

**Минздрав России разместил на своем сайте проекты документов, регламентирующих проведение диспансеризации, что можно рассматривать как приглашение к их обсуждению.**

**Новое – это не совсем забытое старое**

За месяц до этого датскими учеными был опубликован систематический обзор рандомизированных клинических испытаний (РКИ), в которых сравнивали смертность между группами бессимптомных лиц в возрасте до 65 лет, одни из которых проходили периодические профилактические осмотры, а другие – нет. Всего в обзор было включено 16 РКИ с общим числом участников 182 880 человек. Результаты исследования показали, что регулярное прохождение периодических профилактических осмотров не снижало ни общую смертность, ни смертность от каких-то отдельных заболеваний.

Такие результаты не стали сюрпризом для специалистов в области профилактической медицины, ведь Канадская рабочая группа профилактических программ рекомендовала отказаться от общих периодических медосмотров еще в 1979 г. Вместо них в Канаде, а затем и в США, Австралии и европейских странах перешли к применению прицельного профилактического скрининга на конкретные заболевания с учетом пола, возраста и факторов риска.

Российская диспансеризация является типичным примером комплексного периодического профилактического осмотра, и, как следует из научных фактов и анализа богатого опыта стран, достигших значительных успехов в профилактической медицине, такие осмотры не могут привести к снижению смертности населения. А именно это должно быть главной целью профилактических осмотров.

Качественные научные исследования отечественных программ диспансеризации по их влиянию на смертность населения никогда не проводились, но по косвенным признакам можно предположить, что пользы от них было еще меньше, чем от аналогичных программ в других странах. Чего стоит только тот факт, что, по данным Минздравсоцразвития России, при обследовании 3,6 млн работающих во вредных и/или опасных условиях труда в рамках Национального проекта «Здоровье» не было выявлено ни одного случая профессионального заболевания.

Что же можно сказать о проекте новой диспансеризации?

Прежде всего составители программы продолжают делать вид, что они не знают ничего про «диспансерную систему» оказания медицинской помощи, которую Е. Чазов назвал недосягаемой мечтой человечества. Под «диспансеризацией» понимаются профилактические обследования. То есть, не современный научно обоснованный скрининг, а набор анализов и инструментальных исследований в совокупности с врачебными осмотрами.

Следует всё же отметить некоторые положительные изменения по сравнению с программами, объявившимися в прошлые годы: в отличие от сомнительной идеи осмотров только работающих планируется обследовать всё взрослое население, отменен неэффективный скрининг на рак яичников, включен скрининг на колоректальный рак; осмотр узкими специалистами планируется только по показаниям

на 2-м этапе, появилась толковая анкета, только знакомство с которой может быть полезно и способно заставить задуматься.

В то же время в программе сохранилось весьма спорное наследие прошлых программ. Это прежде всего ЭКГ, клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови и ультразвуковое исследование органов брюшной полости. В специальных исследованиях многократно показано, что эти методы бесполезны при обследовании лиц, не предъявляющих никаких жалоб.

всем подряд с 18 лет каждые 3 года? Даже шкала риска SCORE, по которой российские «Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике» предлагают рассчитывать суммарный кардиоваскулярный риск, начинается с 40 лет.

Это делает бессмысленным расчет данного риска у лиц моложе 40 лет, который предусмотрен для всех участников диспансеризации в возрасте до 65 лет. Кроме того, граждане России не обеспечиваются в амбулаторном лечении лекарствами. Статины для длительного, многолетнего лечения недоступны по цене аб-

на 15-30%. Однако это нововведение может быть скомпromетировано существующими методами сбора проб кала для исследования, мало приемлемыми для людей, считающих себя здоровыми. Здесь может быть полезен опыт развитых стран, где участникам этого скрининга не приходится даже посещать медицинские учреждения. Они получают по почте тест-систему, включающую пластиковую карточку, на которую наносятся пробы кала из 3 последовательных дефекаций, то есть в течение 2-3 дней. Затем тест-система отправляется в лечебное учреж-

**Как из вертикали сделать горизонталь**

Таким образом, если исключить из предложенной программы диспансеризации непригодные для скрининга диагностические методы, то у нас останется «нормальный» набор скрининговых тестов с разной эффективностью, но имеющих достаточное научное обоснование.

Проблема заключается в том, что их планируется применять одновременно 1 раз в 3 года, что делает их несовместимыми по временным параметрам. Действительно, артериальное

**Точка зрения**

# Диспансеризация-2013: еще немного, еще чуть-чуть...

Как приблизиться к нормальной модели первичной медицинской помощи



**Глюкоза крови**

В настоящее время не рекомендуется проводить скрининг на сахарный диабет. Его настоятельно продвигают эндокринологи в предположении, что можно найти диабет в виде бессимптомной гипергликемии и успешнее его лечить, чем диабет манифестирующий. В действительности не существует доказательств того, что начало лечения гипергликемии на доклинической стадии замедляет прогрессирование микро- и макрососудистых осложнений по сравнению с началом лечения после появления симптомов. В РКИ показано, что такой скрининг и раннее начало лечения бесполезны. Точнее, они вредны, поскольку здоровый человек объявляется больным.

Еще до проведения РКИ было известно, что не менее чем у 30% лиц с выявленными при скрининге гипергликемией и нарушением толерантности к глюкозе эти показатели в последующем спонтанно нормализуются, а диабет никогда не развивается. Поэтому определение глюкозы следует перенести на 2-й этап, оставив его для тех, у кого выявлены артериальная гипертензия и гиперлипидемия.

**Общий холестерин и суммарный кардиоваскулярный риск**

Согласно международным и российским рекомендациям по профилактике атеросклероза, скрининг по выявлению дислипидемий следует начинать у мужчин с 35 лет и у женщин с 45 лет, а при получении нормальных значений общего холестерина повторные исследования проводить с интервалами в 5 лет. Зачем же определять холестерин

солютному большинству. Какой смысл проводить исследование, результаты которого не могут быть реализованы в профилактическом лечении?

**Простатспецифический антиген**

Это необоснованное мероприятие программы диспансеризации, которое сохраняется в ней уже более 5 лет. И Всемирная организация здравоохранения, и научные организации, разрабатывающие профилактические программы в развитых странах, не рекомендуют проводить массовые обследования с применением этого теста. В последние годы отношение к ПСА-скринингу стало еще более критическим из-за появления дополнительных научных данных о том, что вред от его применения больше, чем приносимая им польза.

В России вред ПСА-скрининга может быть еще большим из-за низкого качества и плохой доступности медицинской помощи при раке предстательной железы. Наличие эффективных методов лечения выявляемых заболеваний является одним из главных условий скрининга. Применение ПСА-скрининга в предыдущие годы диспансеризации уже привело к большому количеству ложноположительных результатов и многократному увеличению числа мужчин, которые необоснованно лечатся от рака простаты.

**Анализ кала на скрытую кровь**

Это нововведение, и, безусловно, полезное, так как ежегодный скрининг на колоректальный рак снижает смертность от него

давление необходимо измерять не реже 1 раза в год, общий холестерин при нормальных предыдущих показателях – 1 раз в 5 лет, маммографию проводить каждые 2 года, анализ кала на скрытую кровь – ежегодно или 1 раз в 2 года, скрининг на рак шейки матки – 1 раз в 3 года.

Это возвращает нас к научно обоснованной и давно доказавшей свою эффективность идее прицельного профилактического скрининга на конкретные заболевания с учетом пола, возраста и факторов риска.

Оптимальным решением было бы преобразование диспансеризации в постоянно действующие программы профилактики главных неинфекционных и инфекционных заболеваний, при которых доказана эффективность скрининга, то есть:

**Маммографический скрининг**

Маммографический скрининг значительно менее эффективен (т.е. спасает меньше жизней), чем скрининг на рак шейки матки или на колоректальный рак. Помимо научных исследований, о которых мы недавно писали в «МГ», об этом говорит и сравнительная статистика заболеваемости и смертности от рака молочной железы. Например, смертность от него примерно одинакова в Западной Европе, Северной Америке и России (17, 17,8 и 17,1 на 100 тыс. женщин, соответственно, 2008 г.), а заболеваемость в России вдвое ниже (89,7, 76,7 и 43,2). Ясно, что это связано с широким распространением за рубежом маммографического скрининга. Следовательно, с распространением скрининга в России следует ожидать соответствующего увеличения заболеваемости.

Те страны, где этот скрининг проводится, ввели его тогда, когда нынешней уверенности в его почти полной бесполезности не было. Им трудно отменить программу. В России маммографического скрининга по существу нет. Нам легче отказаться от этого дорогого и сомнительного по последствиям мероприятия.

Но если всё же включать его в программу диспансеризации, то следует придерживаться научно обоснованных рекомендаций, то есть проводить его 1 раз в 2 года начиная с 50 лет. Из-за низкого абсолютного риска рака молочной железы в возрасте 40-49 лет (1,4%) маммография в этой возрастной категории женщин неэффективна и способна при единичных случаях выявления рака дать огромное количество ложноположительных результатов, ошибочных диагнозов.

давление необходимо измерять не реже 1 раза в год, общий холестерин при нормальных предыдущих показателях – 1 раз в 5 лет, маммографию проводить каждые 2 года, анализ кала на скрытую кровь – ежегодно или 1 раз в 2 года, скрининг на рак шейки матки – 1 раз в 3 года.

Это возвращает нас к научно обоснованной и давно доказавшей свою эффективность идее прицельного профилактического скрининга на конкретные заболевания с учетом пола, возраста и факторов риска.

Оптимальным решением было бы преобразование диспансеризации в постоянно действующие программы профилактики главных неинфекционных и инфекционных заболеваний, при которых доказана эффективность скрининга, то есть:

1) общая программа профилактики главных неинфекционных заболеваний (скрининг на артериальную гипертензию и дислипидемию, выявление факторов риска – нерационального питания, низкой физической активности, курения, злоупотребления алкоголем);

2) программа профилактики рака молочной железы (маммография в возрасте 50-74 года каждые 2 года – элемент обязательный, мы полагаем, что от него разумно отказаться);

3) программа профилактики рака шейки матки (цервикальный тест или его заменитель каждые 3 года у женщин с 21 до 65 лет);

4) программа профилактики колоректального рака (анализ кала на скрытую кровь ежегодно или 1 раз в 2 года с 50 или 60 лет).

Эти программы вполне реализуемы силами семейных врачей и участков терапевтов, вооруженных простейшими компьютерными «напоминалками».

Плановая круглогодичная работа по выполнению этих программ будет избавлена от присущего диспансеризации имиджа кампанейщины с массовыми забегами по поликлиникам, хотя и не будет обладать тем же популистским потенциалом. Это приблизит нас к нормальной модели первичной медицинской помощи.

**Валерий АКСЁНОВ,**  
кандидат медицинских наук.

**Василий ВЛАСОВ,**  
профессор.

Общество специалистов  
доказательной медицины.

Оренбург.

**НА СНИМКЕ: не так-то просто определить заболевание в самом начале...**