

УДК 616.1-07.036.88

**АЛГОРИТМ СКРИНИНГА И МОНИТОРИРОВАНИЯ БСК  
СРЕДИ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА  
КАК ПУТЬ СНИЖЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ***Лопатина А. Л., Шаршакова Т. М.***Учреждение****«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»****Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь**

В условиях социально-экономических реформ, обостривших влияние многих социально-гигиенических факторов на здоровье населения, требуются как исследования факторов риска заболеваемости населения БСК, так и поиск новых путей совершенствования организации медицинской помощи и профилактики данной патологии с целью снижения преждевременной смертности.

**Материалы и методы**

Изучены формы первичной медицинской документации: медицинские карты амбулаторных больных (учетная форма 025/у), медицинские карты стационарных больных (учетная форма 003/у), умерших от БСК, врачебные свидетельства о смерти (форма 106/у), сводные отчеты из ЗАГСов, использованы материалы Национального статистического комитета Республики Беларусь. С целью детального изучения смертности трудоспособного населения разработана и внедрена в 2007 г. «Карта учета смерти от БСК в трудоспособном возрасте», на основании которой разработано и внедрено программное обеспечение «Учет случаев смерти от БСК», предназначенное для сбора, анализа и изучения информации о смертности от БСК населения трудоспособного возраста.

Проанализировано 212 амбулаторных карт умерших от ССЗ за период 2008–2009 гг. Выборка сделана с учетом полноты клинико-инструментального обследования.

**Результаты исследования.** Нами оценен прижизненный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, в течение 10 лет среди умерших в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения. По шкале SCORE низкому риску соответствует вероятность смерти в течение ближайших 10 лет < 5 %, среднему риску — 5–9 %, высокому риску — 10–14 % и очень высокому > 15 %.

Установлено, что низкий риск (< 5 %) имели 37,8 %, средний (5–9 %) — 45,3 %, высокий (10–14 %) — 15,1 %, очень (> 15 %) — 1,9 %.

Отмечены статистически значимые изменения в структуре смертности по профессиональному признаку в 2009 г. по сравнению с 2007 г.: увеличение доли промышленных рабочих и уменьшение доли временно не занятых работой ( $\chi^2 = 80,93$ ;  $p < 0,001$ ).

Показатели смертности от БСК промышленных и сельскохозяйственных рабочих значительно превышают показатели смертности от БСК трудоспособного населения. Так, показатели смертности от БСК промышленных рабочих трудоспособного возраста (с достоверностью до 95 %) превышали показатели смертности от БСК трудоспособного населения в 2007 г. от 1,2 до 1,6, в 2008 г. — от 1,5 до 2,0, а показатели смертности от БСК сельскохозяйственных рабочих трудоспособного возраста в 2007 г. — от 1,3 до 1,9, в 2008 г. — от 1,1 до 1,7 соответственно. Смертность мужчин трудоспособного возраста от БСК, являвшихся промышленными рабочими, в 2007 г. — от 1,2 до 1,6, в 2008 г. — от 1,5 до 2,0 превышала смертность мужчин трудоспособного возраста от БСК. Смертность мужчин трудоспособного возраста от БСК, являвшихся сельскохозяйственными рабочими, в 2007 г. — от 1,1 до 1,7, в 2008 г. — от 1,0 до 1,6 соответственно.

Нами выделены группы высокого прижизненного риска развития ССЗ и их фатальных осложнений:

- 1 — по половому признаку: мужчины;
- 2 — по возрасту: лица с 30 до 60 лет;
- 3 — по профессиональному признаку: рабочие промышленных предприятий; рабочие сельскохозяйственного производства; временно не занятые работой;
- 4 — по уровню образования: не имеющие высшего образования;
- 5 — по брачному статусу: не состоящие в браке.

Учитывая вышеперечисленные признаки, мы сформировали целевые группы высокого кардиоваскулярного риска для проведения скрининга ССЗ.

Проведение скрининга ССЗ в указанных группах определит успешность диспансеризации.

Проведение скрининга БСК следует приурочить к проведению предварительных и периодических медицинских осмотров.

С учетом существующих подходов к диагностике и лечению болезней системы кровообращения нами разработан алгоритм скрининга и мониторинга болезней системы кровообращения среди выделенных целевых групп.

Для проведения скрининга БСК мы предлагаем следующую этапность.

Первый этап. Клинический осмотр пациента, заполнение карты регистрации факторов риска, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Клинический осмотр включает:

- осмотр врачом-терапевтом с заполнением карты регистрации факторов риска ССЗ;
- запись ЭКГ в покое;
- осмотр окулиста;
- биохимический анализ крови с определением концентрации глюкозы, показателей липидного спектра (для определения биохимических показателей пунктировать локтевую вену натощак после 16 ч. голодания);
- наличие ГБ (стаж ГБ выяснять из данных анамнеза и уточнять по медицинской документации);
- определение ИМТ (за избыточную массу тела принимать значения ИМТ для мужчин  $\geq 29$  кг/м<sup>2</sup>, для женщин  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>);
- физическая активность (определяется соответственно по самооценкам больных);
- статус курения, наличие отягощенной наследственности и сахарного диабета (выяснить по данным анамнеза и по медицинской документации);
- уровень психологического напряжения оценивать с использованием шкалы психологического стресса Ридера (повышение психоэмоционального напряжения регистрировать при среднем балле по опроснику менее 3 для мужчин и менее 2,8 — для женщин);

На 2-м этапе лица, имеющие 3 и более факторов риска ССЗ, должны быть осмотрены кардиологом для подтверждения выявленных нарушений и направлены на дообследование.

Дообследование включает:

- УЗИ сердца и периферических сосудов;
- велоэргометрию;
- холтеровское мониторирование артериального давления (АД) и ЭКГ;
- наблюдение за уровнем АД;
- определение индекса коронарного кальция по методу А. Agatston.

По результатам двух этапов скрининга лица с впервые выявленными ССЗ поступают на диспансерный учет.

Третий этап скрининга предусматривает осуществление диспансерного наблюдения за выявленными больными и лицами из группы риска ССЗ (дислипидемии, ожирение с проявлениями метаболического синдрома) с назначением высокоэффективных современных лекарственных средств.

Проведение скрининга и мониторинга БСК среди выявленных целевых групп высокого риска позволяет снизить преждевременную смертность.

### **Выводы**

1. Полученные в результате ретроспективного анализа данные об уровне 10-летнего прижизненного риска ССЗ среди умерших позволяют сделать вывод о необходимости

учета социального статуса (уровень образования, профессия, брачный статус), а также наличия злоупотребления алкоголем как фактора риска при оценке риска смерти от ССЗ.

2. Разработанный алгоритм скрининга и мониторингования БСК для целевых групп высокого кардиоваскулярного риска позволяет повысить эффективность диспансеризации с целью снижения преждевременной смертности.

УДК 616.1-036.886:33 (476.2)

**ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА  
В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ  
СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Лопатина А. Л., Шаршакова Т. М., Шаршаков Ю. В.*

**Учреждение**

**«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Потери от преждевременной смертности населения относятся к числу наиболее существенных и имеют помимо гуманитарного и чисто экономического аспект. Информация об экономическом ущербе в связи с потерями от преждевременной смертности населения может быть использована для расчетов инвестиций в здравоохранение, для планирования мероприятий, направленных на повышение уровня общественного здоровья, а также при формировании целевых региональных программ, имеющих цель воздействовать на наиболее важные и управляемые факторы, определяющие уровень смертности населения, в том числе от конкретных причин смерти на территориальном уровне.

Самым распространенным методом определения экономической цены человеческой жизни является метод, основанный на подсчете стоимости товаров и услуг (ВВП), которые могли бы быть произведены при сохранении жизни людей в трудоспособном периоде. Тот дополнительный продукт, который общество получает благодаря участию в общественном производстве лиц, жизнь и здоровье которых были сохранены благодаря развитию и совершенствованию здравоохранения, полностью и с лихвой окупает все затраты, связанные с развитием инфраструктуры здравоохранения и текущими расходами на проведение соответствующих мероприятий.

Показатель цены человеческой жизни может интерпретироваться и как экономический ущерб, наносимый обществу вследствие не проведения соответствующих мероприятий, которые призваны были бы предотвратить преждевременную смерть.

В настоящем исследовании определяется экономический ущерб от преждевременной смертности населения Гомельской области, в том числе от болезней системы кровообращения (БСК) и оценивается прогнозируемый экономический эффект по снижению смертности населения в ходе формирования и реализации целевых территориальных программ.

Для расчета экономического ущерба от преждевременной смертности от всех заболеваний, а также от болезней системы кровообращения нами было рассчитано среднее число потерянных рабочих лет в результате одного случая смерти для каждой из возрастных групп.

В основу расчета этого показателя был положен возраст выбытия из трудовой деятельности, установленный Правительством Республики Беларусь, который составляет 60 лет для мужчин и 55 лет для женщин.

Таким образом, ущерб от преждевременной смертности от всех болезней трудоспособного населения в 2008 г. составил 1,4 трл. руб., а в 2009 г. — 1,6 трл. руб. Ущерб от преждевременной смертности от болезней системы кровообращения людей трудоспособ-