

# Опыт проведения диспансеризации у отдельных групп взрослого населения на примере Урюпинского района в 2013-17г.г.

**Вишнякова Н. А.**

*к.м.н., заведующая*

*Поликлиника № 2, ГБУЗ МО Мытищинская ГКБ, Мытищи, Московская область*

**Информация об авторе:** Вишнякова Н.А., ORCID 0000-0001-9111-9645

**Автор для корреспонденции:** Вишнякова Нелли Анатольевна; **e-mail:** Nelli.vishnyakova76@mail.ru

**Финансирование:** исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

## Аннотация

Основными причинами смертности населения во всех экономически развитых странах мира и странах с переходной экономикой являются хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ). Проведение диспансеризации населения направлено на раннее, своевременное выявление факторов риска (ФР) развития ХНИЗ. Доказано, что путем уменьшения распространенности факторов риска возможно снизить смертность от ХНИЗ в среднем на 55%. За пятилетний период нашей работы случаи с наличием двух ФР и более составили максимальный показатель – от 58,2 до 76,3% от общего количества обследованных лиц, ФР нерациональное питание от 45,5 до 66,6% случаев, ФР избыточная масса тела от 15,8 до 55,1%, недостаточная физическая активность от 17,3 до 30,7%, ожирение от 15,2 до 25,6% случаев. С наименьшими процентами встречаются ФР: табакокурение – от 6,8 до 24%, гиперхолестеринемия от 3,2 до 8,5%, высокое артериальное давление (АД) – от 0,84 до 6,7%, гипергликемия – от 0,49 до 5,8%, подозрение на употребление и зависимость от алкоголя, наркотических и психотропных средств колеблется от 0,05 до 1,4% случаев. Диагностировано 1232 ХНИЗ, что составило 2% случаев от общего количества обследованных.

**Ключевые слова:** диспансеризация определенных групп взрослого населения, факторы риска, хронические неинфекционные заболевания, сердечно-сосудистая патология

**doi:** 10.29234/2308-9113-2019-7-3-82-91

**Для цитирования:** Вишнякова Н. А. Опыт проведения диспансеризации у отдельных групп взрослого населения на примере Урюпинского района в 2013-17гг. *Медицина* 2019; 7(3): 82-91

## Введение

Демографическая ситуация, состояние здоровья населения в нашей стране подчеркивают значимость и необходимость проведения работы по диспансеризации граждан.

Порядок диспансеризации направлен на диагностирование заболеваний, от которых выше смертность и инвалидизация населения. Прежде всего, это сердечно-сосудистые, онкологические, бронхолегочные заболевания, сахарный диабет. Также выявляются лица, страдающие туберкулезом, злоупотребляющие алкоголем, курением табака,

наркотическими средствами и другими психоактивными веществами [1]. В развитых странах в 21 веке (по данным исследования ВОЗ) 80% смертей будут связаны с четырьмя группами неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистая патология, онкологические заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет (СД) [2].

Исторически, диспансерный метод в РФ пережил ряд этапов своего развития. Ранее проходила всеобщая ежегодная диспансеризация населения (приказ МЗ СССР от 30.05.1986 г. № 770), которая оказалась недостаточно эффективной, затратной и к ее проведению не привлекался участковый врач [3].

С 2006 года проводилась дополнительная диспансеризация работающего населения, при которой отсутствовал динамический контроль за лицами с выявленными заболеваниями. Осуществлялись осмотры по производственному принципу, что приводило к нарушению преемственности между врачами узких специальностей и врачами первичного звена [4].

С 2013 года в стране введена широкомасштабная диспансеризация всего населения, позволяющая диагностировать факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) на ранних стадиях, своевременно принимать меры по лечению, в т.ч. и в рамках высокотехнологической медицинской помощи. За 2013-2017 годы ежегодно проходит диспансеризацию 30-33% граждан от всего населения страны в соответствии с Порядками прохождения, утвержденными приказами МЗ РФ [5,6,7,8]. Участковый врач (фельдшер, врач общей практики (ВОП)) является координатором и ответственным лицом за полученные в ходе диспансеризации результаты.

## Цель работы

Определить факторы риска (ФР), ХНИЗ впервые диагностированные при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в районе.

## Материалы и методы

В нашей стране принцип приоритета профилактики в сфере охраны здоровья закреплён Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Фундаментальную роль в формировании структур медицинской профилактики и организации профилактики ХНИЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи играет приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н [9]. Им регламентируется организация и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ), раннему выявлению ХНИЗ и ФР их развития, оказанию медицинской

помощи пациентам по медикаментозной и немедикаментозной коррекции выявленных ФР, диспансерное наблюдение за лицами с высоким риском развития ХНИЗ.

В Урюпинском районе Волгоградской области система здравоохранения представлена государственным бюджетным учреждением здравоохранения Урюпинская центральная районная больница им. В.Ф. Жогова с зоной обслуживания: 25 сельских поселений и городской округ. По уровню оказания медико-санитарной помощи населению ЛПУ является учреждением второго уровня. Амбулаторная медико-санитарная помощь осуществляется специалистами районной поликлиники для взрослых, сельских амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП).

С целью исполнения ФЗ, приказов МЗ РФ [5,6,7,9], для проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в районной поликлинике был организован кабинет медицинской профилактики. Также программа диспансеризации была реализована и в ЛПУ, территориально расположенных на периферии района (сельские амбулатории, ФАПы). Приказом главного врача ежегодно утверждался алгоритм и маршрутизация пациентов, назначались ответственные сотрудники.

Диспансеризация проводилась в два этапа 1 раз в три года, лицам в возрасте от 21 года до 99 лет.

Мероприятия, проводимые на первом этапе: анкетирование, антропометрия; сбор анамнеза, оценка жалоб; направление на клиничко-диагностическое исследование (в том числе электрокардиографическое), на консультацию к узким специалистам в соответствии с перечнем обследования по поло-возрастной принадлежности; заключительный осмотр участкового терапевта, определение факторов риска, группы здоровья, индивидуальное профилактическое консультирование.

Факторы риска можно разделить на две группы: изменяемые (модифицируемые) и неизменяемые (немодифицируемые) [10].

Первый этап диспансеризации считался завершенным в случае выполнения не менее 85% от объема обследований, установленного для данного возраста и пола.

Использовались следующие критерии для установления группы здоровья:

I группа здоровья – лица, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний);

II группа здоровья – лица, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний);

IIIa группа здоровья – лица, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также пациенты с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

IIIб группа здоровья – лица, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании и диспансерному наблюдению [7].

Затем, в зависимости от полученных результатов, пациенту проводилось групповое/индивидуальное консультирование по выявленным ФР, либо он направлялся на второй этап диспансеризации.

За период 2013-2017г.г. в ЛПУ проведена диспансеризация 62344 лицам. Данные представлены в таблице 1.

*Таблица 1. Количество обследованных лиц в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2013-17гг.*

Обследовано Человек (n)	2013год	2014год	2015год	2016год	2017год	ИТОГО
	11809	13022	13011	12850	11652	

## Результаты

Обследованием с периодичностью 1 раз в три года за пятилетний период проведения всеобщей диспансеризации охвачено все взрослое население района.

По результатам обследования лица, завершившие диспансеризацию, распределились по группам здоровья следующим образом: первая группа здоровья за пятилетний период

составила от 21,6 до 29,2% от общего числа обследованных, вторая группа от 7,8% до 15%. Наиболее многочисленной была третья группа здоровья – от 58,7 до 65,4%. В нее вошли пациенты, уже имеющие в анамнезе заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также лица с подозрением на наличие заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании. Результаты анкетирования и обследования распределили ФР следующим образом (таблица 2).

*Таблица 2. Распределение факторов риска у граждан, прошедших диспансеризацию*

Фактор риска	2013г. n/%	2014г. n/%	2015г. n/%	2016г. n/%	2017г. n/%
Табакокурение	1133 /9,6	892 /6,8	3119 /23,9	2188/17	1640/14
Повышенное АД	801/ 6,7	110/ 0,84	130 /0,99	243/1,8	146/1,2
Избыточная масса тела	2230/18,8	2068/15,8	2979/22,8	4471/34,7	6425/55,1
Ожирение	2002/16,7	3094/23,7	1986/15,2	2980/23,1	2983/25,6
Гиперхолестеринемия	819/6,9	739 /5,6	1113/8,5	414/3,2	548/4,7
Гипергликемия	78/0,6	65 /0,49	175/1,3	747/5,8	677/5,8
Недостаточная физическая активность	3629/30,7	2243 /17,3	2379/18,2	3800/29,5	2873/24,6
Нерациональное питание	7478/63,3	6377 /49	5530/45,5	8418/65,5	7767/66,6
Два и более факторов риска	6879 /58,2	8502 /65,2	8847/68	8995/70	8893/76,3
Подозрение на зависимость от алкоголя, наркотиков и психотропных средств	132/ 1,12	7 /0,05	18 /0,1	14/0,1	17/0,14

За пятилетний период работы случаи с наличием двух ФР и более составили максимальный показатель – от 58,2 до 76,3% от общего количества обследованных лиц, ФР «нерациональное питание» от 45,5 до 66,6% случаев, ФР «избыточная масса тела» от 15,8 до 55,1%, «недостаточная физическая активность» от 17,3 до 30,7%, «ожирение» от 15,2 до 25,6% случаев. С наименьшими процентами встречаются ФР: «табакокурение» – от 6,8 до 24%, «гиперхолестеринемия» от 3,2 до 8,5%, «высокое артериальное давление» (АД) – от 0,84 до 6,7%, «гипергликемия» – от 0,49 до 5,8%, «подозрение на употребление и зависимость от алкоголя, наркотических и психотропных средств» колеблется от 0,05 до 1,4% случаев.

За пять лет диагностировано 1232 ХНИЗ, что составило 2% случаев от общего количества обследованных. Данные представлены в таблице 3.

**Таблица 3. Количество впервые диагностированных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) по результатам диспансеризации**

Впервые диагностированные ХНИЗ	2013 чел./%	2014 чел./%	2015 чел./%	2016 чел./%	2017 чел./%
<b>БСК</b>	170	172	236	90	80
<b>Онкопатология</b>	11	30	55	52	120
<b>Сахарный диабет</b>	12	17	46	44	65
<b>ХОБЛ</b>	0	2	16	13	14
<b>Итого/%</b>	<b>193/1,6</b>	<b>221/1,7</b>	<b>340/2,6</b>	<b>199/1,5</b>	<b>279/2,4</b>
<b>ВСЕГО</b>	<b>1232/2%</b>				

По первичной диагностике наибольшие показатели занимают болезни системы кровообращения (БСК), затем онкопатология и впервые выявленный сахарный диабет, следующую позицию занимает хроническая обструктивная болезнь легких. Рост первичной выявляемости онкопатологии за 2015-17 г.г. связан с тем, что с июня 2014 года в двух сельских участковых больницах и амбулаториях организовано четыре смотровых кабинета с целью увеличения охвата сельского населения первичными онкологическими осмотрами. Средние медицинские работники прошли тематическое усовершенствование по специальности «Акушерка смотрового кабинета». Ранее эта работа проводилась только в смотровом кабинете районной поликлиники. С июля 2015 года ЛПУ включено в пилотный проект по внедрению в практику метода жидкостной цитологии с целью ранней диагностики заболеваний шейки матки.

С каждым обследованным, по результатам в рамках диспансеризации, участковым терапевтом/ВОП/фельдшером проводилось групповое, либо углубленное профилактическое консультирование, лица с впервые выявленной патологией, с ФР развития ХНИЗ были поставлены на диспансерный учет и в соответствии со стандартами им было назначено лечение.

## Обсуждение

Три основных модифицируемых фактора риска: гипертония, гиперхолестеринемия и курение повышают риск возникновения болезней сердца и инсульта. В случае наличия у человека одного фактора риска, вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смерти увеличивается в 2 раза. А при комбинации нескольких ФР негативное воздействие многократно возрастает [11]. Снижение смертности от уменьшения распространенности факторов риска возможно в среднем на 55% [12]. Согласно экспериментальным оценкам, снижение только двух наиболее распространенных факторов риска (артериальной гипертонии и курения) за пятилетие приводит к уменьшению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 15%, что равносильно сохранению жизни ежегодно примерно 25 тыс. человек трудоспособного возраста [13].

Факторы риска являются пусковым механизмом в развитии сердечно-сосудистой катастрофы. Артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия, курение, висцеральное ожирение приводят к прогрессированию атеросклероза, возникновению ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), гипертрофии и дилатации левого желудочка, что порождает диастолическую и/или систолическую дисфункцию левого желудочка, хроническую сердечную недостаточность и смерть [14,15].

В своей работе в период проведения диспансеризации взрослого населения, нам удалось установить факторы риска и их комбинацию, впервые выявить ХНИЗ, провести среди населения профилактическую работу, направленную на формирование здорового образа жизни.

## Литература

1. Щепин О.П., Коротких Р.В. Развитие диспансеризации населения в современных условиях. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 2013; (3): 3-5.
2. Всемирная организация здравоохранения. Резолюция и решения 63-й Сессии ВОЗ, Женева, 17-21 мая 2010 года. URL: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-REC1/WHA63\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-en.pdf).
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 30 мая 1986 г. №770 "О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения" с изменениями от 12 сентября 1997года.
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 20 февраля 2008г. № 80н "О проведении в 2008-2009 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан".
5. Приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 г. № 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения".
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 3 февраля 2015 г. №36ан "Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения".
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.10.2017г. №869н "Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения".
8. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Вергазова Э.К., Ткачева О.Н., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Медик Я.В., Бабаева С.В., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Биличенко Т.Н., Федоров Е.Д. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. (3-е издание с дополнениями и уточнениями) М., 2015. 134. URL: [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)
9. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению".
10. Оганов Р.Г., Денисов И.Н., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Болдуева С.А. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. М., 2017. С. 7-28.
11. Estel C., Conti C.R. Global Burden of Cardiovascular Disease. *Cardiovascular Innovations and Applications* 2016; 1(4): 369-77.

12. Радченко В.Г., Козлов В.К. Вопросы стратегии и тактики профилактики донозологических состояний и заболеваний внутренних органов. Руководство для врачей. Росздрав, ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова, СПбГУ М.: 4 ТЕ Арт, 2011. С. 6-29, С. 90-148.
13. Щепин О.П. Академик Ю.П. Лисицын и развитие здравоохранения России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 2014; (3): 43-44.
14. Chrysant S.G. A new paradigm in the treatment of the cardiovascular disease continuum: focus on prevention. *Hippokratia* 2011; 15(1): 7-11.
15. Голикова Д.В. Роль диспансеризации в укреплении здоровья населения. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко* 2014; (2): 33-35.

## The Experience of Prophylactic Medical Examination of Certain Groups of Adult Population. Uryupinsk District, Years 2013-2017

**Vishnyakova N. A.**  
*PhD, Head, Polyclinic*

*Mytishchi city clinical hospital, Mytishchi, Moscow region, Russian Federation*

**Corresponding Author:** Vishnyakova Nelli Anatolyevna **e-mail:** Nelli.vishnyakova76@mail.ru

**Conflict of interest.** None declared.

**Funding.** The study had no sponsorship.

### Abstract

The main cause of mortality in all economically developed countries and in countries with transition economy are chronic non-infectious diseases (CNID). Prophylactic medical examination is aimed at timely revealing risk factors for developing chronic non-infectious diseases. It's proved that by reducing the risk factors, it's possible to reduce mortality from CNID in average by 55%. 5-year work with prophylactic checkups in Uryupinsk region population yielded following results. Most often were cases with one or more risk factors present (58.2% - 76.3%), on the second place – unhealthy nutrition (45.5% - 66.6%), the third place – overweight (15.8% - 55.1%), the fourth place – inadequate physical activity (17.2% - 30.7%), the fifth place – obesity (15.2% - 25.6%) cases. During the whole period 1232 cases of CNID were diagnosed, amounting to 2% of total population examined. Every year from 1.5 till 2.6% different CNID are newly diagnosed. Among them on the first place there are blood circulatory diseases (80-170 cases a year), followed by different types of cancer. In 2017 cancer moved BCD to the second place (120 cases of precancerous and malignant neoplasms detected).

**Keywords:** medical examination of certain groups of adult population, risk factors, chronic non-infectious diseases, cardiovascular pathology



## References

1. Shchepin O.P., Korotkih R.V. Razvitie dispanserizacii naseleniya v sovremennyh usloviyah [The development of medical examination of the population in modern conditions]. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny [Problems of social hygiene, healthcare and medical history]* 2013; (3): 3-5. (In Russ.)
2. World Health Organization. Resolution and decisions of the 63rd WHO Session, Geneva, 17-21 May 2010. URL: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-REC1/WHA63\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-en.pdf).
3. Prikaz Minzdravsocrazvitiya Rossii ot 30 maya 1986 g. №770 "O poryadke provedeniya vseobshchej dispanserizacii naseleniya" s izmeneniyami ot 12 sentyabrya 1997 goda [Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated May 30, 1986 No. 770 "On the procedure for conducting a general medical examination of the population" as amended on September 12, 1997]. (In Russ.)
4. Prikaz Minzdravsocrazvitiya Rossii ot 20 fevralya 2008g. № 80n "O provedenii v 2008-2009 godah dopolnitel'noj dispanserizacii rabotayushchih grazhdan" [Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated February 20, 2008. No. 80n "On additional medical examination of working citizens in 2008-2009"]. (In Russ.)
5. Prikaz Minzdrava Rossii ot 3 dekabrya 2012 g. № 1006n "Ob utverzhdenii poryadka provedeniya dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya" [Order of the Ministry of Health of Russia dated December 3, 2012 No. 1006n "On approval of the procedure for conducting medical examination of certain groups of the adult population"]. (In Russ.)
6. Prikaz Minzdravsocrazvitiya Rossii ot 3 fevralya 2015 g. №36an "Ob utverzhdenii Poryadka provedeniya dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya" [Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated February 3, 2015 No. 36an "On approval of the Procedure for conducting medical examination of certain groups of the adult population"]. (In Russ.)
7. Prikaz Minzdravsocrazvitiya Rossii ot 26.10.2017g. №869n "Ob utverzhdenii Poryadka provedeniya dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya" [Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated 10.26.2017. No. 869n "On approval of the Procedure for conducting medical examination of certain groups of the adult population"]. (In Russ.)
8. Bojcov S.A., Ipatov P.V., Kalinina A.M., Vergazova E.K., Tkacheva O.N., Gambaryan M.G., Eganyan R.A., Medik Ya.V., Babaeva S.V., Solov'eva S.B., Starinskij V.V., Bilichenko T.N., Fedorov E.D. Organizaciya provedeniya dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya. Metodicheskie rekomendacii. (3-e izdanie s dopolneniyami i utochneniyami) [Organization of medical examination of certain groups of the adult population. Guidelines. (3rd edition with additions and clarifications)] Moscow, 2015. 134. URL: [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru) (In Russ.)
9. Prikaz Minzdravsocrazvitiya Rossii ot 15.05.2012 N 543n "Ob utverzhdenii Polozheniya ob organizacii okazaniya pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi vzrosloму naseleniyu" [Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated 05.15.2012 N 543n "On approval of the Regulation on the organization of primary health care for adults"]. (In Russ.)
10. Oganov R.G., Denisov I.N., Simanenkov V.I., Bakulin I.G., Bakulina N.V., Boldueva S.A. i dr. Komorbidnaya patologiya v klinicheskoy praktike. Klinicheskie rekomendacii [Comorbid pathology in clinical practice. Clinical recommendations]. Moscow, 2017. P. 7-28. (In Russ.)
11. Estel C., Conti C.R. Global Burden of Cardiovascular Disease. *Cardiovascular Innovations and Applications* 2016; 1(4): 369-77.
12. Radchenko V.G., Kozlov V.K. Voprosy strategii i taktiki profilaktiki donozologicheskikh sostoyanij i zabolevanij vnutrennih organov. Rukovodstvo dlya vrachej [Questions of strategy and tactics for the prevention of prenosological conditions and diseases of internal organs. A guide for doctors]. Roszdrav, GOUVPO SPbGMA im. I.I. Mechnikova, SPbGU Moscow, 4 TE Art, 2011. P. 6-29, P. 90-148. (In Russ.)

13. Shchepin O.P. Akademik Yu.P. Lisicyn i razvitie zdavoohraneniya Rossii [Academician Yu.P. Lisitsyn and the development of healthcare in Russia]. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny [Problems of social hygiene, healthcare and medical history]*2014; (3): 43-44. (In Russ.)
14. Shrystant S.G. A new paradigm in the treatment of the cardiovascular disease continuum: focus on prevention. *Hippokratia* 2011; 15(1): 7-11.
15. Golikova D.V. Rol' dispanserizacii v ukreplenii zdorov'ya naseleniya [The role of medical examination in improving public health]. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko]* 2014; (2): 33-35. (In Russ.)