

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ ПРИ  
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ  
В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

**О.Ю. Кутумова<sup>1,2</sup>, М.Л. Фомичева<sup>3,4</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Красноярский краевой центр медицинской профилактики»,  
60049 Красноярск, ул. Парижской коммуны, 33

<sup>2</sup> ФГБУН «Красноярский научный центр» СО РАН,  
660036, г. Красноярск, ул. Академгородок, 50

<sup>3</sup> ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики»,  
630112, г. Новосибирск, ул. Кошурникова, 16/1

<sup>4</sup> ФГБНУ «НИИ терапии и профилактической медицины»,  
630089, г. Новосибирск, ул. Бориса Богаткова, 175/1

**АННОТАЦИЯ**

Диспансеризация в нашей стране имеет многолетнюю историю. Отечественным здравоохранением накоплен значительный опыт проведения диспансеризации населения и его отдельных контингентов. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является одним из приоритетных направлений проведения профилактических мероприятий среди населения. В процессе проведения мероприятий, используя накопленный опыт, сформировалась современная концепция диспансеризации взрослого населения.

**Ключевые слова:** Сибирский федеральный округ, сердечно-сосудистые заболевания, диспансеризация.

**ВВЕДЕНИЕ:**

В соответствии с нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации целью диспансеризации является формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, снижение заболеваемости, инвалидности, смертности, достижение активного долголетия. Диспансеризация входит в широкую систему мер по профилактике заболеваний, осуществляемых государством и здравоохранением [2, 3].

Общегосударственные усилия направлены на улучшение условий труда, быта и отдыха, обучение населения основам рационального сбалансированного питания, борьбу с гиподинамией, курением, употреблением алкоголя, т.е. на формирование здорового образа жизни [1, 7].

В настоящее время диспансеризация — это комплекс мероприятий, включающий медицинский осмотр врачами нескольких специальностей, применение необходимых методов обследования, формирование групп состояния здоровья, проведение профилактического консультирования, лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья выявленных больных [4, 5, 6].

Таким образом, в процессе комплексного обследования пациентов осуществляется раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, а также основных факторов риска их развития, выявление вредных привычек.

---

**Кутумова Ольга Юрьевна** — канд. мед. наук, доцент, главный врач Краевого Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики», заведующая лабораторией «Эпидемиологических методов исследования и профилактики неинфекционных заболеваний» Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Красноярский научный центр» СО РАН, главный специалист по профилактической медицине Сибирского федерального округа, e-mail: krascmp@yandex.ru

**Фомичева Марина Леонидовна** — канд. мед. наук, директор государственного казенного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики», заведующая лабораторией профилактической медицины Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», главный специалист по профилактической медицине Новосибирской области, e-mail: mfomicheva@zdravnsk.ru

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОД:

Проводится диспансеризация определенных групп взрослого населения в Российской Федерации с 2013 года. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 года № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» определен порядок и объем проведения диспансеризации.

С 1 апреля 2015 года приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2015 № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» внесены некоторые изменения в порядок проведения диспансеризации, объем исследований и оформление медицинской документации. Диспансеризация имеет ряд особенностей: проводится в медицинской организации по месту прикрепления на медицинское обслуживание, бесплатно для граждан, имеющих полис обязательного медицинского страхования. Подлежит диспансеризации взрослое население, в возрасте 18 лет и старше (работающее, неработающее, обучающееся в образовательных организациях по очной форме). Периодичность проведения диспансеризации — 1 раз в 3 года начиная с возраста 21 год. Ряд категорий граждан проходят диспансеризацию ежегодно независимо от возраста.

Целью настоящего исследования является оценка метода диспансеризации с использованием государственных форм медицинской статистики, а также оценка показателей, характеризующих состояние здоровья взрослого населения Сибирского федерального округа (СФО) определённых возрастных групп по данным мониторинга диспансеризации за период 2014-2015 гг.

В задачи исследования входит:

- выявление региональных особенностей использования метода диспансеризации, а также оценка эффективности ее проведения.
- анализ эффективности скрининга на выявление факторов риска и ранних признаков развития ХНИЗ определённых групп населения в различных регионах СФО за период 2014-2015 гг.;
- сравнительная оценка результативности каждого из этапов диспансеризации населения за период 2014-2015 гг..

Для анализа были использованы формы государственной статистической отчетности № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения» за 2014-2015 годы 12 субъектов Сибирского Федерального Округа.

Для обработки материалов использован пакет статистических программ «SPSS». Доверительная вероятность составила  $95 \pm 3,1\%$ . Результативность (индекс) каждого из этапов диспансеризации оценивалась на основании доли граждан, у которых выяв-

лены факторы риска, ранние признаки развития или наличия ХНИЗ, к числу обследованных лиц, прошедших диспансеризацию.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ:

Диспансеризация проводится в два этапа. На первом этапе проводятся: анкетирование, измерение веса роста, окружности талии, определение индекса массы тела, измерение артериального давления, рассчитывается индекс массы тела, определяется относительный или абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск. В зависимости от пола и возраста гражданина проводятся исследования: определение уровня общего холестерина, уровня глюкозы крови, измерение внутриглазного давления, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование кала на скрытую кровь, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза, флюорография легких, электрокардиография, осмотр фельдшером акушеркой с взятием мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала (для женщин). В процессе проведения первого этапа диспансеризации выявляются признаки хронических неинфекционных заболеваний, факторы риска их развития, сведения о потреблении наркотических средств и психоактивных веществ без назначения врача, определяются показания к дополнительным обследованиям. Завершается первый этап осмотром врача-терапевта с определением диагноза, группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведением краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и употребления алкоголя, определением медицинских показаний для направления на второй этап диспансеризации.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза, группы состояния здоровья, проведения углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового). В объеме второго этапа диспансеризации по показаниям могут проводиться: дуплексное сканирование брахицефальных артерий, эзофагодуоденоскопия, колоноскопия или ректороманоскопия, спирометрия, определение простатспецифического антигена (для мужчин), липидного спектра крови, гликированного гемоглобина. Кроме того, на втором этапе по показаниям выполняются осмотры врачами специалистами: офтальмологом, акушером-гинекологом, хирургом или колопроктологом, хирургом или урологом, отоларингологом, неврологом. Предусмотрено проведение углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового) в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья. Завершается второй этап

повторным осмотром врача терапевта с уточнением диагноза, группы состояния здоровья (с учетом заключений врачей — специалистов и результатов обследований), а также направление граждан при наличии показаний на дополнительные обследования, не входящие в объем диспансеризации. По завершению диспансеризации гражданин может быть направлен для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

В Сибирском федеральном округе проживает более 19 млн. человек, диспансеризации в соответствии с возрастными группами в 2015 году подлежит более 5 млн., в ежегодный план включено более 3 млн. человек. Охват диспансеризацией в субъектах СФО от 32,0% в Кемеровской области до 72,1% в республике Алтай (рис. 1).

Проведение диспансеризации взрослого населения в 2015 году обеспечивали 562 медицинские организации (для сравнения в 2014 г. — 605 организаций) и 602 мобильных медицинских бригад (в 2014 г. — 385). Силами мобильных бригад проведена диспансеризация 5,2% прошедших диспансеризацию (в 2014 г. — 4,9%). В РФ этот показатель составил в 2014 году 3,8%, в 2015 году — 4,0%. Самый высокий уровень проведения диспансеризации с использованием мобильных бригад отмечается в Республике Алтай — 18,1%, Республике Бурятия — 15,1% и Омской области — 13,7% (рис. 2).

I этап диспансеризации прошли 2,45 млн. человек — 77,5% подлежащих диспансеризации. Ниже среднего значения по округу охват населения I этапом диспансеризации медицинскими организациями Томской области (59,2%), Новосибирской области (63,8%), Алтайского края (70,8%), Забайкальского края (71,5%), Иркутской области (73,4%), Республики Хакасии (74,3%), Омской области (75,7%), Республики Бурятии (77,2%) (рис. 3).

Во всех субъектах СФО опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача прошли 100,0% завершивших I этап, в 20,4% случаев выявлены патологические изменения (рис. 4).

Таким образом, самыми результативными методами первого этапа являются: опрос, измерение артериального давления, электрокардиография.

Преобладающим фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, является нерациональное питание - отмечено у 32,2%- 321,5 на 1000 прошедших диспансеризацию (в 2014 году - 29,6% - 296,2 на 1000, в РФ — 26,3%) (рис. 5).



Рис.1. Охват диспансеризацией в субъектах СФО

Максимальная доля лиц с признаками нерационального питания среди прошедших диспансеризацию в Алтайском крае (523,9 на 1000) и Томской области (420,3 на 1000). Минимальная - в Республике Тыва (194,5 на 1000) и Республике Алтай (195,2 на 1000).

По данным российского эпидемиологического исследования ЭССЕ, 2015, в котором приняли 3 региона СФО недостаточное потребление овощей и фруктов имеет место быть: Кемеровская область - 33,5%; Томская область - 59,0%; Красноярский край - 39,0%.

Недостаточная физическая активность отмечена у 19,6% - 196,1 на 1000 (в 2014 году - 18,6% - 186,4 на 1000, в РФ - 19,0%).

Максимальная доля лиц с недостаточной физической активностью в Алтайском крае (295,6 на 1000). Минимальная - в Республике Тыва (103,5 на 1000), Республике Алтай (114,5 на 1000).

Данные ЭССЕ показали, что низкая физическая активность отмечена в Кемеровской области — 31,8%; Томской области - 40,8%; Красноярском крае - 46,1%:



Рис. 2. Доля обследованных мобильными медицинскими бригадами

Избыточную массу тела имеют 14,9 % обследованных - 148,8 на 1000 (в 2014 году - 16,9% - 168,6 на 1000, в РФ – 17,8%).

Максимальная доля лиц с избыточной массой тела в Алтайском крае (217,8 на 1000), Республике Бурятия (189,2 на 1000). Минимальная - в Республике Тыва (55,9 на 1000), Республике Алтай (102,3 на 1000).

Курение отмечено у 14,8% - 147,8 на 1000 (в 2014 году - 15,1% - 151,3 на 1000, в РФ – 15,6%). Наибольшая доля курящих среди прошедших диспансеризацию в Республике Бурятия (270,0 на 1000), Забайкальском крае (228,3 на 1000). Наименьшая - в Новосибирской области (111,8 на 1000), Кемеровской области (113,6 на 1000).

Российское эпидемиологическое исследование ЭССЕ, завершившееся в 2015 году, показало, что распространенность курения в трех регионах СФО значительно выше, чем при диспансеризации (Кемеровская область – 34,6%, Томская область – 32,1%, Красноярский край – 25,4%).

Повышенный уровень артериального давления отмечен у 13,3% - 132,8 на 1000 (в 2014 году - 16,1% - 160,8 на 1000, в РФ – 16,1%).

Максимальная доля лиц с повышенным уровнем артериального давления в Алтайском крае (249,1 на 1000). Минимальная - в Республике Тыва (76,1 на 1000), Республике Хакасия (77,6 на 1000).

Отягощенная наследственность по хроническим неинфекционным заболеваниям отмечена у 6,9% - 69,0 на 1000 (в 2014 году - 5,8% - 57,7 на 1000).

Максимальная доля лиц с признаками отягощенной наследственности по хроническим неинфекционным заболеваниям в Томской области (247,1 на 1000), Республике Бурятия (143,0 на 1000). Минимальная – в Новосибирской области (15,4 на 1000), Республике Тыва (33,6 на 1000), Кемеровской области (38,0 на 1000).

Повышенный уровень глюкозы в крови отмечен у 2,6% - 25,9 на 1000 (в 2014 году - 8,8% - 88,1 на 1000, в РФ – 3,5%).

Максимальная доля лиц с повышенным уровнем глюкозы в крови в Томской области (53,3 на 1000), Республике Бурятия (48,7 на 1000). Минимальная - в Республике Тыва (9,4 на 1000).

Пагубное потребление алкоголя заподозрено у 1,5%- 15,3 на 1000 (в 2014 году - 2,0% - 19,5 на 1000, в РФ – 1,6%), а по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ, эти показатели выше: Кемеровская область – 7,4%; Томская область – 6,7%; Красноярский край – 3,2%.



Рис. 3. Охват населения I этапом диспансеризации



Рис.4. Общие показатели I этапа диспансеризации

Максимальная доля лиц с признаками пагубного потребления алкоголя в Республике Бурятия (38,5 на 1000). Минимальная - в Новосибирской области (9,5 на 1000), Кемеровской области (9,6 на 1000).

Потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача заподозрено у 0,1% - 1,5 на 1000 (в 2014 году - 0,1% - 1,4 на 1000, в РФ - 0,1%). Максимальная доля лиц с признаками

потребления наркотических средств в крови в Иркутской области (3,5 на 1000). Минимальная - в Республике Хакасии (0,1 на 1000).

По итогам определения суммарного сердечно-сосудистого риска 6,5% прошедших диспансеризацию имеют высокие значения индекса, 2,9% - очень высокие. Показатели 2014 года соответственно составили 6,0% и 2,8%.



Рис.5. Частота факторов риска (на 1000 прошедших диспансеризацию)

В среднем по Сибирскому федеральному округу суммарная доля лиц с высокими и очень высокими значениями сердечно-сосудистого риска составляет 94,2 на 1000 (в РФ в 2014 году высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск установлен у 11,3%).

Максимальная доля - в Алтайском крае (171,6 на 1000), Томской области (113,7 на 1000), Кемеровской области (111,4 на 1000). Минимальная - в Республике Алтай (44,6 на 1000), Республике Тыва (56,6 на 1000).

Данные отчета говорят о недо выявлении факторов риска во всех субъектах СФО.

Обследование на II этапе диспансеризации прошли 28,8% завершивших I этап.

Ниже среднего значения по округу охват II этапом диспансеризации в Республике Хакасия (17,1%), Республике Тыва (19,1%), Иркутской области (19,5%), Республике Алтай (19,7%), Томской области (21,1%), Кемеровской области (24,0%), Забайкальском крае (27,5%).

На 2-й этап диспансеризации направлено в 2014 году 22,9%, из них завершили 2 этап 81,5%, в 2015 году направлено 29,3%, завершили 2 этап - 82,3%.

По результатам I этапа диспансеризации выявлены показания для углубленного индивидуального профилактического консультирования у 26,4% про-

шедших первый этап, - проконсультированы 86,5% (в 2014 г. - 19,2 и 90,9% соответственно).

Максимальная доля лиц, признанных нуждающимися в углубленном индивидуальном профилактическом консультировании в Республике Бурятия (85,6%), Новосибирской области (35,3%). Минимальная - в Иркутской области (6,4%), Республике Алтай (10,5%).

Максимальный охват углубленным индивидуальным профилактическим консультированием в Республике Алтай (100,0%), Республике Тыва (100,0%). Минимальная - в Алтайском крае (66,3%), Республике Бурятия (71,3%).

В групповом профилактическом консультировании признаны нуждающимися 5,9% прошедших первый этап, - проконсультированы 75,6% (в 2014 г. - 4,2 и 92,9% соответственно).

Максимальная доля лиц, признанных нуждающимися в групповом профилактическом консультировании в Республике Бурятия (21,5%), Алтайском крае (18,7%). Минимальная - в Томской области (0,4%), Новосибирской области (1,2%), Иркутской области (1,5%).

Максимальный охват групповым профилактическим консультированием в Новосибирской области (99,9%), Омской области (96,8%), Томской области



Рис.6. Охват населения II этапом диспансеризации



Рис. 7. Доля лиц II и III групп здоровья, направленных на профилактическое консультирование

(93,0%). Минимальная - в Алтайском крае (62,1%), Забайкальском крае (65,0%).

Доля лиц II и III групп здоровья, направленных на профилактическое консультирование, составила 47,8% (в 2014 г. - 35,8%). Максимальная доля - в Республике Бурятия (100,0%), Алтайском крае (60,5%), Новосибирской области (59,6%). Минимальная - в Иркутской области (11,9%), Томской области (17,3%), Республике Алтай (18,9%).

Приказом Минздрава России № 36-ан п. 18.2 и 18.3 определено: 2) охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием граждан со II и IIIА группой состояния здоровья, а также граждан с IIIБ группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение - не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования); 3) охват групповым профилактическим консультированием (школа пациента) граждан с II и IIIА группами состояния здоровья, а также граждан с IIIБ группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плано-

вое значение не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения группового профилактического консультирования). Таким образом, данный показатель не выполняется более, чем в 2,5 раза.

В структуре установленных случаев предварительных диагнозов (подозрений на заболевания) первую позицию занимают болезни системы кровообращения - 41,2 на 1000, в том числе по болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением, - 28,9 на 1000, цереброваскулярным болезням - 5,2 на 1000, ишемической болезни сердца - 4,4 на 1000 (рис.8).

В структуре заболеваний, впервые выявленных в ходе диспансеризации на первой позиции болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - 46,6 на 1000 обследованных (в 2014 г. - 41,7 на 1000) (рис.9).

На второй позиции болезни системы кровообращения - 41,2 на 1000 обследованных (в 2014 г. - 62,1 на 1000 обследованных, по РФ - 79,6). Внутри класса максимальная частота болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, - 28,9 на 1000 обследованных (в 2014 г. - 37,9 на 1000 обследованных, по РФ - 45,3). Значительно меньше частота цереброваскулярных болезней - 5,2 на 1000 обследованных и ишемической болезни сердца - 4,4 на 1000 обследованных (в 2014 г. - 7,6 и 8,6 на 1000 обследованных, по РФ - 10,9 и 15,5 соответственно).

Максимальная первичная пораженность по классу в Алтайском крае (102,5 на 1000). Минимальная - в Новосибирской области (6,6 на 1000).

Максимальная первичная пораженность болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением в Алтайском крае (77,1 на 1000). Минимальная - в Новосибирской области (4,9 на 1000).

Максимальная первичная пораженность ишемической болезнью сердца в Забайкальском крае (8,0 на 1000). Минимальная - в Новосибирской области (0,5 на 1000).

В общей структуре патологической пораженности на первой позиции болезни системы кровообращения - 273,8 на 1000 обследованных. Внутри класса максимально распространены болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, - 186,0 на 1000 обследованных. Значительно меньше распространены цереброваскулярные болезни - 41,0 на 1000 обследованных и ишемическая болезнь сердца - 33,2 на 1000 обследованных (рис. 9).

Максимальная пораженность по классу в Новосибирской области (434,8 на 1000), Алтайском крае (368,3 на 1000), Томской области (316,2 на 1000). Минимальная - в Республике Тыва (133,2 на 1000), Республике Алтай (145,5 на 1000).

Максимальная пораженность болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением в Новосибирской области (304,2 на 1000), Алтайском

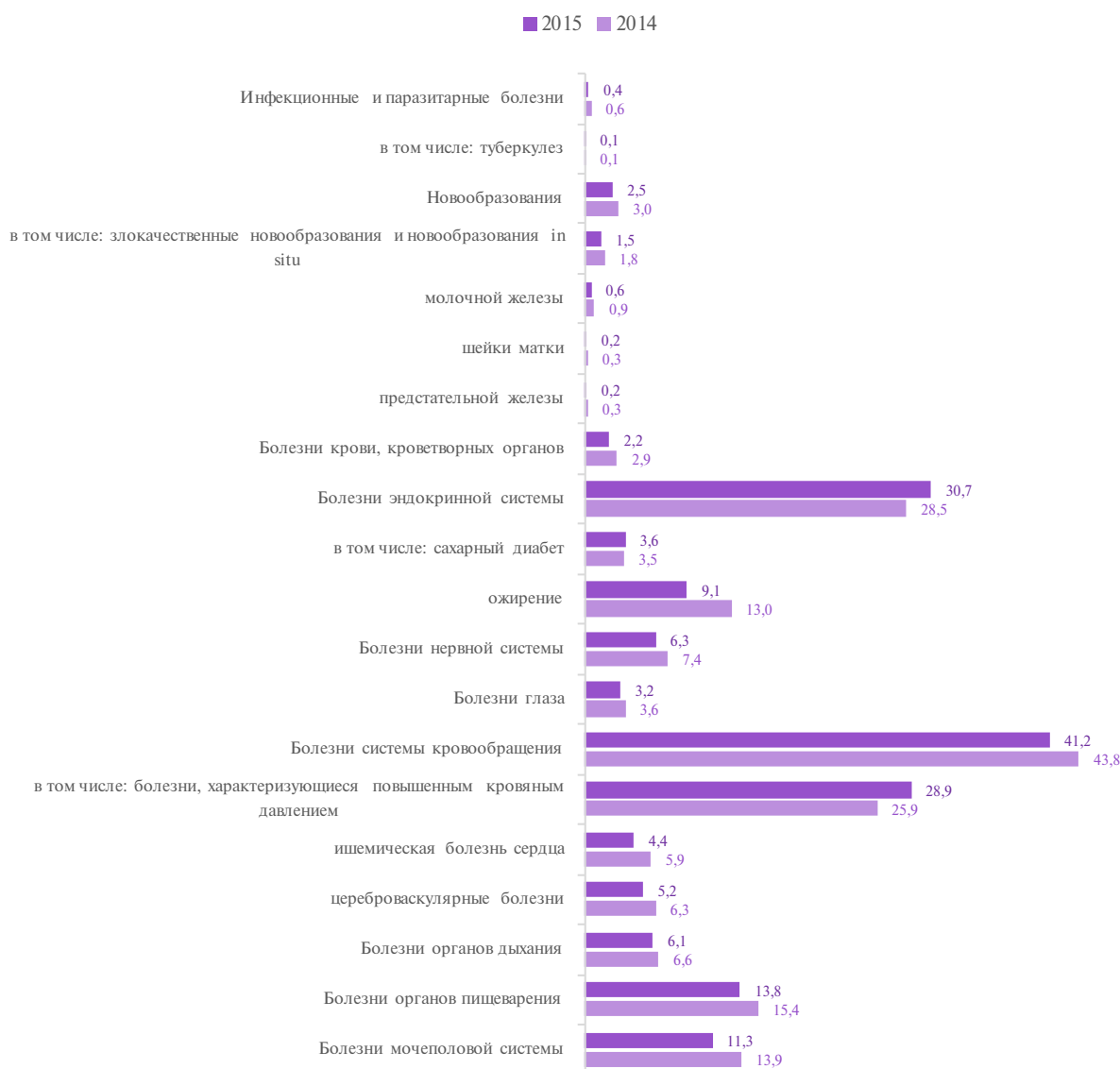


Рис.8. Частота предварительных диагнозов (подозрений на заболевания) – случаев на 1000 обследованных

крае (301,9 на 1000). Минимальная - в Республике Алтай (89,9 на 1000), Республике Тыва (100,0 на 1000).

Максимальная пораженность ишемической болезнью сердца в Забайкальском крае (54,4 на 1000), Томской области (47,6 на 1000), Новосибирской области (45,0 на 1000). Минимальная – в Республике Тыва (13,7 на 1000), Республике Алтай (19,4 на 1000).

На второй позиции болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - 136,3 на 1000 обследованных.

Максимальная пораженность по классу в Новосибирской области (264,7 на 1000), Омской области (178,5 на 1000), Алтайском крае (174,1 на 1000), Томской области (171,1 на 1000). Минимальная - в Республике Тыва (55,6 на 1000), Кемеровской области (58,8 на 1000).

Внутри класса максимально распространено ожирение - 45,1 на 1000 обследованных. Патологическая пораженность сахарным диабетом составляет 19,1 на 1000 обследованных.

Максимальная пораженность ожирением в Новосибирской области (74,1 на 1000), Омской области (61,0 на 1000), Алтайском крае (60,4 на 1000). Минимальная - в Кемеровской области (15,6 на 1000), Иркутской области (17,7 на 1000).

Максимальная пораженность сахарным диабетом в Новосибирской области (34,8 на 1000), Томской области (33,2 на 1000). Минимальная - в Республике Алтай (8,3 на 1000), Республике Тыва (9,5 на 1000).

На третьей позиции болезни органов пищеварения - 82,3 на 1000 обследованных.

Количество заболеваний, взятых на диспансерное наблюдение составило 286,3 на 1000 обследованных.



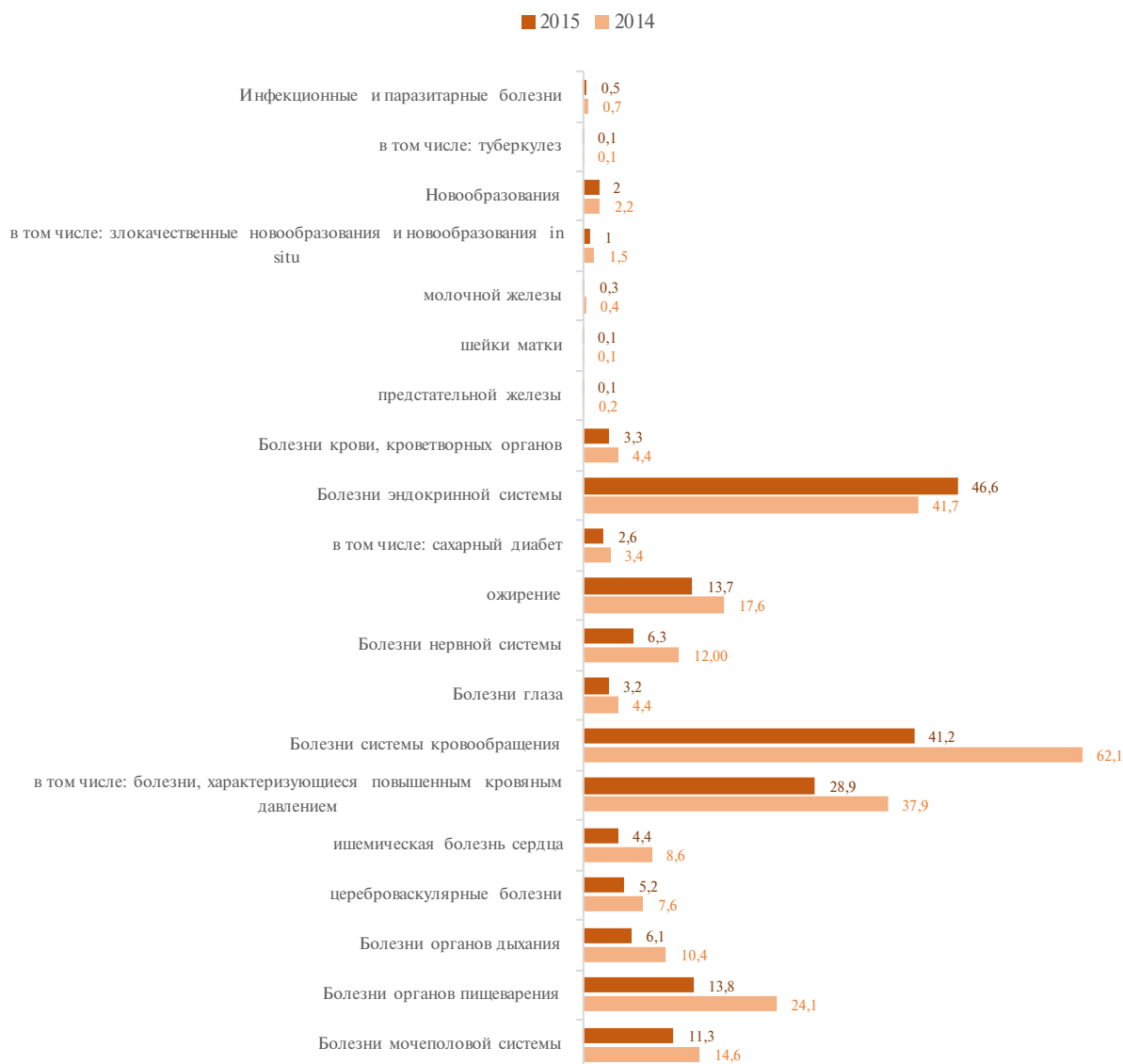


Рис. 9. Частота предварительных диагнозов (подозрений на заболевания), случаев на 1000 обследованных

ных. По РФ в 2014 году установлено диспансерное наблюдение у 19,3%.

Максимальный охват диспансерным наблюдением в Новосибирской области (573,3 заболевания на 1000 обследованных), Алтайском крае (324,5 на 1000), Томской области (318,4 на 1000), Омской области (308,4 на 1000). Минимальный - в Иркутской области (112,2 на 1000), Забайкальском крае (174,9 на 1000), Кемеровской области (197,1 на 1000), Республике Хакасия (198,6 на 1000).

По итогам диспансеризации 2015 года диспансерное наблюдение установлено в 56,1% болезней системы кровообращения, в т.ч. 60,7% при артериальной гипертонии, 63,2% ишемической болезни сердца, 41,4% цереброваскулярной болезни.

По РФ частота установления диспансерного наблюдения в случаях впервые выявленных заболеваний оказалась несколько выше и составила 70,5% болезней системы кровообращения, включая 73,3% при артериальной гипертонии, 77,0% ишемической болезни сердца, 54,7% цереброваскулярной болезни.

В структуре находящихся на диспансерном наблюдении на первой позиции болезни системы кровообращения - 142,6 на 1000 обследованных, из них: по болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением, - 101,0 на 1000, цереброваскулярным болезням - 21,4 на 1000, ишемической болезни сердца - 10,6 на 1000 обследованных.

Максимальное число взятых под наблюдение по классу в Новосибирской области (372,3 на 1000). Минимальное - в Иркутской области (55,2 на 1000),

Томской области (71,9 на 1000), Республике Алтай (77,6 на 1000).

Максимальное число взятых под наблюдение по болезням, характеризующимися повышенным кровяным давлением в Новосибирской области (304,2 на 1000). Минимальное - в Иркутской области (36,7 на 1000), Республике Алтай (37,7 на 1000).

Максимальное число взятых под наблюдение по ишемической болезни сердца в Новосибирской области (45,0 на 1000). Минимальное - в Республике Алтай (5,4 на 1000), Иркутской области (7,3 на 1000), Алтайском крае (7,7 на 1000).

Максимальное число взятых под наблюдение по ожирению в Новосибирской области (16,6 на 1000), Омской области (14,6 на 1000). Минимальное - в Иркутской области (0,9 на 1000), Томской области (1,6 на 1000).

Доля лиц, с впервые выявленным диагнозом ишемической болезни сердца, поставленных под диспансерное наблюдение 60,0%. Максимальное число взятых под наблюдение в Новосибирской области (100,0%), Омской области (99,5%), Республике Бурятия (87,7%). Минимальное - в Иркутской области (20,8%), Республике Алтай (25,0%), Республике Хакасия (30,5%).

**ОБСУЖДЕНИЕ:**

В структуре групп здоровья, определяемых по итогам диспансеризации 2015 года, доля I группы составила 32,6 % (в 2014 г. - 34,8 %, II группы - 19,9 % (в 2014 г. - 18,3 %), IIIА группы - 39,6 %, IIIБ группы - 7,9 % (в 2014 г. доля III группы составляла 46,9 %) (рис. 10).

Наименее здоровый контингент по итогам диспансеризации в Алтайском крае (доля лиц с III груп-

пой здоровья составляет 65,5 %), в Омской области (53,8%), Республике Алтай (50,4%).

Лиц со II группой здоровья (у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) больше всего выявлено в Республике Хакасия, Красноярском крае, Республике Бурятия, при этом показатели абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска в этих территориях соответственно составляют 10,7%; 6,8% и 10,5%.

По РФ по итогам диспансеризации 2015 года, доля I группы составила 32,2% (в 2014 г. - 33,3%, II группы - 20,4% (в 2014 г. - 21,3%), в том числе IIIА группы - 37,5%, IIIБ группы - 9,9% (в 2014 г. доля III группы составляла 45,2%).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ:**

Охват диспансеризацией в 2015 г. увеличился и в целом по СФО составил 62,4% (в 2014 г. - 60,7 %). I этап диспансеризации прошли 2 453 227 человек - 77,5% подлежащих диспансеризации. Ниже среднего значения по округу охват населения I этапом диспансеризации медицинскими организациями Томской области (59,2%), Новосибирской области (63,8%), Алтайского края (70,8%), Забайкальского края (71,5%), Иркутской области (73,4%), Республики Хакасии (74,3%), Омской области (75,7%), Республики Бурятии (77,2%). Обследование на II этапе диспансеризации прошли 28,8% завершивших I этап. Ниже среднего значения по округу охват II этапом диспансеризации в Республике Хакасия (17,1%), Республике Тыва (19,1%), Иркутской области (19,5%),

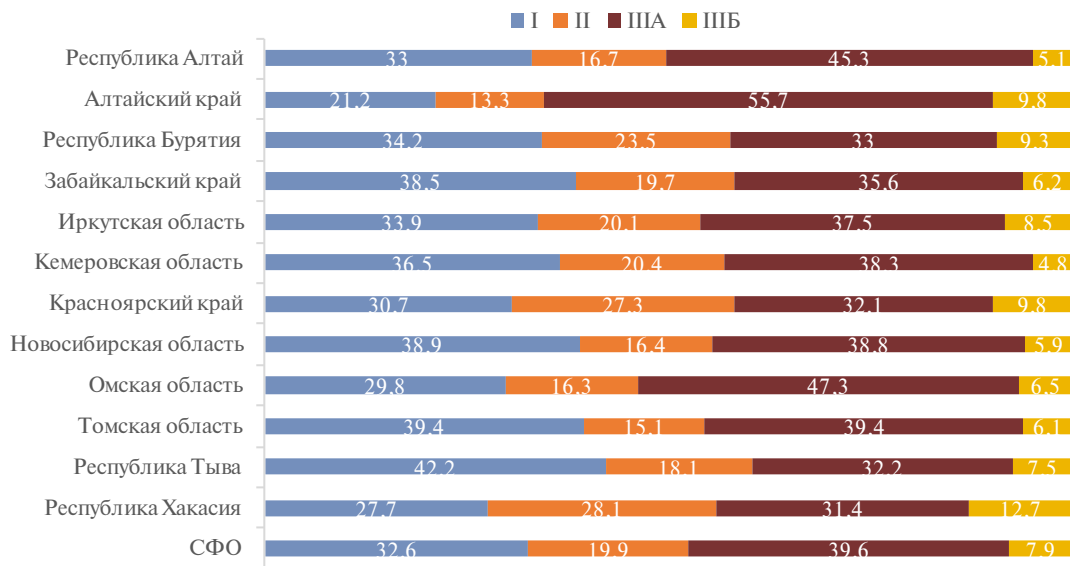


Рис. 10. Структура групп здоровья 2015 года, проценты

Республике Алтай (19,7%), Томской области (21,1%), Кемеровской области (24,0%), Забайкальском крае (27,5%).

Доля лиц II и III групп здоровья, направленных на профилактическое консультирование, составила 47,8% (в 2014 г. - 35,8%). Максимальная доля - в Республике Бурятия (100,0%), Алтайском крае (60,5%), Новосибирской области (59,6%). Минимальная - в Иркутской области (11,9%), Томской области (17,3%), Республике Алтай (18,9%). Доля лиц, с впервые выявленным диагнозом ишемической болезни сердца, поставленных под диспансерное наблюдение 60,0%. Максимальное число взятых под наблюдение в Новосибирской области (100,0%), Омской области (99,5%), Республике Бурятия (87,7%). Минимальное - в Иркутской области (20,8%), Республике Алтай (25,0%), Республике Хакасия (30,5%).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бойцов, С.А. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи: совершенствование диспансеризации населения / С.А. Бойцов, П.В. Ипатов, А.М. Калинина // Заместитель главного врача. - 2013. - №5 (84). - С. 18-25.
2. Бойцов, С.А. Четверть века в поисках оптимальных путей профилактики неинфекционных заболеваний и новые задачи на будущее (к 25-летию юбилею образования государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины) / С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2013. - Т.9. - №4. - С. 348-353.
3. Вишняков, Н.И. Задачи и перспективы возобновления диспансеризации населения в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения / Н.И. Вишняков, Л.А. Алексеева, Е.В. Честикова // Проблемы управления здравоохранением. - 2007. - №6. - С. 70 - 73.
4. Калинина, А.М. Профилактическая активность пациентов поликлиник как важный фактор эффективности диспансеризации и диспансерного наблюдения: региональный опыт / А.М. Калинина, Т.А. Гомова, Д.В. Кушунина, И.А. Соин., О.В. Измайлова, М.Б. Худяков // Профилактическая медицина. - 2015. - Т.18. - №2. - С. 4-10.
5. Карпов, Ю.В. Значение центров здоровья в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / Ю.В. Карпов, Н.Ю. Волкова, Е.А. Титов, Ю.В. Булаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2015. - т.5. - №5. - С. 522.
6. Максимова, Ж.В. Профилактика в клинической практике: взгляд врачей первичного звена / Ж.В. Максимова, Д.А. Фасахова, С.В. Глуховская // Профилактическая медицина. - 2014. - Т. 17. - №2. - С. 49-54.
7. Погосова Н.В. Центры здоровья: достигнутые результаты и перспективы / Н.В. Погосова, Э.К. Вергазова, А.К. Аушева, С.С. Суворов, С.А. Бойцов // Профилактическая медицина. - 2014. - Т. 17. - №4. - С. 16-24.

#### EFFICIENCY DETECTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES AND RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF THEIR CLINICAL EXAMINATION OF CERTAIN GROUPS OF ADULTS IN THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT

О.Ж. Kutumova<sup>1,2</sup>, М.Л. Fomicheva<sup>3,4</sup>

Clinical examination in our country has a long history. National health care has significant experience in the clinical examination of the population and its separate contingents. Cardiovascular disease is one of the priorities for preventive measures among the population. During the event, using the experience, formed the modern concept of the clinical examination of the adult population.

**Keywords:** Siberian Federal District, cardiovascular disease, clinical examination.

Статья поступила 31 августа 2016 г.  
Принята в печать 5 сентября 2016 г.