



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

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 ноября 2020 года № 21572.

В соответствии с пунктом 2 статьи 87 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) целевые группы лиц, подлежащих скрининговым исследованиям согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) правила, объем и периодичность проведения скрининговых исследований согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Департаменту охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

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

*Исполняющий обязанности
министра здравоохранения
Республики Казахстан*

А. Финият

Приложение 1
к приказу
Исполняющий обязанности
министра здравоохранения
Республики Казахстан

Целевые группы лиц, подлежащих скрининговым исследованиям

№ п/п	Целевая группа	Вид скринингового исследования
1	Мужчины и женщины в возрасте 30-70 лет, проходящие скрининговое исследование на раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, глаукомы, онкопатологии	На раннее выявление поведенческих факторов риска
2	Мужчины и женщины в возрасте 40-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом	На раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета.
3	Мужчины и женщины в возрасте 40-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с глаукомой	На раннее выявление глаукомы
4	Женщины в возрасте 30-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с злокачественными новообразованиями шейки матки	На раннее выявление рака шейки матки
5	Женщины в возрасте 40-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с злокачественными новообразованиями молочной железы	На раннее выявление рака молочной железы
6	Мужчины и женщины в возрасте 50-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с доброкачественными и злокачественными новообразованиями толстой кишки	На раннее выявление колоректального рака
7	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 оперативные вмешательства;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	На раннее выявление вирусных гепатитов В и С

Приложение 2
к приказу
Исполняющий обязанности
министра здравоохранения

Правила, объем и периодичность проведения скрининговых исследований

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие правила, объем и периодичность проведения скрининговых исследований (далее – Правила) разработаны в соответствии с пунктом 2 статьи 87 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и определяют порядок, объем и периодичность проведения скрининговых исследований.

2. Термины и определения, используемые в настоящем приказе:

1) терминологическая система Бетесда – стандартизация результата цитологического исследования;

2) динамическое наблюдение – систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения;

3) медицинская информационная система (далее – МИС) — информационная система, обеспечивающая ведение процессов субъектов здравоохранения в электронном формате;

4) шкала оценки суммарного сердечно-сосудистого риска – шкала оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания ближайших 10 лет (далее – шкала SCORE);

5) индекс Кетле – показатель оценки гармоничности физического развития организма, соотношение массы тела к росту;

6) классификация системы анализа и протоколирования результатов лучевых исследований молочной железы – стандартизация описаний маммографических исследований (далее – классификация BI-RADS).

Глава 2. Порядок проведения скрининговых исследований

Параграф 1. Общий порядок проведения скрининговых исследований

3. Скрининговые исследования с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением осуществляют организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь (далее – организации АПП), в том числе первично медико-санитарную помощь (далее – организации ПМСП).

1) для городского населения – организации АПП независимо от форм собственности;

2) для сельского населения – медицинские пункты, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, районные поликлиники независимо от форм собственности, с использованием передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта и железнодорожного транспорта (поезд).

4. Для проведения скрининговых исследований организации АПП:

1) формируют целевые группы лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, из числа прикрепленного к медицинской организации 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 с предоставлением информации в местные органы государственного управления здравоохранением до 5 числа месяца, следующим за отчетным.

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

6. Проведение скрининговых исследований включает: подготовительный этап, этап осмотра и (или) исследования, заключительный этап.

7. Подготовительный этап осуществляется средним медицинским персоналом в организациях АПП: медицинский пункт, фельдшерско-акушерский пункт, районная, городская поликлиника 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.

8. Этап осмотра проводится в соответствии с порядком проведения скрининговых исследований согласно параграфам 2-8 настоящих Правил.

9. 6. Средний медицинский работник или ответственное лицо организации ПМСП по результатам проведенного скринингового исследования сверяет список пациентов целевой группы, приглашенных на обследование, прошедших скрининговое исследование и направленных на дообследование. Направление вводится в МИС и передается посредством информационного взаимодействия.

10. Заключительный этап скрининговых исследований включает дообследование и постановку на динамическое наблюдение лиц с выявленной патологией, завершение заполнения данных в МИС. На данном этапе врач или

ответственное лицо организации АПП вносит результаты скринингового исследования с выделением факторов риска (поведенческих, биологических), заключительного диагноза в МИС, дает рекомендации по дообследованию, наблюдению.

11. По окончании скринингового исследования врач или ответственное лицо организации АПП с учетом заключения профильных специалистов и лабораторно-диагностических исследований определяет следующие группы динамического наблюдения:

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, 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);

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.

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

последующее скрининговое исследование в организации АПП согласно периодичности соответствующего скринингового исследования;

оздоровление в кабинете здорового образа жизни, школе по профилю заболеваний организаций АПП и службы здорового образа жизни.

13. Выявленные в ходе осмотров лица с хроническими заболеваниями подлежат учету и динамическому наблюдению согласно перечню хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению, утвержденному в соответствии со статьей 88 Кодекса 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.

14. Лица, которым проводились скрининговые исследования, информируются врачом или ответственным лицом организации АПП о результатах обследования с выдачей соответствующих рекомендаций.

Параграф 2. Порядок проведения скрининговых исследований на раннее выявление поведенческих факторов риска

15. 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 гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, глаукомы, онкопатологии.

16. Выявление поведенческих факторов риска проводится средним медицинским персоналом организации АПП или ответственным лицом организации АПП путем проведения опроса по анкете и внесение данных в МИС.

17. Врач или средний медицинский персонал организации АПП по результатам опроса:

проводит профилактическую консультацию и предоставляет подробные рекомендации по изменению поведения;

направляет в профильную школу здоровья.

Параграф 3. Порядок проведения скрининговых исследований на раннее выявление артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета

18. Скрининговое исследование на раннее выявление артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета проводится в два этапа.

19. Первый этап проводится средним медицинским персоналом организации АПП или ответственным лицом организации АПП, предназначен для всей целевой группы и включает:

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

проведение опроса по анкете;

двукратное измерение артериального давления (далее – АД) с интервалом в 1-2 минуты в положении сидя. Перед измерением АД обследуемое лицо сидит 3-5 минут;

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

ввод данных в МИС;

20. На втором этапе врач организации АПП или ответственное лицо организации АПП использует шкалу SCORE для определения сердечно-сосудистого риска и принятия решения о дальнейшем ведении обследуемого лица:

лицам с низким сердечно-сосудистым риском (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 по профилю заболевания (далее - школа здоровья) с целью снижения или стабилизации сердечно-сосудистого риска;

лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском ($> 5\%$ 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 врача общей практики (далее – ВОП) и (или) участкового терапевта, который по показаниям направляет обследуемого на консультацию кардиолога. При выявлении у пациента болезней системы кровообращения (далее – БСК) ВОП или участковый терапевт ставит обследуемого на динамическое наблюдение, 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 терапевта и (или) ВОП по месту жительства. При наличии клинических признаков сахарного диабета, а также при наличии у обследуемого индекса массы тела ≥ 25 кг/м² с одним или несколькими дополнительными факторами риска ВОП или участковый терапевт направляет на дополнительные исследования, по показаниям направляет на консультацию к эндокринологу;

вводит данные в МИС.

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

Параграф 4. Порядок проведения скринингового исследования на раннее выявление глаукомы

22. На этапе осмотра на раннее выявления глаукомы средний медицинский работник или ответственное лицо организации АПП:

проводит опрос;

измеряет внутриглазное давление по Маклакову или с использованием бесконтактного тонометра;

вводит данные в МИС.

23. 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 направляет пациента к офтальмологу консультативно-диагностического отделения (далее – КДО) и (или) консультативно-диагностического центра (далее – КДЦ) посредством информационного взаимодействия МИС.

24. Офтальмолог КДО и (или) КДЦ проводит дообследование, по показаниям направляет в глаукомный кабинет. Результаты обследования вводятся и передаются посредством информационного взаимодействия МИС.

Параграф 5. Порядок проведения скринингового исследования на раннее выявление рака шейки матки

25. При прохождении скринингового исследования на раннее выявление рака шейки матки дополнительно на подготовительном этапе средний медицинский работник или ответственное лицо организации АПП информирует пациентку о требованиях к прохождению скрининговых исследований: исключить половые сношения, влагалищные манипуляции, включая спринцевание, ванночки, тампоны за сутки до осмотра.

26. Этап обследования на раннее выявление рака шейки матки включает:

1) цитологическое исследование мазка из шейки матки с окраской по Папаниколау (Pap-тест), которое проводится традиционным методом или с использованием метода жидкостной цитологии с интерпретацией по Терминологической системе Бетесда, 2001 (далее – ТСБ);

2) углубленную диагностику (кольпоскопию, биопсию, гистологическое исследование) при цитологических заключениях по ТСБ: атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить высокую степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (далее – ASC-H), высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (далее – HSIL), в том числе карцинома in situ (далее – CIS), атипичные железистые клетки (далее – AGC), аденокарцинома in situ (далее – AIS), рак.

27. Средний медицинский работник или ответственное лицо организации АПП направляет в смотровой кабинет организации АПП.

28. Забор материала на цитологическое исследование осуществляется в кабинете акушерского приема (смотровой) организации АПП.

29. Акушер в кабинете акушерского приема (смотровой) организации АПП:

1) осматривает шейку матки в зеркалах;

2) осуществляет взятие мазков на цитологическое исследование (Pap-тест) традиционным методом (одно стекло) или методом жидкостной цитологии (один контейнер);

3) заполняет направление на цитологическое исследование и направляет биоматериал в цитологическую лабораторию. Направление вводится в МИС и передается посредством информационного взаимодействия;

4) осуществляет контроль за получением результатов Pap-теста из цитологической лаборатории;

5) вносит данные в МИС.

Срок получения результатов и информирования пациентов о результатах осмотра не превышает двух недель.

30. Цитологическое исследование проводится в цитологической лаборатории с пропускной способностью не менее 15000 исследований по поводу скрининговых исследований ежегодно, сотрудники которой (цитопатологи, специалисты лабораторного дела с высшим медико-биологическим и биологическим образованием, цитотехнологи) регулярно проходят специальную подготовку (обучение на кафедре постдипломной подготовки по онкоцитологии).

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 посредством информационного взаимодействия МИС.

31. Углубленная диагностика (кольпоскопия, биопсия) проводится по показаниям при цитологическом заключении ASC-H, HSIL, AGC, рак акушер-гинекологом организации АПП, КДЦ, прошедшим специальную подготовку (обучение) по кольпоскопии, онкогинекологом с внесением результатов исследования в МИС.

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 Всемирной организации здравоохранения.

32. Врач или ответственное лицо организации АПП:

1) 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 организации АПП 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 организации АПП, КДЦ, прошедшему специальную подготовку по кольпоскопии, онкогинекологу онкологического центра (далее – ОЦ);

2) при получении гистологических результатов биопсии шейки матки:

цервикальная интраэпителиальная неоплазия первой, второй и третьей степени (далее – CIN 1, CIN 2, CIN 3) направляет пациентку на дообследование, лечение и динамическое наблюдение у гинеколога организации АПП 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 организации АПП с проведением контрольных Pap-тестов через 2, 6, 12 и 24 месяцев. По показаниям (положительный Pap-тест в контроле) проводится консультация онкогинеколога ОЦ;

3) сообщает результаты скринингового обследования пациентке любым доступным способом (по телефону, письменно, посредством электронных средств коммуникации);

4) вносит результаты цитологического и гистологического исследования, рекомендации онкогинеколога ОЦ в МИС.

Параграф 6. Порядок проведения скринингового исследования на раннее выявление рака молочной железы

33. Этап обследования на раннее выявление рака молочной железы включает:

1) проведение маммографии обеих молочных желез в двух проекциях – прямой и косой в кабинете маммографии городской, районной поликлиники (передвижного медицинского комплекса). 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;

2) 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 (передвижного медицинского комплекса) – первое чтение, и врачом-рентгенологом кабинета маммографии ОЦ – второе чтение;

3) 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.

34. Средний медицинский работник или ответственное лицо организации АПП направляет пациентку на маммографию в районную, городскую поликлиники.

35. Рентгенлаборант кабинета маммографии городской, районной поликлиники (передвижного медицинского комплекса) проводит маммографию, заполняет направление на двойное чтение маммограмм, вводит информацию в МИС и передает направление посредством информационного взаимодействия.

36. Врач-рентгенолог кабинета маммографии городской, районной поликлиники (передвижного медицинского комплекса):

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 (далее – 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.

37. 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, при необходимости, архивных снимков. По показаниям организует третью читку. При двойном чтении осуществляется независимая интерпретация снимков (метод ослепления – второй рентгенолог не знает результаты первого чтения);

при категории М0т (технические погрешности проведения маммографии) рекомендует повторную маммографию;

при категории М0д (неопределенные или подозрительные рентгенологические изменения, требующие дообследования) в протоколе исследования указывает преимущественную патологию: образование; асимметрия, нарушение архитектоники, микрокальцинаты;

рекомендует организации АПП по показаниям пригласить пациентку на углубленную диагностику (прицельную маммографию, УЗИ молочных желез, трепанобиопсию, в том числе под контролем УЗИ или стереотаксическим контролем с последующим гистологическим исследованием материала);

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 организации АПП, вносятся специалистами в МИС и передаются посредством информационного взаимодействия.

38. Показаниями для углубленной диагностики являются заключения двойного чтения маммограмм М0д (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 (М4 и М5) 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 Всемирной организации здравоохранения.

39. Врач или ответственное лицо организации АПП:

1) при получении результата маммографии по классификации BI-RADS:

при М0т (технические погрешности проведения маммографии) – направляет пациентку на повторное рентгенологическое исследование в кабинет маммографии городской, районной поликлиники (передвижного медицинского комплекса);

при М0д (неопределенные или подозрительные рентгенологические изменения, требующие дообследования) – направляет пациентку на углубленную диагностику в кабинет маммографии ОЦ;

при М1 (изменений не выявлено) – рекомендует пациентке проведение последующего маммографического обследования через 2 года. При рентгенологической плотности молочных желез С и D направляет на УЗИ молочных желез для исключения ложноотрицательного результата маммографии;

при М2 (доброкачественные изменения) направляет пациентку на консультацию к онкологу (маммологу) КДО, КДЦ с последующим прохождением скринингового маммографического обследования через 2 года;

при М3 (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 М4 (признаки, вызывающие подозрение на злокачественность), М5 (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;

2) 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;

3) сообщает результаты скринингового обследования пациентке любым доступным способом (по телефону, письменно, посредством электронных средств коммуникации);

4) вносит результаты двойного чтения, углубленной диагностики, гистологического исследования, рекомендации врача-рентгенолога кабинета маммографии ОЦ в МИС.

Параграф 7. Порядок проведения скринингового исследования на раннее выявление колоректального рака

40. При прохождении скринингового исследования на раннее выявление колоректального рака, дополнительно на подготовительном этапе средний медицинский работник или ответственное лицо организации АПП информирует пациентов целевой группы о требованиях к прохождению осмотра: исследование не проводится в период менструации, при наличии кровоточащего геморроя, крови в моче или после значительных усилий при дефекации.

41. Во время проведения осмотра и исследований данные вносятся специалистами в МИС.

42. Этап обследования на раннее выявление колоректального рака включает:

1) проведение 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;

2) тотальную колоноскопию при положительном гемокульт-тесте с биопсией патологических участков слизистой кишечника, которая проводится в случае их выявления. Тотальная колоноскопия проводится в отделениях (кабинетах) колоноскопии, оснащенных видеоэндоскопическим 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.

43. Средний медицинский работник организации АПП 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 организации АПП.

44. 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 лицом организации АПП.

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

45. Врач или ответственное лицо организации АПП:

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.

46. 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.

47. 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.

48. 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 организацию АПП посредством информационного взаимодействия МИС.

49. Врач или ответственное лицо организации АПП:

1) 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;

2) 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 (полипэктомия), 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;

3) вводит результаты гемокульт-теста, дообследования, рекомендации специалистов в МИС.

Параграф 8. Порядок проведения скринингового исследования групп риска на раннее выявление вирусных гепатитов В и С

50. Скрининговые исследования групп риска взрослого и детского населения на раннее выявление вирусных гепатитов В и С состоят из следующих этапов:

1) направление средним медицинским работником или ответственным лицом организации АПП обследуемого на исследование на обнаружение вирусных гепатитов В и С в лабораторию организации здравоохранения, осуществляющую лабораторную диагностику парентеральных вирусных гепатитов с заполнением данных в МИС и передачей направления посредством информационного взаимодействия;

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 организации АПП 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 (далее – ПЦР) с введением результатов исследования в МИС и передачей направления посредством информационного взаимодействия;

б) при положительном результате молекулярно-биологического исследования на определение РНК вируса гепатита С методом ПЦР врач организации АПП направляет пациента 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. Направление вводится в МИС и передается посредством информационного взаимодействия.

51. В целевых группах для иммунокомпрометированных пациентов (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) 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 и передачей результата посредством информационного взаимодействия;

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. Направление вводится в МИС и передается посредством информационного взаимодействия;

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. Направление вводится в МИС и передается посредством информационного взаимодействия.

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

53. 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 организациях АПП по месту прикрепления.

54. 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.

Глава 3. Объем и периодичность проведения скрининговых исследований

55. Скрининговые исследования целевых групп взрослого и детского населения проводятся в объеме скрининговых исследований для целевых групп взрослого и детского населения с разделением медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС) согласно приложениям 1 и 2 к настоящим Правилам субъектами здравоохранения, имеющими лицензию на вид деятельности в сфере здравоохранения в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях".

56. Скрининговые исследования целевых групп взрослого и детского населения осуществляются в соответствии с периодичностью и сроками завершения скрининговых исследований целевым группам взрослого и детского населения согласно приложению 3 к настоящим Правилам.

57. Скрининговые исследования групп риска на раннее выявление вирусных гепатитов В и С осуществляются в соответствии со сроками проведения скрининговых исследований групп риска на раннее выявление вирусных гепатитов В и С согласно приложению 4 к настоящим Правилам.

периодичности проведения
скрининговых исследований

Объем скрининговых исследований для целевых групп взрослого населения с разделением медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС)

№	Объем скрининговых исследований	Целевая группа и вид скринингового исследования	Наименование пакета услуг
1	3	2	4
1	Прием: Медицинская сестра со средним образованием	Женщины в возрасте от 30 до 39 лет, подлежащие осмотру на раннее выявление поведенческих факторов риска	ГОБМП
	Прием: Медицинская сестра с высшим образованием		ГОБМП
	Прием: Фельдшер		ГОБМП
	Прием: Терапевт		ГОБМП
	Прием: Семейный врач (Врач общей практики)		ГОБМП
2	Прием: Медицинская сестра со средним образованием	Мужчины и женщины в возрасте от 40 до 70 лет, подлежащие осмотру на раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, глаукомы и поведенческих факторов риска	ГОБМП
	Прием: Медицинская сестра с высшим образованием		ГОБМП
	Прием: Фельдшер		ГОБМП
	Измерение внутриглазного давления по Маклакову или бесконтактная пневмотонометрия		ГОБМП
	Определение общего холестерина в сыворотке крови экспресс методом		ГОБМП
	Определение глюкозы в сыворотке крови экспресс методом		ГОБМП
	Прием: Терапевт		ГОБМП
	Прием: Семейный врач (Врач общей практики)		ГОБМП
	Электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях) с расшифровкой		ГОБМП
	Консультация: Кардиолог		ОСМС
Консультация: Эндокринолог	ОСМС		
Консультация: Офтальмолог	ОСМС		
3	Прием: Акушерка	Женщины в возрасте от 30 до 70 лет, подлежащие осмотру на раннее выявление рака шейки матки	ГОБМП
	Прием: Медицинская сестра со средним образованием		ГОБМП
	Прием: Медицинская сестра с высшим образованием		ГОБМП
	Прием: Фельдшер		ГОБМП
	Забор мазка на онкоцитологию		ОСМС
	Цитологическое исследование мазка из шейки матки ПАП-тест		ОСМС

	Цитологическое исследование мазка из шейки матки ПАП-тест на аппарате жидкостной цитологии		ОСМС
	Консультация: Акушер-гинеколог		ОСМС
	(Видео)кольпоскопия		ОСМС
	Биопсия шейки матки		ОСМС
	Гистологическое исследование 1 блок-препарата операционно-биопсийного материала 3 категории сложности		ОСМС
	Консультация: Акушер-гинеколог		ОСМС
	Консультация: Онколог-гинеколог		ОСМС
4	Маммография (4 снимка)	Женщины в возрасте от 40 до 70 лет, подлежащие осмотру на раннее выявление рака молочной железы	ОСМС
	Консультация (2 читка рентгенограммы): Рентгенолог		ОСМС
	Консультация: Онколог		ОСМС
	Консультация: Маммолог		ОСМС
	Прием: Терапевт		ГОБМП
	Прием: Семейный врач (Врач общей практики)		ГОБМП
	Прицельная маммография (1 проекция)		ОСМС
	УЗИ молочных желез		ОСМС
	Трепанобиопсия		ОСМС
	Пункционная/аспирационная биопсия под стереотаксическим контролем		ОСМС
	Гистологическое исследование 1 блок-препарата операционно-биопсийного материала 3 категории сложности		ОСМС
	Консультация: Маммолог		ОСМС
Консультация: Онколог-хирург	ОСМС		
5	Обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом	Мужчины и женщины в возрасте от 50 до 70 лет, подлежащие осмотру на раннее выявление колоректального рака	ОСМС
	Прием: Терапевт		ГОБМП
	Прием: Семейный врач (Врач общей практики)		ГОБМП
	Тотальная видеокколоноскопия скрининговая		ОСМС
	Наркоз внутривенный		ОСМС
	Эндоскопическая щипковая биопсия		ОСМС
	Гистологическое исследование 1 блок-препарата операционно-биопсийного материала 3 категории сложности		ОСМС
	Консультация: Хирург		ОСМС
	Консультация: Проктолог		ОСМС
	Консультация: Гастроэнтеролог		ОСМС
Консультация: Онколог-хирург	ОСМС		

6	Прием: Медицинская сестра со средним образованием	Обследование лиц из групп риска (2 этапное) на раннее выявление вирусных гепатитов В и С	ГОБМП
	Прием: Медицинская сестра с высшим образованием		ГОБМП
	Прием: Фельдшер		ГОБМП
	Забор крови из вены		ГОБМП
	Определение HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Прием: Терапевт		ОСМС
	Прием: Семейный врач (Врач общей практики)		ОСМС
	Обнаружение РНК вируса гепатита С в биологическом материале методом ПЦР качественное		ОСМС
	Прием: Терапевт		ГОБМП
Прием: Семейный врач (Врач общей практики)	ГОБМП		
7	Прием: Медицинская сестра со средним образованием	Обследование иммунокомпрометированных лиц, из групп риска (1 этапное) на раннее выявление вирусных гепатитов В и С	ГОБМП
	Прием: Медицинская сестра с высшим образованием		ГОБМП
	Прием: Фельдшер		ГОБМП
	Забор крови из вены		ГОБМП
	Определение HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Определение Ig G к HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Определение Ig M к HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Обнаружение РНК вируса гепатита С в биологическом материале методом ПЦР качественное		ОСМС
	Прием: Терапевт		ГОБМП
Прием: Семейный врач (Врач общей практики)	ГОБМП		

Приложение 2
к Правилам, объему и
периодичности проведения
скрининговых исследований

Объем скрининговых исследований для целевых групп детского населения с разделением медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС)

№	Объем скрининговых исследований	Целевая группа и вид скринингового исследования	Наименование пакета услуг
1	4	2	5
1	Прием: Медицинская сестра со средним образованием	дети из группы риска на раннее выявление вирусных гепатитов В и С	ГОБМП
	Прием: Медицинская сестра со высшим образованием		ГОБМП
	Прием: Фельдшер		ГОБМП
	Забор крови из вены		ГОБМП
	Определение HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Прием: Терапевт		ГОБМП
	Прием: Семейный врач (Врач общей практики)		ГОБМП
	Прием: Педиатр		ГОБМП
	Обнаружение РНК вируса гепатита С в биологическом материале методом ПЦР качественное		ОСМС
	Прием: Терапевт		ГОБМП
	Прием: Педиатр		ГОБМП
	Прием: Семейный врач (Врач общей практики)		ГОБМП
2	Прием: Медицинская сестра со средним образованием	иммунокомпрометированные дети из группы риска на раннее выявление вирусных гепатитов В и С	ГОБМП
	Прием: Медицинская сестра со высшим образованием		ГОБМП
	Прием: Фельдшер		ГОБМП
	Забор крови из вены		ГОБМП
	Определение HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Определение Ig G к HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Определение Ig M к HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом		ОСМС
	Обнаружение РНК вируса гепатита С в биологическом материале методом ПЦР качественное		ОСМС
	Прием: Терапевт		ГОБМП
	Прием: Педиатр		ГОБМП
	Прием Семейный врач (Врач общей практики)		ГОБМП

Периодичность и сроки завершения скрининговых исследований взрослого и детского населения

№	Наименование целевой группы	Периодичность	Срок завершения исследования
1	Женщины в возрасте от 30 до 39 лет, подлежащие скрининговому исследованию на раннее выявление поведенческих факторов риска	1 раз в 4 года	14 дней
2	Мужчины и женщины в возрасте от 40 до 70 лет, подлежащие скрининговому исследованию на раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, глаукомы и поведенческих факторов риска	1 раз в 2 года	14 дней
3	Женщины в возрасте от 30 до 70 лет, подлежащие скрининговому исследованию на раннее выявление рака шейки матки	1 раз в 4 года	60 дней
4	Женщины в возрасте от 40 до 70 лет, подлежащие скрининговому исследованию на раннее выявление рака молочной железы	1 раз в 2 года	60 дней
5	Мужчины и женщины в возрасте от 50 до 70 лет, подлежащие скрининговому исследованию на раннее выявление колоректального рака	1 раз в 2 года	60 дней
6	Дети из группы риска на раннее выявление вирусных гепатитов В и С	не чаще 1 раза в 6 месяцев	3 месяца
7	Иммунокомпрометированные дети из группы риска на раннее выявление вирусных гепатитов В и С	не чаще 1 раза в 6 месяцев	3 месяца
8	Декретированные категории граждан (2 этапное) на раннее выявление вирусных гепатитов В и С	не чаще 1 раза в 6 месяцев	3 месяца
9	Иммунокомпрометированные декретированных категорий граждан (1 этапное) на раннее выявление вирусных гепатитов В и С	не чаще 1 раза в 6 месяцев	3 месяца

Приложение 4
к Правилам, объему и
периодичности проведения
скрининговых исследований

Сроки проведения скрининговых исследований групп риска на раннее выявление вирусных гепатитов В и С

№ п/п	Сроки проведения скрининговых исследований групп риска на раннее выявление вирусных гепатитов В и С	Группа риска
1	При поступлении на работу и далее один раз в шесть месяцев	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	Перед оперативным вмешательством и через шесть месяцев после оперативного вмешательства	Лица, поступающие на плановые и экстренные оперативные вмешательства;

3	При поступлении на госпитализацию и через шесть месяцев после госпитализации	Пациенты центров и отделений гемодиализа, гематологии, онкологии, трансплантации, сердечно-сосудистой и легочной хирургии;
4	Перед проведением и через шесть месяцев после проведения гемотрансфузий, трансплантации и пересадки органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов;	Пациенты, получающие гемотрансфузии, трансплантацию и пересадку органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов;
5	При постановке на учет и перед родами в случае отсутствия обследования на вирусный гепатит	Беременные женщины
6	При обращении для тестирования на ВИЧ-инфекцию, не чаще, чем 1 раз в шесть месяцев	Лица из ключевых групп населения, которые подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией в силу особенностей образа жизни