Диспансеризация – эффективный способ сохранения здоровья.

21 век, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является веком «эпидемий» неинфекционных (хронических) заболеваний. В России 75-80% всех смертей приходится на болезни органов кровообращения (инфаркты, инсульты), злокачественные новообразования, сахарный диабет и его осложнения, хронические болезни легких (астма, хроническая обструктивная болезнь легких).

К развитию этих заболеваний приводят так называемые факторы риска – повышенное артериальное давление, нерациональное питание, нарушения жирового обмена, избыток массы тела, низкая физическая активность, курение и избыточное потребление алкоголя. Эксперты ВОЗ считают, что биологический возраст людей может увеличиться до 90-95 лет, а смертность и инвалидность - многократно уменьшиться, если человечество научится управлять вышеназванными рисками.

Огромную роль в сохранении и укреплении здоровья играют образ жизни и привычки самого человека.

Вместе с тем, одним из необходимых условий раннего выявления неинфекционных заболеваний и рисков их развития является диспансеризация. В широком смысле это комплекс мероприятий, который включает медицинские осмотры врачей определенных специальностей и диагностические исследования. И для населения они абсолютно бесплатны.

С 01.07.2019г. изменился порядок прохождения диспансеризации. В обследования добавился онкоскрининг, для более раннего выявления онкологических заболеваний.

Диспансеризации с 01.07.2019г, подлежат лица, которым исполнилось 18,21,24,27,30,33,36,39 и с 40 до 99 лет. Помимо этого, в те возрастные периоды, которые не входят в диспансеризацию, можно пройти профилактический медицинский осмотр.

Кстати, по Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» работающие граждане имеют право сделать это в рабочее время. В соответствии с трудовым законодательством работодатель обязан отпустить работника, желающего пройти диспансеризацию, и засчитать ему этот день как рабочий.

Пройти обследование и получить консультации специалистов можно в своей поликлинике. Для этого следует обратиться к своему участковому или цеховому врачу, врачу общей практики. Наличие паспорта, полиса ОМС, пенсионного страхового свидетельства обязательно.

Диспансеризация разделена на два этапа. Первый направлен на раннее выявление признаков хронических неинфекционных заболеваний.

Как правило, диспансеризация начинается с опроса (анкетирования). Важно точно и честно ответить на все вопросы. Они сформулированы таким образом, чтобы выявить наличие признаков неинфекционных заболеваний или факторов риска их развития. Затем проводятся общетерапевтические исследования – измеряются рост и вес, рассчитывается индекс массы тела, определяется артериальное давление. Далее перечень исследований увеличивается и включает, биохимические анализы (глюкоза, холестерин), а с 40лет -общий анализ крови, измерение внутриглазного давления, электрокардиографию и иные исследования, в зависимости от пола и возраста. Например, женщинам от 40 до 74 лет должна быть проведена маммография (рентгенография молочных желез)1 раз в 2 года. Мужчинам в 45, 50, 55,60 и 64 года- показаны исследования специальных маркеров для диагностики рака предстательной железы. Для более раннего выявления рака кишечника, пациенты сдают кал на скрытую кровь с 40 до 74 лет, 1 раз в 2 года. Этот анализ позволяет заподозрить рак кишечника на ранней стадии, а колоноскопия, проводимая в рамках 2этапа диспансеризации, может подтвердить или опровергнуть данный диагноз. Обязательность данных видов исследований обусловлена прогрессирующим ростом рака молочной и предстательной желез, рака кишечника. Сегодня они занимают первое место среди онкологических заболеваний. Поэтому стоит задуматься, прежде чем отказываться от прохождения показанных видов исследований.

Второй этап - более углубленный - проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания при необходимости. Потребность в нем определяется участковым врачом с учетом возраста и результатов первого этапа.

Полный список проводимых исследований размещен на сайте Министерства здравоохранения Республики Татарстан (<http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/info.php?id=578633>).

Если в поликлинике отсутствуют специалисты либо диагностическое оборудование, участковый врач обязан направить гражданина в другую клинику, где он сможет получить необходимую медицинскую услугу бесплатно.

По результатам диспансеризации врачом-терапевтом проводится оценка состояния здоровья по группам: 1 группа здоровья – пациент не имеет заболеваний и факторов риска их развития, 2 группа здоровья – пациент имеет функциональные (обратимые) нарушения и/или факторы риска по развитию заболеваний, 3 группа – пациент имеет хронические заболевания. В зависимости от установленной группы здоровья будут даны рекомендации об образе жизни, питании, искоренении вредных привычек, а при необходимости, назначено регулярное диспансерное наблюдение с проведением лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий.

Основной лозунг «советской» медицины «болезнь легче предупредить, чем лечить» и сегодня не утратил своей значимости. Следует помнить: чем раньше диагностирована болезнь - тем лучше исход лечения.

Судите сами. Злокачественные новообразования молочных желез на 1-2 стадии в 95 % случаев излечиваются. Выявленный на ранних стадиях сахарный диабет 2 типа может быть скорректирован просто правильным питанием и адекватной физической нагрузкой даже без таблеток. А гипертоническую болезнь с помощью современных лекарственных препаратов можно сделать «управляемой», что позволит предотвратить инсульт. И таких примеров масса.

Успех диспансеризации, безусловно, зависит от профессионализма и неравнодушия медицинских работников, но, не в меньшей степени и от самих пациентов, их желания быть здоровыми и активными.

В случае возникновения вопросов, отказов в проведении исследований и консультаций бесплатно или необходимости получения более подробной информации обращаться следует в страховую медицинскую организацию по телефону, указанному в полисе ОМС.

[**Почему необходимо менять первый этап порядка проведения диспансеризации взрослого населения**](http://www.poliklinika10.ru/patients/screening/pochemu-neobkhodimo-menyat-pervyj-etap-poryadka-provedeniya-dispanserizatsii-vzroslogo-naseleniya)

С.А. Бойцов, П.В. Ипатов, А.М. Калинина, 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 бронхолегочные 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. Их выявление 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 сегодня принята в большинстве развитых стран. Обзор ситуации со скринингом в европейских государствах представлен в документе Всемирной организации здравоохранения от 2008 года, 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, задаются 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., представлено 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. 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 основная (принятая большинством стран) цель скрининга - 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 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 профилактического медицинского осмотра или диспансеризации взрослого населения в соответствии с Приказом Минздрава России от 13 марта 2019 года № 124нн включает 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, наличия онкологических заболеваний у пациентов или/и родственников, риск пагубного потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача, алкоголя.

- измерение артериального давления с целью выявления артериальной гипертонии (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 Аmerican 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) при первичном обращении на профилактический медицинский осмотр диспансеризацию и с 35 лет- ежегодно.

- мазок (соскоб) с поверхности шейки матки и цервикального канала для цитологического исследования с целью выявления рака шейки матки для женщин в возрасте от 18 до 36 лет и в 60 и 63 года по методу Папаниколау, и с 39 до 57 лет по методу жидкостной цитологии 1 раз в 3 года.(высокая степень уверенности в существенной пользе);

- маммографию обеих молочных желез для женщин в возрасте от 40 до 74 лет 1 раз в 2 года, с целью выявления рака молочной железы (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе);

- исследование кала на скрытую кровь иммунотурбодиметрическим методом для граждан в возрасте от 40 до 64 лет 1 раз в 2 года, а с 65 лет до 75-ежегодно с целью выявления колоректального рака (высокая степень уверенности в существенной пользе);

- измерение внутриглазного давления для граждан 40 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 целью выявления туберкулеза с учетом сохраняющейся в целом неблагополучной 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) | В других странах не проводится. Определение гемоглобина как скрининговый тест используется только для выявления серповидно-клеточной анемии у новорожденных.Частота выявления любых отклонений от нормы анализируемых параметров в 2015 г. - 2,9% (анемии - 0,4%), в 2016 г. – 3,3% |
|   | 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.Частота выявления любых отклонений от нормы анализируемых параметров в 2015 г. - 4,2%, в 2016 г. - 4,7% |
| Анализ крови биохимический (холестерин, глюкоза) | Проводится с целью скринингового выявления сахарного диабета, а так же факторов риска развития атеросклероза. |

\*\* 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 Аmerican 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](https://www.medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-obyasnil-iskluchenie-analizov-krovi-i-mochi-iz-dispanserizacii-riskom-vozmojnyh-oslojnenii.html) с первого этапа диспансеризации одновременно планируется несколько изменений в соответствии с рекомендациями U.S. Preventive Services Task Force, Association Аmerican 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 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 потребует дополнительных расходов, которые в свою очередь полностью могут быть покрыты за счет удаления из первого этапа диспансеризации неэффективных методов.

|  |  |
| --- | --- |
| Исследования | Года |
| Диспансеризация | 2001,1998,1995,1992,1989,1986,1983,1980,1979 и далее ежегодно до 1920 |
| Цитология жидкостная | 1980; 1977; 1974; 1971; 1968; 1965; 1962 |
| Цитология по Папаниколау | 2001; 1998; 1995; 1992; 1989; 1986; 1983; 1959; 1956 |
| Кал на скрытую кровь | 1979;1977;1975;1973;1971; 1969; 1967; 1965; 1963; 1961; 1959; 1957; 1955; 1954; 1953; 1952; 1951;1950; 1949; 1948; 1947; 1946; 1945; 1944 |
| ПСА | 1974; 1969; 1964;1959; 1955 |
| Маммография | 1979; 1977; 1975; 1973; 1971; 1969; 1967; 1965; 1963; 1961; 1959; 1957; 1955; 1953; 1951; 1949; 1947; 1945 |
| Флюорография | 2001;1995;1989;1983;1979;1977;1975;1973;1971;1969;1967;1965;1963;1961;1959;1957;1955;1953;1951;1949;1947;1945;1943;1941,1939,1937,1935,1933,1931,1929,1927,1925,1923,1921 |
| ФГДС | 1974 |
| ОАК (Hb,Le,СОЭ) | 1979,1978 ежегодно до 1920г. |
| Глюкоза, холестерин | 2001,1998,1995,1992,1989,1986,1983,1980,1979 и далее ежегодно до 1920 |
| Внутриглазное давление | При первом обращении и с 40 лет и старше (с 1979 до 1920) ежегодно |
| ЭКГ | При первом обращении и с 35 лет и старше (с 1984 до 1920) ежегодно |

Онкоцитология: жидкостная в 39,42,45,48,51,54,57 лет ; По методу Папаниколау в 18,21,24,27,30,33,36,60,63 лет

ПСА в 45,50,55,60 и 64

Кал на скрытую кровь- 40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75лет

Маммография 40, 42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70,72,74

Флюорография с 18 лет 1 раз в 2 года ФГДС в 45 лет нкоцитология: жидкостная в 39,42,45,48,51,54,57 лет ; По методу Папаниколау в 18,21,24,27,30,33,36,60,63 лет

ПСА в 45,50,55,60 и 64

Кал на скрытую кровь- 40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75лет

Маммография 40, 42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70,72,74

Флюорография с 18 лет 1 раз в 2 года ФГДС в 45 лет

ЭКГ- при первом обращении и в 35 лет и старше

Внутриглазное давление –при первом обращении и с 40 лет и старше

**2 этап**

ЭКГ- при первом обращении и в 35 лет и старше

Внутриглазное давление –при первом обращении и с 40 лет и старше

2 этап

|  |  |
| --- | --- |
| невролог | 65 лет и старше ( если пациент не находится на диспансерном наблюдении) |
| ЭКДС | Мужчины-от 45 до 72 лет, женщины-54-72года (комбинация 3 факторов риска-повышенный уровень АД, гиперхолестеринемия, ожирение или избыточная масса тела) или с 65 до 90 при подозрении на ранее перенесенное ОНМК , не состоящие по этому поводу под Д наблюдении) |
| Врач-хирург (уролог) | В 45,50,55,60 и 64года (1974; 1969; 1964;1959; 1955) при ПСА > 4 нг/мл |
| Врач-хирург( колопроктолог) | От 40 до 75 лет ( 1979 до 1944г) при + кал на скрытую кровь, отягощенной наследственности по онкозаболеваниям кишечника |
| ФКС | При подозрении на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга) |
| ФГДС | При подозрении на злокачественные новообразования пищевода, желудка и 12пк по назначению врача терапевта |
| Roграфия легких РКТ | При подозрении на злокачественные новообразования легких |
| Спирометрия | При подозрении на хр.бронхолегочное заболевание по результатам анкетировани или назначении врача- терапевта |
| Осмотр врача акушер-гинеколога | С выявленными патологическими изменениями по результатам онкоцитологии с 18лет и старше;С 40 до 75 лет при подозрении на злокачественные новообразования молочных желез |
| Лор | 65 лет и старше по результатам анкетирования или приема врача-терапевта |
| Врач-офтальмолог | 40лет и старше с повышенным внутриглазном давлении, и с 65 и старше при снижении остроты зрения |
| терапевт | Всем по результатам второго этапа |

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.