

УДК 616-082-084.001.12(477)(73)

І.В. Шушман, П.О. Колесник

## Аналіз української програми диспансеризації з позицій доказового скринінгу за рекомендаціями робочої групи профілактичних програм США (USPSTF)

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Мета** – провести порівняльний аналіз української системи диспансеризації з американською програмою доказового скринінгу робочої групи профілактичних програм США United States Preventive Services Task Force (USPSTF), яка вважається «золотим стандартом» із визначення обсягів та періодичності заходів профілактики, що базуються на доказовості.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз програми диспансеризації України та оновлених програм скринінгу USPSTF.

**Результати.** Усі скринінгові заходи в США базуються на результатах численних рандомізованих клінічних досліджень і мають високий рівень доказовості, але, на жаль, заходи диспансеризації, регламентовані наказом МОЗ України, не мають наукової та доказової бази до визначення обсягу і кратності обстежень, рекомендованих при конкретній патології.

**Висновки.** Система диспансеризації, рекомендована в якості популяційного скринінгу в Україні, переважно не базується на даних доказової медицини, є формалізованою та не відповідає сучасним вимогам.

**Ключові слова:** скринінг, доказова медицина, сімейна медицина.

### Вступ

Профілактика – основа діяльності сімейного лікаря. Напрями превентивної діяльності в роботі лікаря прийнято поділяти на первинну, вторинну та третинну профілактику. Первинна профілактика – комплекс медичних, соціальних і санітарно-просвітницьких заходів із метою активного пошуку, виявлення й попередження факторів ризику в популяції та найчастіших епідемічних захворювань (вакцинація) [1]. Вторинна профілактика (скринінг) – система заходів вторинної профілактики, які спрямовані на раннє виявлення захворювань в осіб без симптомів або ознак хвороби і сприяють своєчасному проведенню лікування, поліпшенню його ефективності в разі призначення на ранніх стадіях патологічного процесу або сповільненню прогресування захворювання [1, 5].

Скринінгова програма кожної країни має бути адаптована до системи медичної допомоги після ретельної оцінки її користі для населення відповідно до захворюваності, поширеності та смертності в популяції, враховувати доступність скринінгових тестів і ресурсного забезпечення, а також повинна бути затверджена відповідними директивними документами [1, 3]. Усі рекомендації щодо скринінгу базуються на результатах популяційних досліджень і рівнях доказовості. Виділяють такі рівні доказовості:

А – безумовно рекомендоване застосування даного методу скринінгу (переваги даного втручання істотно переважають шкоду).

В – рекомендоване застосування даного методу скринінгу (користь від його використання переважає над шкодою).

С – рекомендації щодо застосування даного методу скринінгу суперечливі (користь і шкода від його використання знаходяться на одному рівні).

D – не рекомендовано для використання (заходи скринінгу неефективні чи шкода переважає над потенційною користю).

I – немає достатніх доказів щодо застосування даного методу скринінгу.

Третинна профілактика (диспансеризація) – комплекс медичних і соціальних заходів із метою профілактики ускладнень при найчастіших хронічних захворюваннях.

**Мета роботи** – провести порівняльний аналіз української системи диспансеризації з американською програмою доказового скринінгу робочої групи профілактичних програм США United States Preventive Services Task Force (USPSTF), яка вважається «золотим стандартом» щодо визначення обсягів і періодичності заходів профілактики, заснованих на доказовості.

### Матеріали та методи

Проведено аналіз програми диспансеризації України і оновлених програм скринінгу USPSTF [2, 5].

### Результати дослідження та їх обговорення

Перелік скринінгових заходів, рекомендованих у США, наведено в таблиці 1. За її даними, усі ці заходи базуються на результатах чисельних рандомізованих клінічних досліджень, мають високий рівень доказовості. Ряд рекомендацій не витримали випробування часом і були спростовані за результатами досліджень останніх

років. Зокрема, переглянуто з позицій доказовості рекомендації щодо доцільності тесту PSA з метою скринінгу раку простати. Цей тест не рекомендований

для скринінгу в більшості розвинутих країн світу, хоча в ряді країн його застосування дотепер залишається дискусійним [5].

Таблиця 1  
Рекомендації зі скринінгу USPSTF

Захворювання (рівень доказовості)	Когорти населення, яким рекомендований скринінг, частота обстеження
<b>Онкологія</b>	
Колоректальний рак (А)	50–75 років: кал на приховану кров (1 раз на рік), сигмоїдоскопія (1 раз на 3 роки) чи колоноскопія (1 раз на 10 років) Чутливість: колоноскопія > сигмоїдоскопія > кал на приховану кров Специфічність: колоноскопія = сигмоїдоскопія > кал на приховану кров
Рак молочної залози (В)	40–49 років: мамографія 1 раз на 2 роки за індивідуальними показаннями 50–74 роки: мамографія 1 раз на 2 роки
Рак шийки матки (А)	21–29 років: Пап-тест 1 раз на 3 роки 30–64 роки: Пап-тест 1 раз на 3 роки чи Пап-тест + тест на папіломавірус людини – 1 раз на 5 років
Рак простати (І)	Простат-специфічний антиген не рекомендовано застосовувати в якості скринінгу раку простати в чоловіків
Рак легень (В)	Пацієнти 55–79 років, які мають анамнез 30 пачко-років куріння і курять в даний час чи кинули курити протягом останніх 15 років – КТ
<b>Кардіологія</b>	
Артеріальна гіпертензія (А)	Від 18 років – вимірювання АТ, якщо САТ 120–139 чи ДАТ 80–89 – 1 раз на рік, якщо менше 120/80 – 1 раз на 2 роки
Аневризма черевної аорти (В)	Чоловіки – курці 65–75 років: УЗД черева одноразово
Дисліпідемія (В)	Усі дорослі з підвищеним ризиком, усі чоловіки від 35 років: оцінка ліпідного спектра крові 1 раз на 5 років (за умови отримання нормального результату), жінки від 45 років: оцінка ліпідного спектра крові 1 раз на 5 років (за умови отримання нормального результату)
<b>Ендокринологія</b>	
Цукровий діабет (В)	HbA1C, або глюкоза в плазмі натще серце, або тест толерантності до глюкози: Дорослі з АТ > 135/80: 1 раз на 3 роки Усі особи від 45 років (до 70 років): незалежно від рівня АТ Дорослі до 45 років: з ІМТ > 25 за наявності одного з додаткових факторів ризику
Остеопороз (В)	Усі жінки від 65 років, жінки до 65 років із підвищеним ризиком: денситометрія (DXA) стегнової кістки чи поперекового відділу хребта Жінки до 65 років – оцінка ризику за шкалою FRAX: якщо 10-річний ризик > 9,3% – вважати групою високого ризику
Ожиріння (В)	Усі дорослі – ІМТ
<b>Інфекційні захворювання</b>	
Гепатит В, С (В)	Усі дорослі; особи, яким здійснювали переливання крові, хірургічні маніпуляції – одноразово; особи з підвищеним ризиком – частіше
СНІД (А)	Усі дорослі – одноразово; особи, які мають підвищений ризик – частіше
Хламідіоз (В)	Сексуально активні
Гонорея (В)	Сексуально активні
Сифіліс (А)	Сексуально активні
<b>Соціально значущі фактори</b>	
Депресія (В)	Усі дорослі – анкета PHQ-2, якщо в клініці є психолог
Алкоголь (В)	Усі дорослі – анкета AUDIT-C
Куріння (А)	Усі дорослі – програма СНІДІ
Насильство в сім'ї (В)	Усі жінки дитородного віку

У західних країнах не існує терміну «диспансеризація». Слід зазначити, що часто відсутні точні цілі диспансеризації, а головне – немає наукового і доказового підходу до визначення обсягу та кратності обстежень, рекомендованих при конкретній патології [1]. Зокрема, в жодній із 45 скринінгових програм USPTFS і національних програм інших країн клінічний аналіз крові як скринінг не використовується; загальний аналіз сечі з мікроскопією осаду застосовується лише для скринінгу серед вагітних жінок на предмет безсимптомної бактерійурії у терміні вагітності 12–16 тижнів;

флюорографія не рекомендується для проведення масових обстежень як засіб ранньої діагностики раку легень, а рентгенологічне дослідження як засіб контролю туберкульозу застосовується лише як додатковий метод у разі позитивної проби Манту в групах підвищеного ризику [5].

Незважаючи на всі вищеперераховані недоліки, диспансеризація регламентована наказами МОЗ України і входить до юрисдикції сімейного лікаря. Перелік заходів диспансеризації в Україні та використання цих заходів у США наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

### Критичний аналіз програми української диспансеризації з позицій доказового скринінгу USPTFS

Метод скринінгу в Україні	Використання їх у США
1.Збір анамнестичних даних відповідно до анамнестичної анкети	Так
2.Антропометричні вимірювання, вимірювання артеріального тиску	Так
4.Пальпація молочних залоз, гінекологічний огляд жінок	Так, частково
5.Вимірювання гостроти слуху	Ні
6.Вимірювання гостроти зору	Ні
7.Аналіз крові (вимірювання швидкості зсідання еритроцитів, гемоглобіну, лейкоцитів, цукру, холестерину)	Рекомендовано лише аналіз на цукор крові і холестерин
8.Аналіз сечі на білок	Ні
9.Електрокардіографія	Ні
10.Вимірювання внутрішньоочного тиску (від 40 років)	Ні
11.Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки	Ні
12.Мамографія жінкам від 40 років	Так
13.Ультразвукове дослідження простати чоловікам від 40 років	Ні
14.Пальцеве обстеження прямої кишки від 30 років	Ні
15.Пневмотахометрія	Ні

#### Висновки

Система диспансеризації, рекомендована в якості популяційного скринінгу в Україні, здебільшого не базується на даних доказової медицини, є формалізованою та не відповідає вимогам сьогодення.

#### Перспективи подальших досліджень

З огляду на приклад американської програми доказового скринінгу робочої групи профілактичних програм США United States Preventive Services Task Force (USPSTF), доцільно переглянути стратегії української програми диспансеризації для підвищення її ефективності.

#### Література

1. Колесник П. О. Азбука доказової профілактики в практиці сімейного лікаря / П. О. Колесник. – Ужгород : ПП Биков, 2014. – 216 с.
2. Про диспансеризацію населення : наказ МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100827\\_728.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100827_728.html). – Назва з екрана.
3. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification // National Institute for Health and Care Excellence, 2014. – 50 p.
4. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants / M. M. Finucane, G. A. Stevens, M. J. Cowan [et al.] // Lancet. – 2011. – № 377 (9765). – P. 557–567.
5. U.S. Preventive Services Task Force Recommendations [Electronic resource]. – USA, 2016. – Access mode : <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>. – Title from screen.
6. WHO. 2014 global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. – Geneva : WHO, 2014. – 118 p.

7. Yusuf S. The World Heart Federation's vision for worldwide cardiovascular disease prevention / S. Yusuf, D. Wood // Lancet. – 2015. – Vol. 386. – P. 399–402.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.03.2017 р.

**Анализ украинской программы диспансеризации с позиций доказательной скрининга по рекомендациям рабочей группы профилактических программ США (USPSTF)**

*И.В. Шушман, П.О. Колесник*

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – провести сравнительный анализ украинской системы диспансеризации с американской программой доказательного скрининга рабочей группы профилактических программ США United States Preventive Services Task Force (USPSTF), которая считается «золотым стандартом» по определению объемов и периодичности мер профилактики, основанных на доказательности.

**Материалы и методы.** Проведен анализ программы диспансеризации Украины и обновленных программ скрининга USPSTF.

**Результаты.** Все скрининговые мероприятия в США базируются на результатах многочисленных рандомизированных клинических исследований и имеют высокий уровень доказательности, но, к сожалению, меры диспансеризации, регламентированные приказом МЗ Украины, не имеют научного и доказательного основания к определению объема и кратности обследований, рекомендованных при конкретной патологии.

**Выводы.** Система диспансеризации, рекомендованная в качестве популяционного скрининга в Украине, в основном не базируется на данных доказательной медицины, является формализованной и не отвечает современным требованиям.

**Ключевые слова:** скрининг, доказательная медицина, семейная медицина.

**Analysis of the Ukrainian program of management of diseases with evidence-based recommendations for screening of the United States Preventive Services Task Force (USPSTF) workgroup**

*I.V. Shushman, P.O. Kolesnyk*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to conduct a comparative analysis of the Ukrainian program of management of diseases with the American screening program recommended by the United States Preventive Services Task Force (USPSTF) workgroup, which is considered as a “gold standard” for determination of the volume and frequency of presentational methods based on evidence.

**Materials and methods:** analysed Ukrainian and American screening program recommended by the USPSTF.

**Results.** All screening methods in the US are based on the results of numerous randomized clinical trials and have a high level of evidence, but unfortunately, methods which are recommended by the Framework of Ministry of Health of Ukraine have no scientific basis and evidence to determine the volume and multiplicity of examinations recommended for specific diseases.

**Conclusions.** The program of management of diseases recommended as population screening in Ukraine, doesn't based on evidence-based medicine data, this program is formalized and does not meet modern requirements.

**Key words:** screening, evidence-based medicine, Family Medicine.

**Відомості про авторів**

**Шушман Іванна Володимирівна** – клінічний ординатор за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, асистент кафедри внутрішніх хвороб медичного факультету № 2 ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Колесник Павло Олегович** – к.мед.н., доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», директор науково-тренінгового консультативно-діагностичного Центру сімейної медицини та долікарської підготовки; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.