

СКРИНИНГ



Приказ и.о. МЗ РК от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020

«Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований»

ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ ЛИЦ, ПОДЛЕЖАЩИХ СКРИНИНГОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

1

НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Мужчины и женщины в возрасте 30-70 лет, проходящие скрининговое исследование на раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, глаукомы, онкопатологии

2

НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Мужчины и женщины в возрасте 40-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом

3

НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛАУКОМЫ

Мужчины и женщины в возрасте 40-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с глаукомой

4

НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Женщины в возрасте 30-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с злокачественными новообразованиями шейки матки

5

НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Женщины в возрасте 40-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с злокачественными новообразованиями молочной железы

6

НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Мужчины и женщины в возрасте 50-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с доброкачественными и злокачественными новообразованиями толстой кишки

7

НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С

Группы риска:

1. медицинские работники:

- организаций службы крови, проводящие инвазивные процедуры, участвующие в переработке крови; занимающиеся гемодиализом;
- хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей, также проводящие инвазивные методы диагностики и лечения;
- клинических, иммунологических, вирусологических, бактериологических, паразитологических лабораторий;

2. лица, поступающие на плановые и экстренные операции

3. пациенты центров и отделений гемодиализа, гематологии, онкологии, трансплантации, сердечно-сосудистой и легочной хирургии

4. пациенты, получающие гемотрансфузии, трансплантацию и пересадку органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов

5. беременные женщины

6. лица из ключевых групп населения, которые подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией в силу особенностей образа жизни

КТО ПРОВОДИТ СКРИНИНГ НАСЕЛЕНИЯ

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением осуществляют организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь (АПП) и *(или)* первично медико-санитарную помощь (ПМСП)

ДЛЯ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

- организации АПП независимо от форм собственности

ДЛЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

- медицинские пункты
- фельдшерско-акушерские пункты
- врачебные амбулатории
- районные поликлиники независимо от форм собственности
- в передвижных медицинских комплексах (ПМК) на базе специального автотранспорта и железнодорожного транспорта (поезд)

ПЛАНИРОВАНИЕ СКРИНИНГА НАСЕЛЕНИЯ

Для
проведения
скрининговых
исследований

МЕДОРГАНИЗАЦИИ:

- 1** формируют целевые группы лиц из числа прикрепленного населения
- 2** обеспечивают преемственность с профильными медицинскими организациями для проведения данных исследований
- 3** информируют население о необходимости прохождения скрининговых исследований
- 4** вносят данные о прохождении скрининговых исследований в МИС
- 5** проводят ежемесячный анализ проведенных скрининговых исследований и предоставляют отчетность в УЗ
(до 5 числа месяца, следующего за отчетным)



Скрининговые исследования не проводятся лицам, находящимся на динамическом наблюдении, по профилю заболевания которого проводится скрининговое исследование

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

1

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

проводится средним медицинским работником и включает:

- ежегодное формирование и составление списка целевых групп, подлежащих скрининговым исследованиям в предстоящем году, до 15 ноября календарного года с последующей ежемесячной коррекцией целевых групп
- оповещение целевых групп населения о необходимости и условиях прохождения скрининговых исследований
- приглашение целевой группы населения на скрининговое исследование
- обеспечение своевременного прохождения скринингового исследования целевыми группами населения

2

ЭТАП ОСМОТРА

проводится в соответствии с порядком проведения скрининга, указанным для каждой категории (параграфы со 2 по 8 Правил проведения скрининговых исследований)

средний медицинский работник (или ответственный сотрудник медорганизации)

по результатам проведенного скрининга сверяет список пациентов целевой группы, приглашенных на обследование, прошедших скрининговое исследование и направленных на дообследование

3

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

включает дообследование и постановку на динамическое наблюдение лиц с выявленной патологией
завершение заполнения данных в МИС

На данном этапе врач или ответственное лицо медорганизации вносит результаты скринингового исследования с выделением факторов риска (поведенческих, биологических), заключительного диагноза в МИС
дает рекомендации по дообследованию и наблюдению

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

ПО ИТОГАМ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА, врач (или медработник, ответственный за проведение скрининга) **определяет группы динамического наблюдения с учетом заключения профильных специалистов и лабораторно-диагностических исследований**



ВРАЧ, или ответственный медработник за проведение скрининга в медорганизации, **ОБЯЗАТЕЛЬНО** должен проинформировать пациента, который прошел скрининговое исследование о результатах и выдать соответствующие рекомендации

1

1А группа

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

2

1Б группа

здоровые с факторами риска: лица с выявленными факторами риска, не влияющие на функциональную деятельность организма, то есть, пограничные состояния, нуждающиеся в наблюдении и профилактическом вмешательстве (незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах артериального давления и прочих физиологических характеристик)

3

2 группа

практически здоровые: лица, имеющие в анамнезе острое и хроническое заболевание без обострений в течение последних 2 лет

4

3 группа

больные: лица, нуждающиеся в динамическом наблюдении, лечении и оздоровлении

Здоровые (1А, 1Б группы) и практически здоровые (2 группа) лица проходят:

- ➔ последующее скрининговое исследование согласно периодичности соответствующего скринингового исследования;
- ➔ оздоровление в кабинете здорового образа жизни, школе по профилю заболеваний и службы здорового образа жизни в медорганизации по месту прикрепления

Лица с хроническими заболеваниями (3 группа) подлежат учету и динамическому наблюдению с последующим проведением комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление, оздоровление и укрепление здоровья
При выявлении острых заболеваний проводится обследование, лечение с последующей оценкой состояния здоровья до полного выздоровления

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

на раннее выявление поведенческих факторов риска



На этапе осмотра на раннее выявление поведенческих факторов риска (*избыточная масса тела, ожирение, физическая активность, курение, потребление алкоголя в опасных дозах*) **исследуются ВСЕ ЛИЦА ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП** на раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, глаукомы, онкопатологии



Выявление поведенческих факторов риска проводится **средним медицинским работником** или **ответственным медицинским работником** за проведение скрининга в этой медорганизации **путем проведения опроса по анкете** с последующим внесением данных в МИС

Врач (средний медицинский работник) по результатам опроса:

- проводит профилактическую консультацию и предоставляет подробные рекомендации по изменению поведения
- направляет в профильную школу здоровья

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

на раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета

СКРИНИНГ на раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета

ПРОВОДИТСЯ В ДВА ЭТАПА

1 ПЕРВЫЙ ЭТАП

проводится **средним медицинским персоналом** (или ответственным медработником) для всей целевой группы и включает:

- ➔ проведение антропометрических измерений (вес, рост, объем талии), вычисление индекса Кетле
- ➔ проведение опроса по анкете
- ➔ двукратное измерение артериального давления (АД) с интервалом в 1-2 минуты в положении сидя. Перед измерением АД пациент сидит 3-5 минут
- ➔ проведение экспресс-диагностики общего холестерина и глюкозы крови (при отсутствии оборудования для измерения в медорганизации, биоматериал (кровь) пациента направляется в лабораторию)
- ➔ ввод данных в МИС

2

ВТОРОЙ ЭТАП

Врач (или ответственный медработник) использует шкалу SCORE для определения сердечно-сосудистого риска (**ССР**) и принятия решения о дальнейшем ведении пациента:

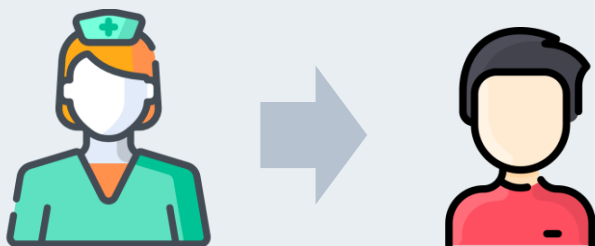
- ➔ лицам с низким **ССР** (до 1% по шкале SCORE) рекомендует проведение последующего осмотра через 2 года, дает рекомендации по ведению здорового образа жизни с целью сохранения низкого сердечно-сосудистого риска;
- ➔ лиц с умеренным сердечно-сосудистым риском ($> 1\%$ до $< 5\%$ по шкале SCORE) направляет в школу здоровья с целью снижения или стабилизации **ССР**
- ➔ лиц с высоким и очень высоким **ССР** ($> 5\%$ по шкале SCORE) направляет на электрокардиографию:
 - при обнаружении изменений на ЭКГ, уровне холестерина более 5,0 ммоль/л, артериальном давлении выше 140/90 мм.рт.ст., а также при отклонении частоты сердечных сокращений от нормы, обследуемый направляется на прием участкового врача, который по показаниям направляет на консультацию кардиолога
 - при выявлении у пациента болезней системы кровообращения (БСК) участковый врач берет пациента на диспансерный учет и вносит его данные в информационную систему по учету диспансерных больных (ЭРДБ)
 - при отсутствии БСК направляет в школу здоровья с целью снижения сердечно-сосудистого риска
 - при выявлении повышенного уровня глюкозы крови (более 7,0 ммоль/л) направляет пациента на консультацию участкового врача по месту прикрепления. При наличии клинических признаков сахарного диабета или при наличии индекса массы тела ≥ 25 кг/м² с одним или несколькими дополнительными факторами риска, участковый врач по показаниям направляет на консультацию к эндокринологу на дополнительные исследования
- ➔ вводит данные в МИС



Кардиолог, эндокринолог медицинской организации, ВОП или участковый терапевт (участковый врач) по месту прикрепления, проводит последующее обследование согласно протоколам диагностики и лечения, по показаниям направляет в специализированные медицинские организации
Результаты обследования вводятся и передаются посредством информационного взаимодействия МИС

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

на раннее выявление глаукомы



ОСМОТР проводится **средним медицинским работником** (или *ответственным медработником*), который:

- ➔ проводит опрос
- ➔ измеряет внутриглазное давление по Маклакову или с использованием бесконтактного тонометра
- ➔ вводит данные в МИС



При **положительных ответах** при опросе и **повышенном внутриглазном давлении** (*свыше 25 мм ртутного столба при тонометрии по Маклакову и свыше 20 мм ртутного столба при бесконтактной тонометрии*), а также при разнице в показателях внутриглазного давления на правом и левом глазу **более 5 мм ртутного столба**, ответственный медработник направляет пациента к офтальмологу



Офтальмолог (по направлению ПМСП):

- проводит дообследование
- по показаниям направляет в глаукомный кабинет



Все направления на исследования должны быть выписаны посредством информационного взаимодействия медицинских информационных систем

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА на раннее выявление рака шейки матки



Средний медработник (или ответственный медработник)
ЗАРАНЕЕ перед проведением скрининга информирует пациентку о том, что **ЗА СУТКИ ДО ОСМОТРА необходимо** исключить половые сношения, влагалищные манипуляции, включая спринцевание, ванночки, тампоны



Срок получения результатов и информирования пациентов о результатах осмотра не должен превышать двух недель

ЭТАП ОБСЛЕДОВАНИЯ включает

➔ цитологическое исследование мазка из шейки матки с окраской по Папаниколау

(Pap-тест) (проводится традиционным методом или с использованием метода жидкостной цитологии с интерпретацией по Терминологической системе Бетесда, 2001 (ТСБ)

➔ углубленную диагностику (**кольпоскопию, биопсию, гистологическое исследование**) при цитологических заключениях по ТСБ:

- *атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить высокую степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (ASC-H)*
- *высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (HSIL), в том числе карцинома in situ (CIS),*
- *атипичные железистые клетки (AGC), аденокарцинома in situ (AIS), рак*

Акушер в кабинете акушерского приема (смотровой)

- ➔ осматривает шейку матки в зеркалах
- ➔ берёт мазки на цитологическое исследование (Pap-тест) традиционным методом (одно стекло) или методом жидкостной цитологии (один контейнер)
- ➔ заполняет направление на цитологическое исследование и направляет биоматериал в цитологическую лабораторию
- ➔ осуществляет контроль за получением результатов Pap-теста из цитологической лаборатории
- ➔ вносит данные в МИС

Регистратор цитологической лаборатории, цитотехнолог

- ➔ регистрирует поступившие стекла, контейнеры в журнале цитологических исследований, проводимых в рамках скринингового исследования, вносит данные в МИС
- ➔ направляет результаты цитологического исследования в организацию АПП через МИС

Врач (или ответственное лицо)

- ➔ при получении результатов Pap-теста по ТСБ:
 - "**Качество мазка неадекватное или недостаточно адекватное, клеточный состав в состоянии лизиса**" - приглашает пациентку на скрининговое исследование повторно
 - "**Нет интраэпителиальных поражений или злокачественности**" (норма) – рекомендует пациентке проведение последующего цитологического исследования через 4 года
 - "**Воспалительный процесс или микроорганизмы**" - направляет на лечение и санацию у врача гинеколога организации АПП;
 - "**Другие изменения эпителиальных клеток**" (реактивные клеточные изменения, связанные с воспалением, облучение, использование внутриматочных контрацептивных средств, атрофия) – рекомендует пациентке проведение последующего цитологического исследования через 4 года
 - "**Атипия эпителиальных клеток неопределенного значения (ASC-US), "Низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения" (LSIL)** – направляет на лечение к врачу-гинекологу с проведением цитологического контроля через 6 и 12 месяцев. При персистенции или утяжелении цитограммы рекомендует проведение кольпоскопии с биопсией
 - ASC-H, HSIL (включая CIS), AGC (включая AIS), рак** – направляет пациентку на углубленную диагностику к акушер-гинекологу
- ➔ при получении гистологических результатов биопсии шейки матки:
 - цервикальная интраэпителиальная неоплазия первой, второй и третьей степени (CIN 1, CIN 2, CIN 3)** – направляет пациентку на дообследование, лечение и динамическое наблюдение у гинеколога с проведением цитологического контроля через 6 и 12 месяцев
 - CIS, AIS, рак** – направляет пациентку в ОЦ для лечения и динамического наблюдения
- *все пациентки после лечения CIN 2, CIN 3, CIS, AIS наблюдаются у гинеколога с проведением контрольных Pap-тестов через 2, 6, 12 и 24 месяцев. По показаниям (положительный Pap-тест в контроле) проводится консультация онкогинеколога ОЦ**
- ➔ сообщает результаты скринингового обследования пациентке любым доступным способом (по телефону, письменно, посредством электронных средств коммуникации)
- ➔ вносит результаты цитологического и гистологического исследования, рекомендации онкогинеколога ОЦ в МИС

Цитологическое исследование должно проводиться в лаборатории с пропускной способностью не менее 15000 скрининговых исследований ежегодно. Сотрудники лаборатории (цитопатологи, специалисты лабораторного дела с высшим медико-биологическим и биологическим образованием, цитотехнологи) регулярно должны проходить специальную подготовку (обучение на кафедре постдипломной подготовки по онкоцитологии)



Углубленная диагностика (кольпоскопия, биопсия) проводится по показаниям при цитологическом заключении ASC-H, HSIL, AGC или рак, акушер-гинекологом (прошедшим специальную подготовку (обучение) по кольпоскопии) или онкогинекологом

- Наличие эрозии без подтверждающего цитологического результата не является показанием для кольпоскопии во время скринингового исследования
- Гистологическое исследование проводится в лаборатории патоморфологии или патологоанатомического бюро. Морфологическая интерпретация биоптата осуществляется в соответствии с рекомендациями ВОЗ

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

на раннее выявление рака молочной железы

ЭТАП ОБСЛЕДОВАНИЯ

- ➔ проведение маммографии обеих молочных желез в двух проекциях – прямой и косой в кабинете маммографии городской, районной поликлиники (ПМК)
- ➔ интерпретацию маммограмм по классификации BI-RADS (M0т, M0д, M1, M2, M3, M4, M5) двумя и более независимыми врачами-рентгенологами одной медицинской организации (ОЦ) – двойное чтение или разных медицинских организаций: врачом-рентгенологом кабинета маммографии городской, районной поликлиники (ПМК) – первое чтение, и врачом-рентгенологом кабинета маммографии ОЦ – второе чтение
- ➔ углубленную диагностику – прицельная маммография, ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) молочных желез, трепанобиопсия, в том числе под контролем УЗИ или стереотаксическим контролем для гистологического исследования, которая проводится в случае выявления патологических изменений на маммограммах (M0д) в кабинете маммографии ОЦ

1

ОТВЕТСТВЕННЫЙ МЕДРАБОТНИК ЗА СКРИНИНГ

- ➔ направляет пациентку на маммографию в районную, городскую поликлинику

2

РЕНТГЕНЛАБОРАНТ кабинета маммографии городской, районной поликлиники (ПМК)

- ➔ проводит маммографию, заполняет направление на двойное чтение маммограмм, вводит информацию в МИС

3

ВРАЧ-РЕНТГЕНОЛОГ кабинета маммографии городской, районной поликлиники (ПМК)

- ➔ выполняет требования к безопасности и качеству маммографических исследований, оценивает качество предоставленных изображений и правильность укладки
- ➔ при категории M0т (технические погрешности проведения маммографии) выполняет повторную маммографию
- ➔ определяет рентгенологическую плотность молочных желез по шкале ACR (A, B, C, D) с указанием данного параметра в протоколе исследования
- ➔ проводит первое чтение маммограмм с интерпретацией результатов по классификации BI-RADS. При категории M0д (неопределенные или подозрительные рентгенологические изменения, требующие дообследования) в протоколе исследования указывает преимущественную патологию: образование, асимметрия, нарушение архитектоники, микрокальцинаты
- ➔ направляет маммограммы, электронные копии маммограмм посредством системы архивирования и передачи медицинских изображений на рабочее место МИС кабинета маммографии ОЦ вместе с направлениями на двойное чтение маммограмм
- ➔ направляет низкодозные компьютерные томографические изображения (НДКТ-изображения) посредством системы архивирования и передачи медицинских изображений на рабочее место МИС кабинета компьютерной томографии ОЦ вместе с копиями изображений, записанных на компакт-дисках или других электронных носителях и направлениями на двойное чтение НДКТ-изображений



Все цифровые маммограммы при наличии системы архивирования и передачи медицинских изображений копируются на компакт-диски и другие электронные носители и передаются на сервер кабинета маммографии ОЦ с помощью специализированного лицензионного программного обеспечения, интегрированного между медицинскими организациями; в случае невозможности цифровой передачи - распечатываются на рентгенографической пленке в масштабе 1:1 – 100% (1 пациентка – 1 комплект – 2 или 4 маммограммы) с последующей передачей в кабинет маммографии ОЦ



Показаниями для углубленной диагностики являются заключения двойного чтения маммограмм M0д (неопределенные или подозрительные рентгенологические изменения, требующие дообследования)

Углубленная диагностика проводится в два этапа. На первом этапе проводится УЗИ, по показаниям прицельная маммография, возможно с увеличением (при асимметрии, нарушении архитектоники и наличии микрокальцинатов). При визуализации подозрительной патологии (M4 и M5) проводится второй этап – трепанбиопсия, в том числе под контролем УЗИ и стереотаксическим контролем для гистологического исследования

Гистологическое исследование проводится в лаборатории патоморфологии или патологоанатомического бюро. Морфологическая интерпретация биоптата осуществляется в соответствии с рекомендациями ВОЗ

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

на раннее выявление рака молочной железы

4 ВРАЧ-РЕНТГЕНОЛОГ кабинета маммографии ОЦ

→ оценивает качество предоставленных изображений и правильность укладки. Просмотр цифровых рентгенологических изображений, переданных на сервер или на цифровом носителе (CD, DVD) осуществляется на мониторе для интерпретации цифровых рентгенологических снимков с разрешением не менее 5 мегапикселей, имеющем сертифицированную передачу градаций серого цвета в соответствии со стандартом DICOM

→ проводит двойное (второе) чтение маммограмм с интерпретацией результатов по классификации BI-RADS, с использованием архивных снимков (при необходимости). По показаниям организует третью читку. При двойном чтении осуществляется независимая интерпретация снимков (метод ослепления – второй рентгенолог не знает результаты первого чтения)

→ при категории M0т (технические погрешности проведения маммографии) рекомендует повторную маммографию

→ при категории M0д (неопределенные или подозрительные рентгенологические изменения, требующие дообследования) в протоколе исследования указывает преимущественную патологию: образование; асимметрия, нарушение архитектоники, микрокальцинаты;

→ рекомендует медорганизации по показаниям пригласить пациентку на углубленную диагностику

→ осуществляет сбор и архивирование всех маммограмм (пленки и электронные носители), сделанных в рамках осмотра. Срок хранения маммограмм – не менее 3 лет после выхода из возраста, подлежащего к скрининговому исследованию;

→ результаты двойного (второго) чтения передаются в медорганизации, вносятся специалистами в МИС и передаются посредством информационного взаимодействия

5 ВРАЧ ИЛИ ОТВЕТСТВЕННЫЙ МЕДРАБОТНИК ЗА ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

→ при получении результата маммографии по классификации BI-RADS:

- при M0т (технические погрешности проведения маммографии) – направляет пациентку на повторное рентгенологическое исследование в кабинет маммографии городской, районной поликлиники (передвижного медицинского комплекса)
- при M0д (неопределенные или подозрительные рентгенологические изменения, требующие дообследования) – направляет пациентку на углубленную диагностику в кабинет маммографии ОЦ
- при M1 (изменений не выявлено) – рекомендует пациентке проведение последующего маммографического обследования через 2 года. При рентгенологической плотности молочных желез C и D направляет на УЗИ молочных желез для исключения ложноотрицательного результата маммографии
- при M2 (доброкачественные изменения) направляет пациентку на консультацию к онкологу (маммологу) КДО, КДЦ с последующим прохождением скринингового маммографического обследования через 2 года
- при M3 (вероятные доброкачественные изменения) – направляет пациентку на краткосрочное динамическое лучевое наблюдение к участковому врачу или ВОП с рекомендацией контрольной маммографии или УЗИ через 6 месяцев
- при M4 (признаки, вызывающие подозрение на злокачественность), M5 (практически достоверные признаки злокачественности) и при технической невозможности проведения трепанбиопсии или отказе от биопсии – направление к онкологу (маммологу) КДО, КДЦ для динамического наблюдения и решения вопроса о верификации выявленной патологии

→ при получении результата гистологического исследования:

- доброкачественное образование – направляет пациентку к онкологу (маммологу) КДО, КДЦ для динамического наблюдения с последующим прохождением скринингового маммографического обследования через 2 года
- образование с неопределенным злокачественным потенциалом или карцинома *in situ* – направляет пациентку в ОЦ на консультацию и лечение с последующим динамическим наблюдением у онколога (маммолога) КДО, КДЦ по месту ее прикрепления
- злокачественное новообразование – направляет пациентку в ОЦ для лечения и динамического наблюдения
 - сообщает результаты скринингового обследования пациентке любым доступным способом (по телефону, письменно, посредством электронных средств коммуникации);
 - вносит результаты двойного чтения, углубленной диагностики, гистологического исследования, рекомендации врача-рентгенолога кабинета маммографии ОЦ в МИС

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

на раннее выявление колоректального рака



Средний медработник (или ответственный медработник за скрининг) **ЗАРАНЕЕ** перед прохождением скрининга информирует пациентов о требованиях к прохождению осмотра: исследование не проводится в период менструации, при наличии кровоточащего геморроя, крови в моче или после значительных усилий при дефекации

ЭТАП ОБСЛЕДОВАНИЯ состоит из:

➔ проведения гемокульт-теста, основанного на иммунохимическом или иммунохроматографическом методе определения скрытой крови в кале с диагностическим порогом (*точкой отсечения*) 50 нг/мл гемоглобина, который проводится в домашних условиях после получения теста и разъяснения правил проведения исследования

➔ тотальной колоноскопии при положительном гемокульт-тесте с биопсией патологических участков слизистой кишечника, которая проводится в случае их выявления

Тотальная колоноскопия проводится в отделениях (кабинетах) колоноскопии, оснащенных видеозндоскопическим оборудованием с поддержкой узкоспектральной эндоскопии, возможностью видеофиксации исследований, хирургическим инструментарием для взятия биопсии и проведения малоинвазивных хирургических вмешательств (одномоментное удаление полипов), аппаратом автоматической обработки эндоскопического оборудования предпочтительно со встроенной функцией печати времени обработки эндоскопа, водоструйной помпой для отмывания слизистой кишечника от слизи, инсуффлятором углекислого газа

СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК для проведения гемокульт-теста в домашних условиях разъясняет, что для исследования используется небольшая часть стула, помещенного в чистой, сухой емкости; забор материала проводится с использованием наконечника контейнера путем введения в разные места стула; после забора материала крышка закручивается, контейнер несколько раз встряхивается; 3 капли раствора со взвешенными частицами кала наносятся в специальное окошко тест-карты; интерпретация теста проводится согласно времени, указанному производителем

!! Результаты теста должны быть воспроизведены на бумаге с указанием полосок на уровнях Т (тест) и С (контроль) или сфотографированы на камеру и предъявлены среднему медицинскому работнику организации АПП для подтверждения достоверности проведенного исследования

По показаниям тест проводится в условиях медорганизации

Оценка результата теста проводится самим пациентом, если тест проводится в домашних условиях, либо медицинским работником в поликлинике:

- в случае появления двух полосок на уровне Т (тест) и С (контроль) расценивается как **положительный результат** (наличие крови в кале)
- появление одной полоски на уровне С расценивается как **отрицательный результат** (отсутствие крови в кале)
- появление одной полоски на уровне Т расценивается как **ошибочный результат**
- отсутствие полоски на уровне С расценивается как **ошибочный результат**

В случае некорректного результата, тест необходимо повторить

Положительный результат гемокульт-теста, проведенный в домашних условиях, необходимо подтвердить врачом или ответственным работником медорганизации

Результаты теста доводятся до пациента и среднего медицинского работника или ответственного лица организации АПП в течение 3 рабочих дней после их получения

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА на раннее выявление колоректального рака

1 ВРАЧ ИЛИ ОТВЕТСТВЕННЫЙ РАБОТНИК за проведение скрининга

- ➔ вносит результаты гемокульт-теста в МИС
- ➔ информирует пациента о необходимости проведения исследования, методике исследования, подготовке к колоноскопии
- ➔ направляет на тотальную колоноскопию, которая проводится при положительном гемокульт-тесте, вводит в МИС и передает направление посредством информационного взаимодействия МИС

2 ВРАЧ ОТДЕЛЕНИЯ ЭНДОСКОПИИ

- ➔ проводит оценку чистоты кишечника по Бостонской шкале оценки подготовки кишечника. Колоноскопия проводится при оценке 6 и более баллов. При оценке ниже 6 баллов колоноскопия проводится повторно после тщательной подготовки кишечника
- ➔ проводит биопсию образований слизистой по показаниям. Гистологическое исследование биоптата слизистой толстой кишки производится в патоморфологической лаборатории или патологоанатомическом бюро. Морфологическая интерпретация биоптата осуществляется в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения
 - ➔ проводит одномоментную полипэктомию с клипированием или электрокоагуляцией при выявлении полипов при наличии соответствующего инструментария, либо "холодную" полипэктомию при полипах размерами до 1,0 см
 - ➔ вносит результаты колоноскопии (непосредственные после исследования и после получения гистологического заключения), развившиеся при процедуре осложнения в МИС
 - ➔ осуществляет комплекс санитарно-гигиенических мероприятий по безопасному проведению эндоскопических процедур с целью исключения инфицирования 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

3 МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОТДЕЛЕНИЯ ЭНДОСКОПИИ

- ➔ регистрирует проведение исследования в МИС
- ➔ маркирует, регистрирует и направляет взятый биопсийный материал в патоморфологическую лабораторию или патологоанатомическое бюро в соответствии с установленными правилами с указанием на сопроводительном бланке отметки «Материал взят по скринингу»
- ➔ направляет результаты эндоскопического исследования в поликлинику

4 ВРАЧ ИЛИ ОТВЕТСТВЕННЫЙ РАБОТНИК за проведение скрининга

- ➔ при получении результатов гемокульт-теста:
 - отрицательного (отсутствия скрытой крови в кале) рекомендует проведение скринингового исследования через 2 года
 - положительного (наличие скрытой крови в кале), но при отказе пациента от колоноскопии, подписанного пациентом или его законными представителями 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 хирургу или колопроктологу КДО, КДЦ
- ➔ при получении результатов эндоскопического исследования:
 - без патологии (CS 1) – рекомендует проведение гемокульт-теста в рамках скринингового исследования через 2 года;
 - наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития (CS 2), хронические воспалительные заболевания кишки (CS 3) – направляет к гастроэнтерологу или хирургу или колопроктологу КДО, КДЦ;
 - аденомы, аденоматозные полипы (CS 4) – рекомендует лечение (полипэктомию), динамическое наблюдение у онколога, хирурга или колопроктолога КДО, КДЦ с контрольным проведением колоноскопии через 4-6 месяцев после полипэктомии;
 - доброкачественные новообразования, пограничные опухоли (CS 5) – направляет в ОЦ для определения тактики лечения и динамического наблюдения;
 - злокачественное новообразование толстой кишки с морфологической верификацией или без, размерами до 1 см и более 1 см (CS 6-9) – направляет на лечение в ОЦ с последующим динамическим наблюдением у онколога в организации АПП по месту жительства;
- ➔ вводит результаты гемокульт-теста, дообследования, рекомендации специалистов в МИС

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

групп риска взрослого и детского населения на раннее выявление вирусных гепатитов В и С

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

групп риска взрослого и детского населения на раннее выявление вирусных гепатитов В и С состоят из 6 этапов

1

направление средним медицинским работником (или ответственным медработником за скрининг) пациента на обнаружение вирусных гепатитов В и С в лабораторию организации здравоохранения, осуществляющую лабораторную диагностику парентеральных вирусных гепатитов

2

проведение лабораторного обследования на определение маркеров вирусных гепатитов В и С (HBsAg, anti-HCV-total) серологическими методами исследования (*хемилюминесценции или иммуноферментного анализа*) с введением результатов анализов в МИС и передачей направления посредством информационного взаимодействия

3

при отрицательных результатах серологического исследования на определение маркеров вирусных гепатитов В и С (HBsAg, anti-HCV-total) скрининговое исследование завершается

4

при положительном результате серологического исследования на определение маркера вирусного гепатита В (HBsAg) врач организации АПП направляет пациента на консультацию к врачу-гастроэнтерологу и (или) инфекционисту для дополнительного обследования с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением у специалистов поликлиники и (или) центров гастроэнтерологии и гепатологии по месту прикрепления

5

при положительном результате серологического исследования на определение маркера вирусного гепатита С (anti-HCV-total) проводится молекулярно-биологическое исследование на определение РНК вируса гепатита С методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с введением результатов исследования в МИС

6

при положительном результате молекулярно-биологического исследования на определение РНК вируса гепатита С методом ПЦР врач медорганизации направляет пациента на консультацию к врачу-гастроэнтерологу и (или) инфекционисту с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением у специалистов медорганизации по месту прикрепления и (или) центров гастроэнтерологии и гепатологии по месту прикрепления

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА

групп риска взрослого и детского населения на раннее выявление вирусных гепатитов В и С

В целевых группах для иммунокомпromетированных пациентов* применяется следующий алгоритм

- 1 одновременное проведение лабораторного обследования на определение маркеров вирусных гепатитов В и С (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, anti-HCV-total) методами хемилюминесценции или иммуноферментного анализа и определение РНК вируса гепатита С методом ПЦР с введением результатов исследований в МИС
- 2 пациент при положительном результате HBsAg и (или) положительном результате anti-HBs, anti-HBc направляется на консультацию к врачу-гастроэнтерологу и (или) инфекционисту для дополнительного обследования с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением у специалистов организации АПП и (или) центров гастроэнтерологии и гепатологии по месту прикрепления
- 3 пациент при положительном результате anti-HCV-total и (или) положительном результате ПЦР на определение РНК вируса гепатита С направляется на консультацию к врачу-гастроэнтерологу и (или) инфекционисту с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением у специалистов организации АПП и (или) центров гастроэнтерологии и гепатологии по месту прикрепления

**пациенты, нуждающиеся в иммуносупрессивной терапии, включая химиотерапию, иммуносупрессивную терапию после трансплантации органов и тканей, кортикостероидную, иммуносупрессивную и биологическую терапию при аутоиммунных заболеваниях; лица, живущие с ВИЧ*



Медицинские работники, подлежащие осмотру на раннее выявление вирусных гепатитов В и С, проходят скрининговое исследование в поликлиниках по месту прикрепления



Пациенты центров и отделений гемодиализа, гематологии, онкологии, трансплантации, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, лица, поступающие на плановые оперативные вмешательства, пациенты, получающие гемотрансфузии (в плановом порядке), трансплантацию и пересадку органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов, беременные проходят скрининговое исследование в поликлиниках по месту прикрепления



Лица из ключевых групп населения, которые подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией в силу особенностей образа жизни, проходят обследования при обращении для тестирования на ВИЧ-инфекцию в организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции