

Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685.
Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 26 ноября 2009 года № 5918

Примечание РЦПИ!

Порядок введения в действие приказа см. п. 7.

В соответствии со статьей 155 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые Правила проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения.

2. Департаменту стратегии и развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Айдарханов А.Т.) обеспечить в установленном законодательством Республики Казахстан порядке государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

3. Возложить на республиканские организации здравоохранения проведение методического руководства и анализа профилактических медицинских осмотров отдельных целевых групп населения согласно приложению к настоящему приказу.

4. Департаменту административно-правовой работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Бисмилдин Ф.Б.) после государственной регистрации настоящего приказа обеспечить в установленном законодательством Республики Казахстан порядке его опубликование в средствах массовой информации.

5. Признать утратившими силу следующие акты:

приказ Председателя Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 27 декабря 2000 года № 853 "О профилактике заболеваний и динамическом медицинском наблюдении за отдельными категориями больных" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 1372, опубликованный в "Бюллетене нормативных правовых актов центральных исполнительных и иных государственных органов Республики Казахстан", 2001 г., № 15, ст. 366);

приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 ноября 2002 года № 999 "О внесении дополнения в приказ Председателя Агентства Республике Казахстан по делам здравоохранения от 27 декабря 2000 года № 853 "О профилактике заболеваний и динамическом медицинском наблюдении за отдельными категориями больных" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 2055, опубликованный в "Бюллетене нормативных правовых актов центральных исполнительных и иных государственных органов Республики Казахстан", 2003 г., № 2, ст. 768).

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Воценкову Т.А.

7. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

И.о. Министра

Б. Садыков

Утверждены
приказом и.о. Министра здравоохранения

Правила проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения

Сноска. Правила в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 16.03.2011 № 145 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1. Общие положения

1. Настоящие Правила проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения (далее – Правила) определяют порядок и периодичность проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения Республики Казахстан.

2. Профилактические медицинские осмотры целевых групп населения – это скрининговые осмотры, направленные на выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.

3. Скрининговые осмотры проводятся в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектами здравоохранения, имеющими лицензию на данный вид деятельности.

4. Местные органы государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы (далее – Управление) обеспечивают:

1) ежегодное проведение скрининговых осмотров целевых групп населения согласно настоящим Правилам;

2) формирование электронной базы данных скрининговых осмотров;

3) создание постоянно действующей рабочей группы по координации, мониторингу и анализу скрининговых осмотров.

5. Скрининговые осмотры взрослого населения направлены на раннее выявление и предупреждение:

1) основных болезней системы кровообращения – артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца;

2) сахарного диабета среди мужчин и женщин;

3) предопухолевых, злокачественных новообразований шейки матки среди женщин;

4) предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы среди женщин;

5) глаукомы среди мужчин и женщин;

6) предопухолевых, злокачественных новообразований толстой и прямой кишки среди мужчин и женщин;

7) уровней риска употребления психоактивных веществ среди учащихся от 17 лет и старше средних общеобразовательных школ, среднеспециальных и высших учебных заведений путем скрининговых опросов и тестирования.

Сноска. Пункт 5 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2014 № 361 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

6. Скрининговые осмотры детского населения направлены на профилактику, раннее выявление и предупреждение заболеваний, развитие которых связано с особенностями анатомо-физиологического развития в различные возрастные периоды жизни, в том числе в подростковом периоде.

2. Порядок и периодичность проведения скрининговых осмотров целевых групп населения

7. Скрининговые осмотры с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением осуществляют организации здравоохранения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (далее – организации ПМСП):

1) для городского населения – городские поликлиники, врачебные амбулатории, ведомственные медико-санитарные части и поликлиники независимо от форм собственности;

2) для сельского населения – медицинские пункты, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, районные поликлиники, а также мобильные бригады (передвижные медицинские комплексы на базе специального автотранспорта и железнодорожного транспорта (поезд)).

8. Организации ПМСП:

1) осуществляют учет прикрепленного к обслуживаемой территории населения, формируют целевые группы лиц, подлежащих скрининговым осмотрам;

2) обеспечивают преемственность с профильными медицинскими организациями для проведения данных осмотров;

3) информируют население о необходимости прохождения скрининговых осмотров;

4) заполняют учетные формы с внесением результатов осмотров в медицинскую карту амбулаторного пациента или историю развития ребенка;

5) проводят ежемесячный анализ проведенных скрининговых осмотров с разработкой мероприятий по укреплению здоровья прикрепленного населения;

6) формируют электронную базу скрининговых осмотров и направляют ежемесячно в территориальный медицинский информационно-аналитический центр.

9. Скрининговые осмотры целевых групп детского населения в различные возрастные периоды жизни (осмотр специалистами, лабораторные и инструментальные исследования) осуществляются в соответствии с периодичностью проведения скрининговых осмотров целевых групп детского населения согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

10. Скрининговые осмотры организованных детей дошкольного возраста, школьников, учащихся и студентов средне-специальных и высших учебных заведений до 18 лет проводятся специалистами территориальной организации ПМСП с выездом на территории детских дошкольных учреждений и организаций образования.

11. Организация проведения скрининговых осмотров целевых групп организованных детей дошкольного возраста, учащихся и студентов средне-специальных и высших учебных заведений до 18 лет осуществляется медицинским работником дошкольного учреждения и организации образования (врач, фельдшер или медицинская сестра).

12. Скрининговые осмотры неорганизованных детей дошкольного возраста проводятся в организации ПМСП по месту прикрепления.

13. Дети, находящиеся в домах ребенка, детских домах, школах-интернатах, специализированных интернатах, домах юношества проходят скрининговые осмотры дважды в год.

14. Новорожденным и детям раннего возраста скрининговый осмотр на выявление нарушений слуха проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 сентября 2009 года № 478 "Об утверждении Правил организации скрининга и диагностики нарушений слуха у детей раннего возраста", зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5828.

15. Детям в возрасте от трех до четырех месяцев по показаниям проводится ультразвуковое исследование тазобедренных суставов с целью раннего выявления дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра.

16. По окончании скринингового осмотра детей и подростков врачом педиатром, подростковым врачом, врачом общей практики, с учетом заключения профильных специалистов и лабораторно-диагностических исследований, проводится комплексная оценка состояния здоровья детей с определением следующих "групп здоровья":

I группа – здоровые дети;

II группа – здоровые дети, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям, с наличием

факторов риска;

III группа – дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма;

IV группа – дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями;

V группа – дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

17. Дети, относящиеся к II, III, IV, V группам подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению у специалистов ПМСП или специалистов соответствующего профиля.

18. Результаты скрининговых осмотров целевых групп детского населения вносятся в статистическую карту профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка (форма 025-07/у), утвержденную приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения", зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697 (далее – Приказ № 907).

19. По результатам скринингового осмотра на каждого ребенка медицинским работником оформляется эпикриз и заключение с указанием группы здоровья, оценкой физического и нервно-психического развития, остроты зрения и слуха, рекомендациями по физкультурной группе (основная или специальная группа).

Результаты скринингового осмотра детей (копия эпикриза и заключения) в обязательном порядке доводятся до сведения родителей.

20. Скрининговые осмотры целевых групп взрослого населения в различные возрастные периоды жизни (осмотр специалистами, лабораторные и инструментальные исследования) осуществляются в соответствии с периодичностью проведения скрининговых осмотров целевых групп взрослого населения согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

21. Скрининговым осмотрам не подлежат лица, находящиеся на диспансерном учете, по профилю заболевания которого проводится данный скрининговый осмотр.

22. Дополнительные диагностические исследования и осмотры профильных специалистов проводятся по показаниям.

23. Результаты скрининговых осмотров целевых групп взрослого населения вносятся медицинскими работниками организаций ПМСП в статистическую карту профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента (форма 025-08/у), утвержденную Приказом № 907, в соответствии с Алгоритмами этапности проведения скрининговых осмотров согласно приложению 3 к настоящим Правилам.

24. По окончании скринингового осмотра врач организации ПМСП/отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП подразделяет взрослое население, с учетом заключения профильных специалистов и лабораторно-диагностических исследований, на следующие "группы здоровья":

1) здоровые без факторов риска – лица, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания, факторы риска или нарушения функций отдельных органов и систем – диспансерная группа IA (далее – Д-IA);

2) здоровые с факторами риска – лица с выявленными факторами риска, "пограничными" состояниями, нуждающиеся в наблюдении и профилактическом вмешательстве (лица, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах артериального давления и прочих физиологических характеристик, не влияющие на функциональную деятельность организма), – диспансерная группа IB (далее – Д-IB);

3) практически здоровые – лица, имеющие в анамнезе острое и хроническое заболевание без обострений в течение последних нескольких лет, – диспансерная группа II (далее – Д-II);

4) больные – лица, нуждающиеся в лечении, – диспансерная группа III (далее – Д-III).

25. Здоровым (Д-IA, Д-IB) и практически здоровым (Д-II) лицам взрослого населения рекомендуется:

проведение последующего скринингового осмотра в организации ПМСП в соответствии с периодичностью согласно приложению 2 к настоящим Правилам;

направление для оздоровления в кабинеты здорового образа жизни, профильные школы здоровья

, антитабачный центр, молодежные центры здоровья организаций ПМСП и службы здорового образа жизни.

26. Выявленные в ходе скрининговых осмотров лица с хроническими заболеваниями и/или перенесшие отдельные острые заболевания, подлежат диспансерному учету и динамическому наблюдению с последующим оздоровлением и проведением комплекса медицинских, социальных, физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление и укрепление здоровья.

27. Этапность проведения скрининговых осмотров детского и взрослого населения осуществляется в соответствии с Алгоритмами этапности проведения скрининговых осмотров согласно приложению 3 к настоящим Правилам.

3. Порядок предоставления информации о результатах скрининговых осмотров

28. Территориальный медицинский информационно-аналитический центр ежеквартально предоставляет сводные данные по скрининговым осмотрам в республиканский медицинский информационно-аналитический центр (далее – РИАЦ), службу формирования здорового образа жизни (районный, городской областной центры формирования здорового образа жизни), профильные службы и Управление.

29. Служба формирования здорового образа жизни осуществляет мониторинг и анализ всех проведенных скрининговых осмотров совместно с профильными службами, внештатными специалистами с ежеквартальным предоставлением аналитического материала в Управление и Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения Министерства здравоохранения Республики Казахстан "Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни" (далее – НЦФЗОЖ).

30. РИАЦ ежеквартально предоставляет выходные формы по результатам проведения скрининговых осмотров в НЦФЗОЖ и другие профильные республиканские организации здравоохранения, ответственные за методическое руководство и анализ скрининговых осмотров целевых групп населения, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

31. НЦФЗОЖ осуществляет координацию, методическое сопровождение, анализ и оценку результатов скрининговых осмотров с предоставлением сводных аналитических ежеквартальных и годового заключительного отчетов в Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Приложение 1
к Правилам профилактических
медицинских осмотров целевых
групп населения

Периодичность проведения скрининговых осмотров целевых групп детского населения

Сноска. Приложение 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2014 № 361 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Перечень специалистов								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Педиатр (подростковый	Хирург (Хирург /	

врач/ семейный врач/врач общей практики)	ортопед)	Оториноларинголог *	Невролог	Стоматолог	Офтальмолог	Эндокринолог	уролог (юноши)	Психиатр
До 1 года – недоношенные дети с массой тела менее 1500 г при рождении								
+	+	+	+		+		+	
(ежемесячно)	(в 1, 3, 6 месяцев)	(в 3 месяца)	(в 1, 3 , 6, 12 месяцев)		(в 1, 3, 6 , 12 месяцев)		(в 1 и 12 месяцев)	
До 1 года (с массой тела при рождении более 1500 г)								
+	+	+	+		+			
(ежемесячно)	(в 1 месяц)	(в 6 месяцев)	(в 1 месяц)		(в 6 месяцев)			
1 год								
+	+	+	+		+			
(1 раз в 3 месяца)								
2 года								
+		+		+				
(1 раз в 3 месяца)								
3 года								
+	+	+	+		+			
(1 раз в 3 года)								
4 года								
+								
5 лет								
+								
6 лет (перед школой)								
+	+	+	+	+	+	+		
7 лет (1 класс)								
+								
8 лет (2 класс)								
+								
9 лет (3 класс)								
+								
10 лет (4 класс)								
+	+	+		+	+	+		
11 лет (5 класс)								
+								
12 лет (6 класс)								
+					+	+		

13 лет (7 класс)								
+								
14 лет (8 класс)								
+	+	+	+	+	+			
15 лет (9 класс)								
+	+	+	+		+	+	+	
16 лет (10 класс)								
+					+		+	
17 лет (11 класс)								
+	+	+	+		+	+	+	+

Приложение 2
к Правилам проведения
профилактических медицинских
осмотров целевых групп населения

**Периодичность проведения скрининговых осмотров
целевых групп взрослого населения**

Сноска. Приложение 2 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2014 № 361 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Терапевт/ ВОП (по показаниям)	Акушер/ гинеколог * (по показаниям)	Электрокардиограмма (по показаниям)	Уровень холестерина крови	Уровень сахара крови	Цитологическое исследование шейки матки (Pap-тест)*	Измерение внутриглазного давления	Анализ на скр кро гемокул
1	2	3	4	5	6	7	
30 лет							
	+				+		
35 лет							
	+				+		
40 лет							
+	+	+	+	+	+	+	
42 года							
+		+	+	+		+	
44 года							
+		+	+	+		+	

						45 лет	
	+				+		
						46 лет	
+		+	+	+		+	
						48 лет	
+		+	+	+		+	
						50 лет	
+	+	+	+	+	+	+	
						52 года	
+		+	+	+		+	
						54 года	
+		+	+	+		+	
						55 лет	
	+				+		
						56 лет	
+		+	+	+		+	
						58 лет	
+		+	+	+		+	
						60 лет	
+	+	+	+	+	+	+	
						62 года	
+		+	+	+		+	
						64 года	
+		+	+	+		+	
						66 лет	
						+	
						68 лет	
						+	
						70 лет	
						+	

* осмотр и исследования проводятся только женщин

** осмотр и исследования проводятся только мужчин

Примечание к таблице: осмотр взрослого населения профильными специалистами, проведение дополнительных диагностических исследований (лабораторных и инструментальных) проводится по показаниям, по направлению врача организации первичной медико-санитарной помощи.

Алгоритмы этапности проведения скрининговых осмотров целевых групп населения

Сноска. Приложение 3 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2014 № 361 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1. Общие положения

1. Проведение скрининговых осмотров целевых групп детского и взрослого населения включает в себя следующие этапы:

1) подготовительный – формирование целевых групп, информационное сопровождение, приглашение на скрининг.

Подготовительный этап осуществляется ответственным за профилактические мероприятия средним медицинским работником медицинского пункта, фельдшерско-акушерского пункта, доврачебного кабинета отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи врачебной амбулатории, сельской, районной, городской поликлиники (далее – организации ПМСП), средним медицинским работником дошкольного учреждения, организации образования и включает в себя:

ежегодное формирование и составление списка целевых групп до 15 ноября текущего года, подлежащих скрининговым осмотрам в предстоящем году, с последующей ежемесячной коррекцией целевых групп;

оповещение целевых групп взрослого населения, родителей детей целевых групп о необходимости и условиях прохождения скрининговых осмотров;

приглашение целевой группы населения на скрининговый осмотр;

организацию выезда специалистов территориальной организации ПМСП на территории детских дошкольных учреждений и организаций образования для проведения скринингового осмотра организованных детей дошкольного возраста, школьников, учащихся и студентов средне-специальных и высших учебных заведений в возрасте до 18 лет;

обеспечение своевременного прохождения скринингового осмотра целевыми группами населения;

2) проведение скрининга – заполнение статистических карт профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка (далее – форма 025-07/у), амбулаторного пациента (далее – форма 025-08/у), утвержденных приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее – МЗ РК № 907).

Проведение скринингового осмотра целевых групп детского населения осуществляется средним медицинским работником дошкольного учреждения, организации образования, врачом педиатром, подростковым врачом, семейным врачом, врачом общей практики организации ПМСП, врачами специалистами, педагогом-психологом.

Проведение скринингового осмотра целевых групп взрослого населения осуществляется участковым врачом (врачом общей практики) (далее – врач ПМСП), врачом и средним медицинским работником доврачебного кабинета отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП и профильными специалистами по направлению врача ПМСП/отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП;

3) заключительный – дообследование и постановка на диспансерный учет лиц с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации. На данном этапе врач ПМСП/отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП вносит формы 025-07/у, 025-08/у и паспорт участника Национальной скрининговой программы (вкладыш формы 025-08/у), утвержденные приказом МЗ РК № 907, результаты скрининга целевых групп населения с

выделением факторов риска (поведенческих, биологических), заключительного диагноза, дает рекомендации по дообследованию, наблюдению. Формы после получения заключительного диагноза передаются в кабинет (специалисту) медицинской статистики для статистической обработки данного скринингового осмотра. Паспорт участника Национальной скрининговой программы выдается на руки и является документом, удостоверяющим прохождение скрининга.

2. Результаты скринингового осмотра вносятся в историю развития ребенка, медицинскую карту амбулаторного пациента. Результаты скринингового осмотра организованных детей дополнительно вносятся в паспорт здоровья.

3. Пофамильный список лиц с результатами скринингового осмотра направляется:

1) врачу ПМСП для дальнейшего динамического наблюдения;

2) в кабинет здорового образа жизни, профильные школы здоровья для проведения информационно-образовательной работы и обучения лиц с факторами риска заболеваний и больных методам профилактики, формирования здорового образа жизни.

4. Алгоритм этапности проведения скрининговых осмотров учащихся от 17 лет и старше средних общеобразовательных школ, среднеспециальных и высших учебных заведений для определения уровней риска употребления психоактивных веществ:

1) первый этап скринингового осмотра проводится специально обученным специалистом первичной медико-санитарной помощи (далее-ПМСП) и включает в себя проведение скрининг-опроса с применением международного опросника ASSIST на определение степени выраженности риска употребления психоактивных веществ среди подростков - учащихся от 17 лет и старше средних общеобразовательных школ, среднеспециальных и высших учебных заведений;

2) после проведения опроса анкеты анализируются и обрабатываются специально обученным специалистом ПМСП. По результатам анализа и обработки определяются группы риска (высокий, средний, низкий риск) по употреблению психоактивных веществ;

3) Второй этап скрининга: учащиеся со средним или высоким риском употребления психоактивных веществ, с согласия законных представителей, направляются специалистами ПМСП в наркологические организации территории, где проводится экспресс-тестирование с использованием тест-полосок на содержание психоактивных веществ;

4) третий этап: учащиеся с положительными результатами экспресс- тестирования с согласия законных представителей направляются на консультацию к врачу-наркологу для проведения клинического осмотра и при необходимости, дополнительного химико-токсикологического и психологического исследования;

5) по результатам обследований и выявления признаков зависимости от психоактивного вещества, учащиеся (не достигшие 18 лет) с согласия законных представителей, ставятся на диспансерный учет и наблюдение врача нарколога;

6) при несогласии законных представителей учащихся с постановкой на диспансерный учет, учащиеся находятся под профилактическим наблюдением.

5. Средний медицинский работник организации ПМСП/отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП по результатам проведенного скринингового осмотра:

сверяет список пациентов целевой группы, приглашенных на скрининг - обследование, прошедших скрининг и направленных на дообследование;

по рекомендациям врача приглашает пациента пройти дообследование.

6. Все пациенты, с впервые установленным диагнозом, выявленным в ходе скринингового осмотра, направляются к врачу ПМСП для диспансеризации и динамического наблюдения.

7. Для обеспечения достоверности, качества и формирования единой базы данных по проводимым скрининговым осмотрам лабораторные и диагностические исследования в рамках скринингов на раннее выявление онкопатологии проводятся в централизованных лабораториях и диагностических центрах/отделениях.

2. Алгоритм этапности проведения скрининговых осмотров взрослого и детского населения

Параграф 1. Алгоритм проведения скринингового осмотра на раннее выявление болезней системы кровообращения взрослого населения (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца) и сахарного диабета

8. Целевой группой являются мужчины и женщины в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета.

9. Стадия проведения скринингового осмотра состоит из двух этапов:

1) первый этап проводится средним медицинским работником организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП, является обязательным для всей целевой группы и включает в себя:

заполнение формы 025-08/у;

проведение антропометрических измерений (вес, рост, объем талии), вычисление индекса Кетле;

проведение опроса по скрининг-тесту;

двукратное измерение артериального давления (далее – АД) с интервалом в 1-2 минуты в положении сидя. Перед измерением АД больной должен посидеть 3-5 минуты;

проведение экспресс-диагностики общего холестерина и глюкозы крови (при отсутствии такового оборудования, биоматериал (кровь) пациента направляется в лабораторию данной организации ПМСП);

2) на втором этапе врач ПМСП/отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

использует систему SCORE согласно методике, приведенной в приложении к настоящим Алгоритмам этапности проведения скрининговых осмотров целевых групп населения (далее – Алгоритм), для определения сердечно-сосудистого риска и принятия решения о дальнейшем ведении скринируемого лица;

лицам с низким сердечно-сосудистым риском (до 1% по шкале SCORE) рекомендует проведение последующего скринингового осмотра в соответствии с периодичностью согласно приложению 2 к настоящим Алгоритмам, дает рекомендации по здоровому образу жизни с целью сохранения низкого сердечно-сосудистого риска;

лиц с умеренным сердечно-сосудистым риском ($\geq 1\%$ до $< 5\%$ по шкале SCORE) направляет в Школы здоровья с целью снижения или стабилизации сердечно-сосудистого риска;

лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском ($\geq 5\%$ по шкале SCORE) направляет на ЭКГ и при необходимости на консультацию кардиолога. При выявлении у пациента БСК ставит на диспансерный учет, при отсутствии БСК направляет в Школы здоровья с целью снижения сердечно-сосудистого риска;

при диагностике факторов риска за уровень гиперхолестеринемии принимается уровень ≥ 5 ммоль/л;

при оценке сердечно-сосудистого риска частью осмотра обследуемого является частота сердечных сокращений.

10. Кардиолог, эндокринолог консультативно-диагностического отделения сельской, районной, городской поликлиники (далее – КДО) или консультативно-диагностического центра (далее – КДЦ):

проводит последующее обследование, при необходимости, направляет в специализированный (кардиологический, эндокринологический) центр/диспансер;

направляет результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента врачу отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи, при его отсутствии - участковому врачу/врачу общей практики обслуживающему пациента.

Параграф 2. Алгоритм проведения скринингового осмотра на раннее выявление и динамическое наблюдение поведенческих факторов риска

11. Поведенческие факторы риска (избыточная масса тела, ожирение, физическая активность, курение, потребление алкоголя в опасных дозах) исследуются среди всех лиц, прошедших скрининг - обследование на раннее выявление болезней системы кровообращения, сахарного диабета, глаукомы, онкопатологии.

12. Выявление факторов риска проводится средним медицинским работником организации ПМСП/ доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП , включает:

- 1) проведение опроса по скрининг-тесту (форма 025-08/у);
- 2) измерение веса, роста, расчета индекса Кетле и объема употребления овощей и фруктов;
- 3) заполнение формы 025-08/у с указанием в пункте 32.3 «информирован ли о вреде курения» и в пункте 32.4 «информирован ли о влиянии поведенческих факторов риска на здоровье».

13. Врач (средний медицинский работник) отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

проводит оценку сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE;

проводит профилактическую консультацию и предоставляет подробные рекомендации по изменению поведения;

направляет в профильную Школу здоровья.

14. Медицинские работники, проводящие занятия, должны быть обеспечены информационно-методическими материалами.

Параграф 3. Алгоритм проведения скрининг - обследования на раннее выявление глаукомы

15. Целевой группой являются мужчины и женщины в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу глаукомы.

16. Средний медицинский работник организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи, организации ПМСП:

заполняет форму 025-08/у;

проводит опрос по скрининг-тесту;

измеряет внутриглазное давление по Маклакову или с использованием бесконтактного тонометра.

17. При положительных ответах на скрининг-тест (пункты 22-25 формы 025-08/у) и/или повышенном внутриглазном давлении (свыше 25 мм рт.ст. при тонометрии по Маклакову и свыше 20 мм рт.ст. при бесконтактной тонометрии), а также при разнице в показателях внутриглазного давления на правом и левом глазу более 5 мм.рт. ст. направляет пациента к офтальмологу консультативно-диагностического отделения районной, городской поликлиники, консультативно-диагностического центра/поликлиники.

18. Офтальмолог КДО /КДЦ:

проводит дообследование, при необходимости, направляет в глаукомный кабинет;

направляет результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента врачу отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи, при его отсутствии, участковому врачу врачу общей практики;

направляет результаты обследования врачу регионального глаукомного кабинета для заполнения регистра глаукомы.

Параграф 4. Алгоритм проведения скрининга на раннее выявление рака молочной железы

19. Целевой группой являются женщины в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60 лет. В скрининге не участвуют женщины, состоящие на учете по поводу рака молочной железы или состоящие на диспансерном учете у маммолога, онкомамолога по поводу доброкачественных новообразований молочной железы и имеющие индивидуальный график проведения динамического маммографического

исследования.

20. Скрининг рака молочной железы состоит из подготовительного этапа, проведения скрининга, заключительного этапа и включает:

маммографию обеих молочных желез в 2-х проекциях;

интерпретацию маммограмм двумя и более независимыми врачами-рентгенологами (двойная читка)

;

углубленную диагностику - прицельная маммография, ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) молочных желез, пункционная биопсия или стереотаксическая пункция, гистологическое исследование, который проводится по показаниям в маммографическом кабинете онкологического диспансера (далее - ОД) в случае выявления патологических очагов на маммограммах (М3, М4, М5).

21. Подготовительный этап включает:

формирование целевых групп;

информационное сопровождение, приглашение на скрининг, в том числе с использованием адресного приглашения, электронных и печатных средств массовой информации.

22. Проведение скрининга на раннее выявление рака молочной железы включает:

проведение маммографии обеих молочных желез в 2-х проекциях - прямой и косой в маммографическом кабинете городской, районной поликлиники (передвижного медицинского комплекса). Все цифровые маммограммы распечатываются на рентгенографической пленке в масштабе 1:1 (1 женщина - 1 комплект - 4 маммограммы) и копируются на цифровой носитель CD/DVD.

23. При этом средний медицинский работник организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

заполняет журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу, и форму 025-08/У;

направляет на маммографию в районную, городскую поликлиники.

24. Рентгенлаборант маммографического кабинета заполняет направление маммограмм на вторую читку, утвержденное приказом МЗ РК № 907, журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу;

Первая читка маммограмм с интерпретацией результатов по классификации BI-RADS проводится врачом-рентгенологом маммографического кабинета городской, районной поликлиники (передвижного медицинского комплекса).

25. Врач-рентгенолог:

несет основную ответственность за безопасность и качество маммографических исследований;

вносит результаты первой читки в учетную форму 025-08/у и в направление маммограмм на вторую читку;

вторая читка маммограмм с интерпретацией результатов по классификации BI-RADS проводится врачом-рентгенологом маммографического кабинета ОД. Все маммограммы, независимо от результата, направляются на вторую читку в ОД, в том числе посредством телемедицинской связи. Передача маммограмм и их копий на электронных носителях из поликлиники в ОД проводится с сопровождающей документацией под роспись медицинского регистратора (архивариуса) маммографического кабинета ОД. Все маммограммы (пленки и электронные носители) архивируются в маммографическом архиве ОД. Маммограммы, сделанные во время скрининга, пациентке не выдаются.

26. Врач-рентгенолог маммографического кабинета ОД:

оценивает качество предоставленных изображений и правильность укладки;

проводит вторую читку маммограмм с интерпретацией результатов по классификации BI-RADS. В случае необходимости организует третью читку;

направляет результаты второй (третьей) читки (отрывную часть направления) в организацию ПМСП;

через организацию ПМСП приглашает женщину на углубленную диагностику: (прицельную маммографию, УЗИ молочных желез, пункционную биопсию или стереотаксическую пункцию с последующим гистологическим исследованием материала, которая проводится по показаниям).

27. Показаниями для углубленной диагностики являются заключение после двойного чтения маммограмм М3 / М4/ М5 (присутствие отклонения неопределенной значимости / признаки, вызывающие подозрение на злокачественность / признаки злокачественности). Рентгенолог, выполняющий углубленную диагностику, направляет результаты в организацию ПМСП.

28. Заключительный этап включает в себя:

дообследование пациенток с доброкачественными образованиями молочной железы;
постановку на диспансерный учет пациентов с выявленной патологией;
завершение оформления учетно-отчетной статистической документации.

29. При этом врач ПМСП/отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП при получении результата маммографии:

M1 (без патологии) – рекомендует пациентке проведение последующего маммографического обследования через 2 года;

M2 (образование, обладающее доброкачественными характеристиками) направляет пациентку на консультацию и динамическое наблюдение к маммологу КДО/КДЦ;

M3 / M4/ M5 (присутствие отклонения неопределенной значимости / признаки, вызывающие подозрение на злокачественность / признаки злокачественности) – в соответствии с результатами углубленной диагностики направляет пациентку на консультацию и динамическое наблюдение к онкологу, маммологу ОД. После исключения злокачественного новообразования пациентки с указанными результатами маммографии направляются для динамического наблюдения к маммологу КДО/КДЦ;

M6 (рак молочной железы, верифицированный морфологически) – направляет пациентку к районному онкологу, маммологу ОД для лечения, диспансеризации и динамического наблюдения;

по рекомендации врача-рентгенолога ОД направляет в маммографический кабинет на повторную маммографию в случае некачественных изображений (технические проблемы пленки, неправильная укладка) или на краткосрочный динамический контроль к маммологу КДО/КДЦ;

вклеивает отрывную часть направления маммограмм на вторую читку с результатами и заключением врача-рентгенолога ОД в медицинскую карту амбулаторного пациента.

30. Результаты скринингового обследования вносятся в журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу, паспорт участника Национальной скрининговой программы, форму 025-08/у и передаются в территориальный информационно-аналитический центр ежемесячно в срок до 1 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

31. В случае назначения углубленной диагностики, форма 025-08/у считается заполненной и должна быть передана для статистической обработки после получения результатов всех назначенных исследований из КДО/КДЦ, ОД.

Результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента направляются участковому врачу/ врачу общей практики.

Параграф 5. Алгоритм проведения скрининга на раннее выявление рака шейки матки

32. Целевой группой являются женщины в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет. В скрининге не участвуют женщины, состоящие на учете по поводу рака шейки матки.

33. Скрининг рака шейки матки состоит из подготовительного этапа, проведения скрининга, заключительного этапа и включает:

цитологическое исследование мазка из шейки матки с окраской по Папаниколау (Pap-тест) проводится только с использованием метода жидкостной цитологии;

углубленную диагностику (кольпоскопию, биопсию, гистологическое исследование) при цитологических заключениях ASC-H, HSIL, AGS, AIS, рак.

34. Подготовительный этап включает в себя:

формирование целевых групп;

информационное сопровождение, приглашение на скрининг, в том числе с использованием адресного приглашения, электронных и печатных средств массовой информации.

Средний медицинский работник организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

формирует список целевой группы населения, определяет дату и время обследования для каждой пациентки и обеспечивает их явку для забора материала;

информирует пациентку о требованиях к прохождению скрининга: исключить половые сношения,

влагалищные манипуляции, включая спринцевание, ванночки, тампоны и т.д. за сутки до осмотра.

35. Этап проведения скрининга включает:

1) забор материала на цитологическое исследование осуществляется в смотровом кабинете организации ПМСП.

Средний медицинский работник организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

заполняет журнал учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу, и форму 025-08/у; направляет в смотровой кабинет организации ПМСП.

Акушерка смотрового кабинета организации ПМСП:

осматривает шейку матки в зеркалах;

осуществляет взятие мазков на цитологическое исследование (Pap-тест) методом жидкостной цитологии (один контейнер);

заполняет направление на цитологическое исследование и направляет биоматериал в цитологическую лабораторию ОД/патологоанатомического бюро;

осуществляет контроль за получением результатов Pap-теста из цитологической лаборатории ОД/патологоанатомического бюро.

Срок получения результатов и информирования женщин о результатах скрининга не должен превышать двух недель;

2) цитологическое исследование с интерпретацией по Терминологической системе Бетесда, 2001 (ТСБ). При этом регистратор цитологической лаборатории/цитотехник:

регистрирует поступившие контейнеры в журнале цитологических исследований, проводимых по скринингу;

направляет результаты цитологического исследования в организацию ПМСП;

3) углубленную диагностику (кольпоскопию, биопсию), которая проводится по показаниям: при цитологическом заключении ASC-H, HSIL – онкогинекологом ОД или гинекологом районной, городской поликлиники, прошедшим специальную подготовку (обучение);

при цитологическом заключении AGC, AIS, рак – онкогинекологом ОД.

Наличие эрозии без подтверждающего цитологического результата не является показанием для кольпоскопии во время скрининга.

Гистологическое исследование проводится в лаборатории патоморфологии ОД / патологоанатомического бюро. Морфологическая интерпретация биоптата осуществляется в соответствии с общепринятыми международными стандартами;

36. Заключительный этап включает в себя постановку на диспансерный учет пациентов с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации.

При этом врач ПМСП/отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП при получении результатов Pap-теста по ТСБ:

плохое качество мазка приглашает пациентку на цитологический скрининг повторно;

«Цитограмма без особенностей» (норма) рекомендует пациентке проведение последующего цитологического скрининга через 5 лет;

«Воспалительный процесс или микроорганизмы» рекомендует лечение и санацию у врача гинеколога;

атипия эпителиальных клеток ASC-US, LSIL рекомендует лечение и динамическое наблюдение у врача-гинеколога районной, городской поликлиники с проведением цитологического контроля через 6 месяцев. При персистенции или утяжелении рекомендуется проведение кольпоскопии с биопсией, при нормальной цитограмме через 6 месяцев – дополнительный Pap-тест через 12 месяцев;

интраэпителиальное поражение ASC-H, HSIL направляет пациентку на углубленную диагностику к онкогинекологу ОД/гинекологу районной, городской поликлиники, прошедшему специальную подготовку;

атипия железистых клеток AGS, AIS, рак направляет пациентку на углубленную диагностику к онкогинекологу ОД.

37. При получении гистологических результатов биопсии шейки матки:

CIN I рекомендует пациентке дообследование, лечение и динамическое наблюдение у гинеколога районной, городской поликлиники с проведением цитологического контроля через 6 и 12 месяцев;

CIN 2, CIN 3, CIS, AIS, рак направляет пациентку в ОД для лечения и динамического наблюдения;

все пациентки после лечения CIN 2, CIN 3, CIS, AIS наблюдаются у гинеколога районной, городской поликлиники с проведением контрольных Pap-тестов через 4, 6 и 12 месяцев. При необходимости (положительный Pap-тест в контроле) проводится консультация онкогинеколога ОД.

Бланк результата цитологического исследования вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного.

38. Результаты скринингового обследования вносятся в журнал учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу, паспорт участника Национальной скрининговой программы, статистическую карту профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента и передаются в территориальный информационно-аналитический центр ежемесячно в срок до 1 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

В случае назначения углубленной диагностики, а также после получения результатов всех назначенных исследований, форма 025-08/у передается для статистической обработки.

39. Результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациентки направляются участковому врачу/ врачу общей практики. Каждая женщина информируется о результатах обследования с выдачей соответствующих рекомендаций.

Параграф 6. Алгоритм проведения скрининга на раннее выявление колоректального рака

40. Целевой группой являются мужчины и женщины в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет, не состоящие на учете по поводу полипоза, рака толстой кишки;

41. Скрининг колоректального рака состоит из подготовительного этапа, проведения скрининга и заключительного этапа и включает:

гемокульт-тест;

тотальную колоноскопию при положительном гемокульт-тесте с биопсией патологических участков слизистой кишечника, которая проводится в случае их выявления.

42. Подготовительный этап включает в себя:

обеспечение отделений/кабинетов колоноскопии видеозендоскопическим оборудованием с возможностью видеофиксации исследований и хирургическим инструментарием для взятия биопсии и проведения малоинвазивных хирургических вмешательств (удаление полипов на тонкой ножке и т.д.);

утверждение графика проведения колоноскопии;

информационное сопровождение, приглашение на скрининг, в том числе с использованием адресного приглашения, электронных и печатных средств массовой информации.

При этом средний медицинский работник организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

формирует список целевой группы населения, определяет дату обследования для каждого пациента и обеспечивает гемокульт-тестом для проведения исследования;

информирует пациентов целевой группы о требованиях к прохождению скрининга: не следует проводить исследование в период менструации, при наличии кровоточащего геморроя, крови в моче или после значительных усилий при дефекации. Результаты теста должны быть доведены до среднего медицинского работника организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП в течение 1-3 дней после их получения;

43. Этап проведения скрининга включает:

проведение гемокульт-теста, который проводится преимущественно в домашних условиях после получения теста и разъяснения правил проведения исследования средним медицинским работником ПМСП:

для исследования используется небольшая часть стула, помещенного в чистой, сухой емкости; забор материала проводить с использованием наконечника контейнера путем введения в разные места стула; после забора материала закрыть крышку и несколько раз встряхнуть контейнер; нанести 3 капли раствора со взвешенными частицами кала в специальное окошко тест-карты; через 3-10 минут (или как указано производителем теста) провести интерпретацию теста.

44. Оценка результата теста проводится непосредственно (через 3-10 минут или как указано производителем теста) после проведения исследования самим пациентом, если тест проводится в домашних условиях, либо медицинским работником, если исследование проводится в поликлинике:

появление двух полосок на уровне Т (тест) и С (контроль) расценивается как положительный результат (наличие крови в кале);

появление одной полоски на уровне С (контроль) расценивается как отрицательный результат (отсутствие крови в кале);

появление одной полоски на уровне Т (тест) расценивается как ошибочный результат;

отсутствие полоски на уровне С (контроль) расценивается как ошибочный результат (в т.ч. вообще отсутствие полосок).

45. Если тест проводится в домашних условиях, необходимо попросить пациента или его родственников перерисовать появление полосок с указанием уровней Т и С или сфотографировать на камеру, телефон для подтверждения достоверности результата.

46. При получении результатов гемокульт-теста средний медицинский работник организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

заполняет форму 025-08/у, проводит опрос по скрининг-тесту;

оценивает результат гемокульт-теста (отрицательный, положительный).

В случае некорректного результата тест следует повторить.

Положительный результат гемокульт-теста необходимо подтвердить врачом ПМСП/отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП.

47. В случае положительного гемокульт-теста пациент направляется на обследование всего отдела толстого кишечника (далее - тотальная колоноскопия).

При этом врач ПМСП/отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

вносит результаты гемокульт-теста в журнал учета пациентов, подлежащих колоректальному скринингу;

информирует пациента о необходимости проведения исследования, методике исследования, подготовке к колоноскопии;

направляет на тотальную колоноскопию, которая проводится при положительном гемокульт-тесте

48. При этом врач отделения эндоскопии:

проводит биопсию образований, слизистой по показаниям;

проводит одномоментную полипэктомию с клипированием или электрокоагуляцией при выявлении полипов на тонкой ножке при наличии соответствующего инструментария либо «холодную» биопсию при полипах размерами до 0,3-0,5 см;

вносит результаты (непосредственные после колоноскопии и после получения гистологического заключения) в бланк колоноскопического исследования;

осуществляет комплекс санитарно-гигиенических мероприятий по безопасному проведению эндоскопических процедур с целью исключения инфицирования лиц, проходящих эндоскопическое исследование.

49. В случае использования одного эндоскопического аппарата интервал между предыдущим и последующим эндоскопическими исследованиями составляет не менее 20 минут с учетом проведения очистки, дезинфекции высокого уровня, промывки и продувки эндоскопа с использованием аппарата автоматической обработки эндоскопического оборудования.

50. Медсестра отделения эндоскопии:

регистрирует проведение исследования в журнале регистрации эндоскопических исследований толстой кишки, выполненных во время скрининга, с указанием даты проведения исследования, фамилии, имени, отчества пациента, возраста, адреса проживания;

маркирует, регистрирует и направляет взятый биопсийный материал в патоморфологическую лабораторию ОД / патологоанатомическое бюро в соответствии с установленными правилами с указанием на сопроводительном бланке отметки «Материал взят по скринингу»;

направляет результаты эндоскопического исследования в организацию ПМСП;

гистологическое исследование биоптата слизистой толстой кишки, которое производится в

патоморфологической лаборатории ОД / патологоанатомическом бюро. Морфологическая интерпретация биоптата осуществляется в соответствии с общепринятыми международными стандартами и классификацией Всемирной организации здравоохранения.

51. Заключительный этап включает в себя постановку на диспансерный учет лиц с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации.

52. При этом врач отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

при получении результатов гемокульт-теста:

отрицательного (отсутствия скрытой крови в кале) рекомендует проведение скрининга через 2 года;

положительного (наличие скрытой крови в кале), но при отказе пациента от колоноскопии, подписанного пациентом и вклеенного в медицинскую карту амбулаторного пациента, или наличии медицинских противопоказаний к проведению эндоскопического исследования, проводит беседу с пациентом, включает в группу риска с контрольным проведением гемокульт-теста, направляет на консультацию к колопроктологу.

53. При получении результатов эндоскопического исследования:

CS 1 (без патологии) рекомендует обследованным лицам проведение гемокульт-теста в рамках скрининга через 2 года;

CS 2-3 (наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития, хронические воспалительные заболевания кишки) направляет пациентов к гастроэнтерологу/колопроктологу КДО/КДЦ;

CS 4 (полиповидные образования) рекомендует пациентам лечение (полипэктомия), динамическое наблюдение у районного онколога, колопроктолога КДО/КДЦ с контрольным проведением колоноскопии через 4-6 месяцев после полипэктомии;

CS 5-8 (злокачественное новообразование толстой кишки с морфологической верификацией или без) направляет пациентов в ОД, с последующим динамическим наблюдением у районного онколога по месту жительства;

54. Результаты колоректального скрининга (гемокульт-теста, колоноскопии, консультации специалистов) вносятся в журнал учета пациентов, подлежащих колоректальному скринингу, паспорт участника Национальной скрининговой программы, форму 025-08/у и передаются в территориальный информационно-аналитический центр ежемесячно в срок до 1 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

55. В случае назначения углубленной диагностики, а также после получения результатов всех назначенных исследований из КДО/КДЦ, ОД форма 025-08/у передается для статистической обработки.

Результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента направляются участковому врачу/врачу общей практики.

Параграф 7. Алгоритм проведения скрининга рака пищевода и рака желудка

56. Целевой группой являются мужчины и женщины 50, 52, 54, 56, 58 и 60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака пищевода и рака желудка.

57. Скрининг рака пищевода и желудка состоит из подготовительного этапа, проведения скрининга, заключительного этапа и включает:

эндоскопическое исследование пищевода и желудка (эзофагогастродуоденоскопия);

биопсию патологических участков слизистой пищевода и желудка, которая проводится в случае их выявления.

58. Подготовительный этап включает:

обеспечение отделений/кабинетов эндоскопии КДО/КДЦ видеоскопическим оборудованием для проведения эндоскопического исследования пищевода и желудка, при недостаточной обеспеченности оборудованием, персоналом, пропускной способности КДО/КДЦ возможно включение в данный список ОД ;

формирование целевой группы;

информационное сопровождение, приглашение на скрининг, в том числе с использованием адресного приглашения, электронных и печатных средств массовой информации.

При этом средний медицинский работник организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

формирует список целевой группы населения, определяет дату и время обследования для каждого пациента и обеспечивает явку пациентов в отделение эндоскопии КДЦ, ОД в день проведения исследования;

разъясняет необходимость проведения исследования, подготовку пациента к проведению процедуры скрининга;

формирует и согласовывает с врачом отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП врачебной амбулатории, сельской, районной, городской поликлиники график направления на эндоскопическое исследование согласно плану, утвержденного Управлением здравоохранения (далее - Управление).

59. Этап проведения скрининга включает:

эзофагогастродуоденоскопию, которая проводится врачом-эндоскопистом, прошедшим обучение по вопросам повышения онконастороженности и ранней диагностики рака пищевода и рака желудка. Эзофагогастродуоденоскопия проводится согласно графика проведения эндоскопических исследований, утвержденного Управлением.

60. Врач отделения эндоскопии:

информирует и вносит результаты (непосредственные после эзофагогастродуоденоскопии и после получения гистологического заключения) в бланк эндоскопического исследования пищевода и желудка ;

осуществляет комплекс санитарно-гигиенических мероприятий по безопасному проведению эндоскопических процедур с целью исключения инфицирования *Helicobacter pylori* лиц, проходящих эндоскопическое исследование.

В случае использования одного эндоскопического аппарата интервал между предыдущим и последующим эндоскопическими исследованиями составляет не менее 20 минут с учетом проведения очистки, дезинфекции высокого уровня, промывки и продувки эндоскопа с использованием аппарата автоматической обработки эндоскопического оборудования.

61. Медсестра отделения эндоскопии:

регистрирует проведение исследования в журнале регистрации эндоскопических исследований пищевода и желудка, выполненных во время скрининга, с указанием даты проведения исследования, фамилии, имени, отчества пациента, возраста, адреса проживания;

маркирует, регистрирует и направляет взятый биопсийный материал в патоморфологическую лабораторию ОД / патологоанатомическое бюро в соответствии с установленными правилами с указанием на сопроводительном бланке отметки «Материал взят по скринингу»;

направляет результаты эндоскопического исследования в организацию ПМСП;

гистологическое исследование биоптата слизистой пищевода и желудка, которое производится в патоморфологической лаборатории ОД / патологоанатомическом бюро. Морфологическая интерпретация биоптата осуществляется в соответствии с общепринятыми международными стандартами и классификацией Всемирной организации здравоохранения.

62. Заключительный этап включает в себя дообследование, постановку на диспансерный учет лиц с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации.

63. При этом врач отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП при получении результатов эндоскопического исследования:

ES 1, GS 1 (без патологии) рекомендует обследованным лицам проведение последующего эндоскопического обследования через 2 года;

ES 2-4, GS 2-4 (наследственные заболевания, аномалии развития, воспалительные заболевания, язва) направляет пациентов к гастроэнтерологу КДО/КДЦ;

ES 5, GS 5 (подслизистое образование пищевода, желудка), ES 9-12, GS 8-11 (эндоскопическая картина злокачественного новообразования без морфологической верификации, морфологически верифицированный рак) – направляет пациентов в ОД, с последующим динамическим наблюдением у районного онколога по месту жительства;

ES 6 (пищевода Баррета), ES 7-8, GS 6-7 (удаленные полиповидные образования пищевода и

желудка) рекомендует пациентам динамическое наблюдение у районного онколога по месту жительства

64. Результаты эндоскопического скрининга вносятся в журнал учета пациентов, подлежащих скринингу рака пищевода рака желудка, паспорт участника Национальной скрининговой программы, форму 025-08/у и передаются в территориальный информационно-аналитический центр ежемесячно в срок до 1 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

65. В случае назначения углубленной диагностики, а также после получения результатов всех назначенных исследований из КДО/КДЦ, Од форма 025-08/у считается заполненной и должна быть передана для статистической обработки. Результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента направляются участковому врачу/ врачу общей практики.

Параграф 8. Алгоритм проведения скрининга гепатоцеллюлярного рака

66. Целевой группой являются мужчины и женщины, находящиеся на диспансерном учете по поводу цирроза печени вирусной и невирусной этиологии, за исключением находящихся на противовирусной терапии и не получивших оценку эффективности противовирусной терапии.

67. Скрининг гепатоцеллюлярного рака состоит из подготовительного этапа, проведения скрининга, заключительного этапа и включает:

определение уровня альфа-фетопротейна (далее – АФП) крови методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) 4 раза в год с периодичностью 1 раз в 3 месяца среди пациентов с циррозами печени вирусной этиологии и 2 раза в год с периодичностью 1 раз в 6 месяцев среди пациентов с циррозами печени невирусной этиологии;

УЗИ печени 4 раза в год с периодичностью 1 раз в 3 месяца среди пациентов с циррозами печени вирусной этиологии и 2 раза в год с периодичностью 1 раз в 6 месяцев среди пациентов с циррозами печени невирусной этиологии;

компьютерную томографию (далее – КТ)/магнитно-резонансную томографию (далее – МРТ) печени с болюсным контрастированием по показаниям.

68. Подготовительный этап включает в себя:

определение Управлением организаций здравоохранения, в которых централизованно с учетом обеспеченности оборудованием, персоналом, пропускной способности, будут проводиться:

определение уровня АФП по направлению гепатологического центра/кабинета (лаборатория ИФА)

;

УЗИ (гепатологический центр/кабинет, КДО/КДЦ);

информационное сопровождение, приглашение на скрининг, в том числе с использованием адресного приглашения, электронных и печатных средств массовой информации.

При этом врач гепатологического центра (кабинета):

формирует список целевой группы населения и график обследования пациентов;

разъясняет необходимость проведения исследования, подготовку пациента к проведению процедуры скрининга.

69. Этап проведения скрининга включает:

забор крови из вены на АФП в пробирку-вакутейнер с активатором свертывания, с гелем для разделения сыворотки, без антикоагулянтов объемом не менее 5,0 мл. Забор крови осуществляется в гепатологическом центре (кабинете).

70. При организации забора крови на АФП необходимо предусмотреть, что пункт забора крови должен располагаться вблизи клинической лаборатории в связи с необходимостью центрифугирования пробирки-вакутейнера с кровью не позднее 30 минут после забора.

71. Медицинский работник, осуществляющий забор крови, регистрирует в журнале регистрации образцов крови на АФП дату взятия анализа, фамилию, имя, отчество пациента, возраст, адрес проживания, указывает порядковый номер пациента согласно сквозной нумерации;

72. При этом лаборант в условиях клинической лаборатории:

центрифугирует пробирки-вакутейнеры через 30 минут после забора крови (но не позже 40 минут) в центрифуге со скоростью 3000 оборотов в минуту в течение 15 минут. После

центрифугирования гель разделит содержимое пробирки на форменные элементы и сыворотку;
отбирает сыворотку пипеткой-дозатором с одноразовым наконечником и разливает в пробирку типа Эппендорф объемом 1,5-2,0 мл с защелкивающейся крышкой;
маркирует пробирки согласно порядкового номера пациента в соответствии с журналом регистрации образцов крови;
доставку образцов крови в лабораторию ИФА КДЦ, ОД согласно плана, утвержденного Управлением. При этом организация ПМСП предусматривает выделение санитарного автотранспорта для доставки материала.

73. Для транспортировки пробирка типа Эппендорф с заполненной формой направления на ИФА исследование помещается в полиэтиленовый пакет. Образец должен быть доставлен в лабораторию ИФА в течение 24 часов после получения сыворотки в термоконтейнере при температуре $+2^{\circ}\dots+4^{\circ}$ С. В случае невозможности доставки биоматериала в лабораторию в день получения сыворотки производится ее заморозка в морозильной камере при температуре -20° С. При данной температуре биоматериал может храниться в течение 5 месяцев. Допускается лишь однократное разморозка материала перед проведением ИФА;

ИФА образцов сыворотки в лаборатории ИФА КДЦ, ОД.

74. При этом лаборант лаборатории ИФА:
регистрирует в журнале регистрации образцов крови на АФП дату получения анализа, фамилию, имя, отчество пациента, возраст, адрес проживания, указывает идентификационный номер пациента (соответствует номеру, указанному на пробирке);
проводит ИФА с регистрацией полученных результатов в журнале регистрации образцов крови на АФП;

направляет результаты исследования крови на АФП в гепатологический центр (кабинет).

75. В случае невозможности проведения исследований в день доставки производится заморозка биоматериала в морозильной камере при температуре -20° С. При данной температуре биоматериал может храниться в течение 5 месяцев. Допускается лишь однократная разморозка материала. Если материал был ранее заморожен, повторная заморозка недопустима. Размораживание материала проводится при помешивании в течение 30 минут при комнатной температуре;

УЗИ печени проводится с регистрацией исследования в журнале регистрации УЗИ, выполненных по скринингу, с указанием даты проведения исследования, фамилии, имени, отчества пациента, возраста, адреса проживания. Результаты УЗИ направляются в гепатологический центр (кабинет).

76. Заключительный этап включает в себя дообследование, постановку на диспансерный учет лиц с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации.

77. При этом врач гепатологического центра (кабинета) при получении результатов:
уровень АФП 200 нг/мл и выше направляет пациента на КТ/МРТ печени с болюсным контрастированием в отделение лучевой диагностики организаций здравоохранения, определенных Управлением;

объемное образование печени при УЗИ направляет пациента на КТ/МРТ печени с болюсным контрастированием, тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем КТ;

уровень АФП ниже 200 нг/мл, диффузные изменения ткани печени при УЗИ рекомендует проведение последующего обследования в рамках скрининга через 3-6 месяцев.

78. При направлении на КТ/МРТ скрининг не является завершенным. Скрининг является завершенным при получении результатов углубленной диагностики на гепатоцеллюлярный рак;

КТ/МРТ печени с болюсным контрастированием, тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем КТ проводятся по направлению врача гепатологического центра (кабинета).

79. Результаты скрининга вносятся в журнал учета пациентов, подлежащих скринингу гепатоцеллюлярного рака, паспорт участника Национальной скрининговой программы, карту учета обследованных, больных вирусными гепатитами В, С, D, циррозом печени и прошедших скрининг на раннее выявление рака печени (далее – форма 30-1/у), утвержденную приказом МЗ РК № 907, и передаются в территориальный информационно-аналитический центр ежемесячно в срок до 1 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

80. В случае назначения углубленной диагностики гепатоцеллюлярного рака, форма № 30-1/у на пациента, прошедшего скрининговое исследование, считается заполненной и должна быть передана для статистической обработки после получения результатов всех назначенных исследований из КДЦ,

Од.

Результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента направляются участковому врачу/врачу общей практики и врачу отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП.

Параграф 9. Алгоритм проведения скрининга рака предстательной железы

81. Целевой группой являются мужчины в возрасте 50, 54, 58, 62 и 66 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака предстательной железы.

82. Скрининг рака предстательной железы состоит из подготовительного этапа, проведения скрининга, заключительного этапа и включает:

определение общего простат-специфического антигена (далее – ПСА) крови методом иммунохимического анализа (далее – ИХА);

определение индекса здоровья простаты, включающего показатели общего, свободного ПСА и проферментной формы ПСА (далее – [-2] проПСА) методом ИХА. Указанные исследования проводятся при общем ПСА от 3,1 до 7,8 нг/мл (здесь и далее – согласно калибровки по стандарту ВОЗ 96/670) ;

углубленную диагностику: осмотр уролога, пальцевое ректальное исследование (далее – ПРИ), трансректальное УЗИ (далее – ТРУЗИ), многоточечная пункционная биопсия из 8-10 точек, гистологическое исследование, которые проводятся по показаниям среди лиц:

с уровнем общего ПСА 7,8 нг/мл и выше;

с уровнем общего ПСА от 3,1 до 7,8 нг/мл и индексом здоровья простаты 25 и выше.

83. Подготовительный этап включает в себя:

утверждение Управлением перечня организаций здравоохранения, в которых будет проводиться: забор крови – организации ПМСП;

ИХА образцов крови – лаборатория ИХА КДЦ, Од;

углубленная диагностика (осмотр уролога/онкоуролога, ПРИ, ТРУЗИ, многоточечная биопсия простаты) – КДО/КДЦ, Од;

гистологическое исследование пункционного биоптата предстательной железы – патоморфологическая лаборатория Од, централизованная патоморфологическая лаборатория региона;

утверждение Управлением графика забора крови и доставки биоматериала в лаборатории ИХА из городских районных, сельских поликлиник;

присвоение Управлением идентификационного номера каждой сельской, районной, городской поликлинике, который в дальнейшем указывается при нумерации пробирок для забора биоматериала, например: 3-20, где 3 – идентификационный номер организации ПМСП, 20 – порядковый номер пациента;

информационное сопровождение, приглашение на скрининг, в том числе с использованием адресного приглашения, электронных и печатных средств массовой информации.

При этом, средний медицинский работник организации ПМСП/доврачебного кабинета отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП:

формирует список целевой группы мужского населения и обеспечивает явку пациентов в поликлинику сельской, районной, городской поликлиники в день забора анализов;

разъясняет необходимость проведения исследования;

формирует и согласовывает с врачом отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП врачебной амбулатории, сельской, районной, городской поликлиники график забора анализов согласно плана, утвержденного Управлением.

84. Этап проведения скрининга включает забор крови из вены на ПСА в две пробирки-вакутейнера объемом по 5,0 мл с активатором свертывания, с гелем для разделения сыворотки, без антикоагулянтов. Забор крови осуществляется согласно графика забора на ПСА, утвержденного Управлением.

85. При организации забора крови на ПСА необходимо предусмотреть, что пункт забора крови должен располагаться вблизи клинической лаборатории в связи с необходимостью центрифугирования

пробирки-вакутейнера с кровью не позднее 40-60 минут после забора.

86. Медицинский работник, осуществляющий забор крови, регистрирует в журнале регистрации образцов крови на ПСА, дату взятия анализа, фамилию, имя, отчество пациента, возраст, адрес проживания, указывает порядковый номер пациента согласно сквозной нумерации;

получение сыворотки для исследования, осуществляется в условиях клинической лаборатории лаборантом, который:

центрифугирует пробирки-вакутейнеры через 30 минут после забора крови (но не позже 40-60 минут) в центрифуге со скоростью 3000 оборотов в минуту в течение 15 минут. После центрифугирования гель разделит содержимое пробирки на форменные элементы и сыворотку;

отбирает сыворотку пипеткой-дозатором с одноразовым наконечником и разливает в 3 пробирки типа Эппендорф объемом 1,5-2,0 мл с защелкивающимися крышками;

маркирует пробирки согласно идентификационному номеру организации ПМСП и порядковому номеру пациента согласно журналу регистрации образцов крови на ПСА;

доставку образцов крови в лабораторию ИХА КДЦ, ОД согласно графика, утвержденного Управлением. Организация ПМСП предусматривает выделение санитарного автотранспорта для доставки материала.

87. Для транспортировки пробирки типа Эппендорф одного пациента помещаются в полиэтиленовый пакет с заполненной формой «Направление на ИХА исследование». Образцы должны быть доставлены в лабораторию ИХА в течение 24 часов после получения сыворотки в термоконтейнере при температуре +2⁰...+4⁰ С. В случае невозможности доставки биоматериала в лабораторию в день получения сыворотки производится ее заморозка в морозильной камере при температуре -20⁰ С. При данной температуре биоматериал может храниться в течение 5 месяцев. Допускается лишь однократное разморозка материала перед проведением ИХА.

ИХА на ПСА в лаборатории ИХА КДЦ, ОД.

88. Лаборант лаборатории ИХА:

регистрирует в журнале регистрации образцов крови на ПСА дату получения анализа, фамилию, имя, отчество пациента, возраст, адрес проживания, указывает идентификационный номер организации ПМСП и порядковый номер пациента;

проводит ИХА с регистрацией полученных результатов в журнале регистрации образцов крови на ПСА;

проводит дополнительное исследование биоматериала на общий, свободный ПСА и [-2] проПСА с определением индекса здоровья простаты при общем ПСА от 3,1 до 7,8 нг/мл;

направляет результаты исследования скрининга на ПСА в организацию ПМСП.

89. В случае невозможности проведения исследований в день доставки производится заморозка биоматериала в морозильной камере при температуре -20⁰ С. При данной температуре биоматериал может храниться в течение 5 месяцев. Допускается лишь однократная разморозка материала. Если материал был ранее заморожен, повторная заморозка недопустима. Размораживание материала проводится при помешивании в течение 30 минут при комнатной температуре.

90. Заключительный этап включает в себя углубленную диагностику, постановку на диспансерный учет лиц с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации. При этом:

врач отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП при получении результатов скрининга на ПСА:

при уровне общего ПСА менее 3,1 нг/мл рекомендует пациенту пройти исследование крови на ПСА через 4 года;

при уровне общего ПСА от 3,1 до 7,8 нг/мл и индексе здоровья простаты менее 25 рекомендует пациенту динамическое наблюдение уролога с контрольным определением общего ПСА через 6-12 месяцев (группа риска). В случае роста или сохраняющихся высоких значений общего ПСА рекомендуется повторное обследование у уролога с биопсией простаты;

при уровне общего ПСА от 3,1 до 7,8 нг/мл и индексе здоровья простаты 25 и выше рекомендует пациенту углубленную диагностику у уролога/онкоуролога КДО/КДЦ, ОД;

при уровне общего ПСА 7,8 нг/мл и выше рекомендует пациенту углубленную диагностику у уролога/онкоуролога КДО/КДЦ, ОД.

91. При направлении к урологу/онкоурологу скрининг не является завершенным. Скрининг

является завершенным при получении результатов уточняющей диагностики на рак предстательной железы из КДО/КДЦ, ОД (ПРИ, ТРУЗИ, пункционная биопсия);

направляет результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента участковому врачу/врачу общей практики;

уролог/онкоуролог КДО/КДЦ, ОД:

проводит осмотр, ПРИ, ТРУЗИ, многоточечную (из 8-10 точек) биопсию простаты под контролем ТРУЗИ независимо от результатов ПРИ, при отсутствии пальпируемых очаговых образований предстательной железы показаниями к биопсии уровень общего ПСА 7,8 нг/мл и выше и индекс здоровья простаты 25 и выше.

заполняет бланк пальцевого ректального и ультразвукового исследования предстательной железы, согласно приказа МЗ РК № 907, журнал проведения ПРИ, ТРУЗИ и пункционной биопсии предстательной железы при скрининге;

морфологическая интерпретация биоптата осуществляется в соответствии с общепринятыми международными стандартами и классификацией с указанием суммы баллов по Глисону.

92. После получения результатов биопсии уролог/онкоуролог КДО/КДЦ, ОД:

проводит интерпретацию полученных результатов гистологического исследования 8-10 пункционных столбиков ткани предстательной железы. При выявлении разных морфологических процессов за основной результат берется наиболее значимый в следующей последовательности: патология не обнаружена – воспаление – доброкачественная гиперплазия предстательной железы – простатическая интраэпителиальная неоплазия – атипичная мелкоацинарная пролиферация – рак;

направляет врачу отделения (кабинета) профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП результаты ПРИ, ТРУЗИ;

направляет пациентов с верифицированным диагнозом рака в ОД, с последующим динамическим наблюдением у районного онколога по месту жительства;

рекомендует пациентам с установленным диагнозом доброкачественной гиперплазии предстательной железы и другими заболеваниями предстательной железы дообследование и лечение в соответствии с протоколами диагностики и лечения, а также динамическое наблюдение у уролога КДО/КДЦ;

рекомендует пациентам с уровнем общего ПСА более 3,1 нг/мл без выявленной патологии предстательной железы динамическое наблюдение у уролога КДО/КДЦ.

93. Результаты скрининга целевых групп мужского населения вносятся в журнал учета пациентов, подлежащих скринингу рака предстательной железы, паспорт участника Национальной скрининговой программы, форму 025-08/у и передаются в территориальный информационно-аналитический центр ежемесячно в срок до 1 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

94. В случае назначения углубленной диагностики на рак предстательной железы, форма 025-08/у считается заполненной и должна быть передана для статистической обработки после получения результатов всех назначенных исследований из КДО/КДЦ, ОД.

Результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента направляются участковому врачу/врачу общей практики.

Параграф 10. Алгоритм этапности проведения скрининг обследований детского населения для выявления тугоухости

95. Подготовка ребенка к обследованию.

Наружный слуховой проход должен быть очищен от серы или послеродовой смазки. Ребенок должен лежать так, чтобы было обеспечено удобное положение головы при проведении измерений. Для получения наилучших результатов измерений ребенок должен оставаться в спокойном положении неподвижно, не должен плакать или кричать на время проведения теста;

96. Подготовка инструмента к работе.

Тестовый вкладыш должен быть подобран в зависимости от размера наружного слухового прохода ребенка. Тестовый вкладыш надевается на наконечник пробника до упора;

97. Проведение обследования.

Во время проведения теста прибор должен находиться в руке врача. Включить прибор можно, нажав на нижнюю клавишу на лицевой панели прибора. Затем аккуратно вставляется пробник в наружный слуховой проход. Пробник должен располагаться в наружном слуховом проходе ребенка плотно и комфортно.

Выбор тестируемого уха, производится при нажатии на левую L клавишу (будет протестировано левое ухо) или на правую R клавишу (будет протестировано правое ухо). Прибор начинает работу автоматически.

В помещении, где проводится тест должно быть тихо.

98. Интерпретация результатов обследования.

При нормальном завершении теста на экране прибора будет написано "ПРОШЕЛ". В этом случае состояние слуховой функции пациента сохранено.

При появлении надписи "НЕ ПРОШЕЛ", пациент должен быть отнесен к группе риска и направлен на углубленное аудиологическое обследование.

Приложение к
Алгоритмам этапности проведения
скрининговых осмотров целевых
групп населения

Методика использования шкалы «SCORE»

1. Оценка сердечно-сосудистого риска согласно приложению 1 к настоящей методике использования шкалы SCORE проводится на основании суммирования «баллов» выявленных факторов риска.

Для проведения оценки учитываются следующие факторы: возраст, пол, курение, систолическое артериальное давление, общий холестерин крови.

2. Процент риска развития фатального сердечно-сосудистого заболевания приведен в верхней части шкалы SCORE (градация от темно-зеленого до темнокрасного).

3. Определение риска осуществляется в следующем порядке:

- 1) поиск в шкале SCORE пола, возраста и определение курения у обследуемого человека;
- 2) поиск в пределах таблицы соответствующего показателя систолического артериального давления и уровня общего холестерина крови – и на пересечении этих показателей определение процента риска, присущего данному индивиду.

Пример определения риска сердечно-сосудистых заболеваний, связанный с возрастом, приведен в приложении 2 к настоящей методике использования шкалы SCORE.

4. Лицам с различными степенями риска рекомендовано следующее:

- 1) лица с низким риском (до 1%) необходимо рекомендовать поддерживать текущий статус и дать рекомендации по здоровому образу жизни, правильному питанию и т.д.;
- 2) лица с умеренным риском ($\geq 1\%$ и $< 5\%$) нуждаются в изменении поведенческих факторов, вызывающих риск развития БСК;
- 3) лица с риском $\geq 5\%$ нуждаются в интенсивном наблюдении и у них можно рассматривать возможность медикаментозного вмешательства;
- 4) при риске $> 10\%$ большинство пациентов нуждается в медикаментозном лечении;
- 5) для лиц старше 60 лет рекомендации должны выполняться еще более тщательно, так как у них даже при других «нормальных» факторах риска, специфический риск может находиться в пределах 10%.

5. При определении степени сердечно-сосудистого риска необходимо ориентироваться на следующие данные:

низкий риск: расчетный SCORE менее 1%;

умеренный риск: расчетный SCORE ≥ 1 и менее 5%;

высокий риск: лица с нижеследующими проявлениями:

- 1) заметно повышенные единичные факторы риска, такие как семейная дислипидемия и

выраженная артериальная гипертензия;

2) сахарный диабет 1 или 2 типа без сердечно-сосудистых факторов риска или поражения целевого органа;

3) умеренное поражение почек (скорость клубочковой фильтрации 30-59 мл/мин/1.73 м²)*;

4) расчетный SCORE \geq 5% и менее 10% для 10-летнего риска развития фатального ССЗ;

очень высокий риск: лица с нижеследующими проявлениями:

1) документированное посредством инвазивного или неинвазивного тестирования сердечно-сосудистых заболеваний (коронароангиография, ядерная магнитно-резонансная томография, стресс эхокардиография, УЗИ сонных артерии), предыдущий инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, коронарная реваскуляризация (чрескожные коронарные вмешательства, аортокоронарное шунтирование) и другие процедуры артериальной реваскуляризации, ишемический инсульт, атеросклероз периферических артерий;

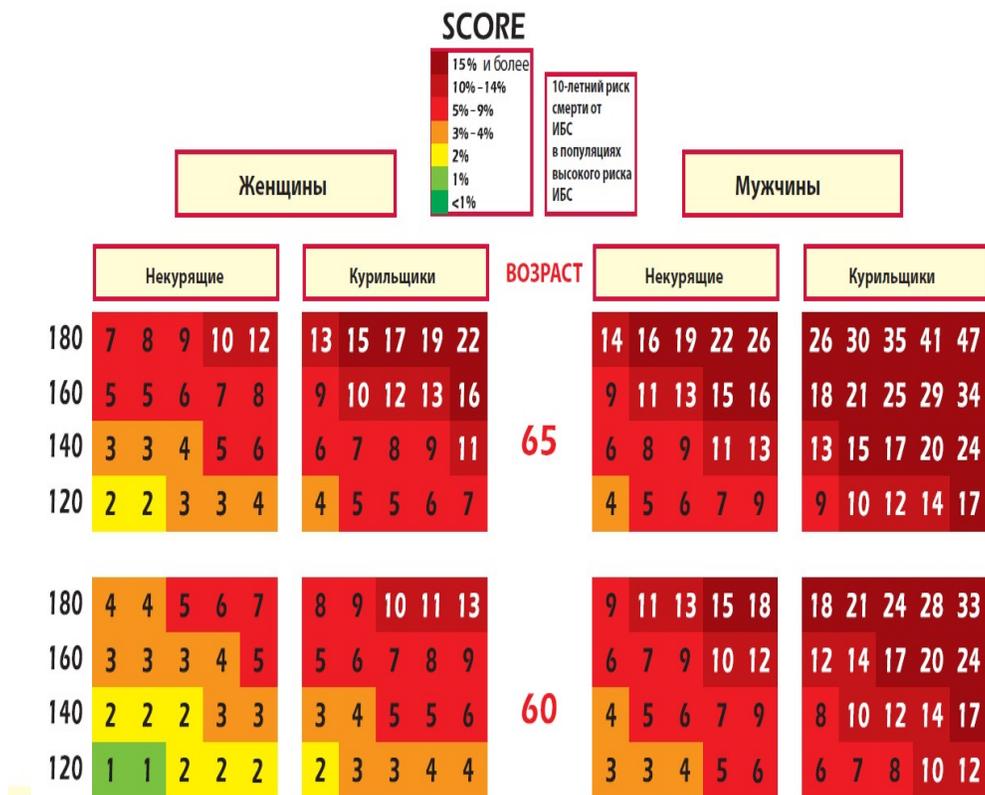
2) сахарный диабет 1 или 2 типа с одним или более факторами кардиоваскулярного риска и/или поражением целевого органа (микроальбуминурия: 30-300 мг/24 ч);

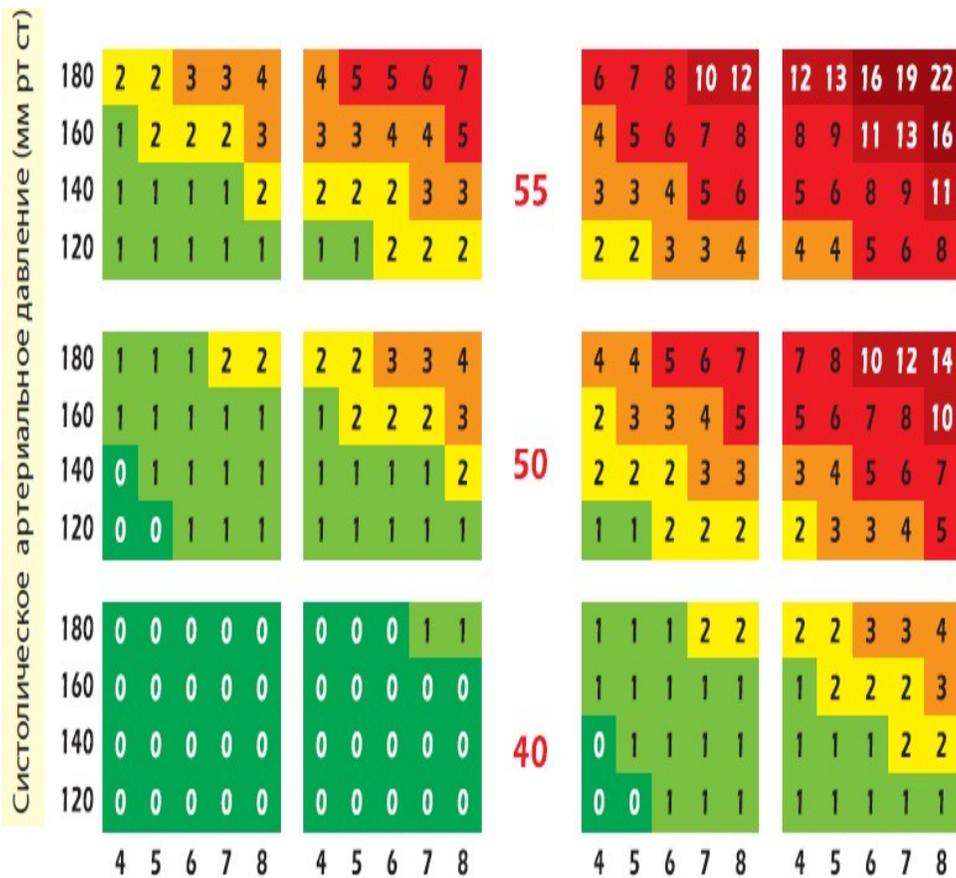
3) выраженное поражение почек (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1.73 м²), рекомендуется дообследование лиц, проходящих скрининг;

4) расчетный SCORE \geq 10%.

Приложение 1
к Методике использования шкалы
«SCORE»

Диаграмма SCORE:
высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний



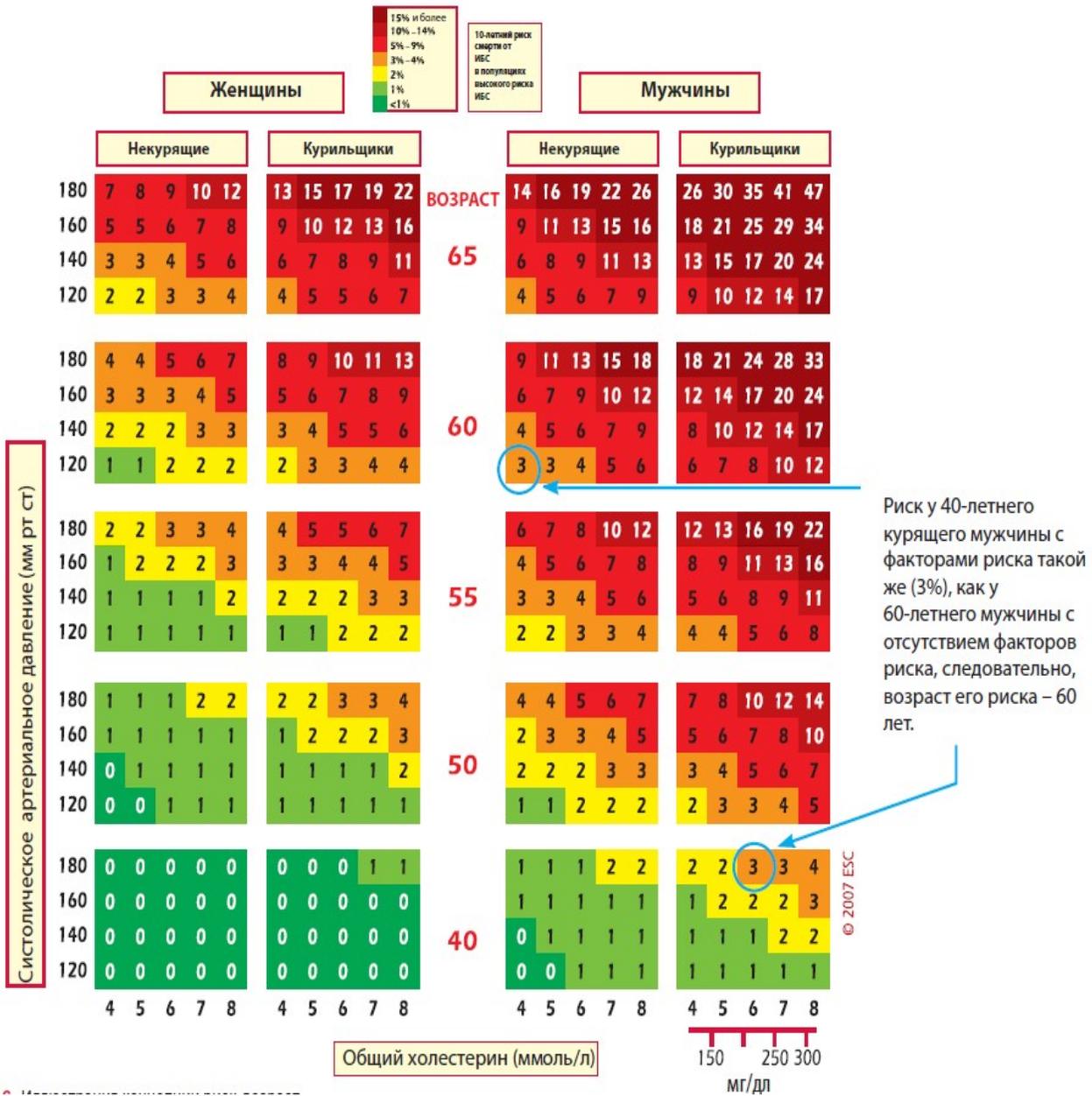


Общий холестерин (ммоль/л)



Приложение 2
к Методике использования шкалы
«SCORE»

Пример определения риска сердечно-сосудистых заболеваний,
связанный с возрастом.



18. Консультативно-диагностическое отделение

(онкодиспансер)

18.1 Вторая читка

R	L

Дата _____

Врач, подпись:

18.2 Третья читка

R	L

20. МАММОГРАФИЯ

(название медучреждения)

ФИО _____

Год рождения _____

Дата прохождения маммографии:
 " _____ " _____ 201__ г.

Заключение
 (BI-RADS):

Врач, подпись:

- M1 – нет изменений
- M2 – доброкачественное образование

<p>Дата _____</p> <p>Врач, подпись:</p> <p>19. Рекомендации:</p> <p>19.1. Пригласить на обследование через 2 года</p> <p>19.2. Пригласить на дообследование</p>	<p>М3 – больше данных за доброкачественное образование</p> <p>М4 – больше данных за злокачественное образование</p> <p>М5 – злокачественное новообразование без верификации</p> <p>М6 – злокачественное новообразование, верифицированное патоморфологически</p>
--	--

Приложение
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 ноября 2009 года № 685

**Перечень республиканских организаций здравоохранения,
ответственных за методическое руководство и анализ
скрининговых осмотров целевых групп населения**

Сноска. Приложение в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2014 № 361 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

№ п/п	Наименование ответственной организации*	Функциональные обязанности по внедрению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров целевых групп населения
1.	Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения Министерства здравоохранения и социального развития (далее – РГП на ПХВ МЗСР РК) "Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни" (далее – НЦФЗОЖ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация работы Рабочей группы по научно-методическому обеспечению скрининговых программ 2. Разработка и совершенствование нормативно-правовой базы, учетно-отчетных форм 3. Разработка модели проведения скрининговых осмотров в условиях развития ПМСП 4. Организационно-методическое руководство, координация, мониторинг, оценка, анализ результатов проведения профилактических медицинских (скрининговых) осмотров по выявлению поведенческих факторов риска среди целевых групп населения. 5. Методическая помощь региональным центрам формирования здорового образа жизни в проведении анализа результатов проведения профилактических медицинских (скрининговых) осмотров. 6. Свод и ежеквартальное предоставление аналитических отчетов по проведению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров в Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – МЗСР РК) к 20 числу месяца, следующего за отчетным. 7. Свод и предоставление в МЗСР РК ежегодного заключительного аналитического отчета по проведению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров к 1 февраля следующего за отчетным периодом года.

2.	РГП на ПХВ МЗСР РК " Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней"	<p>1. Участие в Рабочей группе по научно-методическому обеспечению скрининговых программ</p> <p>2. Организационно-методическое руководство, координация, мониторинг, оценка, практическая помощь в проведении профилактических медицинских (скрининговых) осмотров по раннему выявлению основных болезней системы кровообращения (артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца), сахарного диабета среди отдельных целевых групп населения.</p> <p>3. Анализ результатов профилактических медицинских (скрининговых) осмотров, предоставление аналитического отчета в НЦПФЗОЖ – ежеквартально к 15 числу месяца, следующего за отчетным.</p> <p>4. Предоставление в НЦПФЗОЖ ежегодного заключительного аналитического отчета по проведению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров к 20 января следующего за отчетным периодом года.</p>
3.	РГП на ПХВ МЗСР РК "Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии"	<p>1. Участие в Рабочей группе по научно-методическому обеспечению скрининговых программ</p> <p>«2. Организационно- методическое руководство, координация, мониторинг, оценка, практическая помощь в проведении профилактических медицинских (скрининговых) осмотров по раннему выявлению рака шейки матки, рака молочной железы, колоректального рака, рака пищевода и желудка, гепатоцеллюлярного рака, рака предстательной железы среди целевых групп населения.»</p> <p>3. Анализ результатов профилактических медицинских (скрининговых) осмотров, предоставление аналитического отчета в НЦПФЗОЖ – ежеквартально к 15 числу месяца, следующего за отчетным.</p> <p>4. Предоставление в НЦПФЗОЖ ежегодного заключительного аналитического отчета по проведению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров к 20 января следующего за отчетным периодом года.</p>
4.	Акционерное общество (далее – АО) "Национальный научный центр материнства и детства" и РГП на ПХВ МЗСР РК "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии"	<p>1. Участие в Рабочей группе по научно-методическому обеспечению скрининговых программ</p> <p>2. Организационно-методическое руководство, координация, мониторинг, оценка, практическая помощь в проведении профилактических медицинских (скрининговых) осмотров по раннему выявлению предопухолевых заболеваний шейки матки среди отдельных целевых групп населения.</p> <p>5. Анализ результатов профилактических медицинских (скрининговых) осмотров, предоставление аналитического отчета в НЦПФЗОЖ – ежеквартально к 15 числу месяца, следующего за отчетным периодом.</p> <p>3. Предоставление в НЦПФЗОЖ ежегодного заключительного аналитического отчета по проведению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров к 20 января следующего за отчетным периодом года.</p>
		<p>1. Участие в Рабочей группе по научно-методическому обеспечению скрининговых программ</p> <p>2. Организационно-методическое руководство, координация, мониторинг, оценка, практическая помощь в проведении</p>

5.	АО "Казахский ордена «Знак Почета» научно- исследовательский институт глазных болезней"	<p>профилактических медицинских (скрининговых) осмотров по раннему выявлению глаукомы среди отдельных целевых групп населения.</p> <p>6. Анализ результатов профилактических медицинских (скрининговых) осмотров, предоставление аналитического отчета в НЦПФЗОЖ – ежеквартально к 15 числу месяца, следующего за отчетным периодом.</p> <p>3. Предоставление в НЦПФЗОЖ ежегодного заключительного аналитического отчета по проведению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров к 20 января следующего за отчетным периодом года.</p>
6.	АО "Национальный научный центр материнства и детства" и Республиканское государственное казенное предприятие (далее-РГКП) МЗСР РК "Научный центр педиатрии и детской хирургии"	<p>1. Участие в Рабочей группе по научно-методическому обеспечению скрининговых программ</p> <p>2. Организационно-методическое руководство, координация, мониторинг, оценка, практическая помощь в проведении профилактических медицинских (скрининговых) осмотров, динамического наблюдения и оздоровления детского населения.</p> <p>3. Анализ результатов профилактических медицинских (скрининговых) осмотров, динамического наблюдения и оздоровления детского населения, предоставление аналитического отчета в НЦПФЗОЖ – ежеквартально к 15 числу месяца, следующего за отчетным.</p> <p>4. Предоставление в НЦПФЗОЖ ежегодного заключительного аналитического отчета по проведению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров к 20 января следующего за отчетным периодом года.</p>
7.	РГКП МЗСР РК "Республиканская детская клиническая больница "Аксай"	<p>1. Участие в Рабочей группе по научно-методическому обеспечению скрининговых программ</p> <p>2. Организационно-методическое руководство, координация, мониторинг, оценка, практическая помощь в проведении профилактических медицинских (скрининговых) осмотров по раннему выявлению тугоухости у детей.</p> <p>3. Анализ результатов профилактических медицинских (скрининговых) осмотров по раннему выявлению тугоухости у детей, предоставление аналитического отчета в НЦПФЗОЖ – ежеквартально к 15 числу месяца, следующего за отчетным периодом.</p> <p>4. Предоставление в НЦПФЗОЖ ежегодного заключительного аналитического отчета по проведению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров к 20 января следующего за отчетным периодом года.</p>
8.	Товарищество с ограниченной ответственностью "Мединформ"	<p>1. Участие в Рабочей группе по научно-методическому обеспечению скрининговых программ.</p> <p>2. Доработка программного комплекса "АИС-Поликлиника" на постоянной основе с учетом результатов профилактических медицинских (скрининговых) осмотров.</p> <p>3. Сбор и формирование электронной базы данных, обработка, формирование выходных форм профилактических медицинских (скрининговых) осмотров.</p> <p>4. Предоставление в МЗСР РК и НЦПФЗОЖ выходных форм по результатам проведения профилактических медицинских (</p>

		скрининговых) осмотров – ежеквартально к 10 числу месяца, следующего за отчетным, заключительных за год – к 5 января следующего за отчетным периодом года.
9	РГКП МЗСР РК «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Участие в Рабочей группе по научно-методическому обеспечению скрининговых программ 2. Определение уровней риска употребления психоактивных веществ среди учащихся от 17 лет и старше средних общеобразовательных школ, среднеспециальных и высших учебных заведений путем скрининговых опросов и тестирования 3. Анализ результатов профилактических медицинских (скрининговых) осмотров, предоставление аналитического отчета в НЦПФЗЖ – ежеквартально к 15 числу месяца, следующего за отчетным. 4. Предоставление в НЦПФЗЖ ежегодного заключительного аналитического отчета по проведению профилактических медицинских (скрининговых) осмотров к 20 января следующего за отчетным периодом года.