



**Федеральный фонд  
обязательного  
медицинского страхования**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 987-0380 (доб. 1522), e-mail: general@ffoms.ru

29.03.2017 № 3801/30-1/и

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Директорам  
территориальных фондов  
обязательного медицинского  
страхования

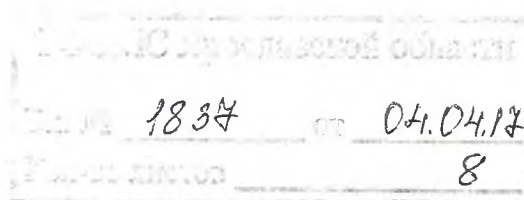
Межрегиональный союз  
медицинских страховщиков

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования направляет статью Бойцова С.А. и соавторов «Почему необходимо менять первый этап порядка проведения диспансеризации взрослого населения в Российской Федерации» для использования в работе и в целях информирования граждан предлагает разместить на официальном сайте организации.

Приложение на 8 л. в 1 экз.

Заместитель председателя

Е.Н. Сучкова



## **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,

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 №36н 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 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 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

целью 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>

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.