

Скринінг із сенсом: клінічні випадки крізь призму міжнародних рекомендацій

Сульська Ю. В.

Думки експертів щодо повних щорічних медичних оглядів неоднозначні та є предметом постійних дискусій у медичній спільноті. Хоча багато медичних працівників виступають за їх переваги у ранньому виявленні та профілактиці, основні організації, що базуються на доказах, такі як Робоча група з питань профілактики США (USPSTF), дійшли висновку, що загальні щорічні медичні огляди серед безсимптомних дорослих мають «незначний вплив або взагалі не впливають» на ризик смерті від будь-якої причини, включаючи рак та серцево-судинні захворювання, у загальному дорослому населенні.

Також скринінг здорових осіб може привести до потенційної шкоди, зокрема:

- Хибнопозитивні результати, що в свою чергу призводить до тривоги та непотрібних, часто інвазивних подальших тестів.
- Гіпердіагностика та надмірне лікування: виявлення станів, які могли ніколи не спричинити проблем протягом життя пацієнта, що призводить до непотрібного лікування.
- Хибна впевненість: нормальні результати тестів можуть призвести до продовження нездорової поведінки з хибним відчуттям безпеки.

Однак, безумовно, потрібно привести і аргументи на користь щорічних медичних оглядів

- ✓ Раннє виявлення: основний аргумент полягає в тому, що виявлення проблем зі здоров'ям, таких як рак, серцеві захворювання та діабет, на початкових стадіях дозволяє проводити більш ефективні та менш інвазійні методи лікування, потен-

ційно рятуючи життя та зменшуючи втрати.

- ✓ Персоналізований догляд та побудова стосунків: регулярні огляди дозволяють лікарям скласти довгострокову історію хвороби пацієнта, адаптувати поради щодо здоров'я до його конкретних факторів ризику (наприклад, спосіб життя, сімейний анамнез) та сприяти довірливим стосункам між пацієнтом та лікарем.
- ✓ Профілактичні заходи: ці візити пропонують можливості для консультування щодо здорової поведінки, такої як дієта, фізичні вправи та відмова від куріння, що може покращити довгострокове самопочуття.
- ✓ Зниження емоційної напруги пацієнта: для багатьох людей бездоганний стан здоров'я забезпечує впевненість і зменшує тривогу, пов'язану зі здоров'ям.

Отже, замість загального щорічного медичного огляду для всіх, експертна згода багатьох авторитетних органів рекомендує індивідуальний підхід, заснований на доказах. Це означає зосередження на конкретних, рекомендованих скринінгах на основі віку, статі, особистої історії хвороби, сімейного анамнезу та факторів ризику способу життя людини.

Особам старше 40 років або тим, хто має певні фактори ризику (наприклад, сімейний анамнез діабету, куріння, малорухливий спосіб життя), зазвичай рекомендується проходити більш регулярні обстеження.

USPSTF та інші організації рекомендують спеціальні скринінги на виявлення таких станів, як артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, деякі види раку (молочної залози, шийки матки, колоректальний рак) та проблеми психічного здоров'я, з визначеними віковими та частотними рекомендаціями.

Акцент зміщується з загального «обстеження» на щорічний «огляд здоров'я»

Сульська Ю. В., к. мед. н.

ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова», відділення профілактики передчасного старіння; Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, кафедра терапії, вік-асоційованих захворювань та діабетології

або «візит для оздоровлення», що включає консультування та профілактичні послуги, що відповідають потребам пацієнта.

Зрештою, експерти радять, що людям із певними проблемами або новими, незрозумілими симптомами завжди слід звертатися до медичного працівника, незалежно від того, чи проходили вони нещодавній медичний огляд, чи ні.

Дотримання цих рекомендацій дозволяє знайти баланс між надмірною діагностикою та небезпечною недооцінкою ризиків. З одного боку, пацієнт не проходить зайві, дорогі або інвазивні дослідження, які не вплинуть на тактику ведення, але можуть спричинити тривогу, хибнопозитивні результати й подальший «каскад» непотрібних обстежень. З іншого — скринінг за показами дає можливість вчасно виявити захворювання або передклінічні стани, коли лікування є найбільш ефективним і простим.

Окремо варто підкреслити психологічний аспект. Чітке пояснення пацієнту, чому певні обстеження потрібні, а інші — ні, зменшує рівень тривоги та підвищує довіру до лікаря. Людина розуміє, що її не «недообстежують», а ведуть відповідно до світових стандартів.

Таким чином, міжнародні рекомендації зі скринінгу — це інструмент не лише для ранньої діагностики, а й для раціонального використання ресурсів та формування спо-

кійного, усвідомленого ставлення пацієнтів до свого здоров'я.

Саме тому у цій статті ми хотіли б розібрати декілька клінічних випадків, щоб на практичних прикладах показати, як правильно призначати обстеження різним категоріям людей. Адже одна й та сама скарга чи лабораторне відхилення можуть мати зовсім різне клінічне значення залежно від віку, статі, супутніх захворювань і факторів ризику. Саме клінічний контекст, а не універсальний «чек-лист аналізів», має визначати обсяг скринінгу.

Розбір реальних ситуацій допомагає зрозуміти, коли обстеження є обґрунтованим і необхідним, а коли — надмірним і таким, що не несе додаткової користі пацієнту. У кожному випадку ми будемо спиратися на міжнародні рекомендації та принципи доказової медицини, пояснюючи логіку вибору конкретних досліджень і відмови від інших.

Такий підхід дозволяє не лише вчасно виявляти захворювання або стани, що потребують спостереження чи лікування, але й уникати зайвих витрат, хибнопозитивних результатів і необґрунтованого занепокоєння. Водночас він дає лікарю інструмент для чіткого й зрозумілого діалогу з пацієнтом, а пацієнту — впевненість у тому, що обстеження призначені свідомо, індивідуально й відповідно до сучасних стандартів.

Клінічний випадок 1

Чоловік, 52 роки, скарг немає. ІМТ=22,8 кг/м². Займається тенісом, зі слів пацієнта притримується правильного харчування. Останній раз обстежувався в 45 років (ліпідограма, глікований гемоглобін, ЕКГ, ЕхоКГ, УЗД ОЧП), всі показники були в межах норми. Періодично вимірює артеріальний тиск в спортзалі: 120–130/80–85 мм рт. ст.

Які види скринінгу згідно міжнародних рекомендацій ми оберемо для цього чоловіка?

Сучасні рекомендації щодо скринінгу гастроентерологічної системи для дорослих (Робоча група з профілактичних втручань США (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), Американський коледж гастроентерології (American College of Gastroenterology, ACG), Європейське товариство гастроентерологічної ендоскопії (European Society of Gastrointestinal Endoscopy, ESGE), Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ; World Health Organization, WHO)) приділяють основну увагу скринінгу на виявлення пухлин шлунково-кишкового тракту, колонопатії та гепатологічні захворювання.

Організація	Кому рекомендовано	Метод	Частота
USPSTF 2021	Дорослі 45–75 років	Колоноскопія, FIT, сигмоїдоскопія	Колоноскопія: 10 років; FIT щорічно; Сигмоїдоскопія: 5 років
ACG/ESGE	45–75 років; раніше при сімейному анамнезі або генетичних синдромах	Колоноскопія, FIT, сигмоїдоскопія	Залежить від методу та ризику
Високий ризик (сімейна історія, поліпи, IBD, генетичні синдроми)	Початок раніше, частіше	Колоноскопія	1–5 років, індивідуально

Примітки: USPSTF — Робоча група з профілактичних втручань США (United States Preventive Services Task Force), ACG — Американський коледж гастроентерології (American College of Gastroenterology), ESGE — Європейське товариство гастроентерологічної ендоскопії (European Society of Gastrointestinal Endoscopy), FIT — фекальний імунохімічний тест, IBD — Inflammatory bowel disease (запальне захворювання кишечника).

Таким чином, одним з рекомендованих скринінгів є скринінг колоректального раку (проведення колоноскопії в зв'язку з віком пацієнта)

Другий скринінг, який ми можемо рекомендувати даному пацієнту, базується на даних міжнародних рекомендацій, це скринінг серцево-судинної системи.

Скринінг серцево-судинної системи

Група пацієнтів	Рекомендації	Джерело
Дорослі без симптомів	Всі дорослі ≥ 18 років повинні проходити базову оцінку факторів ризику (артеріальний тиск, ліпіди, глюкоза, ІМТ)	USPSTF 2016, ESC 2021
Високий ризик (цукровий діабет, ожиріння, сімейний анамнез ранньої ІХС, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія)	Початок раніше та частіше, індивідуально	ACC/AHA 2019
Старші групи	Чоловіки ≥ 40 років, жінки ≥ 50 років або після менопаузи — оцінка ризику 1 раз/рік	ESC/ESH Guidelines, 2021

Примітки: USPSTF — Робоча група з профілактичних втручань США (United States Preventive Services Task Force), ESC — Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology), ACC — Американський коледж кардіологів (American College of Cardiology), АНА — Американська асоціація серця (American Heart Association), ESH — Європейське товариство гіпертонії (European Society of Hypertension).

Систематична оцінка ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) у загальній популяції (дорослі чоловіки >40 та жінки >50 років) без відомих факторів серцево-судинного ризику видається неекономічною для зменшення подальших судинних подій та передчасної смерті, принаймні при короткостроковому спостереженні, але значно підвищує виявлення факторів серцево-судинного ризику.

Оцінка ризику не є одноразовим заходом; її слід повторювати, наприклад, кожні 5 років, хоча чітких даних для визначення інтервалів немає. В продовження дискусії в рамках попереднього клінічного випадку, з нашої точки зору варто обговорити фактори, які вимагають частішого проведення скринінгу серцево-судинної системи.

Критерії високого серцево-судинного ризику (ESC/ACC)

- ХС ЛПНЩ ≥ 160 мг/дл у дорослого без супутніх факторів ризику.
- Цукровий діабет або підвищений HbA1c $\geq 6,5$ %.
- Артеріальна гіпертензія $\geq 140/90$ мм рт. ст.
- Паління, ожиріння (ІМТ ≥ 30 кг/м²), центральне ожиріння.
- Сімейний анамнез ранньої ІХС (<55 років у чоловіків, <65 років у жінок).
- Хронічні хвороби нирок, запальні стани, метаболічний синдром.

Пацієнти з ≥ 1 –2 факторами ризику потребують частішого контролю та індивідуалізованого плану профілактики.

Клінічний випадок 2

Чоловік, 39 років, ІМТ 33 кг/м², сидячий спосіб життя, АТ 135–140/85–90 мм рт. ст., без симптомів, курить.

Таким чином, нашому пацієнту варто провести кардіологічне обстеження, оскільки він має низку факторів ризику: паління, АТ 140/90 мм рт. ст. та ожиріння 1 ступеня.

Через наявність ожиріння + ≥ 1 фактор ризику (ADA): сидячий образ життя, артеріальний тиск $\geq 140/90$ мм рт. ст. нашому пацієнту слід пройти скринінг на цукровий діабет/переддіабет.

Нижче наведені різні міжнародні рекомендації, на які ми можемо спиратись при прийнятті рішення.

American Diabetes Association (ADA)

Дорослі з надмірною масою тіла або ожирінням (ІМТ ≥ 25 кг/м² або ≥ 23 кг/м² у американців азійського походження) з ≥ 1 фактором ризику:

- Родич 1-го ступеня споріднення з діабетом;
- Раса/етнічна приналежність високого ризику;
- Історія серцево-судинних захворювань;
- Гіпертензія;
- Холестерин ЛПВЩ < 35 мг/дл та/або тригліцериди > 250 мг/дл;
- Синдром полікістозних яєчників;
- Недостатня фізична активність;
- Інші клінічні стани, пов'язані з інсулінорезистентністю (наприклад, тяжке ожиріння, чорний акантоз).

Пацієнти з переддіабетом.

Жінки з попереднім діагнозом гестаційного діабету.

Для всіх інших пацієнтів тестування слід починати у віці 45 років.

Пацієнтам з переддіабетом слід проходити обстеження щорічно.

Жінки з попереднім діагнозом гестаційного діабету повинні проходити обстеження протягом усього життя принаймні кожні 3 роки.

Для всіх інших пацієнтів повторне обстеження слід проводити щонайменше

кожні 3 роки, з урахуванням можливості частішого обстеження залежно від початкових результатів та стану ризику.

US Preventive Services Task Force (USPSTF)

Дорослі віком від 40 до 70 років з надмірною масою тіла або ожирінням.

Розгляньте можливість проведення скринінгу раніше для осіб з ≥ 1 фактором ризику:

- Сімейний анамнез діабету;
- Історія гестаційного діабету або полікістозних яєчників;
- Расові/етнічні групи.

Кожні 3 роки.

Endocrine Society

Дорослі віком 40–75 років повинні пройти скринінг на всі 5 компонентів метаболічного ризику:

1. Підвищений артеріальний тиск;
2. Збільшена окружність талії;
3. Підвищений рівень тригліцеридів натщесерце;
4. Низький рівень холестерину ЛПВЩ;
5. Підвищена глікемія.

Пацієнтам з переддіабетом слід проходити обстеження принаймні щорічно.

Якщо у пацієнта немає атеросклеротичних серцево-судинних захворювань або цукрового діабету 2-го типу, але вже ≥ 1 фактор ризику, слід проходити скринінг кожні 3 роки.

Клінічний випадок №3

Жінка, 66 років, постменопауза, ІМТ 21 кг/м², перелом променевої кістки у 62 роки. Хронічні захворювання: бронхіальна астма.

У попередніх розділах наведено критерії скринінгу серцево-судинної системи та порушень вуглеводного обміну. Враховуючи вік пацієнтки, їх застосування у даному клінічному випадку є обґрунтованим.

Окрім цього, доцільно розглянути скринінг функції щитоподібної залози, керуючись положеннями міжнародних рекомендацій.

USPSTF 2015 (США) радить:

- Жінки ≥ 35 років: перевірка ТТГ кожні 5 років.

УЗД не рекомендується рутинно у дорослих без симптомів або пальпованих вузлів (Американська асоціація щитоподібної залози, American Thyroid Association).

Основним скринінгом, який необхідно провести цієї пацієнтці, є **скринінг остеопорозу**.

Нижче наведена інформація з рекомендацій, якими варто користуватись при оцінці необхідності проведення скринінгу опорно-рухової системи.

Скринінг на остеопороз

Організація	Рекомендації
USPSTF 2018	Жінки ≥ 65 років — обов'язкове дослідження кісткової щільності (BMD, DEXA). Жінки < 65 років з підвищеним ризиком переломів (розрахунок FRAX) — індивідуально. Чоловіки ≥ 70 років — індивідуально; високий ризик: чоловіки ≥ 50 років з факторами ризику.
NOF/IOF	Схожі критерії; особливий акцент на постменопаузальних жінках та чоловіках зі знизеним тестостероном або хронічними хворобами.
WHO	Ризик перелому $\geq 10\%$ (FRAX) — показання до скринінгу.

Примітки: USPSTF — Робоча група з профілактичних втручань США (United States Preventive Services Task Force), WHO — Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO; World Health Organization), IOF — Міжнародний фонд остеопорозу (International Osteoporosis Foundation), NOF — Національний фонд остеопорозу (National Osteoporosis Foundation), DEXA — двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія.

Функціональні порушення та падіння

- Люди ≥ 65 років — оцінка ризику падінь, мобільності, м'язової сили.
- Пацієнти з хронічними ревматологічними або неврологічними хворобами — індивідуальний скринінг.

Які тести використовують

Кісткова маса

- **DEXA (двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія)** — «золотий стандарт»;
- **T-score:** порівняння з піковою кістковою масою молодих здорових людей;
- **Z-score:** порівняння мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) пацієнта з середнім значенням для людей того ж віку.

Оцінка ризику переломів

- **FRAX® score** — інтегрує вік, стать, МЩКТ та клінічні фактори ризику.

Функціональні тести

- **Timed Up and Go (TUG)** — швидкість вставання та ходьби;
- **Gait speed** — швидкість ходьби;
- **Grip strength** — сила хвата.

Клінічний випадок 4

Жінка, 41 рік. В анамнезі — синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) та гестаційний цукровий діабет. Індекс маси тіла — 29 кг/м². Артеріальний тиск у межах вікової норми. Не палить.

З огляду на поєднання СПКЯ та перенесеного гестаційного діабету, пацієнтка належить до групи підвищеного ризику розвитку цукрового діабету 2 типу. Відповідно до рекомендацій ADA, які були приведені вище, доцільним є щорічний скринінг порушень вуглеводного обміну з визначенням глікованого гемоглобіну.

Крім того, відповідно до рекомендацій USPSTF, які ми розглядали вище, у жінок віком ≥ 35 років може бути розглянутий скринінг функції щитоподібної залози з визначенням рівня ТТГ з інтервалом близько 5 років за відсутності клінічних симптомів.

В ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias, 2023 вказано:

- Ліпідний скринінг рекомендується дорослим з надмірною масою тіла або ожирінням, а також тим, хто має інші серцево-судинні або метаболічні фактори ризику.
- Для оцінки серцево-судинного ризику рекомендується повний ліпідний профіль, включаючи загальний холестерин, ЛПНЩ, ЛПВЩ, тригліцериди та не-ЛПВЩ-ХС.

Оскільки пацієнтка має надлишкову масу тіла (ІМТ > 25 кг/м²) та СПКЯ (як складова метаболічного синдрому) доцільним є також включити ці скринінгові процедури в план обстеження.

Наведені клінічні випадки демонструють, що скринінг має бути індивідуалізованим і базуватися на поєднанні віку, статі, анамнестичних даних та факторів ризику, а не на універсальному переліку обстежень. Дотримання міжнародних рекомендацій дозволяє раціонально обирати необхідні дослідження, своєчасно виявляти клінічно значущі стани та водночас уникати надмірної діагностики.

Застосування доказового підходу до скринінгу сприяє оптимальному використанню ресурсів охорони здоров'я, зменшенню тривожності пацієнтів і підвищенню довіри до лікаря. Таким чином, міжнародні рекомендації слугують ефективним інструментом прийняття клінічних рішень у повсякденній практиці.

Стаття надійшла в редакцію: 13.01.2026/Received: 13.01.2026

Після доопрацювання: 23.01.2026/Revised: 23.01.2026

Прийнято до друку: 05.02.2026/Accepted: 05.02.2026