

УДК 614.2:616-084.001.12(1-87).001.86

## ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СКРИНИНГОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

О.Г. Пузанова

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

*Цель работы - характеристика основных положений изданных в 1996-2012 гг. рекомендаций Американской рабочей группы по профилактике (USPSTF), посвященных скрининговым технологиям, и систематизация их на основе градаций доказательности. Использованы методы анализа и синтеза, экспертных оценок, статистических. Результаты. Скринингам посвящено 96 руководств USPSTF (71 для взрослых, 25 для детей и подростков), уровни доказательности установлены для 119 их основных положений: в трети показана польза (градация A и B), треть имеет слабую доказательную базу (градация I), и более чем в четверти положений скрининги не рекомендованы (градация D). Вывод: целесообразно дальнейшее изучение разработок USPSTF.*

**Ключевые слова:** первичное звено здравоохранения, доказательная профилактика (скрининговые технологии), рекомендации USPSTF (градации доказательности).

Внедрение скрининговых технологий является важной стратегией снижения смертности населения [2, 3-4]. Наиболее эффективными на сегодня признаны профилактические программы (в том числе скрининговые), осуществленные в США, Канаде, Великобритании и Австралии - странах, где политика в здравоохранении основана на принципах доказательной медицины [1]. Основой их являются клинические рекомендации (КР) высокого методологического качества, разработанные прежде всего Американской и Канадской рабочими группами по профилактике (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF; Canadian Task Force on Preventive Health Care), а также рекомендации по периодическим медицинским осмотрам Американской ассоциации семейных врачей (American Academy of Family Physicians) [1, 4-5].

Доказательную базу КР USPSTF обычно составляют систематические обзоры, представленные группе центрами доказательной практики из США и Канады. Эксперты USPSTF оценивают баланс пользы и вреда от превентивных вмешательств и, достигнув соглашения, формулируют основные положения руководств. В КР, изданных до мая 2007 г., была принята следующая **градация доказательности**: А «строго рекомендовано», В «рекомендовано», С «нет рекомендаций ни за, ни против», D «рекомендация против», I «недостаточно доказательств ни за, ни против». Более позднюю, актуальную на сегодня градацию дополнили понятия «предложение для практики» (табл. 1) и «уровень определенности» [3, 5].

**Цель работы** характеристика и систематизация основных положений рекомендаций USPSTF, посвященных скрининговым технологиям, на основе градаций их доказательности.

### Материал и методы

Изучены изданные в 1996-2012 гг. рекомендации, посвященные скринингам в первичном звене здравоохранения и доступные на сайте USPSTF ([www.uspreventiveservicestaskforce.org](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org)). Использованы методы анализа и синтеза, экспертных оценок, статистические методы обработки результатов.

### Результаты

За указанные 17 лет Американской рабочей группой по профилактике издано 128 рекомендаций для первич-

**Таблица 1** - Градации доказательности профилактических вмешательств (услуг) в рекомендациях USPSTF

Градация	Определение	Предложение для практики
A	USPSTF рекомендует услугу. Высокая вероятность значительной пользы	Предложить услугу или обеспечить ее оказание
B	USPSTF рекомендует услугу. Высокая вероятность умеренной пользы или умеренная вероятность умеренной или значительной пользы	Предложить услугу или обеспечить ее оказание
C	USPSTF не рекомендует рутинное оказание услуги. Может быть обоснованным оказание ее отдельным пациентам. По меньшей мере умеренная вероятность незначительной пользы	Предложить или обеспечить оказание услуги конкретному пациенту только по другим соображениям
D	USPSTF не рекомендует услугу. Умеренная или высокая вероятность того, что она не полезна или причинит больше вреда	Не рекомендовать услугу
I	USPSTF считает доказательную базу недостаточной для оценки баланса пользы и вреда от услуги. Это соотношение невозможно установить либо из-за недостатка доказательств, либо вследствие их низкого качества, либо из-за наличия противоречий	Обратиться к статусу КР USPSTF. Если услуга предложена, пациент должен осознавать неопределенность баланса пользы и вреда

ного звена здравоохранения, представленных на сайте USPSTF в разделе «Recommendations» ([www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm)) «отдельно для взрослых ([www.uspreventiveservicestaskforce.org/adultrec.htm](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/adultrec.htm)), детей и подростков ([www.uspreventiveservicestaskforce.org/tfchildcat.htm](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/tfchildcat.htm)). Скринингам посвящено 75% руководств (96 из 128): 71 для взрослых и 25 для детей и подростков, что в структурах рекомендаций для этих категорий пациентов составляет 73,96% и 78,13% соответственно.

Большинство руководств USPSTF содержит рубрику «Основные положения» с указанием градаций доказательности: выявлено 119 таких положений, из них 88 касаются проведения скринингов у взрослых, 31 - у детей и подростков. Ссылок на уровни доказательности не обнаружено в наиболее ранних и «неактивных» рекомендациях, касающихся взрослых, и разработанных преимущественно в клинических категориях «Инфекционные заболевания» и «Акушерство и гинекология». Это изданные в 1996 г. КР, посвященные скринингу на краснуху, туберкулез, ультразвуковым обследованиям при беременности, скринингу на преэклампсию, синдром Дауна,

дефекты нервной трубки, мониторингу активности беременной матки в домашних условиях и электронному мониторингованию плода в родах.

Как представлено в табл. 2, треть (32,77 %) всех положений USPSTF по скринингам в первичном звене здравоохранения имеет доказательную базу, недостаточную для оценки баланса пользы и вреда таких обследований, и эксперты рекомендуют информировать об этом пациентов (градация I). В КР для детей и подростков доля таких положений составляет 41,94%. Четверть основных положений рекомендаций USPSTF по скринингам (26,89%) не рекомендует их проведение из-за «умеренной или высокой вероятности отсутствия пользы или причинения вреда» (градация D). Еще в трети положений эксперты сочли скрининговые технологии полезными: градацию А присвоили 17,65% положений, градацию В - 15,97%.

**Таблица 2** - Распределение основных положений (n=119) рекомендаций USPSTF, посвященных скринингам в первичном звене здравоохранения, в соответствии с градациями доказательности

Объект КР	Количество основных положений	Градация доказательности				
		A	B	C	D	I
Взрослые	88	16	14	7	25	26
		18,18 %	15,91 %	7,95 %	28,41 %	29,55 %
Дети и подростки	31	5	5	1	7	13
		16,13 %	16,13 %	3,23 %	22,58 %	41,94 %
Всего	119	21	19	8	32	39
		17,65 %	15,97 %	6,72 %	26,89 %	32,77 %

Скринингам *у взрослых* в первичном звене здравоохранения посвящено 71 руководство USPSTF. В I клинической категории («Рак») таких КР 19, и они касаются раннего выявления опухолей щитовидной железы (1996), рака шейки матки РШМ (Пап-тест, 2003, 2012), рака легкого (2004), поджелудочной железы (2004), ротовой полости (2004), мочевого пузыря (2004, 2009, 2011), яичка (2004, 2011), яичников (2004, 2012), молочной железы / яичников (BRCA-тест, 2005, 2012), толстой кишки (2008), предстательной железы (2008, 2012), молочной железы (2009) и кожи (2009).

Раннему выявлению ССЗ у взрослых (II клиническая категория) посвящено 9 руководств USPSTF: по скринингу на коронарную болезнь сердца КБС (2004), аневризму брюшной аорты (2005), заболевание периферических артерий (2005), артериальную гипертензию АГ (2007), стеноз сонных артерий (2007), дислипидемию (2008), дополнительные факторы риска (ФР) умеренного кардиоваскулярного риска (2009), оценку риска и нетрадиционные ФР КБС (2009) и раннее выявление КБС с помощью электрокардиографии ЭКГ (2012).

В категории для взрослых «Инфекционные заболевания» скрининги рассмотрены в 80% руководств (в 12 из 15): раннее выявление туберкулеза и краснухи (1996), сифилиса, HCV- и HBV-инфекций (2004), ВИЧ-инфекции, гонореи и Herpes simplex genitalis (2005), хламидийной инфекции (2007), бактериурии (2008), HBV-инфекции у беременных и сифилиса у беременных (2009). В категории «Травмы и насилие» скринингу посвящались 2 из 5 КР (40%) - на насилие в семье (2004) и «насилие в интимных отношениях и злоупотребления в пожилом возрасте» (2012). Скрининги рассмотрены в 80% (4 из 5) КР категории «Ментальное здоровье и злоупотребления веществами»: на деменцию (болезнь Альцгеймера) (2003), употребление наркотических средств (2008), депрессию

(2009) и злоупотребление алкоголем (2004).

В категории «Метаболические, связанные с питанием, и эндокринные расстройства» 60% КР (6 из 10) отражали проблему скринингов - на ожирение (2003, 2012), заболевания щитовидной железы (2004), гемохроматоз, железодефицитную анемию (2006) и сахарный диабет (2008). Что касается «Мышечно-скелетных заболеваний» у взрослых, то скрининг рассмотрен в 2-х руководствах этой категории - «оба касались остеопороза (2002, 2011).

В категории «Акушерство и гинекология» 10 из 13 КР (76,9%) посвящены скринингу - на преэклампсию, синдром Дауна и краснуху (все изданы в 1996 г., последнее руководство вошло и в категорию «Инфекционные заболевания»), на резус-конфликт (2004), бактериальный вагиноз у беременных и гестационный диабет (2008). Остальные 4 КР, посвященные скринингам, указаны на сайте USPSTF как «неактивные» (руководства по раннему выявлению дефектов нервной трубки, по электронному мониторингу плода в родах, по мониторингу активности матки в домашних условиях и по ультразвуковому обследованию беременных). Относительно «Расстройств зрения и слуха» у взрослых все 4 КР (100%) посвящены скринингам: на глаукому (2005), на потерю слуха в пожилом возрасте (2012) и на нарушения остроты зрения у пожилых (2 КР в 2009 г.). В категорию «Разное» вошло 2 КР по скринингам: на хроническое обструктивное заболевание легких - ХОЗЛ (2008) и на хроническое заболевание почек (2012).

В перечисленных КР представлено 88 положений, содержащих указание на уровень доказательности. **Градация А** («высокая вероятность значительной пользы») присвоена 16 утверждениям. Так, *взрослым пациентам первичного звена следует предлагать или обеспечивать проведение следующих скринингов:*

- на цервикальный рак: у женщин 21-65 лет - цитологический метод (Пап-тест) каждые 3 года *или* у женщин 30-65 лет, желающих обследоваться реже, сочетание Пап-теста и теста на вирус папилломы человека (HPV) каждые 5 лет;
- на колоректальный рак: у взрослых, начиная с 50 лет и до достижения 75 лет, тест на скрытую кровь в кале, сигмоидо- или колоноскопия, учитывая различия преимуществ и рисков применения этих методов;
- на повышенное артериальное давление (АД) у взрослых старше 18 лет;
- на дислипидемию у мужчин в возрасте 35 лет и старше;
- на дислипидемию у женщин в возрасте 45 лет и старше, имеющих повышенный риск КБС;
- на употребление табака: у всех взрослых - расспрос о курении и обеспечении мер по его прекращению;
- на употребление табака: у всех беременных - расспрос о курении;
- на бессимптомную бактериурию: у беременных на сроке 12-16 недель или на первом визите, если он состоялся позже, бактериологический посев мочи;
- на хламидийную инфекцию у всех сексуально активных небеременных женщин в возрасте до 24 лет и старше, имеющих повышенный риск заражения;
- на ВИЧ у всех взрослых и подростков из групп повышенного риска;
- на сифилис у лиц повышенного риска этой инфекции;
- на ВИЧ у всех беременных;

- на HBV-инфекцию у беременных на первом визите;
- на сифилис у всех беременных (положение представлено в 2-х КР);
- на резус-принадлежность: у беременных “ Rh(D)-типирование на наличие антител в крови на первом визите.

**Градации В** («высокая вероятность умеренной пользы или умеренная вероятность умеренной / значительной пользы») имеют 14 положений. *Специалистам первичного звена рекомендовано предлагать пациентам или обеспечить следующие скрининги:*

- на риск рака молочной железы (РМЖ): у женщин, чей семейный анамнез ассоциирован с высоким риском генных мутаций BRCA1 или BRCA2, - генетическое консультирование и оценка BRCA-теста;
- на РМЖ: у женщин 50-74 лет - маммография каждые 2 года;
- на аневризму брюшной аорты: у мужчин, которые когда-либо курили, однократный ультразвуковой скрининг;
- на дислипидемию: у мужчин 20-35 лет, имеющих повышенный риск КБС;
- на дислипидемию: у женщин 20-45 лет, имеющих повышенный риск КБС;
- на хламидийную инфекцию: у всех беременных в возрасте до 24 лет и старше, имеющих повышенный риск заражения;
- на гонорею: у всех сексуально активных женщин, включая беременных, имеющих повышенный риск заражения;
- на насилие со стороны интимных партнеров: у женщин репродуктивного возраста: скрининг и поведенческое консультирование;
- на злоупотребление алкоголем: у всех взрослых, включая беременных, скрининг и поведенческое консультирование;
- на депрессию: у взрослых, если персонал медицинского учреждения обеспечивает точную диагностику, эффективное лечение и наблюдение;
- на сахарный диабет (СД) 2-го типа: у взрослых со стойко повышенным АД > 135/80 мм рт. ст. (на фоне лечения или без него);
- на железодефицитную анемию: у всех беременных;
- на ожирение: всем взрослым предлагать определение индекса массы тела (ИМТ) и при ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> “интенсивные многокомпонентные поведенческие вмешательства;
- на резус-принадлежность: у всех несенсибилизированных Rh(D)-негативных женщин на 24-28 неделе беременности повторное тестирование на Rh(D)-антитела (если только не известно, что биологический отец ребенка является Rh(D)-негативным).

Следующим 7 положениям для взрослых присвоена **градация С** («рутинный скрининг не рекомендован, но может быть обоснован у отдельных пациентов. Имеется по меньшей мере умеренная вероятность незначительной пользы»):

- решения начать регулярные скрининговые маммографические обследования с периодичностью 1 раз в 2 года до достижения возраста 50 лет должны быть индивидуальными и принимать во внимание выбор пациенток;
- USPSTF против рутинного скрининга на колоректальный рак у пациентов в возрасте 76-85 лет; по другим соображениям такой скрининг возможен в отдельных случаях;
- USPSTF не дает рекомендаций ни за, ни против скрининга на аневризму брюшной аорты у мужчин в возра-

сте 65-75 лет, которые никогда не курили;

- USPSTF не дает рекомендаций ни за, ни против рутинного скрининга на дислипидемию у мужчин в возрасте 20-35 лет и женщин старше 20 лет, не имеющих повышенного риска КБС;
- USPSTF не дает рекомендаций ни за, ни против рутинного скрининга на ВИЧ у взрослых и подростков, не имеющих повышенного риска этой инфекции;
- USPSTF против рутинного скрининга на хламидийную инфекцию у женщин в возрасте 25 лет и старше, в том числе беременных, если они не имеют повышенного риска этой инфекции;
- USPSTF против рутинного скрининга взрослых на депрессию, если персонал учреждения не обеспечивает точную диагностику, эффективное лечение и наблюдение; по индивидуальным соображениям такой скрининг возможен.

Значительно больше положений о скринингах у взрослых (n=25) имеют **градацию D** “обследования не рекомендованы USPSTF, поскольку существует «умеренная или высокая вероятность» отсутствия пользы или причинения преимущественно вреда. Так, на сегодня не рекомендованы:

- рутинное направление женщин на генетическое консультирование и выявление гена чувствительности к РМЖ (BRCA), если их семейный анамнез не ассоциирован с повышенным риском мутаций BRCA1 или BRCA2;
- обучение женщин самостоятельной пальпации молочных желез;
- скрининг на цервикальный рак у женщин в возрасте до 21 года;
- скрининг на цервикальный рак у женщин старше 65 лет, если они ранее подвергались адекватному скринингу и не имеют высокого риска РШМ;
- скрининг на РШМ у женщин, перенесших тотальную гистерэктомию с удалением шейки и не имеющих в анамнезе ни рака, ни предраковых поражений шейки матки высокой степени (таких, как цервикальная интраэпителиальная неоплазия CIN 2-3 ст.);
- скрининг на цервикальный рак с использованием HPV-теста - изолированно или в сочетании с цитологическим методом - у женщин моложе 30 лет;
- скрининг женщин на рак яичников;
- скрининг на колоректальный рак у лиц старше 85 лет;
- рутинный скрининг на рак поджелудочной железы у асимптомных взрослых с применением пальпации живота, ультразвукового и серологических тестов;
- скрининг на рак предстательной железы на основе PSA-теста;
- скрининг на тестикулярный рак у взрослых и подростков;
- рутинный скрининг на заболевание периферических артерий;
- рутинный скрининг на аневризму брюшной аорты у женщин;
- скрининг на асимптомный стеноз сонных артерий в общей популяции;
- скрининг на КБС с использованием ЭКГ покоя и нагрузочных проб у асимптомных взрослых, имеющих низкий кардиоваскулярный риск;
- скрининг на асимптомную бактериурию у мужчин и небеременных женщин;
- рутинный скрининг на гонорею у мужчин и женщин, имеющих низкий риск;
- рутинный скрининг на сифилис у асимптомных лиц, имеющих низкий риск;

- рутинный скрининг на хроническую HBV-инфекцию в генеральной асимптомной популяции;
- рутинный скрининг на HCV-инфекцию в генеральной асимптомной популяции взрослых, не имеющих повышенного риска этой инфекции;
- рутинный серологический скрининг на вирус простого герпеса (HSV) у асимптомных взрослых и подростков;
- рутинный серологический скрининг на HSV у асимптомных беременных на любом сроке для профилактики этой инфекции у новорожденных;
- рутинный генетический скрининг на наследственный гемохроматоз в асимптомной общей популяции;
- скрининг на бактериальный вагиноз у асимптомных беременных, имеющих низкий риск преждевременных родов;
- скрининг на ХОЗЛ с применением спирометрии.

**Градация I** («доказательная база недостаточна для оценки баланса пользы и вреда») определена USPSTF для следующих 26 положений:

- дополнительная польза и вред от применения скрининговой маммографии у женщин в возрасте 75 лет и старше;
- дополнительная польза и вред от добавления клинического обследования молочных желез к скрининговой маммографии у женщин старше 40 лет;
- дополнительная польза и вред от применения таких скрининговых тестов на РМЖ, как цифровая маммография или МРТ (вместо обычной маммографии);
- дополнительная польза и вред от применения таких скрининговых тестов на колоректальный рак, как КТ-колонография и DNA-тестирования кала;
- скрининг на рак мочевого пузыря у асимптомных взрослых старше 50 лет;
- скрининг на рак легкого у асимптомных лиц с использованием низкодозовой компьютерной томографии, рентгенографии грудной клетки или их сочетания;
- рутинный скрининг взрослых на рак ротовой полости;
- осмотр всего кожного покрова пациента клиницистами первичного звена или самоосмотр с целью раннего выявления меланомы, базальноклеточного или сквамозноклеточного рака кожи в общей популяции взрослых;
- учет «нетрадиционных» ФР для скрининга асимптомных мужчин и женщин, не имеющих КБС в анамнезе, с целью профилактики КБС-ассоциированных событий. Эти ФР: вЧСРБ, лодыжечно-плечевой индекс, уровень лейкоцитов, гомоцистеина и липопротеинов в крови, нагрузочный тест с глюкозой, болезни периодонта, толщина комплекса «интима-медиа» и счет кальцификации коронарных артерий по данным электронной компьютерной томографии;
- скрининг на КБС-ассоциированные события на основе ЭКГ покоя и нагрузочных проб у асимптомных лиц, имеющих умеренный или высокий кардиоваскулярный риск;
- скрининг на хламидийную инфекцию у мужчин;
- рутинный скрининг на гонорею у мужчин, имеющих высокий риск;
- рутинный скрининг на гонорею у беременных, не имеющих повышенного риска этой инфекции;
- рутинный скрининг на HCV у лиц, имеющих высокий риск этой инфекции;
- рутинный скрининг родителей или опекунов на физическое насилие или игнорирование детей; женщин на насилие со стороны половых партнеров; пожилых

людей или опекунов в отношении насилия к более старшим людям;

- скрининг всех пожилых или уязвимых (вследствие физических или психических нарушений) взрослых на злоупотребления или игнорирования;
- рутинный скрининг пожилых людей на деменцию;
- скрининг всех взрослых, беременных и подростков на употребление запрещенных наркотических средств;
- скрининг на СД 2-го типа у асимптомных взрослых с АД d 135/80 мм рт.ст.;
- рутинный скрининг на заболевания щитовидной железы у взрослых;
- скрининг на остеопороз у мужчин;
- скрининг на бактериальный вагиноз у асимптомных беременных, имеющих повышенный риск преждевременных родов;
- рутинный скрининг на гестационный диабет;
- скрининг на ухудшение слуха у асимптомных лиц в возрасте 50 лет и старше;
- скрининг на снижение остроты зрения для улучшения исходов у пожилых;
- рутинный скрининг на хроническое заболевание почек у асимптомных лиц.

Скринингам **у детей и подростков** в первичном звене здравоохранения посвящено 25 КР USPSTF. В I клинической категории («Рак») эти руководства касаются РШМ (2003, 2012) и рака яичка (2011), во II («ССЗ») - АГ (2003) и дислипидемии (2007), в III («Развитие и поведение») - задержки развития речи (2006), в IV («Инфекционные заболевания») - генитального герпеса (2005), ВИЧ (2005) и хламидиоза (2007), в V («Профилактика травм») - домашнего насилия (2004), в VI («Ментальное здоровье и злоупотребление веществами») - злоупотребления алкоголем (2004), суицидального риска (2004), употребления запрещенных наркотических средств (2008) и депрессии (2009). К VII категории («Метаболические, связанные с питанием и эндокринные нарушения») относятся КР, посвященные скринингу на кариес зубов у детей дошкольного возраста (2004), железодефицитную анемию (2006), повышенное содержание свинца в организме (2006), гипербилирубинемия новорожденных (2009) и ожирение у детей и подростков (2010); к VIII категории («Мышечно-скелетные расстройства») - КР по идиопатическому сколиозу у подростков (2004) и врожденной дисплазии бедра (2006). В категории «Перинатальная помощь» представлены руководства по серповидно-клеточной анемии (2007), врожденному гипотиреозу (2008) и фенилкетонурии (2008), в «Нарушениях зрения и слуха» - по скринингам на тугоухость у новорожденных (2008) и нарушения остроты зрения у детей 1-5 лет (2011).

В перечисленных КР найдено 31 положение, содержащее указание на уровень доказательности. Градация А присвоена 5 утверждениям (16,13%), В - 5 (16,13%), С - 1 (3,23%). Уровень I указан для 13 положений, то есть в 41,94% случаев эксперты сочли имеющуюся доказательную базу скринингов недостаточной для оценки баланса их пользы и вреда и предложили возлагать часть ответственности за принятие решения на пациентов. Значительной оказалась и часть положений, в которых USPSTF не рекомендовала проведение скринингов: градация D присвоена 7 положениям (22,58% в общей структуре).

Так, USPSTF рекомендует следующие скрининги в первичном звене здравоохранения (**градация А**): на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию и серповидноклеточную анемию - у всех новорожденных, на ВИЧ - у всех подростков из групп высокого риска, а также на хлами-

диоз - у всех живущих половой жизнью женщин моложе 24 лет из групп повышенного риска.

**Уровень В** присвоен следующим рекомендованным скринингам: **1)** на тугоухость - у всех новорожденных; **2)** на амблиопию или ФР ее развития - проверка остроты зрения у всех детей 3-5 лет, по меньшей мере однократно; **3)** на ожирение - у детей 6 лет и старше, с предложением им полноценных интенсивных поведенческих вмешательств по коррекции массы тела; **4)** на большое депрессивное расстройство - у всех подростков 12-18 лет, при условии, что в учреждении первичного звена возможны диагностика, психотерапия и наблюдение; **5)** на хламидийную инфекцию - у всех беременных в возрасте до 24 лет из групп повышенного риска.

**Градацию С** имеет только одно положение: эксперты не высказались «ни за, ни против» рутинного скрининга на ВИЧ у подростков, не имеющих повышенного риска этой инфекции.

USPSTF не рекомендовала проведение следующих скринингов на первичном уровне медико-санитарной помощи (**градация D**): на рак яичка у подростков и на цервикальный рак в возрастной группе до 21 года; на идиопатический сколиоз у подростков. Эксперты высказались против рутинного определения содержания свинца у асимптомных детей в возрасте 1-5 лет, которые имеют умеренный риск, а также у асимптомных беременных. Они выступили и против рутинного серологического скрининга на вирус простого герпеса (HSV) у асимптомных подростков и асимптомных беременных для профилактики этой инфекции у новорожденных.

Следующие скрининги получили **градацию I** («имеющаяся доказательная база недостаточна для оценки соотношения пользы и вреда»):

- на дислипидемию у новорожденных, детей, подростков и взрослых в возрасте до 20 лет;
- на гипербилирубинемия у новорожденных для профилактики хронической энцефалопатии;
- на врожденную дисплазию бедра у новорожденных;
- на железодефицитную анемию у асимптомных детей в возрасте 6-12 мес;
- на повышенное содержание свинца в организме у асимптомных детей в возрасте 1-5 лет из группы повышенного риска;
- на снижение остроты зрения у детей в возрасте до 3 лет;

- на большое депрессивное расстройство у детей в возрасте 7-11 лет;
- на злоупотребление алкоголем у подростков;
- на употребление запрещенных наркотиков у подростков, взрослых и беременных;
- на суицидальный риск: в общей популяции;
- родителей или охраняющих лиц: на оказание ими физического или психологического давления на детей;
- на риск развития стоматологических заболеваний у детей дошкольного возраста;
- использование коротких, формальных скрининговых тестов для выявления задержки развития речи у детей в возрасте до 5 лет включительно.

### Выводы

1. Скрининговым технологиям профилактики посвящено большинство рекомендаций USPSTF, разработанных для всех возрастных и клинических категорий. Уровни доказательности определены для 119 основных положений этих руководств: в трети случаев установлена значительная / умеренная польза скринингов, треть имеет недостаточную доказательную базу, и более чем в четверти положений обследования не рекомендованы.

2. Программы скринингов в первичном звене здравоохранения должны иметь достаточное доказательное обоснование, что предполагает дальнейшее изучение содержания, опыта разработки и внедрения в практику международных рекомендаций высокого методологического качества, в том числе руководств USPSTF.

### Литература

1. Аксенов, В.А. Доказательная профилактика или диспансеризация: что же нам нужно? / В.А. Аксенов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2007. - №2. - С. 40-47.
2. Оганов, Р.Г. Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р.Г. Оганова, Р.А.Хальфина. М.: ГЭОТАР Медиа, - 2007.- 464с.
3. Fletcher, S.W. Evidence-based screening: What kind of evidence is needed? / S.W. Fletcher // ACP J. Club. - 1998. -Vol.128.- P. 12-14.
4. Frame, P.S. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria / P.S. Frame, S.J. Carlsen // J. Fam. Pract. - 1975. - Vol.2. - P.283-289.
5. Harris, R.P. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process / R.P. Harris, M. Helfand, S.H. Woolf et al. // Am. J. Prev. Med. - 2001. - Vol. 20 (Suppl.3). - P.21-35.

## EVIDENCE BASED PREVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE: SCREENING TECHNOLOGIES

*O.G. Puzanova*

National O.O. Bohomolets medical university, Kiev, Ukraine

*The aim of the study was to characterize the summaries of the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recommendations that have been published in 1996-2012 and devoted to screening technologies as well as to systematize them basing on grades of evidence. The analysis, synthesis, expert appreciation, and statistical methods have been used. Results. 96 recommendations USPSTF on screens (71 for adults, 25 for children and adolescents) included 119 summaries that have been assigned with grades of evidence: a third of them has shown net benefit (grades A, B), another third "insufficient evidences (I statement), and more than in quarter of summaries screenings have been not recommended (grade D). Conclusion: further studying of the USPSTF recommendations is worthwhile.*

**Key words:** primary health care, evidence based prevention (screening technologies), USPSTF recommendations (grades of evidence).