

Особенности и основные отличия
НОВОГО ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ
ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(отличия приказа МЗ № 1006н 2012 от приказа МЗ № 36ан 2015)



**«В России необходимо
провести **всеобщую
диспансеризацию
населения**, чтобы
эффективнее
бороться с болезнями
на ранних стадиях»**

**Предвыборная программа
кандидата в президенты
Владимира Путина, март 2012**



Процесс совершенствования Порядка проведения диспансеризации взрослого населения РФ начался практически с момента его опубликования (6 декабря 2012 г.) и продолжается по настоящее время.

В его основе лежит труд огромного числа людей, накопленный опыт проведения диспансеризации уже более 40 млн. человек, глубокий клинико-экономический анализ ее результатов, а также результатов всех основных научных исследований, проведенных в других странах в области профилактического скрининга взрослого населения.

Практически **все члены Профильной комиссии приняли активное участие в этом процессе.** Мы с Вами провели два круга обсуждения проекта Порядка. Каждое Ваше предложение рассматривалось **Рабочей группой, сформированной Минздравом России** и на основе этого принималось взвешенное решение



Проект изменений Порядка прошел широкое общественное обсуждение, в котором приняли участие:

Комитет Государственной Думы по охране здоровья и Комитет Совета Фед. по соц. политике и здравоохранению

Общественная палата Российской Федерации (29 октября 2013 г. провела общественные слушания на тему: "Диспансеризация и здоровый образ жизни". Евгений Павлович Велихов - Секретарь Общественной палаты

Национальная медицинская палата (Президент Леонид Михайлович Рошаль), 3 запроса и более 60 предложений

Конгресс терапевтов (2013 и 2014), Национальный конгресс кардиологов (2014), Конгресс онкологов (2014) + 2 круглых стола онкоурологов с участием ведущих специалистов по скринингу Европы и США (2014 и 2015), Две Всероссийских конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» (2013 и 2014) и др.

Известные общ. организации «ЛИГА ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ», «ОПОРА РОССИИ», «ОПОРА ЗДОРОВЬЯ» и др.

Кроме того, проект нового Порядка 1 мес. находился в свободном доступе на сайте Правительства РФ, в результате чего поступило еще порядка 30 предложений.

Большой интерес и обсуждение вызвала наша Диспансеризация в странах Европы, США и Всемирной организации здравоохранения (С.А. Бойцов)



Изменена неудачная формулировка пункта 5 Порядка и расширена группа граждан, проходящих диспансеризацию ежегодно



5. Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные приложением № 1 к настоящему Порядку, за исключением:

1) инвалидов Великой Отечественной войны **и инвалидов боевых действий**, а также участников ВОВ, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин;

2) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» **и признанных инвалидами** вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин

3) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, **признанных инвалидами** вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин

Указанные категории граждан проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста, **за исключением исследований, имеющих противопоказания к ежегодному проведению***

*флюорография легких и маммография проводится 1 раз в 2 года, мазок с шейки матки 1 раз в 3 года

Полноправным участником диспансеризации стал фельдшер фельдшерского здравпункта и ФАП(а)

10. Основными задачами фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации являются:

1) составление списков граждан, подлежащих Д в текущем календарном году, и плана проведения Д на текущий год с учетом возрастной категории граждан;

2) активное привлечение населения к прохождению Д, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению Д, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

3) инструктаж граждан, прибывших на Д, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;

Полноправным участником диспансеризации стал фельдшер фельдшерского здравпункта и ФАП (продолжение)

4) выполнение доврачебных мед. исследований первого этапа Д (анкетирование, направленное на выявление ХНИЗ, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет ИМТ, измерение АД, а также определение уровня ОХ и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом, осмотр фельдшером, включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование)*;

5) определение факторов риска ХНИЗ на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к настоящему Порядку;

6) формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров);

7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации**;

8) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

*При наличии необходимого оборудования. **Для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в удаленной или труднодоступной местности.

Уточнены обязанности врача-терапевта при проведении диспансеризации

4) проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя; направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт⁹ для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;



5) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи;

Изменен и дополнен объем обследования 1-го этапа диспансеризации

12.1 (13.1) Первый этап диспансеризации (скрининг) ... включает в себя:

...

б) определение **относительного** суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте с 21 до 39 лет и **абсолютного** суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте до с 40 до 65 лет не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом;

Систолическое АД, мм рт. ст.	Некурящие					Курящие					Возраст	Некурящие					Курящие									
	180	160	140	120	4	13	15	17	19	22		65	14	16	19	22	26	26	30	35	41	47	18	21	25	29
180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	65	14	16	19	22	26	26	30	35	41	47	18	21	25	29	34
160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	65	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34	13	15	17	20	24
140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11	65	6	8	9	11	13	13	15	17	20	24	9	10	12	14	17
120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	65	4	5	6	7	9	9	10	12	14	17	9	10	12	14	17
180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	60	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33	12	14	17	20	24
160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	60	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24	8	10	12	14	17
140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6	60	4	5	6	7	9	8	10	12	14	17	6	7	8	10	12
120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	60	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	6	7	8	10	12
180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	55	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22	8	9	11	13	16
160	1	2	2	2	3	3	4	4	5	5	55	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16	5	6	8	9	11
140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	55	3	3	4	5	6	5	6	8	9	11	4	4	5	6	8
120	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	55	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8	4	4	5	6	8
180	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	50	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14	5	6	7	8	10
160	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	50	2	3	3	4	5	5	6	7	8	10	4	4	5	6	7
140	0	1	1	1	1	1	1	2	2	3	50	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	50	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	2	3	3	4	5
180	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	40	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	1	2	2	2	3
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	1	2	2	2	3
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л

— 15% и выше; — 10-14%; — 5-9%; — 3-4%; — 2%; — 1%; — < 1%.

АД сист., мм рт. ст.	Некурящие					Курящие				
	180	160	140	120	4	6	7	8	10	12
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л

Шкала SCORE для определения **относительного** суммарного СС риска для лиц моложе 40 лет

Изменен и дополнен объем обследования 1-го этапа диспансеризации



~~осмотр фельдшера (акушерки), включая
взятие мазка с шейки матки на
цитологическое исследование (для женщин).~~

**осмотр фельдшера (акушерки), включая
взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки
матки (наружного маточного зева) и
цервикального канала на цитологическое
исследование (для женщин в возрасте от 21
года до 69 лет включительно)**

<1> За исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, *virgo*. **Допускается вместо осмотра фельдшером (акушеркой) проводить осмотр врачом акушер-гинекологом, включая взятие мазка. Цитологическое исследование мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала проводится при окрашивании мазка по Папаниколау**

(в Европе ПАП тест проводится у женщин с 25 до 69 лет 1 раз в 3 года; в США - с 21 до 65 лет 1 раз в 3 года)

Изменен и дополнен объем обследования 1 этапа диспансеризации



10) ~~маммография, (для женщин в возрасте 39 лет и старше)~~

10) **маммографию обеих молочных желез (для женщин в возрасте от 39 до 75 лет) <1>**

<1> За исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с двусторонней мастэктомией. При проведении в год прохождения диспансеризации компьютерной томографии молочных желез маммография не проводится.

(В Европе маммография проводится всем женщинам с 50 до 69 лет, в США - с 40(50) до 75 лет)

13) анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня ~~общего белка, альбумина, фибриногена,~~ креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансаминазы, аланин-аминотрансаминазы, глюкозы, холестерина, ~~натрия, калия~~) (для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет)

Изменен и дополнен объем обследования 1 этапа диспансеризации

14) исследование кала на скрытую кровь **иммунохимическим методом** (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) (для граждан в возрасте ~~45 лет и старше~~ **от 48 до 75 лет**)

(в Европе анализ кала на скрытую кровь проводится с 55 до 69 лет **1-2 раза в год**; В США – с 50 до 75 лет **ежегодно**, с 75 до 85 лет – только по желанию граждан, старше 85 лет – не проводится)



Уточнен объем ультразвукового исследования для женщин и мужчин на 1 этапе диспансеризации



Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости **и малого таза на предмет исключения новообразований** для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (**для женщин** УЗИ поджелудочной железы, почек, матки и яичников; **для мужчин** УЗИ поджелудочной железы, почек и предстательной железы)

УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы у мужчин когда-либо куривших в жизни (однократно в возрасте 69 или 75 лет)

Удалены из объема обследования 1 этапа диспансеризации:

- профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога (для граждан в возрасте 51 год и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет)
- определение уровня простатспецифического антигена в крови (для мужчин в возрасте старше 50 лет)

2 круглых стола с участием ведущих специалистов в области скрининга и онкоурологии поддержали это решение

Решением абсолютного большинства участников заседания круглого стола «Современные подходы к скринингу онкологических заболеваний», проведенного 4 июня, 2014 г. в рамках программы «За здоровую Россию», в котором принимал участие и доктор **Otis W. Brawley**, **определение уровня ПСА в крови предложено исключить из перечня исследований первого этапа диспансеризации в России**

Круглый стол «**Скрининг рака предстательной железы в России: первые результаты, проблемы, пути решения**», проведенный **11 февраля 2015 г.** в рамках российско-нидерландского сотрудничества в области здравоохранения, с участием ведущих онкоурологов России и Нидерландов рекомендовал к реализации в России перечень мероприятий по раннему выявлению рака простаты, включенный в программу диспансеризации определенных групп взрослого населения России

Изменен ряд исследований второго этапа диспансеризации Уточнены показания

осмотр (консультация) врачом-неврологом (в случае указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу, ~~а также для граждан, не прошедших осмотр врача-невролога на 1-ом этапе диспансеризации~~) а также в случаях первичного выявления нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию у лиц 75 лет и старше)

осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом (~~для мужчин в возрасте старше 50 лет при впервые выявленном повышении уровня простатспецифического антигена в крови и (или) выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможных заболеваниях предстательной железы~~);

(для мужчин в возрасте от 42 до 69 лет при впервые выявленных по результатам анкетирования признаках патологии мочеполовой системы или при отягощенной наследственности по раку предстательной железы, а также для мужчин в случае подозрения на рак предстательной железы по результатам УЗИ)

Уточнены показания

колоноскопия или ректороманоскопия (~~для граждан в возрасте 45 лет и старше~~ в случае подозрения на онкологическое заболевание **толстой кишки** по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);

осмотр (консультация) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление и для граждан в возрасте 75 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования)

индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, ~~или~~ центре здоровья **фельдшерском здравпункте или в фельдшерско-акушерском пункте** (для граждан с выявленными факторами риска развития ХНИЗ, ~~и по направлению врача-терапевта,~~ имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий суммарный абсолютный сердечно-сосудистый риск)

Добавлены новые исследования второго этапа диспансеризации

осмотр (консультация) врача-оториноларинголога (для граждан в возрасте 75 лет и старше при наличии показаний по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта)

спирометрия (для лиц с выявленным подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание по результатам анкетирования, **курящих** и по направлению врача терапевта)

Прошу обратить внимание, что и Европейское и Американское респираторные общества **не рекомендуют** проведение спирометрии у **курящих** лиц без подозрения на хроническое бронхолегочное заболевание



анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (по назначению врача-хирурга или врача-уролога мужчинам с выявленным подозрением на рак простаты по результатам опроса, осмотра, пальцевого исследования предстательной железы или УЗИ простаты)

Расширены возможности проведения дополнительных исследований не входящих в объем диспансеризации (п.15)

Дополнительные исследования могут проводится не только в соответствии с Порядками и Стандартами медицинской помощи, но и в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными в соответствии с частью 2 статьи 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Для уменьшения большого числа учетно-отчетной документации полностью **отмена Маршрутная карта пациента и отменено оформление Паспорта здоровья в процессе диспансеризации**

В связи с их отменой изменена процедура оформления учетной документации (п. 16): **в Медицинскую карту амбулаторного больного подшивается не Маршрутная карта и Анкета, а Карта учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)**

Изменены и дополнены Группы состояния здоровья (пункт 17)

I группа состояния здоровья - ...

Таким гражданам **в рамках диспансеризации** проводится краткое профилактическое консультирование, ~~коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.~~

II группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком **абсолютном** суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам **в рамках диспансеризации** проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (**углубленное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование**) в отделении (кабинете) медицинской профилактики **или** центре здоровья, **фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте**, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики, **а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта;**

III группа состояния здоровья разбита на две подгруппы

IIIа группа состояния здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании <1>.

IIIб группа состояния здоровья - граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний, но имеющие другие заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании <1>.

<1> По результатам дополнительного обследования группа состояния здоровья гражданина может быть изменена. **При наличии у пациента и хронических неинфекционных заболеваний и других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения его включают в IIIа группу состояния здоровья.**

Изменена тактика в отношении лиц III группы здоровья

Граждане IIIа и IIIб групп подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Гражданам IIIа группы, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и гражданам IIIб группы, имеющим высокий и очень высокий суммарный (**абсолютный и относительный**) сердечно-сосудистый риск, проводится коррекция имеющихся факторов риска (углубленное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование) **в рамках диспансеризации** в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья или **фельдшерском здравпункте или в фельдшерско-акушерском пункте.**

Изменены критерии эффективности диспансеризации

- ~~1) охват диспансеризацией населения, находящегося на медобслуживании в мед. организации;~~
- ~~2) уменьшение частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;~~
- ~~3) ум. числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития;~~
- ~~4) снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;~~
- ~~5) увеличение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья;~~

1) охват диспансеризацией населения, находящегося на мед. обслуживании в мед. организации и подлежащего диспансеризации (плановое значение – не менее 23% ежегодно);

2) охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием (ИУПК) граждан со II и IIIa гр. состояния здоровья, а также граждан с IIIб гр. состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный и относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение – не менее 60% от имеющих мед.показания для проведения ИУПК);

3) охват групповым профилактическим консультированием (школой здоровья для пациентов) граждан с II и IIIa группой состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный и относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение – не менее 60% от имеющих медицинские показания для группового углубленного профилактического консультирования);

Изменен и дополнен пункт 20 Порядка диспансеризации

20. Первый этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения не менее 85 % от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, ~~(с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований)~~ **при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача – терапевта**

Продолжение →



В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации в соответствии с пунктом 14 настоящего Порядка, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных в соответствии с пунктом 14 настоящего Порядка осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85 % и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенной случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85 % от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85 % и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

В Приложение № 2 Диагностические критерии факторов риска внесены их коды в соответствии с МКБ-10

Повышенный уровень артериального давления – коды I10-I15 (БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОВЫШЕННЫМ КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ), а также **код R03.0** (ПОВЫШЕННОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДИАГНОЗА ГИПЕРТЕНЗИИ)

Дислипидемия - код E 78 (НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ЛИПОПРОТЕИНОВ И ДРУГИЕ ЛИПИДЕМИИ)

Гипергликемия - код R73.9 (ГИПЕРГЛИКЕМИЯ НЕУТОЧНЁННАЯ) **либо наличие сахарного диабета, в том числе в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия.**

Курение табака - код Z72.0 (УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА)

Нерациональное питание – код Z72.4 (НЕПРИЕМЛЕМАЯ ДИЕТА И ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ В ПИТАНИИ)

Избыточная масса тела - код R63.5 (АНОРМАЛЬНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА)

Ожирение - код E 66 (ОЖИРЕНИЕ)

Низкая физическая активность - код Z72.3 (НЕДОСТАТОК ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ)

Риск пагубного потребления алкоголя - код Z72.1 (УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ)

Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача - код Z72.2 (УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ)

Отягощенная наследственность по ССЗ - код Z82.4

Отягощенная наследственность по мозговому инсульту - код Z82.3

Отягощенная наследственность по ЗНО – код Z80

Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей - код Z 82.5).

Отягощенная наследственность по СД - код Z83.3.

Суммарный относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 21 до 39 лет, суммарный абсолютный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 40 до 65 лет при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом. **У граждан в возрасте старше 65 лет и у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень суммарного абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале суммарного риска не рассчитывается.** При отнесении граждан ко II группе состояния здоровья учитывается только величина абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска.

Спасибо за внимание

Screening for Prostate Cancer With the Prostate-Specific Antigen Test A Review of Current Evidence

339 исследований были проанализированы в этом систематическом обзоре.
Два из них наиболее представительные:

1. Исследование (PLCO) результатов скрининга рака простаты, легких, толстой кишки и яичников в США, включает **76 685** мужчин в возрасте от 55 до 74 лет проходящих ежегодно ПСА-тестирование и пальцевое ректальное исследование каждые 4 года

2. Европейское рандомизированное исследование скрининга на рак простаты (ERSPC) проводится в 8 странах Европы и включает уже **162388** обследованных мужчин (55-69 лет), **7408** случаев рака предстательной железы (**6107** случаев в контрольной группе) и **900** смертей от рака простаты. (скрининг на основе ПСА-теста каждые 2-4 года). **Третий анализ смертности** от рака предстательной железы в ERSPC опубликован в **The Lancet December 2014**:V.384, N.9959. **Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up** *F.H.Schröder, и соавт*

Заболеваемость: через 9 лет – ув. по сравнению с контролем в **1,91** раза (95% CI 1,83-1,99), через 11 лет - в **1,66** (1,60-1,73); через 13 лет – в **1,57** раза (1,51 – 1,62)

Смертность: через 9 лет – ум. по сравнению с контролем на 15 % (95% CI 0,70 – 1,03), через 11 лет – на **22 %** (0,66 – 0,91); через 13 лет – на **21%** (0,69-0,91)

Из 781 мужчин 55-69 лет, проходящих каждые 2-4 года тест на ПСА через 13 лет у 27 будет выявлен рак простаты и у одного из них будет предотвращена смерть

Кроме этих явных достоинств есть и существенные недостатки ПСА-скрининга, к которым относятся:

- ◆ существенное, в 1,5-2 раза ув. числа лиц с установленным диагнозом рака при этом большинство из них никогда бы не узнали об этом, так как рак у них протекал бессимптомно, а смерть у 90 % из них наступает от других причин
- ◆ трактовка результата анализа на ПСА далеко не всегда однозначна, возможно повышение уровня ПСА когда рак отсутствует и, наоборот, при нормальном уровне ПСА рак присутствует. Только у 1 из 4 мужчин с повышенным уровнем ПСА выявляется рак предстательной железы. Т.е. у огромного числа мужчин с ложноположительным ПСА-тестом проводятся ненужные и даже опасные исследования (биопсия простаты и др.). (осложнениями биопсии простаты являются лихорадка, боль, гемоспермия, гематурия, бактериурия и редко сепсис)
- ◆ 90 % мужчин с подтвержденным диагнозом рака простаты соглашаются на агрессивные вмешательства (операция, облучение, гормональная терапия).
 - ⊙ **5 из 1000 оперированных умирает в течение 1 мес. после операции (в России эта цифра, вероятно, существенно больше, что может полностью ликвидировать все достоинства ПСА тестирования)**

- ⊙ 20 % мужчин после операции и 30 % после лучевой терапии имеют серьезные долгосрочные побочные эффекты, такие как недержание мочи, эректильная дисфункция, или дисфункции кишечника включая недержание кала;
- ⊙ практически 100 % мужчин находящиеся на гормональной терапии имеют эректильную дисфункцию, увеличение груди и приливы
- ⊙ у 20% до 70% мужчин, которые не имели никаких проблем перед радикальной простатэктомии или лучевой терапии будет после этих вмешательств снижена половая функция и/или возникнут мочевые проблемы

На основании этих данных

**Департамент здравоохранения и социальных служб Правительства США ,
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
Национальный институт здравоохранения США,
Специальная группа по скринингу в США (USPSTF),
Агентство по здравоохранению и качеству исследований (AHRQ),
Американская академия семейных врачей (AAFP)
Онкологическое общество Австралии,
Канадская целевая группа по профилактической медицинской помощи,
Канадская медицинская ассоциация,
Национальный комитет по скринингу в Великобритании,
Cancer Research UK и многие другие**

**не рекомендуют проведение ПСА-скрининга на рак простаты
бессимптомным пациентам**

С другой стороны целый ряд крупных медицинских сообществ

- Европейское и Японское общества медицинской онкологии,
- Американское онкологическое общество,
- Национальный институт рака США,
- Американское общество клинической онкологии,
- Ассоциация урологов США,
- Общество врачей терапевтов США и др.

считают возможным проведение теста на ПСА, **но только при соблюдении следующих очень важных принципов :**

1. Перед проведением ПСА теста **больного полностью информируют о всех позитивных и особенно негативных последствиях такого тестирования**
2. Перед каждой последующей диагностической или лечебной процедурой больному также подробно объясняются, как позитивные, так и особенно негативные последствия этих процедур.
3. Только осознанное информированное письменное согласие пациента делает эту процедуру легитимной и дает право на ее проведение. Нарушение этого принципа грозит врачу судебным разбирательством.

Надо признать, что в нашей стране эти принципы очень редко соблюдаются



«На протяжении десятилетий американцев учили бояться все раковые заболевания и что лучший способ справиться с раком, выявить его в ранней стадии. В результате, многие из них имеют слепую веру в высокую эффективность раннего выявления рака и последующего агрессивного медицинского вмешательства. **К сожалению, уделяется очень мало внимания недостаткам скрининга и тем тяжелым последствиям и осложнениям к которым могут привести последующие диагностические и лечебные вмешательства В результате по незнанию эти люди думают, что скрининг спас им жизнь»**

Otis W. Brawley, M.D., chief medical officer for the American Cancer Society, отвечает за содействие достижению целей профилактики, раннего выявления и лечения качества с помощью исследований рака и образования. He has also previously served as a **member of the Society's Prostate Cancer Committee**, co-chaired the U.S. Surgeon General's Task Force on Cancer Health Disparities

Решением абсолютного большинства участников заседания круглого стола «Современные подходы к скринингу онкологических заболеваний», проведенного 4 июня, 2014 г. в рамках программы «За здоровую Россию», в котором принимал участие и доктор Otis W. Brawley, определение уровня ПСА в крови предложено исключить из перечня исследований первого этапа диспансеризации в России

Круглый стол **«Скрининг рака предстательной железы в России: первые результаты, проблемы, пути решения»**, проведенный **11 февраля 2015 г.** в рамках российско-нидерландского сотрудничества в области здравоохранения, с участием ведущих онкоурологов России и Нидерландов рекомендовал к реализации в России перечень мероприятий по раннему выявлению рака простаты, включенный в программу диспансеризации определенных групп взрослого населения России

Несмотря на то, что в период, когда стал применяться тест на ПСА смертность от рака простаты снизилась, однако совершенно не ясно отчего это происходит, т.к. снижение смертности произошло практически одинаково, как в странах где относительно широко применяется ПСА тестирование, так и в странах где такой скрининг не проводится

В нынешних сложных экономических условиях существования России этот аргумент является основным в принятии решения об отказе его включения в программу диспансеризации, так как основная цель диспансеризации – снижение смертности населения Российской Федерации

Кроме того, нет ни одной крупной страны в мире где бы осуществлялись национальные программы по массовому ПСА-скринингу бессимптомного населения

Вопросы анкеты, направленные на выявление групп риска и патологии предстательной железы

12.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокач. новообр-я (рак желудка, кишечника, семейные полипозы, рак простаты, рак иных локализаций)				
	нет		да		не знаю
41.	Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?				
	нет		да		
42.	Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?				
	нет		да		
43.	Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?				
	нет		да		
43.1	Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?				
	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 и более

Правила вынесения заключения по результатам анкетирования

Номера вопросов	Заключение по ответам на вопросы
12	Ответ «НЕТ» - наследственность по РПЖ не отягощена Ответ «ДА» - показана консультация врача –уролога (хирурга) при отягощенной наследственности по РПЖ
41-43 Выявление подозрения на патологию предстательной железы	Ответ «НЕТ» на все вопросы - подозрения на патологию предстательной железы не выявлено Ответ «ДА» на один вопрос - показана консультация врача хирурга (за пределами программы диспансеризации). Ответ «ДА» на два и более вопросов - показан осмотр (консультация) врача-хирурга (врача-уролога) в рамках программы диспансеризации