Ожирение



Злоупотребление
алкоголем



Малоподвижный
образ жизни



Злокачественные новообразования

В большинстве экономически развитых стран злокачественные новообразования занимают второе место в структуре причин смерти.

Если в начале XX в. на их долю приходилось 3-7%, то в настоящее время 15-20%.

На учете онкологической службы находится 1,5% населения страны

Первичная заболеваемость невелика – 1-2% в год.

Структура первичной заболеваемости

возрастно-половые особенности

У мужчин:

- 1) новообразования трахеи, бронхов, легких составляет – 25%;
- 2) рак желудка – 13%;
- 3) новообразования кожи – 9,5%

У женщин:

- 1) рак молочной железы – 19,5%;
- 2) новообразования кожи – 14%;
- 3) рак желудка – 9%.



Злокачественные новообразования

Медико-социальное значение

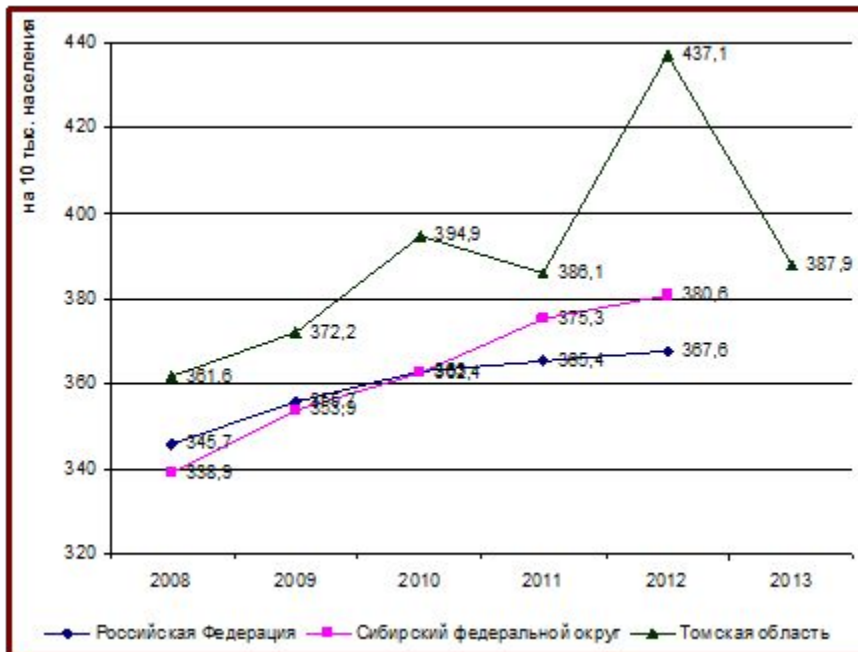
заболеваний определяется:

- высоким удельным весом в структуре смертности;
- высокой летальностью (включая годовичную);
- высокими экономическими потерями (преждевременная смертность, дорогостоящее и длительное лечение).

Направления профилактики

онкологических заболеваний :

- выявление и устранение факторов риска этой патологии;
- раннее выявление и радикальное лечение предраковых заболеваний



Удельный вес стадии:

I-II – 46,3%, III – 20,7%, IV – 22,1%

Неуточненные – 10,9%

Пятилетняя выживаемость – 49,6%

Одогодичная летальность – 28,2%

Томская обл., 2013



Международная классификация болезней – МКБ-10

МКБ – система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки.

1893 г. , Бертильон – 1-ая МКБ (в виде перечня причин смерти) принята Международным статистическим институтом

1900 г., Париж – данная классификация утверждена как международная
Пересматривалась 10 раз

1993 г. - Десятая международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

Структура МКБ-10 (основу классификации предложил Уильям Фарр) - статистические данные о болезнях должны быть сгруппированы следующим образом:

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





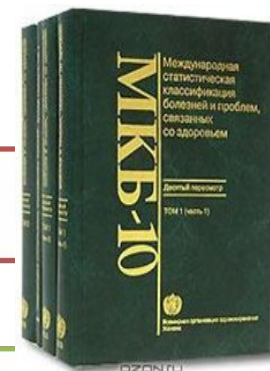
Принципы построения МКБ-10

1. **Принцип этиологии** (I класс – «Инфекционные и паразитарные болезни», XVII класс – «Несчастные случаи, отравления, травмы»);
2. **Принцип патогенеза** (II класс «Новообразования»);
3. **Принцип локализации** (по нему построено большинство классов: «Болезни системы кровообращения», «Болезни органов пищеварения» и т.д.)
4. **Принцип общности особых состояний** (XI класс – «Осложнения беременности, родов и послеродового периода»)

Основная классификация, основные термины и перечни для разработки данных заболеваемости и смертности

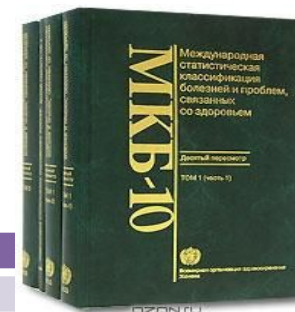
Инструкции по применению, правила кодирования причин смерти и заболеваний, а также основные требования к статистическому представлению информации

Алфавитный указатель классификации





Классы МКБ-10



коды	Название класса болезней
A00-B99	НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ
C00-D48	НОВООБРАЗОВАНИЯ
D50-D89	БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ
E00-E90	БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ
F00-F99	ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ
G00-G99	БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
H00-H59	БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА
H60-H95	БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА
I00-I99	БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
J00-J99	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
K00-K93	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
L00-L99	БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ
M00-M99	БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
N00-N99	БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ
O00-O99	БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД
P00-P96	ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Q00-Q99	ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ [ПОРОКИ РАЗВИТИЯ], ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ
R00-R99	СИМПТОМЫ, ПРИЗНАКИ И ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ
S00-T98	ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН
V01-Y98	ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ
Z00-Z99	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
U00-U89	Коды для особых целей XXII

Классы имеют буквенно-цифровой код. Класс подразделяется на 3-х значные рубрики, каждая из них может быть подразделена на 4-х значные подрубрики числом до 10



Задачи по улучшению здоровья населения



- повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи;
- усиление профилактической направленности здравоохранения;
- удовлетворение потребности населения в высокотехнологичных методах диагностики и видах медицинской помощи.

Улучшения ситуации в отношении заболеваемости, смертности и продолжительности жизни можно ожидать **лишь при условии жизни и сохранения благополучия в достаточно длительном (не менее 10 лет) временном интервале.**



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



www.kozhukhovo.ru

