

УДК 614.2 : 616.89-094-036.11] - 053.8 (571.63)

Е.В. Карашчук¹, А.В. Калинин², М.В. Волкова³

**Состояние здоровья определенных групп взрослого населения
Приморского края по результатам диспансеризации 2017 года**

¹Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток,

²Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Г.П. Сомова», Владивосток

³Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр, Владивосток,

Контактная информация: А.В. Калинин, e-mail kalinindza@mail.ru

Резюме

Диспансеризация населения нацелена на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, направлена на скрининг лиц, пагубно употребляющих алкоголь, наркотики и психоактивные вещества, а также на проведение всем гражданам, имеющим факторы риска развития заболеваний, профилактического консультирования. В настоящей работе представлены итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Приморского края за 2017 год.

Ключевые слова: здравоохранение; общество; социальная эпидемиология; диспансеризация

E.V. Karashchuk¹, A.V. Kalinin², M.V. Volkova³

The state of health of certain groups of the adult population of Primorsky krai according to the results of the clinical examination 2017

¹Pacific state medical University Ministry of health of Russia, Vladivostok

²G. P. Somov Scientific-research Institute of epidemiology and Microbiology, Vladivostok

³Primorsky regional medical information and analytical center, Vladivostok
e-mail: kalinindza@mail.ru

Summary

Medical examination of the population is aimed at early detection of chronic non-communicable diseases, which are the main cause of disability and premature mortality of the population, aimed at screening of persons who are harmful to alcohol, drugs and psychoactive substances, as well as at carrying out preventive counseling for all citizens who have risk factors for diseases. The paper presents the results of medical examination of certain groups of adult population of Primorsky Krai for 2017.

Key words: health care; society; social epidemiology; medical examination

Введение

Диспансеризация населения является одним из важнейших механизмов сохранения здоровья и снижения смертности населения. Это комплекс мероприятий в системе здравоохранения, проводимых с целью выявления и предупреждения развития различных заболеваний у населения. Диспансеризация представляет собой профилактические медицинские осмотры, консультации врачей и медицинские исследования, проводимые в определённые возрастные периоды человека [3]. Диспансеризация проводится в два этапа. Первый этап - скрининг. Цель - выявление у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определение медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации. Второй этап проводится по результатам первого этапа для граждан, нуждающихся в дополнительном обследовании, уточнении диагноза заболевания, проведении углубленного профилактического консультирования.

Обсуждение результатов

В 2017 году диспансеризация определенных групп взрослого населения проводилась в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36-ан (в редакции приказа от 9 декабря 2016г. № 946-н) «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». В Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, в соответствии с которым для повышения качества планирования и проведения диспансеризации уточнено плановое значение охвата населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации и подлежащего диспансеризации [1]. В отчетном году - не менее 21% прикрепленного населения.

Анализ результатов диспансеризации взрослого населения в Приморском крае за 2017 года показал, что всего подлежало диспансеризации 27,8% от общей численности населения, при этом в возрастных группах 21-36 лет, 39-60 лет и старше 60 лет этот процент составил: 25,9, 29,4 и 27,6% соответственно. Общее число работающих граждан, прошедших диспансеризацию, составило 56,4%, работающих и граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме - соответственно 41,5 и 2,1%. Возрастной состав прошедших диспансеризацию распределился следующим образом: 28% - лица до 39 лет, 42% - 39-60 лет и 30 % лица старше 60 лет. По плану текущего года из общего числа лиц, подлежащих наблюдению, прошли 1 этап дис-

пансеризации 88,3% граждан. В возрастной группе 21-36 лет полнота охвата составила 81,0%, в группе 38-60 лет - 83,1%, а в группе старше 60 лет - 107%. Диспансеризацию 2 этапа прошли 17,3% населения в возрасте 21-36 лет, 37,6% - в возрасте 39-60 лет и 43,7% в возрасте старше 60 лет из числа прошедших наблюдение на 1 этапе; общий показатель составил - 33,4%.

Анализируя итоги диспансеризации среди мужчин и женщин, необходимо отметить некоторые различия. Из числа подлежащих наблюдению прошли 1 этап диспансеризации всего 36,5% мужчин и 63,5% женщин. Общий показатель охвата диспансеризацией составил 73,9% среди мужчин и 99,6% среди женщин. Наблюдаются различия и в возрастных группах, так до 39 лет у мужчин полнота охвата наблюдением составила 74,8%, а у женщин - 86,6%, в группе 39-60 лет: 66,7 и 96,3 процента соответственно, а возрастной группе старше 60 лет - 88 и 118,1 процента.

В целом, полнота охвата на 2-ом этапе составила 33,7% из числа лиц, прошедших диспансеризацию на 1-ом этапе, и 29,8% из числа лиц, подлежащих диспансеризации по плану отчетного года. Возрастной состав лиц, прошедших диспансеризацию на 2-ом этапе, распределился следующим образом: 14,4% - 21-36 лет, 47 и 38,6% соответственно в

группах 39-60 лет и старше 60 лет. Среди лиц, прошедших диспансеризацию на 2 этапе, мужчины составили 32%, а женщины - 68%. Выявлены гендерные особенности прошедших диспансеризацию на 2-ом этапе в возрасте до 39 лет: 17% мужчин и 13% женщин, в возрастной группе 39-60 лет - 46,6 и 47% соответственно и в группе старших возрастов - 36% мужчин и 40% женщин. Полнота охвата в каждой возрастной группе мужчин на 2-ом этапе диспансеризации из числа прошедших диспансеризацию - 15% в возрасте 21-36 лет, 33,6% - 39-60 лет и 42,9% в группе старше 60 лет. Общий показатель составил 29,7 на 100 человек, прошедших 1-ый этап диспансеризации. Полнота охвата в каждой возрастной группе женщин на 2-ом этапе диспансеризации из числа прошедших диспансеризацию - 19,1% в возрасте 21-36 лет, 39,8% - 39-60 лет и 44% в группе старше 60 лет. Общий показатель составил 36 на 100 человек, прошедших 1-ый этап диспансеризации.

Сравнивая частоту проведенных мероприятий на первом этапе диспансеризации, необходимо отметить, что 100% охват выполнен по опросу (анкетированию), антропометрии, измерению артериального давления и осмотру врачом-терапевтом, наибольшая частота 99,7, 91 и 78,0% зафиксированы в отношении таких исследований, как общий анализ мочи, флюорография легких и электрокардиография в покое. Средний уровень охвата медицинскими мероприятиями от 68,2 до 63,8% выявлен при проведении измерения внутриг-

лазного давления, определении уровня общего холестерина в крови, определении уровня глюкозы в крови экспресс-методом и клинического анализа крови. Наименьшая частота (4,7%) выполнения медицинских мероприятий зафиксирована в отношении ультразвукового исследования (УЗИ) в целях исключения аневризмы брюшной аорты. Недостаточный объем (убывающий уровень от 50,8 до 39,5%) выявлен при других видах медицинских мероприятий: осмотре фельдшером, исследовании кала на скрытую кровь, определении абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, клинического анализ крови развернутого. Низкий уровень частоты выполнения медицинских мероприятий от 38% до 31,9% при маммографии обеих молочных желез, анализе крови биохимическом, УЗИ брюшной полости на предмет исключения новообразований и определении относительного суммарного сердечно-сосудистого риска.

Частота выявленных патологических отклонений среди проведенных медицинских мероприятий на 1 этапе диспансеризации в целом составила 20,5%. При этом наибольший процент выявлен был при опросе (17,6%), наименьший - при флюорографии легких (0,5%).

В сравнении с общим уровнем выявленных патологических отклонений наибольший показатель зафиксирован

при определении абсолютного и относительного суммарного сердечно-сосудистого риска (13,7% и 10,7% соответственно), определении уровня общего холестерина в крови (10,5%) и биохимическом анализе крови (8,9%) .

По результатам первого этапа диспансеризации выявлены показания для проведения 115520 обследований на втором этапе. В структуре выявленных показаний к дополнительному обследованию наибольших удельный вес составил прием врача терапевта (35%), второе ранговое место - индивидуальное углубленное профилактическое консультирование (24,6%) и третье - определение липидного спектра крови (15%). Незначительный удельный вес в структуре занимают такие дополнительные обследования, как осмотр/консультация врачом-оториноларингологом (0,1%), колоноскопия или ректороманоскопия (0,2%), осмотр врачом хирургом/урологом, хирургом/колопроктологом и спирометрия (по 0,8 и по 0,9% соответственно). Такие исследования, как дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (1%), осмотр врачом - неврологом (1%), анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (1,3%), осмотр врачом-офтальмологом (1,6%), также занимают низкий удельный вес в структуре исследований, что, безусловно, снижает диагностическую эффективность 2-го этапа. Всего проведено 111174 дополнительных исследований, что составило 96% от числа назначенных. По видам медицинских мероприятий

наибольшее выполнение (99% и выше) составили осмотры у врачей специалистов: невролога, хирурга или врача колопроктолога, отоларинголога, прием врача-терапевта и окулиста. Частота выполненных всех остальных исследований колеблется от 98,3% (эзофагогастродуоденоскопия) до 91,8% (колоноскопия или ректороманоскопия). Только два вида исследований: дуплексное сканирование брахицефальных артерий и групповое профилактическое консультирование (школы пациентов) показали низкий процент выполнения 48,7% и 52,9% соответственно. Частота выявленной патологии по проведенным исследованиям на 2-м этапе колебалась от 35% и 30,1% (эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия/ректороманоскопия) до 19,5 и 19,1% при дуплексном сканировании брахицефальных артерий и спирометрии соответственно. Более значительные показатели частоты выявленных заболеваний при осмотрах/консультациях специалистов от 32,3% врачом неврологом до 61,2% врачом-акушером-гинекологом, что подтверждает правильность формирования алгоритма направления на эти исследования. Самый низкий уровень выявленных заболеваний определен был при проведении анализа крови на уровень содержания простатспецифического антигена (7,0%). В целом частота выявленных заболеваний среди всех проведенных ме-

дицинских мероприятиях на 2-м этапе диспансеризации составила 25,6%. Безусловно, вопрос распространения и частоты выявленной патологии требует более углубленного исследования. Необходимо отметить, что при анализе результатов диспансеризации выявлен недостаточный охват профилактическим консультированием как индивидуальным, так и групповым. Всего было охвачено индивидуальным углубленным профилактическим консультированием 70,3% среди всех направленных граждан на 2- этап диспансеризации, а групповым профилактическим консультированием - 7,5%, что может свидетельствовать о недостаточной настороженности в отношении, в первую очередь, риска сердечно-сосудистых заболеваний, но также и других хронических неинфекционных заболеваний. Хотя охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием достиг целевого показателя, но низкий показатель группового профилактического консультирования не может не отразиться на качестве диспансеризации в целом.

Большой вклад в преждевременную смертность вносят поведенческие факторы риска: малоподвижный образ жизни увеличивает риск возникновения артериальной гипертензии на 20-50%; увеличение артериального давления на 10 мм ртутного столба увеличивает риск смерти от ИБС на 38%. Доказано, что индекс массы тела выше 25 увеличивает риск ИБС на 70%, а повышение уровня холестерина на 10% у мужчин в возрасте 55-64 года увели-

чивает риск этой патологии на 38%. Курение увеличивает риск ИБС у мужчин на 41%, а у женщин на 21 %.

Анализируя факторы риска развития неинфекционных заболеваний по результатам диспансеризации, можно прийти к следующим выводам. На первом месте в структуре всех выявленных факторов риска находится нерациональное питание (неприемлемые диеты и вредные привычки питания) -25,8%, на втором ранговом месте - низкая физическая активность (17,4%), на третьем - избыточная масса тела (12,0%), на четвертом - курение табака (9,1%). Далее, представление рангов по отдельным факторам риска развития ХНЗ с последующим убыванием от 8,4 до 4,4 %, распределились между высоким абсолютным суммарным сердечно-сосудистым риском, отягощенной наследственностью, повышенным уровнем артериального давления и очень высоким абсолютным суммарным сердечно-сосудистым риском. Остальные факторы риска имеют незначительный удельный вес (от 0,1% - риск потребления наркотических средств до 3,2% - отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям) в общей структуре факторов.

Рассматривая гендерные различия в распределении отдельных факторов риска, необходимо отметить, что на первых 2-х мест, как у мужчин, так и у женщин

оказалась одинаковая: нерациональное питание (по 25,8%) и низкая физическая активность (16,1% и 18,1% соответственно). Начиная с 3-го места приоритеты факторов риска меняются, у мужчин - это курение табака (14,5%), а у женщин - избыточная масса тела (12,9%). У мужчин избыточная масса тела занимает 4-е место (10,7%), а у женщин на этом месте высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск - 9,1%. Пятое ранговое место по 7,2% поделили высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск у мужчин и отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям у женщин.

Рассматривая первые две ранговые позиции факторов риска в разных возрастных группах, можно отметить, что нерациональное питание, занимающие 1-ое место во всех возрастах, превалирует в группе 39-60 лет (42,2%). Второе ранговое место, занимаемое низкой физической активностью, в большей степени выражено в этой же возрастной группе (40,7%). Третье место, принадлежащее избыточной массе тела, в возрастной группе 39-60 и старше 60 лет распределено, как 35,0 и 40,5 %.

Анализируя структуру факторов риска в каждой возрастной группе можно сделать следующие выводы. В возрасте 21-36 лет первое место занимает нерациональное питание с 31,8%, на втором месте - низкая физическая активность (17,9%), на третьем - употребление табака (16,4%), четвертое и пятое место поде-

лили избыточная масса тела и отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям 8,4% и 6,1% соответственно. В возрастной группе 39-60 лет первые три ранговых места остаются такими же, что и среди всего населения. Меняется 4-ое и 5-ое место - курение табака с 10,% и высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск - 9,5%. В старшей группе (более 60 лет) первые четыре ранговые места соответствуют распределению факторов среди всего населения, но возрастает до 8,4% повышение уровня артериального давления, занимая 5-ое ранговое место.

Оценивая сведения о выявленных при проведении диспансеризации заболеваниях среди всего населения необходимо отметить следующие тенденции. На первом месте оказался класс болезней системы кровообращения (30,6%), на втором месте - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ (16,6%), на третьем - болезни органов пищеварения (15,9%), четвертом - болезни мочеполовой системы (14,2%) и на пятом месте - прочие заболевания с 11,4%. В классе болезней системы кровообращения преобладают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением и ишемическая болезнь сердца, 55,4% и 17,7% соответственно, на третьем месте - цереброваскулярные болезни (14,6%). В классе бо-

лезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ первое место заняли нарушения обмена липопротеинов и другие липидемии - 54,1%. Среди болезней органов пищеварения преобладают гастриты и дуодениты, их доля в структуре этого класса заболеваний составила 44,3%. В структуре болезней мочеполовой системы наибольший удельный вес у доброкачественных дисплазий молочной железы (28,6%).

По результатам выявленных заболеваний установлено диспансерное наблюдение и полнота охвата не равнозначна по всем ведущим классам, она колеблется от 68,3% при выявленных заболеваниях системы кровообращения и 60% при болезнях эндокринной системы до 40,0% при заболеваниях системы пищеварения и 43,5% - болезнях мочеполовой системы. В целом, полнота охвата составила всего 52,8% по всем заболеваниям.

Анализ сведений о выявленных при проведении диспансеризации заболеваний среди мужчин и женщин показал, что различий в первом ранговом распределении классов заболеваний не наблюдается. Необходимо отметить, что у мужчин второе и третье место поделили с почти одинаковыми значениями показателя 16,5 и 16,3% заболевания органов пищеварения и болезни эндокринной системы. Среди женщин второе и третье место со значением показателя 16,7 и 16,6% разделили болезни эндокринной и мочеполовой систем. Четвертое ранговое место у мужчин заняли прочие болезни (14,6%), а у женщин - болез-

ни органов пищеварения (15,6%). Преобладающие возрастные группы, как у мужчин, так и у женщин 39-60, 60 и старше.

Проведенные исследования в рамках диспансеризации в 2017 году позволили выявить впервые более 22 тысячи случаев новых заболеваний, из них 14869 случаев среди женщин (66%) и 7652 случая у мужчин (34%). Оценивая общие сведения о впервые выявленных заболеваниях, ранговый порядок случаев изменился. На первой позиции оказались болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ - 41,7% случаев, против 16,6% в структуре всех выявленных заболеваний при проведении диспансеризации. Этот показатель не имеет гендерных различий, как среди мужчин, так и среди женщин он занимает первое место, соответственно 42,0 и 41,5 процента. Вторую и третью позицию в структуре всех впервые выявленных случаев с почти равными значениями показателя (16% и 15,6%) заняли болезни мочеполовой системы и системы кровообращения. Удельный вес этих причин в структуре всех заболеваний, выявленных при диспансеризации, составил соответственно 14,2 и 30,6 процентов (4-ое и 1-ое ранговые места).

Анализируя гендерные различия о впервые выявленных при проведении диспансеризации заболеваниях, необхо-

димо отметить, что в возрастной группе 21-36 лет преобладают болезни эндокринной системы, как среди мужчин, так и среди женщин 40,4% и 32,3% соответственно. На втором месте в этой возрастной группе у мужчин болезни системы кровообращения (14,8%), а у женщин - болезни мочеполовой системы (18,7%). На третьей позиции у мужчин прочие заболевания (11,6%), а у женщин - болезни системы кровообращения (10,1%). В возрастной группе 39-60 лет ситуация не изменилась, ранговые места распределились также. Среди мужчин старшей возрастной группы, более 60 лет, первые два ранговых места принадлежат тем же причинам: болезни эндокринной системы - 41,5% и болезни системы кровообращения - 26%, а вот на третьем месте оказались болезни мочеполовой системы - 11,6 процента. У женщин в этой возрастной группе изменилось второе ранговое место: болезни мочеполовой системы уступили болезням системы кровообращения, 16,8% и 15,8% соответственно. В целом, анализируя впервые выявленные заболевания, у мужчин первые три позиции заняли заболевания эндокринной системы (42%), системы кровообращения (19,5%) и прочие заболевания (10,5%). Среди женщин ранговые места впервые выявленных заболеваний распределились по-другому: болезни эндокринной системы (41,5%), мочеполовой системы (20%) и системы кровообращения (13,5%). Последующие ранговые позиции у мужчин заняли болезни мочеполовой системы - 8,0%, болезни органов пищеварения - 7,2 и болезни органов

дыхания - 4,7%, а у женщин - прочие заболевания (7,3%), болезни органов пищеварения (6,0%) и органов дыхания (3,1%).

Полнота охвата диспансерным наблюдением в целом составила 68,2%. Показатель колеблется от 36% при болезнях нервной системы, 54% при болезнях органов пищеварения до 82,8% при болезнях органов дыхания и 82,5% при новообразованиях.

Сведения об установленных при проведении диспансеризации предварительных диагнозах показали, что всего было установлено 10470 диагнозов, среди мужчин - 4127 (39,4% от общего числа диагнозов), среди женщин - 6343 (60,6%). Структурное распределение представлено следующим образом: на первом месте - болезни эндокринной системы (41,4%), на втором - болезни системы кровообращения (19,7%), на третьем - прочие заболевания (12,2%) и последующем четвертом месте заболевания мочеполовой системы (9,6%). Характеризуя возрастные особенности необходимо отметить, что во всех группах первое и второе место принадлежит тем же заболеваниям, а третье и четвертое ранговое место меняется. В группе 21-36 лет соответственно болезни органов дыхания и прочие заболевания, 39-60 лет и старше 60 лет - прочие болезни и болезни мочеполовой системы. Гендерные отличия так же имеют место. Среди мужчин и жен-

щин ведущие две позиции занимают те же заболевания, что и в целом среди всего населения. Третье и четвертое место у мужчин - это прочие заболевания и болезни органов дыхания. У женщин с практически одинаковой величиной показателя (11,5% и 11,4%) третье и четвертое ранговое место занимают прочие заболевания и болезни мочеполовой системы.

Установлено диспансерное наблюдение в 6771 случае, что составило 64,7% из числа всех установленных при проведении диспансеризации предварительных диагнозов.

Наименьший показатель (42,8%) выявлен при болезнях мочеполовой системы, наибольший - при болезнях органов дыхания (85,4%). Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, занимающие лидирующие позиции, как среди мужчин, так и среди женщин, имеют невысокий показатель охвата диспансерным наблюдением: 62,6% на 100 установленных предварительных диагнозов.

По итогам диспансеризации 2017 года 119422 человека прошли диспансеризацию, из них только у 18% была установлена 1-я группа здоровья, т.е. у этих лиц не выявлено НИЗ, подлежащих диспансерному наблюдению и они имеют низкий или умеренный сердечно-сосудистый риск. В целом по РФ этот показатель больше 30%. Вторая группа здоровья у 14% граждан, прошедших диспансеризацию. У граждан этой группы при отсутствии клинических заболеваний по данным проведенных обследований выявлен высокий или очень высо-

кий сердечно-сосудистый риск, и они подлежат углубленному профилактическому консультированию уже в рамках 2-го этапа диспансеризации и взятию на диспансерное наблюдение в кабинетах/отделениях медицинской профилактики и центрах здоровья. Наибольшая доля граждан имеют 3а и 3б группы здоровья (58% и 10% соответственно) среди всех прошедших диспансеризацию, они имеют НИЗ или другие заболевания, которые подлежат диспансерному наблюдению. Поэтому показатели полноты охвата диспансерным наблюдением должны быть гораздо выше, чем те показатели, которые выявлены по итогам 2017 года. К проведению диспансеризации были привлечены 11 мобильных медицинских бригад, силами которых была проведена диспансеризация 902 человек, что составило всего около 1% лиц, прошедших диспансеризацию. Направлено на дополнительное диагностическое исследование, не входящее в объем диспансеризации, 12017 человек (10% от всех лиц, прошедших диспансеризацию), их них 3821 мужчин и 8196 женщин. Для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи были направлены всего 322 человека (113 мужчин и 209 женщин), что составило 0,3% от всех прошедших диспансеризацию. Рекомендовано санаторно-курортное лечение 4901 человеку

(4,1%), из которых 2082 мужчин и 2819 женщин.

Заключение

Таким образом, можно констатировать, что, несмотря на целый ряд объективных организационных трудностей и субъективных факторов, обусловленных не точным исполнением требований нормативных документов, диспансеризация определенных групп взрослого населения в Приморском крае в 2017 году проведена успешно.

На сегодняшний день системные проблемы в данной области заставляют задуматься о необходимости её модернизации. В результате сейчас есть все основания для того, чтобы реформировать подход к диспансеризации [2]. В настоящее время обсуждается вопрос о том, чтобы заметно снизить объём и периодичность диагностических исследований, в особенности для тех пациентов, которые самостоятельно не желают являться на приём к доктору и при этом не имеют никаких серьёзных хронических заболеваний неинфекционного характера. По мнению организаторов системы здравоохранения, такой подход позволит значительно снизить затраты на проведение диспансеризации и несколько уменьшить загруженность медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений. Кроме того, подобный шаг должен повысить ответственность пациентов. Только если человек самостоятельно заботится о собственном здо-

Управление качеством медицинской помощи Е.В. Каращук с соавт.
Состояние здоровья определенных групп взрослого населения Приморского края ...
ровье, ему удастся сохранить его на хо-
рошем уровне на протяжении всей жиз-
ни.

Список литературы

1. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., др. Диспансеризация определенных групп взрослого населения: Метод. рекомендации, М., 2017. - 199 с.
2. Калинин А.В., Кузнецов В.В., Трусова Л.Н., Рассказова В.Н. Аналитический обзор по проблемам кадрового ресурсообеспечения системы здравоохранения России и за рубежом / Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2014, № 2.
3. Щепин О.П., Коротких Р.В., Щепин В.О., Медик В.А. Здоровье населения - основа развития здравоохранения / Под ред. О.П. Щепина. М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН; 2009. - 376 с.