

## Organization of specialized surgical care for wounded in armed conflicts

I.A. GOLYK, A.A. SCHUDRAK, R.V. GIBALO,  
V.I. STELMASCHENKO, N.A. DRJUK

**Summary.** Main military medical clinical center «MMCH» worked as a multidisciplinary health care facility of the first echelon during the Euromaidan. This was like the 650<sup>th</sup> Main Military Hospital (MMH) of the 40<sup>th</sup> Army (city of Kabul). We analyzed: the structure of the input stream of victims, the structure of wounds and injuries, and the structure of specialized surgical care. Since there were no data found about specialized surgical care for wounded at the 650<sup>th</sup> MMH, our results may be useful enough.

**Keywords:** multidisciplinary health care facility of the first echelon, specialized surgical care, the structure of the input stream.

УДК 616.12-008.331.1: 614.2:34

## Підвищення прихильності до лікування хворих з артеріальною гіпертензією за результатами впровадження локального протоколу медичної допомоги

Д.Д. ДЯЧУК, Г.З. МОРОЗ, І.М. ГІДЗИНСЬКА, Т.С. ЛАСИЦЯ

**Резюме.** У статті узагальнено результати дослідження прихильності до лікування пацієнтів, які були обстежені за програмою впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. Частка пацієнтів з високою мотивацією до лікування через рік участі в програмі зросла з (36,7±6,2) до (68,3±6,0)% ( $p < 0,001$ ).

**Ключові слова:** прихильність до лікування, артеріальна гіпертензія.

Питання прихильності до лікування хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) набуває все більшого значення для підвищення ефективності лікування. Згідно з визначенням експертів ВООЗ, прихильність до лікування – поняття, яке характеризує, наскільки точно та послідовно пацієнт виконує надані лікарем рекомендації щодо прийому препаратів та/або модифікації способу життя. Іншими словами, прихильність – це ступінь відповідності поведінки пацієнта рекомендаціям, наданим лікарем. Результати наукових досліджень свідчать про те, що від 43 до 88% хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) не досягають цільового рівня артеріального тиску (АТ)

внаслідок неналежного виконання рекомендацій лікаря щодо прийому антигіпертензивних препаратів [3, 5, 6, 9]. Важливим компонентом впливу на прихильність є підвищення поінформованості пацієнтів та залучення їх до участі у процесі лікування [3, 4]. Аналіз результатів 53 досліджень щодо лікування АГ, проведених у 16 країнах (США, Велика Британія, Бразилія, Швеція, Канада, Нова Зеландія, Данія, Фінляндія, Гана, Іран, Ізраїль, Нідерланди, Південна Корея, Іспанія, Танзанія та Таїланд), опублікований у 2012 р., показав, що провідною причиною припинення прийому антигіпертензивних препаратів пацієнтами є недостатня обізнаність щодо перебігу захворювання. Значна частина пацієнтів вважають АГ симптоматичним захворюванням, що виикає, як реакція на стрес, і, відповідно до цієї точки зору, вони припиняють прийом ліків при покращенні загального стану та зникненні симптомів. Іншою причиною є страх звикання до прийому препаратів та виникнення побічної дії [3]. Загальнови-знаними чинниками, що знижують прихильність до лікування, є неграмотність, відсутність постійної роботи, низький соціально-економічний статус, відсутність інформації щодо своєї хвороби та її негативного впливу на стан здоров'я, відсутність активної участі пацієнта у визначенні режиму лікування [4, 3, 10].

Іншим чинником, що впливає на прихильність до лікування, є недостатня мотивація пацієнта. Відсутність мотивації виикає з різних причин, однією з них є невідповідність оцінки стану здоров'я хворого лікарем та самим пацієнтом. Пацієнти можуть не розуміти серйозності свого стану та пов'язаних з цим проблем, зокрема того, що відмова від лікування призведе до виникнення ускладнень, не володіти інформацією щодо позитивного ефекту лікування, концентруватись на побічній дії препаратів або просто не вірити в успіх традиційної медицини [1, 9, 10]. Велику роль у дотриманні режиму лікування відіграє періодичне підсилення мотивації з боку лікаря [4, 11, 8].

Враховуючи різноманітні чинники, що негативно впливають на прихильність до лікування, тактика її підвищення має бути комплексною і потребує розробки і впровадження практичних підходів.

**Метою** роботи було дослідити ефективність заходів щодо підвищення прихильності пацієнтів до лікування (за результатами впровадження локального протоколу медичної допомоги (ЛПМД) хворим з АГ).

### **Матеріали і методи**

Для дослідження ефективності впровадження ЛПМД хворим з АГ у Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС) методом випадкової вибірки було відібрано 65 хворих з діаг-

нозом АГ II стадії віком 35–65 років (середній вік –  $(53,5 \pm 4,6)$  років; чоловіків – 31). Цільовий рівень АТ – менше 140/90 мм рт. ст. – на першому прийомі у лікаря зареєструвало у  $(56,9–6,1)\%$  пацієнтів. Відповідно до програми впровадження ЛПМД клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження всіх хворих проведено на початку дослідження та через рік. Всі пацієнти заповнили спеціально розроблену анкету, до якої було включено питання для самооцінки виконань рекомендацій лікаря щодо прийому медичних препаратів і дотримання засад здорового способу життя та щодо об'єктивізації рівня фізичного навантаження. Оцінку фізичної активності проводили з використанням анкети, розміщеної на веб-сайті Української асоціації кардіологів, за пастушою градацією:

- 18 балів і більше: Ви дуже активні і здорові фізично;
- 12–17 балів: Ви достатньо активні і дотримуетесь розумного ставлення до питань збереження фізичної форми;
- 8–11 балів: Вам бажано більше займатися фізичними вправами;
- 7 балів і менше: рівень Вашої фізичної активності недостатній, фізичні вправи Вам просто необхідні.

Оцінку прихильності пацієнтів з АГ до лікування проводили з використанням опитувальника, запропонованого Моріскі (Morisky) [4]. Модифікована анкета Моріскі містить 6 запитань, які розділено на 2 групи, для оцінки мотивації та оцінки поінформованості пацієнта.

Результати досліджень було внесено в сформовану базу даних. Первинна підготовку таблиць та проміжні розрахунки проведено на персональному комп'ютері з використанням програмного пакету Microsoft Excel. Математичну обробку виконано з використанням стандартних статистичних пакетів STATISTICA 6.0.

### **Результати та їх обговорення**

Програма впровадження ЛПМД хворим на АГ в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС передбачала комплекс заходів: навчання лікарів, використання стандартизованих додатків до медичної карти амбулаторного хворого та залучення пацієнтів до процесу лікування. Важливу увагу було приділено заходам щодо підвищення прихильності до лікування пацієнтів, що приймали участь у програмі. Питання щодо участі лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою (МСМО) у процесі підвищення прихильності пацієнтів з АГ до лікування були включені в програму тематичного удосконалення, яке було проведено в Центрі підвищення кваліфікації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. У навчальній програмі приділено значну увагу опануванню лікарями навичок підвищення поінформованості пацієнтів та залучення їх до активної участі в процесі лікування. За результатами впровадження програми залу-

чення лікарів і МСМО до підвищення прихильності до лікування пацієнтів з АГ розроблено методичні рекомендації «Практичні аспекти підвищення прихильності до лікування хворих на АГ в амбулаторних умовах» [2]. Для підвищення поінформованості пацієнтів було створено «Інформаційний лист для пацієнта з АГ» як додаток до ЛПМД, в якому в доступній формі викладено основні принципи лікування АГ та корекції супутніх чинників ризику, представлено дієтичні рекомендації та щоденник самоконтролю АТ. Усі пацієнти отримували інформаційний лист і мали можливість обговорити з лікарем стратегію свого лікування [1]. За результатами анкетного опитування, проведеного з метою оцінки ставлення пацієнтів до матеріалів, викладених в інформаційному листі, (98,3±1,6)% респондентів відповіли, що отримали повну, корисну інформацію, (91,4–3,5)% дали позитивну відповідь на питання «Чи змінилося Ваше ставлення до лікування та виконання рекомендацій лікаря після ознайомлення з інформаційним листом?». При цьому (72,4±5,8)% відповіли, що змінили своє ставлення до необхідності контролю АТ, (67,2±6,1)% – до контролю рівня холестеролу і ліпідів, 84,5±4,7% – до виконання рекомендацій щодо раціонального харчування, (74,1±5,7)% – до необхідності проходження диспансерного огляду. (94,8±2,8)% опитаних пацієнтів вказали, що хочуть ще поповнити свої знання: щодо причин виникнення і профілактики (78,0±5,3)%, стосовно ускладнень (69,0±5,9)%, щодо медикаментозного і немедикаментозного лікування цього синдрому – відповідно (93,0±3,3) та (59,0±6,3)% пацієнтів.

Повторне обстеження пацієнтів, проведене через рік, засвідчило зростання частки пацієнтів з цільовим рівнем АТ з (56,9±6,1) до (83,1±9,0)% ( $p<0,001$ ). Оцінка прихильності до лікування за допомогою модифікованої анкети Моріскі показала, що частка пацієнтів з високою мотивацією до лікування зросла з (36,7±6,22) до (68,3±6,0)% ( $p<0,001$ ), що доводить ефективність запровадженого комплексу заходів. Аналіз результатів анкетного опитування, зокрема, відповідей пацієнтів про виконання ними рекомендацій лікаря щодо здорового способу життя, засвідчив, що частка пацієнтів, які «переважно виконують» та «виконують завжди» ці рекомендації, зросла з (76,7±5,46) до (93,6±3,46)% ( $p<0,05$ ). Позитивні результати за рік програми впровадження ЛПМД у пацієнтів з АГ були отримані, перш за все, в питаннях підвищення фізичної активності та корекції дієти. Проведене нами анкетне опитування з використанням оцінки в балах дало змогу об'єктивізувати рівень фізичних навантажень і динаміку зміц, а також – налаштувати пацієнтів на підвищення фізичної активності. Результати дослідження показали, що при повторному анкетуванні через рік збільшилась кількість пацієнтів з сумою балів 12–17, тобто з достатнім рівнем навантаження з (33,3±6,1) до (63,3±6,2)% ( $p<0,05$ ).

Корекція дієти є обов'язковою складовою немедикаментозного лікування хворих з АГ. Перш за все це стосується збільшення вживання овочів і фруктів. Рекомендована ВООЗ норма складає 400 г на добу та більше. За результатами анкетного опитування було визначено, що за рік участі в програмі впровадження ЛПМД достовірно збільшилась частка пацієнтів, які щоденно вживають більше 400 г овочів і фруктів, з  $(36,7 \pm 6,2)$  до  $(80,0 \pm 5,2)\%$  ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, запроваджений методичний підхід стосовно підвищення поінформованості пацієнтів, залучення лікарів і медичних сестер до моніторингу прихильності, направлений на підвищення прихильності пацієнтів до лікування, дав можливість змінити ставлення пацієнтів з АГ до виконання рекомендацій лікарів. Проведення подальшого диспансерного спостереження і обов'язкова підтримка мотивації пацієнтів до лікування – необхідні складові підвищення якості медичної допомоги пацієнтам з АГ.

### Висновки

1. Програма впровадження ЛПМД хворим на АГ в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС включала комплекс заходів щодо підвищення прихильності до лікування пацієнтів. Проведено навчання лікарів навичкам підвищення поінформованості пацієнтів та залучення їх до активної участі в процесі лікування, запроваджена програма участі молодших спеціалістів з медичною освітою в процесі моніторингу хворих з АГ. Для підвищення поінформованості пацієнтів запроваджено «Інформаційний лист для пацієнта з АГ».

2. Результати впровадження ЛПМД хворим з АГ в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС свідчать про підвищення ефективності медичної допомоги цьому контингенту осіб. Повторне обстеження пацієнтів через рік засвідчило зростання частки пацієнтів з цільовим рівнем АТ з  $(56,9 \pm 6,1)$  до  $(83,1 \pm 9,0)\%$  ( $p < 0,001$ ).

3. Оцінка прихильності до лікування за допомогою модифікованої анкети Моріскі показала, що частка пацієнтів з високою мотивацією до лікування зросла з  $(36,7 \pm 6,2)$  до  $(68,3 \pm 6,0)\%$  ( $p < 0,001$ ), що доводить ефективність запровадженого комплексу заходів.

4. Підвищення поінформованості хворих з АГ, які проходили обстеження по програмі впровадження ЛПМД, мало позитивний вплив на модифікацію стилю життя: збільшилась частка пацієнтів, які мають достатній рівень фізичної активності та вживають більше овочів і фруктів.

### Література

1. Мороз Г.З. Організаційні заходи щодо залучення пацієнтів до поінформованої участі в процесі лікування артеріальної гіпертензії / Г.З. Мороз, І.М. Гідзинська, Т.С. Ласиця // Український кардіологічний журнал: матеріали XII Націо-

нального конгресу кардіологів України 21–23 вересня 2011 р. – 2011. – Додаток 1. – С. 54–55.

2. Практичні аспекти підвищення прихильності до лікування хворих на артеріальну гіпертензію в амбулаторних умовах: методичні рекомендації / Д.Д. Дячук [та ін.], – К., 2011. – 28 с.

3. Сіренко Ю.М. Прихильність до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії / Ю.М. Сіренко, К.В. Міхєєва // Артериальная гипертензия. – 2010. – № 3. – С. 59–69.

4. Adherence to long-term therapies: evidence for action / WHO. – Geneva, 2003. – 198 p.

5. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients / G. Mazzaglia [et al.] // Circulation. – 2009. – Vol. 120. – P. 1598–1605.

6. Baroletti S. Medication Adherence in cardiovascular disease / S. Baroletti, H. Dell'Orfano // Circulation. – 2010. – Vol. 121. – P. 1455–1458.

7. Case Management Adherence guidelines. Guidelines from the Case Management Society of America for improving patient adherence to medication therapies. – 2006. – 212 p.

8. Challenges to physician–patient communication about medication use: a window into the sceptical patient's world / T. Bezreh [et al.] // Patient Preference and Adherence. – 2012. – Vol. 6. – P. 11–18.

9. Incomplete medication adherence of chronically ill patients in German primary care / J. Püther [et al.] // Patient Preference and Adherence. – 2013. – Vol. 7. – P. 237–244.

10. Marshall I.J. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research [Електронний ресурс] / I.J. Marshall, C.D.A. Wolfe // BMJ. – 2012. – P. 344. – Режим посилання: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e3953.pdf%2Bhtml>. – Пазва з екрану.

11. Molfenter T.D. The roles of past behaviour and health beliefs in predicting medication adherence to a statin regimen / T.D. Molfenter, A. Bhattacharya, D.H. Gustafson // Patient Preference and Adherence. – 2012. – Vol. 6. – P. 643–651.

### **Повышение приверженности к лечению больных артериальной гипертензией по результатам внедрения локального протокола медицинской помощи**

**Д.Д. ДЯЧУК, Г.З. МОРОЗ, И.Н. ГИДЗИНСКАЯ, Т.С. ЛАСИЦА**

**Резюме.** В статье обобщены результаты исследования приверженности к лечению пациентов, которые были обследованы по программе внедрения локального протокола медицинской помощи больным артериальной гипертензией в Государственном научном учреждении «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами. Доля пациентов с высокой мотивацией к лечению через год участия в программе возросла с (36,7±6,2) до (68,3±6,0)% ( $p<0,001$ ).

**Ключевые слова:** приверженность к лечению, артериальная гипертензия.

## **Improving adherence to the treatment of patients with hypertension according to the results of the local clinical pathway implementation**

**D.D. DYACHUK, G.Z. MOROZ, I.M. GIDZINSKA, T.S. LASITSA**

**Summary.** *This paper summarizes results of the study of adherence to treatment of patients who participated in the program of implementation of clinical pathway for hypertension management in the State Institution of Sciences «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department. The rate of patients with high motivation for treatment increased from (36.7±6.2) to (68.3±6.0)% ( $p < 0.001$ ) after 1 year of participation in the program.*

**Keywords:** *adherence, hypertension.*

**УДК 614.2:355.72**

## **Особливості розвитку і становлення спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям**

**Б.Б. ЖУПАН**

**Резюме:** *У публікації наведено особливості розвитку і становлення спеціалізованої медичної допомоги та лікування військовослужбовців в історичному аспекті. Виявлено основні форми і умови надання спеціалізованої медичної допомоги.*

**Ключові слова:** *організація медичного забезпечення, спеціалізована медична допомога, лікувально-евакуаційне забезпечення військ.*

Спеціалізована медична допомога (СМД) в системі лікувально-евакуаційного забезпечення військовослужбовців є кінцевим етапом медичної допомоги і лікування, а тому має вирішальне значення для повернення військовослужбовців до строю. Зважаючи на значне зростання на сучасному етапі в структурі санітарних втрат (СВ) питомої ваги тяжких і дуже тяжких поранень, особливо голови, органа зору, області шиї, хребта і нижніх кінцівок, а також зростанням величини комбінованих, множинних та поєднаних ушкоджень, актуальність швидкого надання СМД зростає [5, 10, 11, 14, 16].

Зазначені обставини обумовлюють необхідність побудови такої системи медичного забезпечення ЗС України, яка б змогла ефективно працювати не тільки в умовах мирного часу, але і в особливий період.

**Метою** даної публікації є дослідження становлення та розвитку системи надання СМД як складової (підсистеми) лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) військ в історичному аспекті.