



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

Методичні вказівки

для підготовки до практичних занять з теми 34
«Сучасні поняття про диспансеризацію населення та скринінг»

із дисципліни **«Пропедевтика громадського здоров'я» (модуль 2)**

для студентів 1 курсу

спеціальності 229 «Громадське здоров'я»

денної форми навчання

Суми

Сумський державний університет

2019

Методичні вказівки до практичних занять з теми 34 : «Сучасні поняття про диспансеризацію населення та скринінг» для самостійної підготовки до практичних занять із дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я» / укладачі: зав. каф., д. м. н., проф. В. А. Сміянов., ст. викл. О.І Сміянова. – Суми: Сумський державний університет, 2019. -.

Тема 34. Сучасні поняття про диспансеризацію населення та скринінг.

Диспансеризація - метод активного динамічного спостереження за здоровими особами, об'єднаними загальними фізіологічними особливостями або умовами праці; хворими, що страждають хронічними захворюваннями, найбільш часто приводять до тимчасової непрацездатності, інвалідності, смертності, або перенесли деякі гострі захворювання; особами, що мають фактори ризику. Цей метод направлений на попередження захворювань, активне їх виявлення в ранніх стадіях і своєчасне проведення лікувально-оздоровчих заходів.

Диспансеризація населення в даний час з методу роботи окремих установ перетворилася на систему роботи всіх лікувально-профілактичних установ країни. Кожне з них у відповідності з профілем своєї роботи здійснює диспансеризацію різних груп населення і певних контингентів хворих.

Основна мета диспансеризації полягає в збереженні і зміцненні здоров'я населення, збільшення тривалості життя людей і підвищенні продуктивності праці працюючих шляхом систематичного спостереження за станом їх здоров'я, вивчення та оздоровлення умов праці та побуту, широкого проведення комплексу соціально- економічних, санітарно-гігієнічних, профілактичних і лікувальних заходів.

Методи проведення диспансеризації здорових і хворих в основному єдині. Диспансеризація здорових повинна забезпечувати правильне фізичний розвиток, зміцнювати здоров'я, виявляти і усувати фактори ризику виникнення різних захворювань шляхом широкого проведення громадських та індивідуальних соціальних і медичних заходів. Диспансеризація хворих повинна активно виявляти і лікувати початкові форми захворювань, вивчати і усувати причини, що сприяють їх виникненню, запобігати загострення процесу і його прогресування на основі постійного динамічного спостереження та проведення лікувально-оздоровчих та реабілітаційних заходів.

Основними завданнями диспансеризації населення є:

1. Визначення стану здоров'я кожного індивіда щорічним оглядом і оцінка здоров'я з урахуванням вікових, статевих і професійних особливостей;
2. Диференційоване активне динамічне спостереження за здоровими; особами, що мають фактори ризику, та хворими; поступовий перехід від спостереження за окремими особами до родинного спостереження;
3. Виявлення та усунення причин, що викликають захворювання; сприяння усуненню шкідливих звичок і забезпечення здорового способу життя;

4. Своєчасне проведення лікувально-оздоровчих заходів;
5. Підвищення якості та ефективності медичної допомоги населенню шляхом взаємозв'язку і наступності в роботі всіх типів закладів, широкого участі лікарів різних спеціальностей, впровадження нових організаційних форм, подальшого технічного забезпечення та використання ЕОМ.

Диспансеризація зайняла провідне місце в роботі поліклінік, амбулаторій, МСЧ, жіночих консультацій та лікарів різних спеціальностей, в першу чергу лікарів загальної практики, територіальних і цехових лікарських дільниць.

Для ефективного та якісного проведення диспансеризації необхідно:

- активне виявлення хворих у ранніх стадіях захворювання;
- систематичне спостереження за їх станом здоров'я;
- своєчасне проведення лікувальних і профілактичних заходів для якнайшвидшого відновлення здоров'я і працездатності;
- вивчення зовнішнього середовища, виробничих і побутових умов і проведення заходів щодо їх поліпшення;
- систематичне підвищення кваліфікації лікарів, як за основним фахом, так і з питань гігієни праці, профзахворювань, експертизи тимчасової непрацездатності;
- участь у диспансеризації адміністрації підприємств, профспілкових та інших громадських організацій.

Серед всього населення, що підлягає диспансерному спостереженню, в першу чергу під спостереження повинні бути взяті робочі провідних галузей промисловості і професій із шкідливими і важкими умовами праці; учні (професійно-технічних училищ, технікумів і вузів), працюючі підлітки незалежно від характеру виробництва і галузей промисловості; жінки дітородного віку; хворі по основних групах захворювань, що визначають рівень тимчасової непрацездатності, інвалідності та смертності населення; особи з підвищеним ризиком захворювання: з підвищеним артеріальним тиском, з передпухлинними захворюваннями, преддіабетом та іншими станами, крім того, що зловживають алкоголем, з надмірним харчуванням, ведуть малорухливий спосіб життя і т. д.

У диспансеризації всього населення повинна брати участь вся мережа амбулаторно-поліклінічних закладів з широким залученням медичних працівників лікарень, висококваліфікованих фахівців медичних вузів, НДІ та ін. Особливу увагу при цьому повинна приділятися розширенню медичних програм раннього виявлення різних захворювань. Завдання органів охорони здоров'я в питаннях диспансеризації полягають в упорядкуванні роботи лікарів зі здоровими людьми. Кожна людина повинна перебувати під

диспансерним наглядом одного лікувально-профілактичного закладу, в одного лікаря при повному задоволенні потреби в діагностичній, консультативній та лікувальній допомозі лікарів інших спеціальностей. При множинній хронічній патології пріоритет визначається відповідно до міжнародної класифікації хвороб і групою диспансерного спостереження. Це забезпечує індивідуальний підхід, підвищує відповідальність лікаря за якість і ефективність проведених заходів, усуває дублювання в обстеженні, спостереженні, зменшує число необґрунтованих і неефективних відвідувань лікувально-профілактичних установ.

Установи за ступенем участі їх у диспансеризації населення різняться за такими рівнями:

I рівень - амбулаторно-поліклінічні заклади, які обслуговують населення за виробничим або територіальним принципом: ФАП, лікарські амбулаторії, здоров'я пункти, МСЧ, територіальні поліклініки, жіночі консультації. Технологія орієнтована на наявні кадрові та матеріально-технічні можливості, використання мобільних систем, сучасної обчислювальної техніки. На цьому рівні необхідні автоматизація діагностичного процесу; збір даних анамнезу, аналіз ЕКГ і ФКГ, лабораторно-діагностичних досліджень, проведення функціональних і психофізіологічних тестів; рішення адміністративно - організаційних завдань.

II рівень - спеціалізовані диспансери, стаціонари лікарень, консультативно-діагностичні центри. Технологія орієнтована на використання наявних матеріально-технічних засобів, додаткового апаратурного парку, що відрізняється від I рівня. На даному рівні поряд із завданнями загального скринінгу передбачено поглиблене обстеження кардіологічного, онкологічного, пульмонологічного офтальмологічного, психоневрологічного та інших профілів.

III рівень - обласні та республіканські лікарні, спеціалізовані центри клініки медичних і науково-дослідних інститутів. Технологія орієнтована на використання всіх сучасних і перспективних методів діагностики та лікування, створення проблемно орієнтованих баз і банків даних для хворих відповідного профілю, а також окремих регіонів країни.

Етапи диспансеризації.

Перший етап. Планування роботи з диспансеризації населення: проведення перепису населення на ділянці, виділення списку осіб підлягають активному динамічному спостереженню в умовах лікувального закладу,

визначення черговості запрошення на медичні огляди та індивідуальної програми обстеження.

Другий етап. Обстеження за зверненнями і під час профілактичних оглядів. Проведення лікувально-діагностичних заходів, оцінка стану здоров'я, визначення групи здоров'я. Третій етап. Активне запрошення на прийом хворих, які перебувають під диспансерним наглядом, проведення лікувально-оздоровчих та реабілітаційних заходів. Оцінка якості проведення диспансеризації.

За станом здоров'я все оглянуті жителі поділяються на три групи диспансерного спостереження.

I група - здорові - особи, що не мають хронічних захворювань або порушення функцій окремих органів і систем, у яких при обстеженні не знайдено відхилень від встановлених меж норми і повністю працездатні.

II група - практично здорові особи, часто і тривало хворіють гострими захворюваннями, що мають хронічне захворювання, не позначається на функції життєво важливих органів і не впливає на працездатність.

III група - хворі хронічними захворюваннями. Поділяються на осіб з компенсованим перебігом захворювання, рідкими і нетривалими втратами працездатності; з субкомпенсованим перебігом захворювання, частими загостреннями і тривалими втратами працездатності; з декомпенсованим перебігом, стійкими патологічними змінами, що ведуть до стійкої втрати працездатності.

У кожній з груп виділяють осіб з факторами ризику виробничого, побутового і генетичного характеру.

У групі здорових обстеження має бути спрямоване на визначення функціонального стану окремих систем і органів, в першу чергу серцево-судинної, дихальної, ендокринної, травлення, центральної і периферичної нервової системи, ступеня адаптації організму, виявлення резервів .

При обстеженні осіб, практично здорових і мають фактори ризику, поряд з перерахованими вище методами повинні визначатися відхилення окремих органів і систем, реакції функціональних систем організму на динамічне навантаження, а також оцінюватися працездатність.

У групі хворих повинно проводитися цілеспрямоване обстеження, що включає всі сучасні методи лабораторних, функціонально-діагностичних, рентгенологічних, радіоізотопних, ендоскопічних та інших досліджень. Частота і тривалість спостереження за пацієнтами, що мають хронічні захворювання, залежить від перебігу захворювання, його форми і стадії. Так,

тривалість диспансерного спостереження за хворими на ревматизм, ішемічну хворобу серця, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки становить понад 5 -6 років. Планування активних оглядів хворих підлягають диспансеризації має будуватися так, щоб провести протирецидивне лікування перед сезонним загостренням (серпень - вересень, лютий - квітень).

Організація диспансеризації в умовах жіночої консультації.

Акушер-гінеколог робить висновок про стан репродуктивної функції жінки. Інтегральна оцінка стану здоров'я кожної жінки проводиться, виходячи з анамнезу, скарг і даних об'єктивного обстеження. Висновок здорова - дається, якщо в анамнезі відсутні порушення у становленні і подальшому перебігу менструальної функції, гінекологічні захворювання, скарги; при об'єктивному обстеженні (лабораторному, клінічному) зміни в будові і функції органів репродуктивної системи. Група ризику. В анамнезі є вказівки на гінекологічні захворювання, функціональні відхилення або аборти; відсутні скарги; при об'єктивному обстеженні можуть бути анатомічні зміни, що не викликають порушень репродуктивної системи і працездатності жінок. Наявні пренатальні фактори не перевищують 4 балів при їх сумарній оцінці. Функціональні порушення окремих органів і систем не викликають ускладнень протягом вагітності, і кожне з них не оцінюється вище 2 балів за шкалою пренатального ризику. Хвора. Можуть бути вказівки на наявність гінекологічних захворювань в анамнезі, скарги можуть бути або відсутні; при об'єктивному обстеженні виявлено гінекологічне захворювання. Вагітна з екстрагенітальною або акушерською патологією.

Популяція вагітних, будучи особливою групою населення в певний часовий інтервал, потребує також в оцінці стану здоров'я. Здоров'я вагітної можна розглядати як стан оптимального фізіологічного, психічного і соціального функціонування, при якому всі системи материнського організму забезпечують повноцінність здоров'я і розвиток плоду.

Важливим є питання про диспансеризацію жінок поза вагітністю. Диспансеризація здорових жінок забезпечує збереження здоров'я, створення у них стійкості до несприятливих факторів зовнішнього середовища (на виробництві, в побуті) адекватного формування здорового способу життя стосовно окремих віковими періодами. Здорові жінки можуть проходити диспансерний огляд акушера-гінеколога 1 раз на рік.

Диспансеризація жінок з групи ризику має своєю метою розробку профілактичних заходів проти факторів ризику, збільшення резервів організму, спрямованих на попередження гінекологічних захворювань. Ця група повинна проходити диспансерний огляд не менше 2 разів на рік.

Диспансеризація хворих жінок ставить своїм завданням вивчення і вибір можливостей усунення причин, що викликали захворювання, раннє виявлення, ефективно їх лікування і подальшу реабілітацію.

Для основних форм гінекологічних захворювань в даний час відпрацьовані конкретні схеми диспансерного спостереження.

Організація диспансеризації дітей.

Перший етап диспансеризації дітей включає кілька взаємозалежних періодів.

Перший період - антенатальна охорона плода, здійснюється дільничної педіатричної службою в контакт з акушером-гінекологом жіночої консультації. У цьому періоді основним завданням є організація наступності в діяльності жіночої консультації та дитячої поліклініки, яка повинна здійснюватися у вигляді постійної інформації, що надходить в дитячу поліклініку, про кожній вагітній жінці, взятої під спостереження. Для цього застосовують такі форми роботи, як школа молоді матері і дородовий патронаж (у 28 і 32-36 тижні вагітності). Дородовий патронаж, як правило, виконує дільнична медична сестра. Педіатр проводить патронаж вагітних з нормально протікає вагітністю на прийомі в поліклініці, а при несприятливо протікає вагітності і обтяженому анамнезі на дому. Слід зазначити, що при другому патронажі, що проводиться в 32-36 тижнів вагітності, майбутня мати повинна отримувати необхідні відомості з догляду та організації умов життя дитини. Народження здорової дитини є до певної міри показником ефективності і якості антенатальної профілактики.

Другий період - динамічне спостереження за новонародженим, яке проводить дільничний педіатр спільно з медичною сестрою. Якісно важливим моментом при цьому повинна стати оцінка особливостей перебігу вагітності та пологів у матері, раннього постнатального онтогенезу, тобто виявлення можливої приналежності дитини до групи ризику. Вже при першому патронажі новонародженого можна певною мірою прогнозувати стан здоров'я дитини і призначити відповідні коригуючі і оздоровлюючі заходи, відповідно до стану здоров'я дитини і групою ризику. При першому патронажі доцільно також збирати генеалогічний анамнез для того, щоб проводити за показаннями своєчасні лабораторні методи дослідження. Завдання і цілі динамічного спостереження за новонародженим полягають в тому, щоб дати матері певну систему знань з урахуванням конкретних умов сім'ї, її санітарної грамотності в питаннях виховання здорової дитини та профілактики захворювань.

Третій період - щомісячне динамічне спостереження за дитиною протягом 1-го року життя. Слід пам'ятати, що фізичний і нервово-психічний

розвиток, а також рівень стану здоров'я дитини в перші 3 місяці життя можуть бути показником ефективності і якості спостереження ним у періоді новонародженості. При оцінці якості спостереження протягом 1-го року життя необхідно велике значення надавати комплексній оцінці рівня розвитку і стану здоров'я в декретованих для дитини цього періоду життя віки: 3, 6, 9 і 12 місяців. Лікар, роблячи висновок про стан здоров'я дитини в ці вікові періоди, пише етапний епікриз, в якому відображає розвиток і здоров'я дитини за минулий період, оцінює рівень його фізичного розвитку, для чого користується місцевими стандартами визначення гармонійності розвитку, важливо оцінити рівень нервово-психічного розвитку. Вирішальне значення для оцінки стану здоров'я має факт наявності або відсутності захворювань в момент обстеження, а також частота і тривалість гострих захворювань, перенесених дитиною, в попередній квартал. Кратність і тривалість захворювань побічно відображають стан реактивності організму дитини.

Четвертий період - динамічне спостереження за дитиною віком від 1 року до 7 років. Таке спостереження, як відомо, проводить дільничний педіатр в тому випадку, якщо дитина не відвідує дитячий дошкільний заклад, а виховується в сім'ї. У віці 5-7 років це обстеження суміщають з комплексним оглядом перед вступом до школи. Результати наукових досліджень останніх років свідчать про необхідність проведення огляду дітей у віці 3 і 5 років з метою профілактики хронічних захворювань всіма лікарями-спеціалістами: ЛОР, окулістом, хірургом-ортопедом, невропатологом, стоматологом, логопедом.

Для всіх дітей дошкільного віку велике значення мають комплексна оцінка стану здоров'я. У дітей 2-го і 3-го року життя обов'язково оцінюють нервово-психічний розвиток.

Слід зазначити, що стан здоров'я дитини при вступі до школи є показником якості та ефективності такого спостереження.

У результаті наукових досліджень, проведених в дитячих лікувально-профілактичних установах ряду територій країни, запропоновано 5 груп здоров'я. До I групи відносять здорових дітей; до II групи - здорових, але з наявністю ризику виникнення патології; до III, IV і V групах - хронічно хворих дітей у стані компенсації, субкомпенсації та декомпенсації патологічного процесу.

Організація медичного контролю за станом здоров'я школярів передбачає щорічне проведення профілактичних оглядів, які проводяться поетапно: перший етап - скринінгові дослідження, другий етап - обстеження дітей, відібраних за допомогою тестів; третій етап - обстеження фахівцями

школярів, спрямованих лікарем школи на консультацію. Ці принципи організації масових медичних оглядів забезпечують не тільки підвищення ефективності самих оглядів, а й вдосконалення організаційних підходів медичного обслуговування учнів. Всіх дітей, що мають відхилення в розвитку та стані здоров'я, беруть на диспансерний облік.

Скринінг (Screening) - в 1951 р Комісія США по хронічних захворювань дала наступне визначення скринінгу: «Можлива ідентифікація нерозпізнаними захворювання або дефекту шляхом проведення тестів, обстежень або інших легко використовуваних процедур».

Скринінгові тести дозволяють виділити з середовища здаються здоровими людей тих, хто ймовірно, має захворювання, і тих, хто, ймовірно, його не має. Скринінговий тест не призначений для діагностики. Особи з позитивними або підозрілими результатами повинні направлятися до своїх лікарів для встановлення діагнозу і призначення необхідного лікування». Ініціатива в проведенні скринінгу зазвичай виходить від дослідника, особи або організації, які надають медичну допомогу, а не від пацієнта зі скаргами. Зазвичай скринінг націлений на хронічні хвороби і на виявлення захворювання, щодо якої медична допомога ще не виявляється. Скринінг дозволяє виявляти фактори ризику, генетичні схильності і провісники або ранні прояви захворювання. Існують різні типи медичного скринінгу, кожен з яких має власну спрямованість.

Види скринінгу

Масовий скринінг (Mass S.) просто означає скринінг всього населення.

Складний або багатовимірний скринінг (Multiple or multiphasic S.) має на увазі використання різних скринінгових тестів одночасно.

Профілактичний скринінг (Prescriptive S.) націлений на раннє виявлення у мабуть здорових людей хвороб, контроль над якими може бути більш успішним у разі їх виявлення на ранній стадії. Приклад: мамографія для виявлення раку молочної залози. Характеристики скринінгового тесту включають в себе правильність, передбачуване число виявлених випадків, точність, відтворюваність, чутливість, специфічність і достовірність.

Вибірчий скринінг - проводиться під час відсутності симптомів, але при наявності одного або більше факторів ризику розвитку шуканого захворювання, наприклад вказівок на захворювання найближчих родичів, особливостей способу життя або приналежності обстежуваного до популяції з високою поширеністю відповідного захворювання

Генетичний скринінг (Genetic screening) - використання методів молекулярної біології для виявлення мутацій, які присутні у людини і

підвищують ризик розвитку захворювання, наприклад, генів BRCA1 і BRCA2, що значно підвищують ризик розвитку раку молочної залози і яєчників у жінок. При генетичному скринінгу можуть виникнути етичні проблеми, наприклад, при повідомленні людей про наявність у них підвищеного ризику хвороби, ефективного лікування якої не існує. Також можуть виникнути проблеми, якщо результат діагностики здатний привести до проблем з працевлаштуванням і страхуванням.

Систематичний (безвиборочний) скринінг - проводиться всім особам в певній популяції, наприклад, ультразвуковий скринінг хромосомної патології, який проводиться в першому триместрі вагітності. Популяцією для даного скринінгу є все без винятку вагітні жінки.

Вибірковий скринінг - проводиться серед осіб які зазнають впливу певних факторів ризику, здатних викликати те чи інше захворювання. Прикладом такого скринінгу є дослідження медичних працівників на захворюваність гепатитами В і С, ВІЛ, сифіліс, тому що представники даних професій контактують з біологічними рідинами потенційно хворих людей і, відповідно, мають підвищений ризик зараження даними інфекційними хворобами.

Терміни і поняття характеризують скринінг:

- Рівень скринінгу (screening level) - межа «норми» або точка поділу, за якої скринінговий тест вважається позитивним.
- Чутливість і специфічність
- Прогностична значущість діагностичного тесту
- Хибно-позитивні результати
- Помилково-негативні результати

Критерії скринінгу

Нижче наведені критерії скринінгу, запропоновані національним комітетом по скринінгу Великобританії (UK National Screening Committee).

Скриноване захворювання або стан:

- скриноване захворювання або стан чинить серйозний вплив на стан здоров'я пацієнта;
- етіологія і патогенез захворювання повинні бути ретельно вивчені, повинні бути відомі фактори ризику розвитку захворювання і його ознаки, які можуть бути виявлені в латентній або ранній стадії його розвитку;
- повинні бути застосовані всі ефективні заходи, спрямовані на попередження розвитку захворювання.

Необхідно враховувати можливі етичні та психологічні наслідки скринінгу для осіб, які є носіями генної мутації, при проведенні скринінгу генних хвороб з рецесивним типом успадкування.

Вимоги до скринінгового тесту

1. Повинен бути простим у виконанні, безпечним для здоров'я пацієнта, точним і достовірним;
2. Повинен бути відомим нормальний розподіл отриманих в результаті проведення тесту значень в обстежуваній популяції, і повинен бути встановлений прийнятний пороговий рівень значень тесту, при якому результат скринінгу буде вважатися позитивним;
3. Тест повинен бути прийнятним для обстежуваної популяції;
4. Скринінг генних хвороб повинен проводитися тільки на ті захворювання, для яких можна провести діагностику всіх можливих мутацій генів, що викликають це захворювання. При неможливості діагностики всіх генних мутацій скринінг даної генної хвороби проводитися не повинен.

Розроблена скринінгова програма повинна відповідати ряду вимог:

1. Ефективність скринінгової програми повинна бути підтверджена в рамках проведених РСІ. Основні критерії: зниження захворюваності та смертності від скринюваного захворювання.
2. Наявність доказів точності скринінгового дослідження для виявлення досліджуваного захворювання.
3. Пропоновані скринінгові дослідження повинні бути клінічно прийнятними і етичними.
4. Користь від проведення скринінгу повинна перевищувати можливий фізичний і психологічний збиток, який може випробувати пацієнт в результаті участі в скринінгової програмі.
5. Економічна доцільність: вартість скринінгу не повинна перевищувати витрати на діагностику та лікування захворювання, при його виявленні в більш пізніх термінах.
6. Постійний контроль якості діючої програми.
7. Перед впровадженням скринінгової програми слід переконатися в достатності обладнання і фахівців для її реалізації.

8. Пацієнти повинні бути проінформовані про можливі результати скринінгу. Інформація повинна бути донесена зрозумілою пацієнтові мовою.

9. Скринінг на виявлення генних хвороб з рецесивним типом успадкування повинен бути прийнятним для носіїв рецесивного гена і його родичів.

Результати скринінгу використовують також для вивчення поширеності досліджуваного захворювання (або групи захворювань), факторів ризику його розвитку і їх відносного значення. Так, в епідеміології і при профілактиці серцево-судинних захворювань С. дозволяє визначити співвідношення окремих форм ішемічної хвороби серця в популяції і поширеність в тій же популяції таких факторів ризику захворювання, як підвищення артеріального тиску, гіперхолестеринемія, куріння, споживання алкоголю. На основі оцінки окремих факторів ризику і їх поєднань розробляють таблиці, що характеризують ступінь ризику появи нових випадків захворювання.

Основними умовами проведення скринінгу є наявність підготовленого персоналу і стандартний підхід до виявлення досліджуваного ознаки і оцінці отриманих результатів. Застосовувані методи повинні бути досить прості, надійні і відтворювані. Необхідно, щоб вони володіли достатньою чутливістю і високою специфічністю.

Контрольні питання

1. Що являє собою диспансерний метод і яке його значення?
2. Які мета і завдання диспансеризації населення?
3. На яких рівнях може проводитися диспансеризація населення?
4. Як організована диспансеризація дорослого населення?
5. На які групи поділяють осіб минулих профілактичні огляди?
6. Як організована диспансеризація в умовах жіночої консультації?
7. У чому виявляються особливості диспансерного спостереження за дітьми?
8. Які показники використовують для оцінки якості та ефективності проведення диспансеризації?
9. Що таке скринінг?
10. Які види скринінгу Ви знаєте?

11. Назвіть критерії скринінгу.
12. Якими повинні бути скринінгові тести?
13. Що необхідно передбачати в скринінговій програмі?

Рекомендована література

1. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Під редакцією Вороненка Ю.В., Москаленка В.Ф. Тернопіль, 2000.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я. За редакцією Ю.В. Вороненка. Київ, 2002.
3. Програмні тестові питання з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Під ред. Ю.В. Вороненка. Тернопіль, 2001.
4. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Таран В.В., Лехан В.М.
5. та ін. Економіка охорони здоров'я. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
6. Moskalenko V., Taran V., Hulchiy O., Glazunova Y. et al. Health Economics. – Vinnytsia: Nova Knyha Publishers, 2010. – 112 p.
7. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва:, «ТЭОТАР-Медиа». 2007.
8. Голяченко О.М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Підручник. - Київ, 2011. – 216 с.
9. Методичні вказівки до практичних занять з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Модуль 2. Здоров'я населення. Суми.
10. Методичні вказівки до практичних занять з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Модуль 3. Суми.
11. Методичні вказівки до практичних занять з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Модуль 4. Суми.
12. Збірник ситуаційних задач до практичних занять з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Модуль 2. Суми.