

Почему необходимо менять первый этап порядка проведения диспансеризации взрослого населения в Российской Федерации

Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М.

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

С 2013 года в нашей стране проводится диспансеризация взрослого населения, нацеленная на выявление главным образом хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические, хронические бронхо-легочные заболевания и сахарный диабет) и их факторов риска. Хронические неинфекционные заболевания находятся в фокусе внимания потому, что они служат причиной почти трех четвертей всех смертей. Выявление заболеваний происходит в два этапа - методы первого этапа предназначены для выявления подозрений на заболевания, а второго – для уточнения диагноза. Кроме того в ходе диспансеризации осуществляется проведение профилактического консультирования для коррекции факторов риска и постановка больных при наличии показаний на диспансерное наблюдение.

Основным содержанием первого этапа диспансеризации является скрининг населения. Концепция скрининга в здравоохранении, то есть активного выявления болезни или ее факторов риска у лиц, считающихся или считающих себя здоровыми, в течение XX века быстро распространилась и в настоящее время широко принята в большинстве развитых стран. Обзор ситуации со скринингом в европейских странах представлен в документе Всемирной организации здравоохранения от 2008 г., подготовленном Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения (Holland WW., Stewart S., Masseria C. Основы политики. Скрининг в Европе. 2008; 71С.).

В соответствии со вторым докладом Национального комитета по скринингу Великобритании (2000 г.), взятого ВОЗ в качестве рекомендуемого, под скринингом понимается «услуга в области здравоохранения, состоящая в том, что представителям конкретной популяции, которые не обязательно понимают, что они подвержены риску заболевания или уже страдают болезнью либо ее осложнениями,

даются вопросы или предлагается тест для выявления лиц, которым с большей вероятностью будет оказана помощь, а не причинен вред, дальнейшими тестами или лечением с целью снижения риска заболевания или его осложнений». Более подробно основное содержание требований к процессу скрининга и дальнейшему порядку действий в случае выявления заболевания или факторов риска, выработанных в 1971 году Cochrane AL. и Holland WW., представлены в таблице 1.

Таблица 1. Основное содержание требований к процессу организации скрининга и дальнейшему порядку действий

(по Cochrane AL., Holland WW. Validation of screening procedures. British Medical Bulletin, 1971; 27(1):3–8)

Категория	Содержание требования
Состояние (заболевание, синдром)	Искомое состояние должно быть важной социально-значимой проблемой здоровья. Состояние должно иметь распознаваемую скрытую или раннюю стадию, проявляющуюся конкретными симптомами.
Диагностика	Должен существовать безопасный и приемлемый для применения в целевой популяции диагностический тест. Должен быть выработан согласованный порядок действий, основанный на надежных результатах теста и национальных стандартах, определяющих, кого следует считать пациентами, и какова их маршрутизация. Весь процесс диагностики должен иметь законченный характер, то есть начинаться со скрининг-теста и завершаться окончательным диагнозом.
Лечение	Для выявленных заболеваний или предболезненных состояний, должен существовать национальный стандарт лечения или установленный вид вмешательства (например, профилактическое консультирование и рекомендации по коррекции факторов риска), а также должно быть доступно необходимое оборудование и медикаменты для лечения.
Стоимость	Стоимость выявления случаев заболевания (включая диагностику и лечение) должна быть экономически сбалансирована с возможными расходами на медико-санитарную помощь в целом.

В соответствии с этими требованиями основной, принятой большинством стран, целью скрининга является выявление артериальной гипертонии, ожирения, гиперхолестеринемии, суммарного сердечно-сосудистого риска, сахарного диабета, хронической обструктивной болезни легких, а также рака шейки матки, рака молочной железы и колоректального рака. Рак предстательной железы по причине неотчетливого баланса «польза-вред» и низкой медико-экономической эффективности большинством стран в настоящее время не проводится. В ходе

скрининга по данным стандартизованного анкетирования также могут быть выявлены подозрения на ишемическую болезнь сердца и ранее не диагностированные перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения.

Скрининг в Российской Федерации, осуществляемый в рамках диспансеризации взрослого населения с регулярностью 1 раз в 3 года, в соответствии с Приказом Минздрава России от 27 февраля 2015 года №36ан включает в себя следующие методы:

- анкетирование главным образом на предмет выявления факторов риска неинфекционных заболеваний, ишемической болезни сердца, ранее перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения, а также подозрений на наличие хронической обструктивной болезни легких;

- измерение артериального давления с целью выявления артериальной гипертензии (высокая степень уверенности в существенной пользе);*

*Здесь и далее уровень доказательности использования методов представлен в соответствии с серией рекомендаций по скринингу, разработанных Целевой группой по профилактическим услугам США (U.S. Preventive Services Task Force, 2009-2016) и рекомендациями Американской академии семейных врачей (Association American Family Physician, 2015 и 2017).

- определение индекса массы тела и измерение окружности талии с целью выявления ожирения как фактора риска неинфекционных заболеваний (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе);

- определение концентрации общего холестерина в крови с целью выявления гиперхолестеринемии как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе для мужчин и женщин в возрасте 40-75 лет);

- определение концентрации глюкозы в крови с целью выявления сахарного диабета (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе для мужчин и женщин в возрасте 40-70 лет при избыточной массе тела и ожирении);

- расчет абсолютного суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска с учетом пола, возраста, уровня систолического артериального давления, концентрации холестерина и отношения к курению; рассчитывается по таблице

SCORE для мужчин и женщин в возрасте 40-65 лет, не имеющих доказанных заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарного диабета и хронической болезни почек; Европейские рекомендации по кардиоваскулярной профилактике (2016 г.) рекомендуют проводить в качестве систематического скрининга 1 раз в 5 лет всем гражданам в возрасте 40-65 лет, имеющим факторы риска, а при отсутствии факторов риска расчет абсолютного суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска рекомендуется для мужчин старше 40 лет, для женщин старше 50 лет или после менопаузы;

- электрокардиографию покоя с целью выявления нарушений ритма сердца и ранее неизвестного перенесенного инфаркта миокарда (в настоящее время данные недостаточны для оценки баланса пользы и вреда от применения данного метода);

- мазок (соскоб) с поверхности шейки матки и цервикального канала для цитологическое исследования с целью выявления рака шейки матки для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет (высокая степень уверенности в существенной пользе);

- маммография обеих молочных желез для женщин в возрасте от 39 до 75 лет с целью выявления рака молочной железы (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе);

- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) для граждан в возрасте от 48 до 75 лет с целью выявления колоректального рака (высокая степень уверенности в существенной пользе);

- УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно в возрасте 69 или 75 лет для мужчин, когда-либо куривших в жизни (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе);

- измерение внутриглазного давления для граждан 39 лет и старше (данные недостаточны для оценки баланса пользы и вреда от применения данного метода у лиц старше 60 лет);

Все остальные методы исследований первого этапа не являются скрининговыми. Флюорография на первом этапе диспансеризации применяется с

делью выявления туберкулеза с учетом сохраняющейся в целом неблагоприятной обстановки по данному заболеванию в нашей стране.

В таблице 2 представлен перечень этих методов, которые предлагается удалить из первого этапа диспансеризации взрослого населения, и соответствующее обоснование.

Таблица 2. Методы, подлежащие удалению из первого этапа диспансеризации взрослого населения, и соответствующее обоснование*

Методы первого этапа диспансеризации, подлежащие удалению	Обоснование удаления методов
Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ).	<p>В других странах не проводится. Определение гемоглобина как скрининговый тест используется только для выявления серповидно-клеточной анемии у новорожденных.</p> <p>Частота выявления любых отклонений от нормы анализируемых параметров в 2015 г. - 2,9% (анемии - 0,4%), в 2016 г. – 3,3%.</p>
Клинический анализ крови развернутый, 1 раз в 6 лет для граждан 39 лет и старше.	<p>В других странах не проводится. Проведение анализа у бессимптомных лиц сопряжено с частым выявлением функциональных сдвигов, которые требуют подтверждения или исключения и являются причиной назначения большого числа дополнительных исследований, которые в большинстве своем не выявляют опасных заболеваний.</p> <p>Частота выявления любых отклонений от нормы анализируемых параметров в 2015 г. - 4,2%, в 2016 г. - 4,7%.</p>
Анализ крови биохимический (креатинин, АСТ, АЛТ, билирубин, холестерин, глюкоза).	<p>В абсолютном числе стран не проводится. Данные недостаточны для оценки баланса пользы и вреда в отношении креатинина. Частота выявления любых отклонений от нормы в 2015 г. - 8,3%, в 2016 г. - 11,1%.</p>
Общий анализ мочи.	<p>В абсолютном большинстве стран не проводится. Данные недостаточны для оценки баланса пользы и вреда в отношении теста на микроальбуминурию.</p>

УЗИ органов брюшной полости и таза на предмет исключения новообразований 1 раз в 6 лет, начиная с 39 лет.

В других странах не проводится. U.S. Preventive Services Task Force не рекомендует УЗИ-скрининг рака яичников, почек мочевого пузыря и рака поджелудочной железы. Частота выявления любых отклонений от нормы во время УЗИ в 2015 г. - 6,2%, в 2016 - 6,9%.

* Обоснование представлено в соответствии с серией рекомендаций по скринингу, разработанных Целевой группой по профилактическим услугам США (U.S. Preventive Services Task Force, 2009-2016), рекомендациями Американской академии семейных врачей (Association American Family Physician, 2015 и 2017), а также результатами оценки частоты выявления отклонений от нормы анализируемых параметров и затрат в ходе диспансеризации в 2015 и 2016 гг. Следует иметь в виду, что частота отклонений от нормы данных анализируемых параметров в большинстве случаев не свидетельствует о выявлении с такой частотой значимой патологии, поскольку данные методы изначально не соответствуют скрининговым.

Помимо удаления ряда методов исследования с первого этапа диспансеризации одновременно планируется несколько изменений в соответствии с рекомендациями U.S. Preventive Services Task Force, Association American Family Physician и Основами политики по скринингу в Европе. Во-первых, для выполнения анализа на скрытую кровь в каловых массах планируется использование исключительно только иммунохимического метода, что существенно повысит его чувствительность и специфичность и упростит процесс подготовки к сдаче анализа. Во-вторых, планируется выполнение маммографии и анализа на скрытую кровь в каловых массах с другой частотой. При этом маммография будет выполняться обязательно в двух проекциях 1 раз в 3 года в возрасте в 39-49 лет и 1 раз в 2 года в возрасте 51-69 лет, а анализ на скрытую кровь в каловых массах - 1 раз в 2 года в возрасте 50-75 лет. Эти меры также повысят частоту выявления онкологической патологии, но потребуют дополнительных расходов, которые в свою очередь полностью могут быть покрыты за счет удаления из первого этапа диспансеризации неэффективных методов.

Представленные в таблице 2 методы, как подлежащие удалению из нового порядка диспансеризации, использовались главным образом для привлечения населения к прохождению диспансеризации и формирования стереотипа необходимости регулярного обследования. Стабильное число лиц, проходящих

диспансеризацию (от 20,5 до 22,5 млн.человек в год) в течение четырех лет и факт того, что граждане, прошедшие обследование в 2013 году, практически с таким же откликом пришли на диспансеризацию и в 2016 году, а также первые данные за 2017 год свидетельствуют о наличии у населения необходимого стабильного отклика к прохождению профилактического осмотра. Безусловно, что исключение, представленных в таблице 2 методов первого этапа, а также необходимость проведения маммографии и анализа на скрытую кровь в каловых массах, могут негативно повлиять на отклик населения. Однако при адекватном и внятном разъяснении со стороны профессионального сообщества и СМИ эта проблема может быть минимизирована. Существенную помощь в привлечении населения к прохождению диспансеризации с 2017 года стали оказывать страховые компании, что тоже поможет обеспечить необходимый отклик населения.

Отдельным образом необходимо подчеркнуть, что диспансеризация ни в коем случае не подменяет текущую работу участкового терапевта, а является ее дополнением. И в случае наличия обоснованных подозрений участковый терапевт может и должен направить гражданина, пришедшего к нему на прием в рамках диспансеризации, на дополнительное обследование, включая анализы крови, мочи, УЗИ брюшной полости и малого таза или другие необходимые методы исследования.