



Сучасні аспекти доказового скринінгу

Асистент кафедри сімейної
медицини і терапії Лебідь В.Г.

План лекції

- 1. Клінічне обстеження пацієнтів з захворюваннями внутрішніх органів.
- 2. Визначення поняття скринінгу і диспансеризації.
- 3. Методи проведення скринінгу в профілактиці захворювань внутрішніх органів у різних верств населення верств населення.
- 4. Ознайомлення з нормативно-правовим забезпеченням профілактичної діяльності в галузі, в т.ч. в закладах первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини.

- Протягом багатьох років існували різні визначення скринінгу; деякі з них, найбільш часто використовувані в США і Об'єднаному Королівстві. Простіше кажучи, **скринінг** - це спроба ідентифікувати хворобу або стан перед хворобою у зовні здорових людей. Новітнє визначення скринінгу, сформульоване НКС Об'єднаного Королівства, вводить поняття ризику, визнаючи, що скринінг може як пошкодити, так і допомогти; можливо, це зроблено у відповідь на активізацію в суспільстві настроїв, що породжують скарги і судові позови. Важливо також розмежувати популяційний скринінг (коли людей, яких вважають схильними до ризику, запрошують пройти скринінг, як це робиться в рамках національних програм з виявлення раку молочної залози та шийки матки) і опортуністичний скринінг з метою профілактики або виявлення захворювань (коли люди звернулися за медичною допомогою у зв'язку з певним симптомом або скаргою, а лікарі, користуючись нагодою, пропонують їм різні інші тести - такі як вимір артеріального тиску і рівня холестерину, - з урахуванням віку і статі пацієнтів).

Таблиця 1 Визначення скринінгу

Джерело	Визначення
Комісія з хронічних хвороб США (1957)	Скринінг - це можливе виявлення прихованої хвороби або дефекту шляхом застосування тестів, обстежень та інших процедур, які можуть бути проведені швидко. Скринінг-тести дозволяють відокремити зовні здорових людей з явними ознаками захворювання від тих, хто, очевидно, не хворий.
Макк'юн	Скринінг - це медичне обстеження, яке не викликане проханням пацієнта дати раду щодо тієї чи іншої скарги.
Уілсон и Джангнер (Wilson и Jungner 1968)	Масовий скринінг - це широкомасштабний скринінг всіх груп, що входять до популяції. Вибірковий скринінг - це скринінг окремих груп високого ризику у складі популяції. Багатоетапний скринінг - це застосування двох або більше скринінг-тестів для великих груп населення. Нагляд - це довгострокове спостереження окремих популяцій. Виявлення випадків захворювання - це скринінг пацієнтів, які вже звернулися до служби охорони здоров'я для виявлення захворювання і початку лікування. Раннє виявлення захворювань відноситься до всіх типів скринінгу.
НКС - Перша доповідь (1998)	Скринінг - це систематичне використання тестів або опитування для виявлення осіб, схильних до достатнього ризику розвитку конкретного розладу, з тим щоб підтвердити необхідність подальших досліджень або безпосередніх профілактичних заходів щодо осіб, які не зверталися за медичною допомогою у зв'язку з симптомами даного розладу.
НКС - Друга доповідь (2000)	Скринінг - це послуга у області охорони здоров'я, яка полягає в тому, що представникам конкретної популяції, які не обов'язково розуміють, що вони схильні до ризику захворювання або вже страждають на хворобу або її ускладнення, ставлять питання або пропонується тест для виявлення осіб, яким з більшою 16 Джерело Визначення ймовірністю буде надана допомога, а не завдано шкоди, подальшими тестами або лікуванням з метою зниження ризику захворювання або його ускладнень.

Критерії скринінгу. Основні критерії, яких необхідно дотримуватись перед проведенням скринінгу щодо будь-якого стану, чітко визначені вже багато років тому. Вони мають фундаментальне значення для забезпечення цілісності процесу скринінгу в будь-якій країні. Повністю ці критерії наводяться на веб-сайті Національного комітету зі скринінгу Об'єднаного Королівства (www.nsc.nhs.uk) і узагальнюються в Табл. 2. Оцінка повинна бути невід'ємною частиною будь-якої процедури скринінгу. У 1971 р КоКрейн і Холланд (Cochrane and Holland) запропонували сім критеріїв оцінки, які сьогодні настільки ж справедливі, як і тоді (Табл. 3).

Таблиця 2 Резюме критеріїв скринінгу
Категорія

Стан	Критерій
Діагноз	Шуканий стан має бути важливою проблемою здоров'я, анамнез якого, включаючи розвиток від прихованого до вираженого захворювання, повинен бути правильно зрозумілий. Необхідно, щоб стан мав впізнавано- приховану або ранню симптоматичну стадію.
Лікування	Повинен існувати відповідний діагностичний тест, безпечний і прийнятний для охопленої популяції. Повинна бути узгоджена політика, заснована на надійних результатах тесту і національних стандартах, визначаючих, кого слід вважати пацієнтами, а весь процес повинен бути безперервним.
Вартість	Для осіб, у яких виявлені захворювання або стан перед хворобою, повинно існувати визнане і установлене лікування або втручання, а також має бути доступним обладнання для лікування. Вартість виявлення випадків захворювання (включаючи діагностику і лікування) повинна бути економічно збалансована з можливими витратами на медико-санітарну допомогу в цілому.

Таблиця 3. Резюме критеріїв оцінки скринінгу

Фактор	Критерії
Простота	Тест повинен бути легким для використання, простим для інтерпретації і, на скільки це можливо, доступним для проведення парамедичним (фельдшерським) та іншим персоналом
Прийнятність	Так як участь у скринінгу добровільна, тест повинен бути прийнятним для тих, хто є його об'єктом
Точність	Тест повинен давати точні визначення стану або симптому, що визначається
Вартість	Вартість тесту повинна враховуватись в зв'язку із перевагами раннього виявлення захворювання
Повторюваність	Тест повинен давати результати, що є співставимими у повторюваних дослідженнях
Чутливість	Тест повинен давати позитивний результат у випадку наявності стану, що визначається у обстежуваного індивіда
Специфічність	Тест повинен давати негативний результат у випадку відсутності стану, що визначається у обстежуваного індивіда

Таблиця 4. Переваги і недоліки скринінгу

Переваги	Недоліки
Поліпшення прогнозу для деяких виявлених випадків	Більш тривалий період захворювання у випадках, коли прогноз не змінюється
Менш радикальне лікування, що дозволяєвилікувати деякі випадки захворювання на ранній стадії	Активне лікування сумнівних порушень
Економія ресурсів	Затрати ресурсів
Заспокоєність осіб з негативними результатами тесту	Необґрунтована заспокоєність осіб з помилково негативними результатами
	Занепокоєння і іноді захворюваність осіб з хибнопозитивними результатами
	Небезпека скринінг-тесту як такого

Усі рекомендації щодо скринінгу базуються на результатах популяційних досліджень і рівнях доказовості. Виділяють такі рівні доказовості:

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

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

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

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

І – немає достатніх доказів щодо застосування даного методу скринінгу.

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

Рекомендації зі скринінгу USPSTF Захворювання (рівень доказовості) Онкологія	Когорти населення, яким рекомендований скринінг, частота обстеження
Колоректальний рак (A)	50–75 років: кал на приховану кров (1 раз на рік), сигмоїдоскопія (1 раз на 3 роки) чи колоноскопія (1 раз на 10 років) Чутливість: колоноскопія>сигмоїдоскопія>кал на приховану кров Специфічність: колоноскопія=сигмоїдоскопія>кал на приховану кров
Рак молочної залози (B)	40–49 років: мамографія 1 раз на 2 роки за індивідуальними показаннями 50–74 роки: мамографія 1 раз на 2 роки
Рак шийки матки (A)	21–29 років: Пап-тест 1 раз на 3 роки 30–64 роки: Пап-тест 1 раз на 3 роки чи Пап-тест + тест на папіломавірус людини – 1 раз на 5 років

Рак простати (I)	Простат-специфічний антиген не рекомендовано застосовувати в якості скринінгу раку простати в чоловіків
Рак легень (B)	Пацієнти 55–79 років, які мають анамнез 30 пачко-років куріння і курять в даний час чи кинули курити протягом останніх 15 років – КТ
Кардіологія	
Артеріальна гіпертензія (A)	Від 18 років – вимірювання АТ, якщо САТ 120–139 чи ДАТ 80–89 – 1 раз на рік, якщо менше 120/80 – 1 раз на 2 роки
Аневризма черевної аорти (B)	Чоловіки – курці 65–75 років: УЗД черева одноразово
Дисліпідемія (B)	Усі дорослі з підвищеним ризиком, усі чоловіки від 35 років: оцінка ліпідного спектра крові 1 раз на 5 років (за умови отримання нормального результату), жінки від 45 років: оцінка ліпідного спектра крові 1 раз на 5 років (за умови отримання нормального результату)

Ендокринологія

Цукровий діабет (В)

Нба1С, або глюкоза в плазмі натще серце,
або тест толерантності до глюкози:
Дорослі з АТ>135/80: 1 раз на 3 роки
Усі особи від 45 років (до 70 років):
незалежно від рівня АТ
Дорослі до 45 років: з ІМТ>25 за
наявності одного з додаткових факторів
ризик

Остеопороз (В)

Усі жінки від 65 років, жінки до 65 років із
підвищеним ризиком:
денситометрія (DXA) стегнової кістки чи
поперекового відділу хребта
Жінки до 65 років – оцінка ризику за
шкалою FRAX: якщо 10-річний ризик
>9,3% – вважати групою високого ризику

Ожиріння (В)

Усі дорослі – ІМТ

Інфекційні захворювання

Гепатит В, С (В)	Усі дорослі; особи, яким здійснювали переливання крові, хірургічні маніпуляції – одноразово; особи з підвищеним ризиком – частіше
СНІД (А)	Усі дорослі – одноразово; особи, які мають підвищений ризик – частіше
Хламідіоз (В)	Сексуально активні
Гонорея (В)	Сексуально активні
Сифіліс (А)	Сексуально активні

Соціально значущі фактори

Депресія (В)	Усі дорослі – анкета PHQ-2, якщо в клініці є психолог
Алкоголь (В)	Усі дорослі – анкета AUDIT-C
Куріння (А)	Усі дорослі – програма СНДІ
Насильство в сім'ї (В)	Усі жінки дітородного віку

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

СКРИНІНГ У ПЕРВИННІЙ ДОПОМОЗІ

КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ (2018)

2.3.1. Скринінг на підлітковий ідіопатичний сколіоз: клінічне резюме

Популяція	Діти та підлітки віком від 10 до 18 років
Рекомендації	Відсутні рекомендації Клас: Заява I
Виключення з популяції	Ця рекомендація не застосовується до дітей та підлітків, які не можуть бути оцінені щодо болю в спині або очевидних деформацій спини (викривлення хребта)
Скринінгові тести	Відповідні докази вказують на те, що на даний час наявні скринінгові тести в комплексі дозволяють точно виявляти підлітковий ідіопатичний сколіоз. Рентгенографія використовується для підтвердження діагнозу, а також для кількісного визначення ступеня кривизни (тобто кута Кобба); знак Риссер (етап окостеніння під'язкового апофізу) використовується для контролю прогресування кривизни
Лікування	Інформація щодо переваг або шкоди лікування підшлункового ідіопатичного сколіозу, виявленого при скринінгу, є недостатньою. Лікування визначається ступенем викривлення хребта та потенціалом подальшого зростання скелету, і може включати спостереження, фізичні вправи, фіксацію або операцію.

2.3.4. Скринінг на ожиріння у дітей та підлітків: клінічне резюме

Популяція	Діти віком 6 років і старше та підлітки
Рекомендація	Скринінг на ожиріння; пропонувати або направляти дітей та підлітків з ожирінням на комплексне, інтенсивне поведінкове втручання для зменшення ваги. Клас B
Оцінка ризиків	Усі діти та підлітки мають ризик ожиріння тому повинні бути проаналізовані; Конкретні фактори ризику включають: надмірна вага батьків, погане харчування, низький рівень фізичної активності, недостатній сон, малорухливий спосіб життя та низький рівень сімейного доходу
Скринінгові тести	Обчислення ІМТ, з використанням зросту та ваги є рекомендованим тестом на скринінг для ожиріння. Ожиріння визначається як показники ІМТ у 95-м процентілі відповідно до статі та віку
Втручання	Всебічні, інтенсивні поведінкові втручання ≥ 26 контактних годин призвели до втрати ваги. Ефективні втручання склалися з кількох компонентів, зокрема: сеансів, орієнтованих як на батьків, так і на дітей (окремо або разом); пропонуються індивідуальні заняття (як сімейні так і групові); надання інформації про здорову їжу, правильне читання етикетки; заохочення використання стимулюючого контролю (наприклад, обмеження доступу до спокусливої їжі та обмеження часу проведеного перед екраном), встановлення цілей, самоконтроль, умовні нагороди за вирішення проблем; і керування сесіями фізичної активності. Серед провайдерів - клініцисти первинної медичної допомоги, фізіологи, фізіотерапевти, дієтологи, помічники дієтологів, психологи та соціальні працівники, але більш інтенсивні втручання зазвичай включають реферали за межами офісу первинної медичної допомоги. Докази щодо втручань фармакотерапії були недостатніми.
Баланс переваг та шкоди	USPSTF з впевненістю робить висновок, що чиста користь скринінгу на ожиріння у дітей віком 6-ти років і старше та підлітків, а також пропозиція або посилання на всебічні, інтенсивні поведінкові втручання для зниження ваги, є помірною.
Інші ревалентні Рекомендації USPSTF	USPSTF зробила рекомендації щодо скринінгу первинної гіпертензії та ліпідних захворювань у дітей та підлітків. Ці рекомендації доступні на веб-сайті USPSTF (https://www.uspreventiveservicestaskforce.org).

2.3.17. Скринінг на латентну туберкульозну інфекцію у дорослих: клінічне резюме рекомендацій

Популяція	Безсимптомні дорослі з підвищеним ризиком зараження
Рекомендації	Скринінг на латентну туберкульозну інфекцію (ЛТБІ) Ступінь В
Оцінка ризиків	Населення з підвищеним ризиком для ЛТБІ включає осіб, які народилися або проживали в країнах з підвищеною захворюваністю на туберкульоз та особи, які живуть або жили у громаді у закладах закритого типу з підвищеним ризиком захворювання (наприклад, притулки для бездомних та виправні заклади). Місцеві демографічні моделі можуть відрізнятися в США; клініцисти можуть проконсультуватися зі своїми місцевими чи державними відділами охорони здоров'я для отримання додаткової інформації про популяції, що перебувають під ризиком у своїй громаді
Скринінгові тести	Скринінгові тести включають туберкулінову шкірну пробу (ТШП) Манту і тест вивільнення гама-інтерферону (ТВГІ); обидва є помірно чутливими і дуже специфічними для виявлення ЛТБІ.
Лікування та втручання	CDC надає рекомендації щодо лікування ЛТБІ за адресою http://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/LTBI.htm .
Баланс переваг та недоліків	USPSTF з упевненістю робить висновок, що чистий ефект скринінгу для ЛТБІ у осіб, що мають підвищений ризик розвитку туберкульозу, є помірним.

2.3.18. Скринінг на порушення ліпідного обміну у дітей та підлітків: клінічне резюме

Популяція	Безсимптомні діти та підлітки віком 20 років і молодше
Рекомендація	Рекомендацій немає Клас: заява I (доказів недостатньо)
Оцінка ризику	Мультифакторна дисліпідемія пов'язана з такими чинниками ризику, як екологічні (наприклад, ожиріння) та досі не визначені генетичні чинники. Сімейна гіперхолестеринемія є аутосомно-домінантним порушенням, викликаним генетичною мутацією.
Скринінгові тести	Загальний показник холестерину можна вимірювати тестом сироватки крові натщесерце або після їжі. Рівень ЛПНЩ-Х у сироватці може бути розрахований за формулою Фрідевальда. Пряме вимірювання ЛПНЩ-Х не вимагає умови його виконання натщесерце. В інших нещодавніх настановах щодо скринінгу дисліпідемії у дітей було рекомендовано проводити вимірювання або рівня ЛПНЩ-Х, або рівня не-ЛПНЩ-Х
Лікування та втручання	Втручання при дисліпідемії включають зміну способу життя (наприклад, зміни в харчуванні й фізичній активності) та фармакотерапію (наприклад, застосування статинів, препаратів, що зв'язують жовчні кислоти, або інгібіторів абсорбції холестерину). Вік, починаючи з якого найбільш сприятливо починати застосування статинів, підлягає обговоренню. Віддалені користь та шкода від використання статинів у дітей та підлітків невідомі.
Баланс користі та шкоди	USPSTF дійшла висновку, що наявних доказів недостатньо і що неможливо визначити баланс користі та шкоди від скринінгу порушень ліпідного обміну у дітей та підлітків віком 20 років і молодше, які не мають відповідних симптомів.
Інші відповідні рекомендації USPSTF	USPSTF рекомендує клініцистам проводити скринінг ожиріння у дітей віком від 6 років і старше та пропонувати або направляти їх на комплексне інтенсивне поведінкове втручання (Рекомендація B). USPSTF виявила недостатньо підстав для скринінгу первинної гіпертензії у безсимптомних дітей та підлітків для запобігання виникненню у них серцево-судинних захворювань в дитинстві чи у дорослому віці (заява I). Ці рекомендації доступні на сайті www.uspreventiveservicestaskforce.org .
	Для ознайомлення з систематичним оглядом доказової бази даної рекомендації, повним текстом рекомендаційної заяви та допоміжними документами, будь ласка, перейдіть на сторінку www.uspreventiveservicestaskforce.org ЛПНЩ-Х – холестерин ліпопротеїнів низької щільності; не-ЛПНЩ-Х – холестерин ліпопротеїнів не низької (середньої або високої) щільності

2.3.21. Скринінг на підвищений рівень глюкози в крові та цукровий діабет 2 типу: клінічне резюме

Популяція	Особи віком 40- 70 років, з надмірною масою тіла або ожиріння
Рекомендації	Скринінг на підвищений рівень глюкози в крові. Пропонувати або направляти пацієнтів з підвищеним рівнем глюкози в крові на консультування з метою їх заохочення та навчання правилам здорового харчування та до фізичного навантаження. Клас: В
Оцінка ризику	Фактори ризику щодо порушення метаболізму глюкози включають надлишкову масу тіла, ожиріння або ожиріння по абдомінальному типу, відсутність фізичної активності та куріння. Порушення метаболізму глюкози також часто пов'язаний з іншими серцево-судинними факторами ризику, такими як гіперліпідемія та артеріальна гіпертензія.
Скринінгові тести	Підвищення рівня глюкози може бути виявлено шляхом вимірювання рівнів глікованого гемоглобіну A1c, глюкози в плазмі натще або тестом толерантності до глюкози. Діагностика цукрового діабету типу 2, порушення толерантності до глюкози, рівня глюкози натще повинна бути підтверджена при повторному тестуванні (повторне аналогічне тестування в інший день є найкращим способом підтвердження).
Інтервали скринінгу	Докази щодо оптимальної частоти повторного скринінгу для дорослих з початково нормальним рівнем глюкози є обмеженими. Дослідження показують, що оптимальним є повторний скринінг кожні 3 роки
Лікування та втручання	Ефективна корекція способу життя поєднує в собі консультування щодо здорового харчування та фізичної активності. Існує недостатньо доказів того, що ліки мають такі ж переваги, як і корекція способу життя.
Баланс користі та шкоди	Загальна користь скринінгу на порушення толерантності до глюкози або рівень глюкози натще, діабет та впровадження корекції способу життя є помірною.
Інші рекомендації USPSTF	USPSTF рекомендує скринінг та відповідну корекцію факторів ризику серцево-судинних захворювань (надмірна маса тіла, ожиріння, фізична активність, підвищений рівень ліпідів, високий артеріальний тиск та куріння). Ці рекомендації доступні на веб-сайті USPSTF (www.uspreventiveservicestaskforce.org).

2.3.22. Скринінг на високий артеріальний тиск у дорослих: клінічне резюме

Популяція	Дорослі старше 18 років без відомої гіпертензії.
Рекомендація	Скринінг на високий артеріальний тиск; отримувати вимірювання поза клінічними установами для підтвердження діагнозу. Клас: А
Оцінка ризику	Особи, які мають підвищений ризик розвитку високого артеріального тиску ті, для кого нормальний тиск (130-139/85- 89 мм.рт.ст.), люди із зайвою вагою або ожирінням, та афроамериканці.
Скринінгові тести	Офісне вимірювання артеріального тиску здійснюється з ручним або автоматичним сфігмоманометром. Правильний протокол полягає у використанні середнього значення 2 вимірювань, які були зроблені, коли пацієнт сидів, через ≥ 5 хвилин між приходом до офісу і вимірюванням артеріального тиску, використовуючи відповідну манжету на руку і розмістивши руку пацієнта на рівні правого передсердя. Чисельні виміри з плином часу мають кращу позитивну прогностичну цінність, ніж одне вимірювання. Моніторинг амбулаторного та домашнього артеріального тиску може бути використаний для підтвердження діагнозу гіпертонічної хвороби після початкового скринінгу.
Інтервал скринінгу	Дорослим віком ≥ 40 років та особам з підвищеним ризиком розвитку підвищеного артеріального тиску слід проводити щорічну перевірку. Дорослих віком від 18 до 39 років з нормальним артеріальним тиском (
Лікування та втручання	Для нетемношкірних хворих початкове лікування включає тіазидний діуретик, блокатор кальцієвих каналів, інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту або блокатор рецепторів ангіотензину. Для темношкірих пацієнтів первинним лікуванням є тіазид або блокатор кальцієвих каналів. Початкове або додаткове лікування пацієнтів з хронічною хворобою нирок складається з інгібітора ангіотензинперетворюючого ферменту або блокатора рецепторів ангіотензину (не обидва).
Баланс переваг і недоліків	Чиста користь від скринінгу на високий артеріальний тиск у дорослих є значною.

2.3.25. Скринінг на дисфункції щитовидної залози: клінічне резюме

Популяція	Невагітні безсимптомні дорослі
Рекомендація	Немає рекомендації Клас: Заява I (недостатньо доказів)
Оцінка ризику	Фактори ризику щодо підвищеного рівня тиреотропного гормону (ТТГ) включають жіночу стать, старший вік, білу расу, діабет 1 типу, синдром Дауна, сімейний анамнез захворювання щитовидної залози, зоб, попередній гіпертиреоз та зовнішнє променеве опромінення на область голови та шиї. Фактори ризику низького рівня ТТГ включають жіночу стать; старший вік; чорну расу; низьке споживання йоду; особистий або сімейний анамнез захворювань щитовидної залози і прийом йодовмісних лікарських засобів, таких як аміодарон.
Скринінгові тести	Основним скринінговим тестом на дисфункцію щитовидної залози є тестування на сироватковий ТТГ. Кілька тестів від 3 до 6 місяців повинні бути виконані для підтвердження або виключення аномальних висновків. Спостережне тестування рівня сироваткового тироксину (Т4) у осіб зі стійкими аномальними рівнями ТТГ може диференціювати між субклінічною (нормальний рівень Т4) і "явною" (аномальний рівень Т4) дисфункцією щитовидної залози.
Лікування та втручання	Гіпотиреоз лікують пероральною монотерапією Т4 (левотироксин натрію). Консенсусу не вистачає щодо відповідного часу клінічного втручання, особливо при рівні ТТГ <10,0 мОд/л. Гіпертиреоз піддається лікуванню антитиреоїдними препаратами (наприклад, метимазол) або незворотною абляцією щитовидної залози (наприклад, радіоактивним йодом або хірургією). Лікування загалом рекомендується для пацієнтів з рівнем ТТГ, який є невиявленим або <0,1 мОд / л, особливо у тих, хто має явну хворобу Грейвса або вузлову хворобу щитовидної залози.
Баланс користі та шкоди	Поточні дані недостатні для оцінки балансу користі та шкоди скринінгу на дисфункції щитовидної залози у невагітних безсимптомних дорослих.

2.3.39. Скринінг на залізодефіцитну анемію (ЗДА) та добавки заліза у вагітних жінок для покращення кінцевих результатів здоров'я матерів і кінцевих результатів пологів: клінічне резюме

Популяція	Вагітні жінки та підлітки без симптомів анемії	
Рекомендації	Скринінг: не рекомендовано Клас: Заява I (недостатньо доказів)	Добавки заліза: не рекомендовано Клас: Заява I (недостатньо доказів)
Оцінка ризиків	Відсутні дослідження, які б оцінювали результати використання інструментів оцінки ризику для ідентифікації вагітних жінок, які мають підвищений ризик ЗДА	
Скринінгові тести	Хоча доказів недостатньо, щоб рекомендувати конкретні тести для скринінгу, часто першим кроком є визначення сироваткового гемоглобіну або гематокриту	
Лікування та втручання	ЗДА у вагітних жінок лікується шляхом додаткового прийому заліза за допомогою пероральних препаратів (зазвичай 60–120 мг/день елементарного заліза) та дієти. Парентеральне введення препаратів заліза також може використовуватися під час вагітності	Хоча доказів недостатньо, щоб рекомендувати рутинне застосування добавок заліза для вагітних жінок, вітаміни для вагітних часто включають низькі дози заліза (як правило, 30 мг/день елементарного заліза)
Баланс між користю та шкодою	На сьогодні доказових даних недостатньо для оцінки балансу переваг і шкоди скринінгу ЗДА у вагітних жінок	На сьогодні доказових даних недостатньо для оцінки балансу переваг і шкоди рутинного застосування добавок заліза для вагітних жінок
Інші рекомендації USPSTF за темою	USPSTF розглядає скринінг ЗДА у дітей та використання добавок фолієвої кислоти впродовж вагітності за окремими рекомендаційними заявами (доступна на www.uspreventiveservicestaskforce.org)	

Контрольні запитання

- 1. Клінічне обстеження пацієнтів з захворюваннями внутрішніх органів.
- 2. Визначення поняття скринінгу і диспансеризації.
- 3. Методи проведення скринінгу в профілактиці захворювань внутрішніх органів у різних верств населення верств населення.
- 4. Ознайомлення з нормативно-правовим забезпеченням профілактичної діяльності в галузі, в т.ч. в закладах первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини.



Дякую за увагу!