

## Результаты выявления болезней системы кровообращения при диспансеризации взрослого населения: опыт первых 2 лет

А.М. КАЛИНИНА, П.В. ИПАТОВ, Д.В. КУШУНИНА, В.А. ЕГОРОВ, Л.Ю. ДРОЗДОВА, С.А. БОЙЦОВ

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### Results of circulatory disease detection during prophylactic medical examination of the adult population: the first two years' experience

A.M. KALININA, P.V. IPATOV, D.V. KUSHUNINA, V.A. EGOROV, L.Yu. DROZDOVA, S.A. BOYTSOV

National Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

#### Резюме

**Цель исследования.** Оценить частоту выявления болезней системы кровообращения (БСК) в ходе диспансеризации взрослого населения, определить ее взаимосвязь с показателями смертности и распространенностью факторов риска.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ результатов диспансеризации взрослого населения в 2013—2014 гг. в Российской Федерации (РФ) в целом и в субъектах РФ в отношении выявления БСК, основанный на данных статистической отчетности и официальной медицинской статистики по заболеваемости и смертности взрослого населения.

**Результаты.** В анализ включены данные официальной статистической отчетности о результатах диспансеризации 2013 г. (19,4 млн человек) и 2014 г. (22,2 млн человек). В 2013 г. выявлено на 1000 обследованных 85,9 случая БСК, в 2014 г. — 82,7. Случаев артериальной гипертонии (АГ) выявлено соответственно 50 и 46,2, ишемической болезни сердца (ИБС) — 17,1 и 16,1, цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) — 11,5 и 11,2. В структуре БСК большинство случаев обусловлены АГ (58,4 и 57% соответственно в 2013 и 2014 гг.). Доля ИБС соответственно составила 19,9 и 19,4%, ЦВЗ — 13,4 и 13,6%.

**Заключение.** Проведенный анализ позволил обосновать важность проведения постоянного мониторинга диспансеризации на уровне каждой конкретной медицинской организации первичной медико-санитарной помощи для повышения ее качества и полноты диагностического обследования. Полученные межрегиональные различия по частоте выявления болезней системы кровообращения требуют детального анализа и определения их причин, что будет способствовать обеспечению превентивной направленности диспансеризации, которая неразрывно связана с мерами последующего активного диспансерного наблюдения больных с выявленными заболеваниями и риском их развития.

**Ключевые слова:** диспансеризация, профилактика, активное выявление сердечно-сосудистых заболеваний, болезни системы кровообращения, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, факторы риска, первичная медико-санитарная помощь.

**Aim.** To estimate circulatory diseases (CD) detection rates during prophylactic medical examination of the adult population and to define their association with mortality rates and the spread of risk factors.

**Materials and methods.** The results of the 2013—2014 prophylactic medical examinations for CD in the adult population of the Russian Federation as a whole and its subjects were comparatively analyzed using the data of statistical reports and official medical statistics on morbidity and mortality in the adult population.

**Results.** The data of official statistical reports on the results of prophylactic medical examinations in 2013 (19.4 million) and 2014 (22.2 million) were analyzed. In 2013 and 2014, there were 85.9 and 82.7 CD cases per 1000 examinees, respectively. These years were marked by the detection of 50.0 and 46.2 hypertensive patients, 17.1 and 16.1 coronary heart disease (CHD) cases, and 11.5 and 11.2 cerebrovascular diseases (CVD) ones, respectively. In 2013 and 2014, most CD cases were caused by hypertension (58.4 and 57%, respectively). The proportion of CHD was 19.9 and 19.4% and that of CVD was 13.4 and 13.6%, respectively.

**Conclusion.** The analysis carried out could provide evidence for the importance of continuous monitoring of prophylactic medical examination at the level of each specific healthcare facility for primary health care to improve its quality and completeness of diagnostic examination. The found interregional differences in the detection rate of CD call for detailed analysis and determination of their causes, which will ensure the preventive direction of a medical examination that is inextricably entwined with further active follow-up measures for patients having the identified diseases and a risk for their development.

**Keywords:** prophylactic medical examination; prevention; active detection of cardiovascular diseases; circulatory diseases; coronary heart disease; cerebrovascular diseases; risk factors; primary health care.

АГ — артериальная гипертония  
АД — артериальное давление  
БСК — болезни системы кровообращения  
ДН — диспансерное наблюдение  
ДСБА — дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

ИБС — ишемическая болезнь сердца  
ПМСП — первичная медико-санитарная помощь  
ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания  
ФР — фактор риска  
ЦВЗ — цереброваскулярные заболевания

На протяжении последних 10 лет в России наблюдается устойчивая тенденция к снижению смертности от болезни системы кровообращения (БСК), однако этот показатель остается одним из самых высоких в мире, что определяет значительные затраты на оказание медицинской помощи больным [1–3]. По данным официальной медицинской статистики, в нашей стране в 2013 г. зарегистрированы 32,1 млн больных БСК, из которых у 4 млн заболевание установлено впервые в жизни, что обосновывает необходимость принятия реальных практических мер по ускорению темпов снижения потерь общества от БСК [3–5].

С учетом того, что в нашей стране БСК по масштабам продолжают оставаться приоритетными в новой оптимизированной организационной технологии массовых обследований — диспансеризации определенных групп взрослого населения и последующего диспансерного наблюдения (ДН) поставлены актуальные задачи раннего выявления этих заболеваний и риска их развития для своевременного лечения, профилактики осложнений и быстрого прогрессирования этих заболеваний [4, 6, 7]. Описание методологии и некоторые первые результаты диспансеризации, в частности по выявлению БСК, публиковались ранее [8–10].

Цель исследования — оценить частоту выявления БСК в ходе диспансеризации взрослого населения, определить ее взаимосвязь с показателями смертности и распространенностью факторов риска (ФР).

## Материалы и методы

Объект исследования — данные статистической отчетной формы 131/о, заполненной согласно приказу Минздрава РФ №382н [11]. С апреля 2015 г. введен в действие обновленный приказ Минздрава РФ №36ан по диспансеризации [12] и соответственно статистические отчетные формы — приказ Минздрава РФ №87н [13]. При сохранившейся методологии выявления БСК введена регистрация случаев заболеваний, впервые выявленных в ходе диспансеризации.

Объем анализируемого материала: проведен сравнительный анализ результатов диспансеризации 2013 г. (19,4 млн обследованных) и 2014 г. (22,2 млн обследованных). Число впервые выявленных случаев заболеваний оценивали за первые месяцы внедрения новых приказов [12, 13] по данным от 50 регионов РФ (2,4 млн обследованных).

Методология выявления основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), обусловленных атеросклерозом и имеющих общие ФР, включала двухэтапность и описана ранее [4, 7, 10].

На первом этапе диспансеризации выявляли вероятность наличия ишемической болезни сердца (ИБС), цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) и заболеваний, обусловленных повышенным артериальным давлением (АД), на основании унифицированного опроса по модифицированному скрининговому опросным методикам [5, 14–16], снятия электрокардиограммы (ЭКГ) в покое, регистрации основных ФР развития ССЗ, осмотра неврологом определенных возрастных групп и осмотра всех обследованных участков терапевтом. В случае необходимости уточ-

нения диагноза назначали обследования в рамках второго этапа диспансеризации или дополнительные обследования.

На втором этапе в рамках диспансеризации углубленное диагностическое обследование, проводимое по выявленным на первом этапе медицинским показаниям, включало дуплексное сканирование брахицефальных артерий, повторный осмотр неврологом и терапевтом, а также определение показаний к дальнейшему углубленному обследованию вне рамок диспансеризации с целью уточнения диагноза.

Кроме выявления в ходе диспансеризации ССЗ впервые в нашей стране выявлялись основные ФР по единым критериям [4] и суммарный риск развития ССЗ по Европейской шкале риска SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) [17].

Статистический анализ проведен методами описательной сравнительной статистики и корреляционного анализа межрегиональных результатов. Достоверность различий оценивали по критерию *t* Стьюдента.

## Результаты и обсуждение

Общая численность включенных в настоящий анализ граждан, прошедших в диспансеризацию, составила в 2013 г. 19,4 млн. (94,6% от всех обследованных в 2013 г.) в 2014 г. 22,2 млн (98,7% от всех обследованных в 2014 г.).

В 2013 г. БСК в целом установлены у 1 668 480 человек (85,9 случая на 1000 обследованных), включая 974 553 случая артериальной гипертензии — АГ (50 случаев на 1000 обследованных), 331 803 случая ИБС (17,1 случая на 1000 обследованных), 223 003 случая ЦВЗ (11,5 случая на 1000 обследованных).

В 2014 г. БСК в целом установлены у 1 834 960 чел. (82,7 случая на 1000 обследованных), включая 1 025 161 случай АГ (46,2 случая на 1000 обследованных), 356 649 случаев ИБС (16,1 случая на 1000 обследованных), 248 633 случая ЦВЗ (11,2 случая на 1000 обследованных), т.е. по всем показателям частота выявления БСК несколько снизилась.

Структура БСК, выявленных при диспансеризации по данным 2013 и 2014 гг., отражена на **рис. 1**.

В структуре БСК большинство случаев обусловлены АГ (58,4 и 57% соответственно в 2013 и 2014 гг.). ИБС соответственно составила в структуре БСК 19,9 и 19,4%, ЦВЗ 13,4 и 13,6%. В ходе активного обследования при диспансеризации почти в 5% случаев выявленных ССЗ потребовались неотложные медицинские вмешательства и лечение (при ИБС в 5,1% установлена нестабильная стенокардия; при ЦВЗ в 5,3% выявлен стеноз или закупорка церебральных и прецеребральных артерий). У 30% больных с установленной ИБС имелись клинические проявления стенокардии напряжения.

Вместе с тем анализ первых двух лет проведения диспансеризации показал, что в статистической отчетности такой показатель, как «выявлено заболеваний», не имевший четкого нормативно закрепленного (инструктивного) определения, не позволял оценить диагностическую результативность диспансеризации в отношении активного выявления.

В 2015 г. (с апреля) в соответствии с приказами Минздрава РФ [12, 13] введена отдельная регистрация в статисти-

### Сведения об авторах:

*Ипатов Петр Васильевич* — д.м.н., проф., в.н.с.

*Кушунина Дарья Вячеславовна* — лаборант-исследователь

*Егоров Вадим Анатольевич* — к.м.н., с.н.с.

*Дроздова Любовь Юрьевна* — к.м.н., с.н.с.

*Бойцов Сергей Анатольевич* — д.м.н., проф., директор ФГБУ ГНИЦ ПМ

### Контактная информация:

*Калинина Анна Михайловна* — д.м.н., проф., рук. отд.; 101990 Москва, Петроверигский пер., 10, стр. 3; тел.: +7(499)553-6750; e-mail: AKalinina@gnicpm.ru

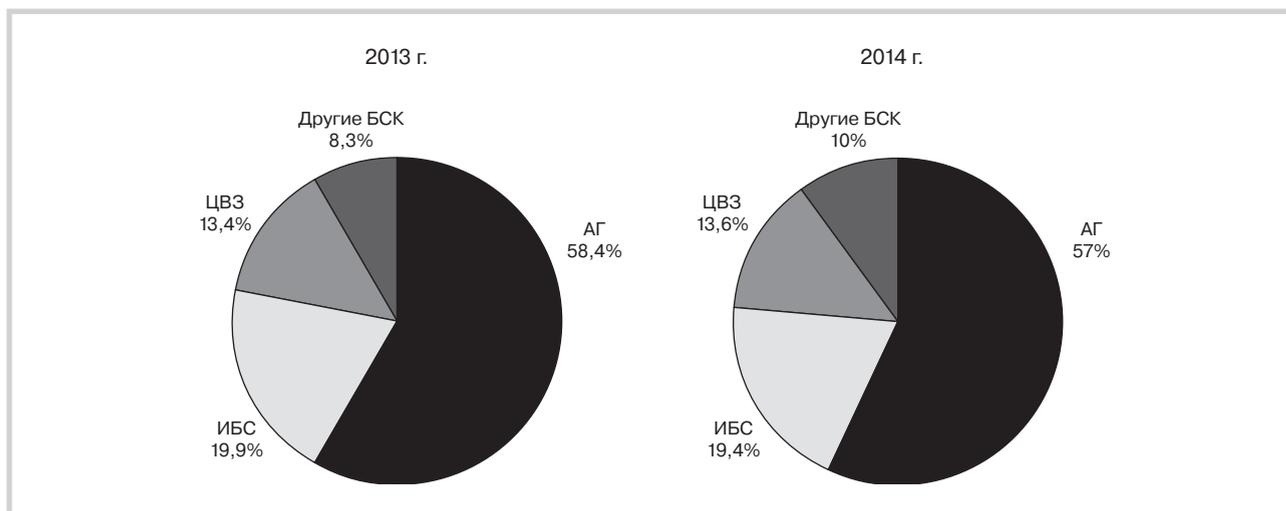


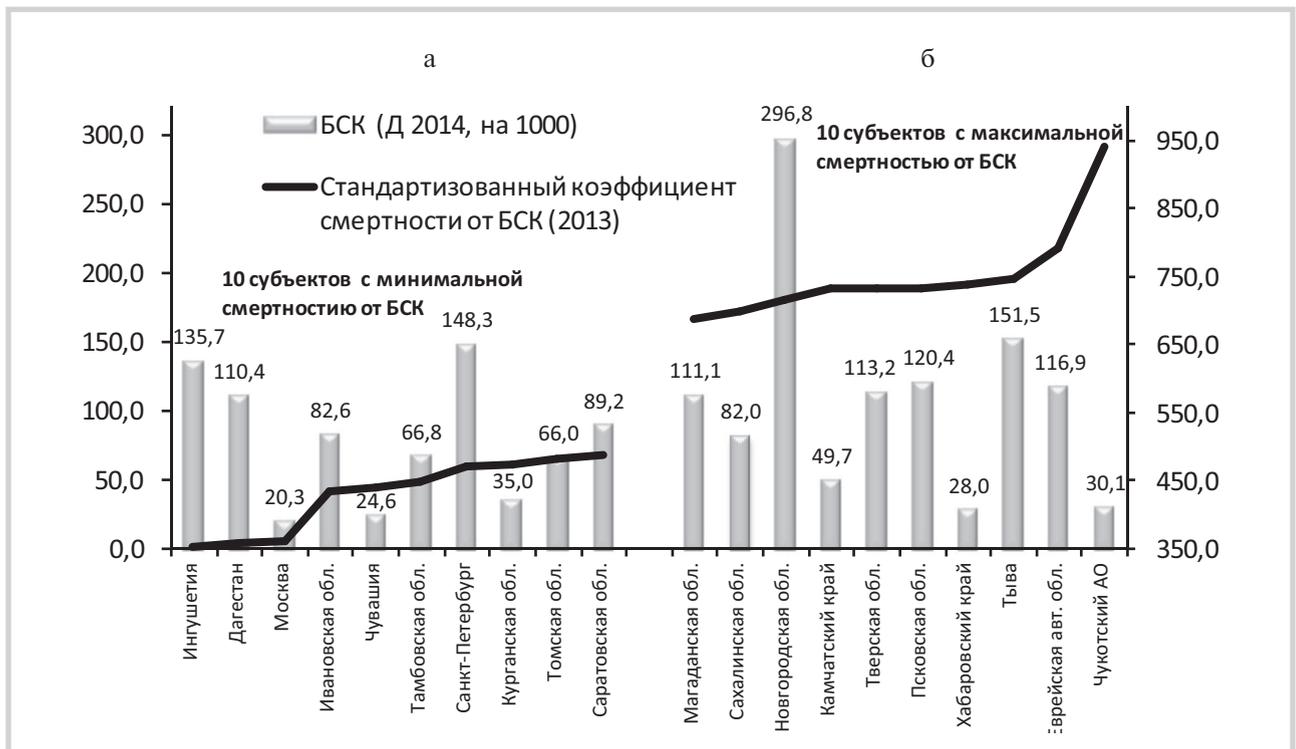
Рис. 1. Структура БСК, выявленных при диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2013 и 2014 гг.

стической форме (ф.131) всех зарегистрированных случаев заболеваний (таблица 5000) и впервые выявленных случаев (таблица 5001). Так, за первые 2 мес работы и сбора данных диспансеризации по новым учетно-отчетным формам по 50 субъектам РФ регистрация случаев БСК значительно выросла — всего установлено 286,8 случая БСК на 1000 обследованных, в том числе 44,6 случая на 1000 обследованных впервые выявленных заболеваний. Как известно, в настоящее время показатель общей заболеваемости БСК (болезненности) регистрируется по обращаемости. В этой связи получение в перспективе полных данных по частоте БСК (всех случаев и впервые выявленных) при активном выявлении в ходе диспансеризации имеет большое стратегическое значение для объективного планирования объемов и направлений медицинской кардиологической и профилактической помощи в здравоохранении.

В ходе мониторинга качества диагностического обследования в отношении полноты выявления ССЗ [10] показана низкая частота (не более 10% по отдельным методам) назначений методов углубленного диагностического обследования (2-й этап). Так, в среднем по данным 2013—2014 гг. на 2-й этап направлены около 20% от числа граждан, прошедших 1-й этап, что в настоящее время продолжает оставаться предметом детального контроля и анализа причин такого низкого показателя. Наряду с низкой частотой назначения методов 2-го этапа сохраняется и неполная частота их выполнения. Так, по данным 2013 г., полнота выполнения назначенного в ходе диспансеризации дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий (ДСБА) составила 61%, осмотра невролога — 84%, исследований липидного состава крови — 85%. В 2014 г. аналогичные показатели были несколько выше — 79,6% для ДСБА, 89,6% для осмотра невролога, 88,4% для определения липидного состава крови. К сожалению, по данным анализируемых статистических форм отчетности оценить правильность назначений невозможно, так как в них не регистрируются данные первичной медицинской документации. Вместе с тем кон-

троль качества диспансеризации имеет важнейшее значение с позиции как обеспечения диагностической полноты, так и рационального использования ресурсов (кадров, оборудования и пр.). Следует предположить, что повысить контроль качества выполнения процедуры диспансеризации позволит начавшаяся в настоящее время работа по информатизации в здравоохранении. В настоящее время такие проекты проводятся в пилотном режиме. Информатизация диспансеризации направлена на уменьшение влияния человеческого фактора и возможной фальсификации данных, о вероятности чего неоднократно высказываются пессимистически и критически настроенные специалисты — оппоненты диспансеризации. Безусловно, нельзя полностью отрицать вероятность получения искаженных результатов диспансеризации вследствие ошибок или неправомерных действий (фальсификация, приписки, неполная информация и т.п.). Несомненно, что данная проблема должна изучаться специально и в цели настоящей статьи не входила. Вместе с тем нами предпринята попытка косвенно оценить степень объективности получаемых данных. В основу гипотезы положено предположение, что в регионах с высокой смертностью от БСК ожидается и более высокая частоты выявления заболеваний и ФР, а в регионах с низкой смертностью — наоборот. Для такого сравнения сформированы 2 группы регионов нашей страны с минимальными и максимальными коэффициентами стандартизованной смертности от БСК (по 10 субъектов в каждой группе; рис. 2).

Хотя проведенное сравнение не может претендовать на полностью адекватный метод оценки, полученные результаты свидетельствуют о параллели этих показателей и определенной степени правомерности приведенной выше гипотезы. Так, по данным 2014 г., если средняя по стране частота выявления БСК, как показано выше, составила 82,7 случая на 1000 обследованных, то в 10 субъектах с низкой смертностью средняя частота БСК оказалась достоверно ниже среднероссийской (64,0 случая на 1000 обследованных;  $p < 0,05$ ) и достоверно ниже, чем в 10 субъек-



**Рис. 2.** Сравнение частоты выявления БСК (на 1000 обследованных) при диспансеризации определенных групп взрослого населения и стандартизованных коэффициентов смертности от БСК в 10 субъектах с минимальными (а) и максимальными (б) показателями.

тах с высокой смертностью (107,9 на 1000 обследованных;  $p < 0,01$ ).

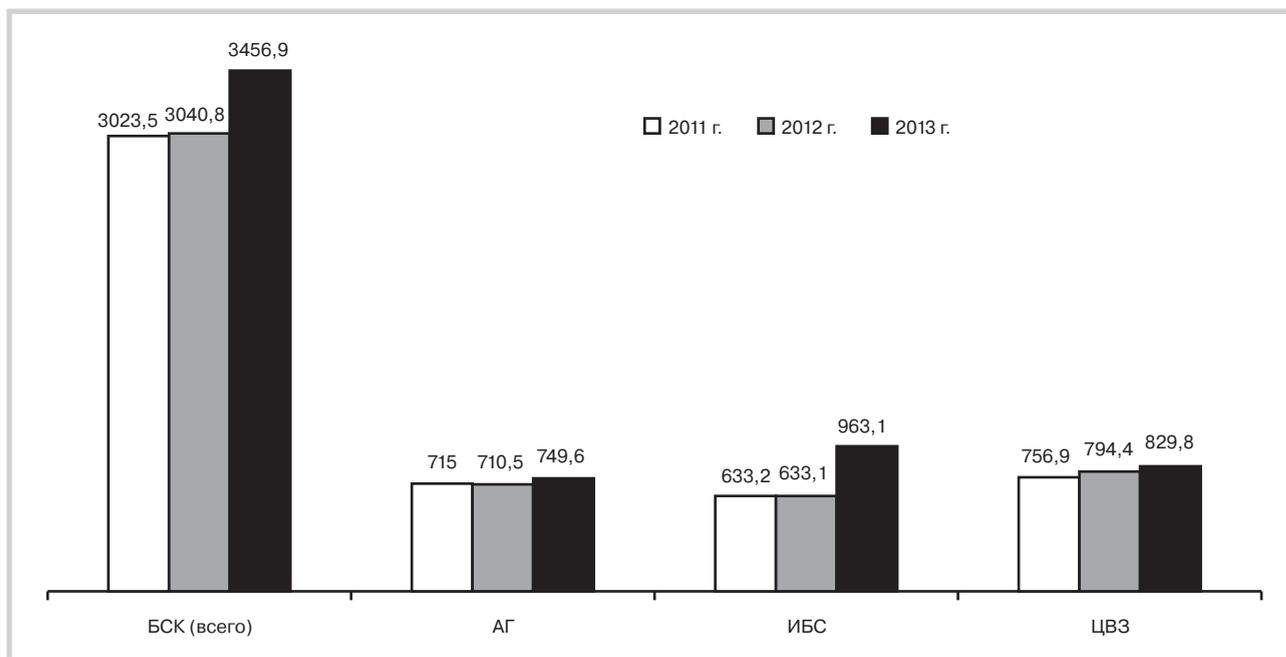
Анализ выявил значительный межрегиональный разброс частоты выявления БСК (от 2 до 375 случаев на 1000 обследованных), что должно быть предметом специального анализа в дальнейшем.

При значительном межрегиональном разбросе этого показателя отмечены неоднозначные тенденции и в анализируемых группах регионов. Так, не во всех субъектах с низкой смертностью регистрируется низкая частота выявления БСК, и наоборот, не во всех субъектах с высокой смертностью отмечена высокая ее частота. В этой связи необходимо обратить внимание на разнонаправленные величины сравниваемых показателей и особенно на регионы с низкой частотой выявления БСК при высоких региональных показателях смертности от этих заболеваний.

Частота выявления БСК оказалась ниже среднероссийской более чем в 50% субъектов РФ (48 субъектов), причем в 27 из них в 2 раза ниже, а в 3 — в 10 раз и более (Республика Саха (Якутия), Новосибирская область, Пермский край). Она оказалась ниже среднероссийского показателя в 3 регионах, вошедших в группу 10 с самой высокой стандартизованной смертностью от БСК (Камчатский край, Хабаровский край, Чукотский АО). Причины выявленной особенности обуславливают необходимость специального углубленного изучения, в таких субъектах требуется повысить контроль качества процедуры диспансеризации. В субъектах, где регистрируется высокая частота выявления БСК (выше среднероссийского показателя), необходимо усилить меры по контролю этих заболеваний на всех этапах оказания медицинской помо-

щи, особенно в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в частности в рамках ДН, что по анализируемым результатам необходимо в 1/3 регионов нашей страны, причем особенно в регионах, где частота выявления БСК в 2—4 раза больше среднероссийской (Чеченская республика, Оренбургская область, Республика Мордовия, Новгородская, Пензенская, Нижегородская, Ростовская области). Проблемы контроля БСК в первичном звене здравоохранения требуют особого внимания в субъектах, где при существующих относительно низких показателях смертности от БСК отмечена ее высокая частота в ходе диспансеризации. Эти факты требуют внимания со стороны местных органов управления здравоохранением в плане как контроля качества выявления и регистрации заболеваний, так и своевременных профилактических мер в здравоохранении.

Для проверки изложенной гипотезы в отношении возможных различий частоты выявления при диспансеризации основных ФР в группах регионов с высокой и низкой стандартизованной смертностью от БСК проведен сравнительный анализ, который подтвердил наличие таких взаимосвязей и их однонаправленность. Так, в частности, в регионах с высокой смертностью от БСК частота выявления при диспансеризации ФР была больше (курения в 1,7 раза, пагубного потребления алкоголя в 3,3 раза, нерационального питания в 1,6 раза, низкой физической активности и избыточной массы тела в 1,3 раза), что может негативно влиять на показатели здоровья в этих регионах. Отмеченные взаимосвязи, безусловно, должны стать предметом постоянного анализа как на федеральном, так и на региональных, местных уровнях, что необ-



**Рис. 3.** Впервые выявленная заболеваемость основными БСК взрослого населения Российской Федерации в 2011—2013 гг. (данные официальной медицинской статистики, число случаев на 100 тыс. населения).

ходимо для принятия конкретных мер по снижению риска развития заболеваний.

Принимая во внимание масштабный объем медицинских осмотров, проводимых в рамках диспансеризации, правомерно предположить, что полученные результаты должны отразиться и на показателях официальной медицинской статистики, что и получено в 2013 г. по сравнению с предыдущими годами, в частности по заболеваемости БСК, в том числе первичной [18]. Так, по данным официальной медицинской статистики, среди взрослого населения России в годы, предшествовавшие внедрению масштабной диспансеризации, отмечался незначительный прирост впервые выявленных случаев БСК (в 2011 г. — 3023,5 случая на 100 тыс. населения, в 2012 г. — 3040,8 случая) преимущественно за счет ЦВЗ с тенденцией к снижению впервые числа выявленных случаев АГ (рис. 3).

В 2013 г. отмечен более значительный рост числа впервые выявленных случаев заболеваний по отношению к предшествовавшему 2012 г.: БСК всего на 13,7%, АГ на 5,5%, ИБС на 52,1%, ЦВЗ на 4,5%. Тенденцию к росту первичной заболеваемости в условиях масштабного внедрения массовых обследований населения (диспансеризации) следует оценивать как позитивную, что может свидетельствовать о раннем выявлении патологии, а это позволит своевременно начать необходимое лечение, ДН и соответственно предотвратить рост числа осложнений и фатальных исходов. Наиболее значительный прирост первичной заболеваемости ИБС произошел за счет раннего выявления стенокардии, включая нестабильную (рис. 4).

Полученные результаты особенно значимы для своевременной профилактики фатальных осложнений у больных этой группы, которые до диспансеризации могли

не обращаться за медицинской помощью до развития грозных осложнений. Таким образом, данные официальной статистики подтверждают значительную социальную роль диспансеризации в снижении предотвратимых смертей и тяжелых инвалидизирующих осложнений, благодаря своевременному выявлению случаев заболеваний и риска их развития.

## Заключение

Таким образом, анализ постоянно действующего ежемесячного мониторинга диспансеризации показал необходимость принятия оперативных мер по повышению объективности получаемых данных и полноты выполнения диагностического обследования граждан. Только при этих условиях возможно получение результатов диспансеризации с высокой степенью отражающих реальную ситуацию межрегиональные особенности и исключить и свести к минимуму влияние субъективизма оценок и возможной ошибочной или фальсифицированной трактовки результатов.

Следует подчеркнуть, что проведенный анализ результатов первых лет внедрения в практику ПМСП масштабной диспансеризации позволил показать диагностическую значимость комплексной методологии выявления ССЗ и риска их развития [12], а также сконцентрировать внимание на направлениях, требующих совершенствования для повышения полноты и качества медицинского обследования в рамках диспансеризации и назначения более адресных углубленных обследований, терапевтической и профилактической тактики. Результаты подтвердили важность проведения постоянного мониторинга диспансеризации на уровне каждой конкретной меди-

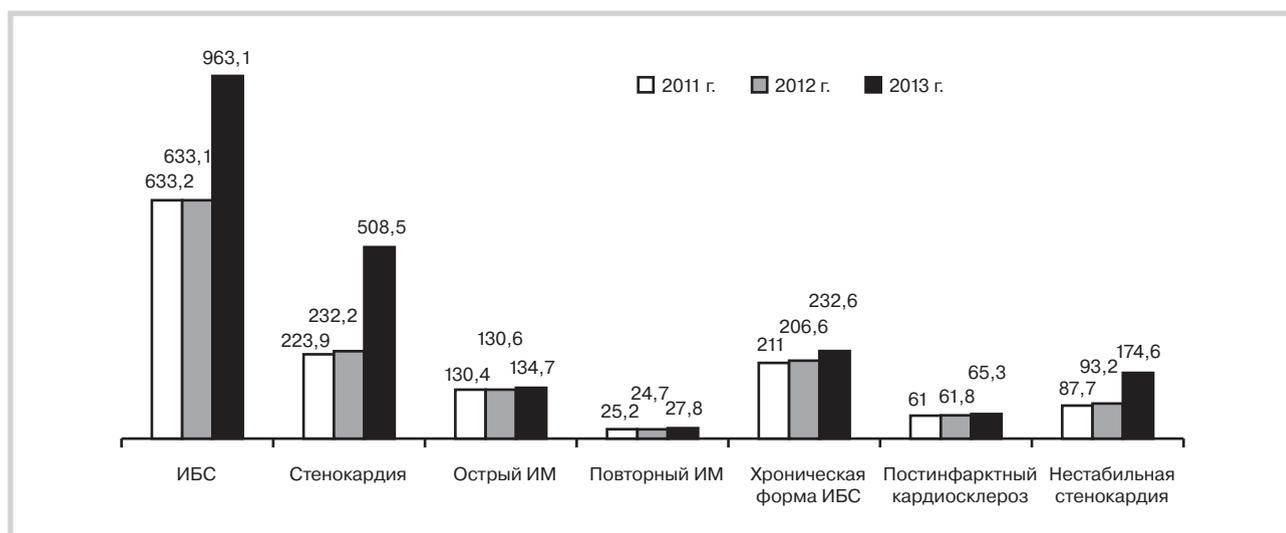


Рис. 4. Впервые выявленная заболеваемость взрослого населения Российской Федерации в 2011—2013 гг. по формам ИБС (данные официальной медицинской статистики, число случаев на 100 тыс. населения).

цинской организации ПМСП не только объемов выполненных исследований, но и контроля их качества, обращая особое внимание методам 2-го этапа, а также активного участия участковых терапевтов, врачей общей практики, среднего медицинского персонала в привлечении населения к прохождению диспансеризации, а при необ-

ходимости и к ДН с выполнением всех врачебных назначений. Только при тесном взаимном сотрудничестве врача и пациента можно достичь снижения риска развития ССЗ и их фатальных осложнений.

**Конфликт интересов отсутствует.**

## ЛИТЕРАТУРА

- Бойцов С.А., Самородская И.В., Третьяков В.В. Градиент смертности населения в возрасте 40—59 лет в субъектах Российской Федерации. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2014;69(7-8):106-111.
- Оганов Р.Г., Концевая А.В., Калинина А.М. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2011;4:4-9.
- Заболеваемость взрослого населения России в 2012 году. Доступно по: <http://old.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/stat/47>. Ссылка активна на 24.08.2015.
- Приказ Минздрава России №1006н от 3 декабря 2012 года «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения». Доступно по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/6553-prikaz-minzdrava-rossii-ot-3-dekabrja-2012-g-1006n>. Ссылка активна на 24.08.2015.
- Holland W, Stewart S, Masseria C. (2006). Screening in Europe. Brussels: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Приказ Минздрава России №1344н от 21 декабря 2013 года «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения». Доступно по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/5451-prikaz-minzdrava-ot-21-dekabrja-2014-g-n-1344>. Ссылка активна на 24.08.2015.
- Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Вылегжанин С.В., Гамбарян М.Г., Егян Р.А., Зубкова И.И., Пономарева Е.Г., Соловьева С.Б. *Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации*. Издание 2-е с дополнениями и уточнениями. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2013. Доступно по: [http://www.gnicpm.ru/UserFiles/Method.\\_rekommendacii\\_po\\_dispanserizacii\\_2\\_izdanie\\_\\_1\\_.pdf](http://www.gnicpm.ru/UserFiles/Method._rekommendacii_po_dispanserizacii_2_izdanie__1_.pdf). Ссылка активна на 24.08.2015.
- Яковлева Т.В., Вылегжанин С.В., Бойцов С.А., Калинина А.М., Ипатов П.В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014;4(38). Доступно по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30/lang,ru/> Ссылка активна на 24.08.2015.
- Бойцов С.А., Калинина А.М., Ипатов П.В. Результаты диспансеризации взрослого населения России в 2013 году. *Заместитель главного врача*. 2014;7(98):6-14.
- Калинина А.М., Ипатов П.В., Каминская А.К., Кушунина Д.В. Выявление болезней системы кровообращения и риска их развития при диспансеризации взрослого населения: методологические аспекты. *Терапевтический архив*. 2015;87(1):31-37.
- Приказ Минздрава России №382н от 18 июня 2013 г. «О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров». Доступно по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/382n>.

- rosminzdrav.ru/docs/mzsr/orders/1522. Ссылка активна на 24.08.2015.
12. Приказ Минздрава России №87н от 06.03.2015 «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению». Доступно по: [http://www.arfoms.ru/documents/index.php?SECTION\\_ID=99](http://www.arfoms.ru/documents/index.php?SECTION_ID=99). Ссылка активна на 24.08.2015.
  13. Приказ Минздрава России №36н от 03.02.2015 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» Доступно по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8542-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-3-fevralya-2015-g-36n-ob-utverzhenii-poryadka-provedeniya-dispanserizatsii-opredelennyh-grupp-vzroslogo-naseleniya>. Ссылка активна на 24.08.2015.
  14. Luepker R. (2004). Cardiovascular survey methods. Geneva: World Health Organization. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241545763\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241545763_eng.pdf). Accessed August 24, 2015.
  15. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. *Сосудистые заболевания головного мозга*. М.: МЕДпресс-информ; 2006.
  16. Ким И.В., Бочкарева Е.В., Варакин Ю.Я., Кокурина Е.В. Применение скрининговой методики для выявления хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения. *Профилактическая медицина*. 2013;4:27-30.
  17. Conroy R. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24(11):987-1003.
  18. Заболеваемость взрослого населения России. Статистический сборник. М.: МЗ РФ; 2014.

Поступила 28.08.2015