

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КЛИМЕНКО ІГОР АНАТОЛІЄВИЧ

УДК 614.2:362.121:616.45-001.1/.3:159]-082-039.57

ДИСЕРТАЦІЯ

**Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-
організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією
щитоподібної залози**

222 «Медицина»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ І. А. Клименко

Науковий керівник:

Толстанов Олександр Костянтинович,

чл.-кор. НАМН України,

доктор медичних наук, професор

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Клименко І. А. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Соціальна медицина»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2023.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наукова робота виконана відповідно до визначених мети, об'єкту, предметів дослідження на основі спеціальної програми, структурованої за етапами, на кожному з яких виконувались специфічні завдання із застосуванням загальнонаукових методів дослідження (системний підхід та діалектичний) та методів, визначених паспортом спеціальності «Соціальна медицина» (системного підходу і аналізу на всіх етапах дослідження, бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, моделювання, експериментальний, експертних оцінок, графічний). Із матеріалів дослідження формувалась база первинних даних з їх наступною статистичною обробкою, аналізом і узагальненням.

Установлено, що патологія щитоподібної залози займає провідне місце в структурі ендокринних хвороб населення України: за показниками захворюваності питома вага їх складає 42,04%, поширеності – 45,84%. Структуру тиреоїдної патології формують дифузний зоб I-III ступенів (18,6%), вузловий зоб (9,8%), гіпотиреоз (6,4%), тиреоїдити (5,9%), тиреотоксикоз (1,7%), рак (4,3%) з постійним зростанням захворюваності та поширеності цих патологій впродовж останніх 10 років, що обумовлює їх медико-соціальне значення.

Аналіз нормативно-правових актів, що регулюють надання ендокринологічної допомоги в Україні, виокремив ряд невирішених питань з

організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, що підтвердило актуальність наукового дослідження за обраною темою.

Аналізом мережі закладів охорони здоров'я, їх ресурсного, зокрема, кадрового забезпечення, та оцінкою результатів ендокринологічної допомоги населенню України в 2015-2019 рр., у т. ч., м. Київ, встановлено, що чисельність профільних структурних підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів скоротилася на 5,6%, а стаціонарних спеціалізованих ліжок – на 108 од. Виявлено виражену регіональну диспропорцію забезпечення населення лікарями-ендокринологами: в м. Київ – 0,73 на 10 тис. нас., а в 11 областях України – 0,34 на 10 тис. нас. Рівень укомплектованості штатних посад лікарями-ендокринологами в Україні зменшився з 90,6% до 88,6%. Обсяг хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози перевищував 90,0% у структурі ендокринної хірургії з високими показниками результативності (летальність – 0,05-0,03%).

Медико-статистичним аналізом доведено, що показник смертності населення м. Київ від хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин упродовж 2013–2020 рр. збільшився з 3,8 до 5,4 на 100 тис. нас. при стійкому трендові зростання. При зменшенні загальної (на 1,4%) та первинної захворюваності (на 24,8%) на ці хвороби, зокрема, на злоякісні новоутворення щитоподібної залози, рівень останніх серед населення столиці – 16,4 на 100 тис. нас. в 2013 р., 11,4 на 100 тис. нас. в 2020 р. – значно перевищував середні показники серед населення країни (відповідно 7,9 та 6,5 на 100 тис. нас.). Це підкреслило особливе значення хвороб ендокринної системи для населення м. Київ та необхідність подальшого удосконалення надання йому відповідної медичної допомоги.

Базою проведення наукового дослідження обрано Комунальне некомерційне підприємство «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» (КНП «КМКЕЦ»), де здійснюється найбільша кількість оперативних утручань на ендокринній системі серед закладів охорони здоров'я м. Київ (89,3%). Установлено, що в КНП «КМКЕЦ» впродовж 2015-2019 рр. питома вага

оперативних утручань на ендокринній системі зросла з 61,6% до 79,4%, зокрема, на щитоподібній залозі, – з 95,5% до 96,3%. При високих показниках якості хірургічної допомоги (зменшенні летальності з 0,04% до 0,01%, відсутності післяопераційної летальності), водночас в закладі стійко зберігалися високі показники середнього числа днів роботи ліжка (366,0-383,5) та тривалості перебування хворого на ліжку (12,9-12,5 днів) при відповідних середніх показниках по м. Київ 10,4-9,8 днів. Це вказало на нераціональне використання ресурсної бази, зокрема, внаслідок неефективної взаємодії з закладами охорони здоров'я, які скеровували пацієнтів до КНП «КМКЕЦ». Найбільш тривалий час на лікарняному ліжку знаходились пацієнти відділення ендокринної хірургії (12,3 днів у 2015 р., 14,3 дні - у 2019 р.), реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози (відповідно 13,0 та 12,6 днів) та реабілітації ендокринних хворих з патологією серця та судин (відповідно 12,1 та 11,4 днів).

Аналіз шляхів надходження пацієнтів до відділення ендокринної хірургії показав високий відсоток госпіталізованих за самозверненнями (40,1%) та доволі низький – за направленнями лікаря загальної практики-сімейної медицини (3,5%). Виявлено, що практично всі рутинні обстеження, які можуть бути проведені на догоспітальному етапі, здійснюються в умовах стаціонару, що є причиною подовження тривалості перебування хворого на ліжку та нераціонального використання інших ресурсів закладу. Цим порушуються клінічні маршрути пацієнта КНП «КМКЕЦ», оскільки вони не узгоджені з учасниками лікувально-діагностичного процесу амбулаторного етапу.

Як засвідчив аналіз первинних даних форм № 003/о в кількості 1208 од., 99,8% від усієї кількості пацієнтів відділення ендокринної хірургії потребували оперативного лікування. У 37,1% пацієнтів виявлено 1,5 од. супутньої патології на кожного із зазначених хворих, зокрема, інші хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин, хвороби системи кровообігу, нервової системи, доброякісні новоутворення. У 35,9% пацієнтів з онкологічними захворюваннями щитоподібної залози виявлено 1,6 супутніх патологій на кожного хворого. Тобто, значна частина пацієнтів мала

поліморбідну різнопрофільну патологію, що поглиблювало клінічні ризики та обумовлювало потребу у міждисциплінарній допомозі. Специфічність основної патології також вимагала зважати на «золотий» стандарт лікування онкологічних хвороб на основі міждисциплінарного підходу, прийнятий в міжнародній медичній практиці, та активне поширення його на інші сфери надання медичної допомоги.

Доведено, що задекларована в локальних нормативних актах, клінічних маршрутах пацієнта та посадових інструкціях працівників КНП «КМКЕЦ» міжпрофесійна співпраця спеціалістів і фахівців як командна робота, не деталізована за формами і механізмами міждисциплінарної взаємодії. Мультидисциплінарний підхід, який має вже давню історію в світовій медицині та задекларований вітчизняними нормативно-правовими актами, інтерпретується як традиційна сумісна діяльність працівників відділень за критеріями наявності у них різних спеціальностей (лікар-хірург, лікар-ендокринолог) та різного фаху (лікар, працівник із спеціальною медичною освітою). У клінічних реаліях дотримується усталена форма одноосібної curaції пацієнта лікарем-хірургом відділення, який самостійно планує тактику ведення хворого, а співпраця між фахівцями, дотичними до лікування й обстеження конкретної особи, обмежується консультативними оглядами та/або використанням лікуючим лікарем інформації від лікарів діагностичних підрозділів. Консультативні огляди відбуваються шляхом контакту лікаря-консультанта з пацієнтом, як правило, за відсутності лікуючого лікаря.

Найбільш тісні професійні комунікації простежуються під час консилиумів та оперативних утручань. Однак консилиуми проведені лише 6,0% хворих, що обґрунтовано наявністю показань, а оперативні втручання носять короткотривалий характер на стадії оперативного лікування хворого.

Реабілітаційні заходи пацієнтам передбачені тільки на етапі доопераційної підготовки та у віддаленому післяопераційному періоді після виписки зі стаціонару. Унаслідок цього в гострому, ранньому післяопераційному та підгострому періоді залишаються не задіяними до ведення пацієнтів фахівці з

реабілітації. При виписці рекомендується диспансерний нагляд пацієнтів лікарем-онкологом, лікарем-ендокринологом, чим підтверджено недооцінку ролі лікаря загальної практики-сімейного лікаря в амбулаторному спостереженні пацієнта після стаціонарного лікування.

Проведене в КНП «КМКЕЦ» соціологічне дослідження серед лікарів з метою оцінки прийнятих конструкцій міждисциплінарної взаємодії, моделей поведінки всередині задекларованих команд і зовні, факторів, що сприяють сумісній діяльності, показало доволі низькі результати, оскільки загальна оцінка дорівнювала в середньому $2,8 \pm 0,6$ балів за п'ятибальною шкалою. Диференціація оцінок за виділеними критеріями показала їх низькі значення: мета, цілі діяльності команди – $2,6 \pm 0,8$ балів, ролі учасників – $3,1 \pm 0,5$ балів, процеси з досягнення цілей – $2,9 \pm 0,7$ балів, взаємовідносини в команді – $3,3 \pm 0,7$ балів, відносини з колегами за межами закладу – $2,3 \pm 0,6$ балів, здатність до вирішення проблем – $2,8 \pm 0,6$ балів, ентузіазм і відданість справі – $2,6 \pm 0,7$ балів, навички та навчання – $3,1 \pm 0,7$ балів. Таким чином доведено, що задекларовані формально управлінські заходи з міждисциплінарної взаємодії на практиці виявилися не впровадженими та неефективними.

На основі Глобального плану дій боротьби з неінфекційними захворюваннями ООН і ВООЗ, рекомендацій Європейської комісії, вимог вітчизняних галузевих нормативно-правових вимог щодо використання мультидисциплінарного підходу при наданні хірургічної, зокрема, онкологічної та ендокринологічної допомоги, результатів власного дослідження здійснено медико-соціальне обґрунтування та розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози та впровадження її окремих елементів в практику роботи закладів охорони здоров'я.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше в Україні: 1) здійснено медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози, ключовими інноваційними елементами якої стали: пацієнт-

орієнтованість з метою задовольнити різноманітні потреби пацієнта з поліморбідною патологією в медичній допомозі; мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців як позаштатна функціонально-структурна одиниця закладу охорони здоров'я; удосконалена організаційна технологія інтеграції міждисциплінарної взаємодії між закладами спеціалізованої та первинної медичної допомоги, амбулаторним і стаціонарним етапами шляхом вертикальної та горизонтальної координації; 2) обґрунтовано принципово новий підхід до організації лікувально-діагностичного процесу – зміну його безпосередніх учасників «лікар - пацієнт» на «мультидисциплінарна команда - пацієнт», що забезпечує клінічне ведення хворого на основі спільного клінічного рішення та постійної співпраці учасників команди; 3) обґрунтовано основну форму взаємодії учасників мультидисциплінарної команди – ділові зустрічі із запровадженням інноваційного змісту міжособистих стосунків, побудованих на тісних повторних багатосторонніх комунікаціях упродовж усього лікувально-діагностичного процесу на відміну від традиційних форм одноосібного ведення пацієнта лікарем і короткотривалої взаємодії спеціалістів різного профілю шляхом консультативних оглядів та консилиумів хворих; 4) обґрунтовано модель мультидисциплінарної команди, структурованої за видами клінічної та організаційної діяльності, критеріями цільового формування складу учасників та їх рольового призначення в команді, об'єднаних спільною метою, індивідуальним внеском у загальну відповідальність за очікуваний клінічний результат, взаємною довірою, управлінським регулюванням та інформаційним і ресурсним забезпеченням; 5) обґрунтовано алгоритм прийняття спільного клінічного рішення шляхом консенсусу учасниками мультидисциплінарної команди та критерії оцінки ефективності команди; 6) доповнено наукові дані про внесок патології щитоподібної залози та факторів ризику ендокринної патології у формування стану здоров'я населення України.

Удосконалено підходи до запровадження нормативно-правового регулювання міждисциплінарного підходу на галузевому, регіональному та

локальному рівнях шляхом залученням профільних асоціацій лікарів і громадських організацій пацієнтів.

Набуло подальшого розвитку методичне забезпечення медико-соціальних досліджень шляхом національної адаптації англomовного опитувальника «Team effectiveness questionnaire» для оцінки ефективності міждисциплінарної співпраці.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію медичної допомоги, зокрема, хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози шляхом запровадження мультидисциплінарного підходу.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати стали підставою для розробки: удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози; алгоритму прийняття командного клінічного рішення шляхом консенсусу; функціонально-структурної моделі мультидисциплінарної команди закладу охорони здоров'я.

Упровадження результатів дослідження здійснено шляхом: *на галузевому рівні* – підготовки, видання та поширення методичних рекомендацій з результатами дослідження; розробки навчального плану та програми циклу тематичного удосконалення лікарів «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»; *на регіональному та місцевому рівні* – впровадження окремих елементів моделі в діяльність двох науково-дослідних закладів, двох закладів охорони здоров'я м. Києва та національного закладу вищої медичної освіти, що засвідчено 8 актами впровадження.

Ключові слова: щитоподібна залоза, неінфекційні захворювання, мультидисциплінарна команда, пацієнторієнтованість, заклад охорони здоров'я, командна робота, модель, оцінка ефективності команди.

ANNOTATION

Klymenko I. A. Medico-social substantiation of the improved functional and organizational model of surgical care for patients with thyroid pathology. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 "Health Care" in the specialty 222 "Medicine" (scientific specialty "Social Medicine"). - Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education¹, Kyiv, 2023.

MAIN RESULTS OF THE RESEARCH

The scientific work was carried out in accordance with the defined goal using classical approaches to the organization of scientific research: development of a special program structured by stages, each of which carried out specific tasks; application of general scientific methods of research (systemic approach and dialectical) and methods according to the passport of the specialty "Social Medicine" (systemic approach and analysis at all stages of research, bibliosemantic, sociological, medical-statistical, modeling, experimental, expert evaluations, graphic); definition of the object, subject of research; collection of information, formation of a database of primary data with their subsequent statistical processing, analysis and generalization.

A systematic analysis of the scientific literature and statistical data showed that the pathology of the thyroid gland occupies a leading place in the structure of endocrine diseases of the population of Ukraine: the specific weight of the disease is 42.04%, the prevalence is 45.84%. Diffuse goiter of I-III degrees (18.6%), nodular goiter (9.8%), hypothyroidism (6.4%), thyroiditis (5.9%), thyrotoxicosis (1.7%), cancer (4, 3%) form the structure of thyroid pathology. The dynamics of the indicators showed a constant increase in the incidence and prevalence of these pathologies in the Ukrainian population over the past 10 years, which determines their medical and social importance.

The analysis of legal acts on the provision of endocrinological care in Ukraine identified a number of unresolved issues in the organization of surgical care for patients

with thyroid pathology, which confirmed the relevance of conducting scientific research on the chosen topic.

The analysis of the network of health care institutions, their resource and personnel support, and the assessment of the results of providing endocrinological care to the population of Ukraine in 2015-2019, including the city of Kyiv, established that the number of structural subdivisions of outpatient polyclinic institutions with the provision of endocrinological care decreased by 5.6%, and the number of inpatient specialized beds decreased by 108 units. The regional disproportion in the provision of endocrinologists to the population was revealed: in the city of Kyiv – 0.73 per 10,000 inhabitants, and in 11 regions of Ukraine – 0.34 per 10,000 inhabitants. The level of staffing of full-time positions with endocrinologists in Ukraine decreased from 90.6% to 88.6%. The volume of surgical care for patients with thyroid pathology exceeded 90.0% in the structure of endocrine surgery with high performance indicators (fatality rate - 0.05-0.03%).

The medical-statistical analysis proved that the mortality rate of the population of Kyiv from diseases of the endocrine system, nutritional disorders, and metabolic disorders during 2013–2020 increased from 3.8 to 5.4 per 100,000 population. with a steady growth trend. The total and primary incidence of these diseases decreased by 1.4% and 24.8%, respectively. However, the incidence rate of malignant neoplasms of the thyroid gland among the population of the capital is 16.4 per 100,000 people. in 2013, 11.4 per 100,000 population. in 2020 – remained significantly higher than the average among the country's population (7.9 and 6.5 per 100,000 inhabitants, respectively). This confirmed the relevance of diseases of the endocrine system among the population of Kyiv and the need to further improve the provision of appropriate medical care.

The municipal non-profit enterprise "Kyiv City Clinical Endocrinology Center" (KNP "KMKEC") was chosen as the base for conducting scientific research, where the largest number of operative interventions on the endocrine system among health care institutions in Kyiv (89.3%) is performed.

It was established that the specific weight of operative interventions on the endocrine system increased from 61.6% to 79.4%, in particular, on the thyroid gland, from 95.5% to 96.3% in KNP "KMKEC" during 2015-2019. In the institution, high indicators of the quality of surgical care (decrease in mortality from 0.04% to 0.01%, absence of postoperative mortality), high indicators of the average number of days of bed work (366.0-383.5) and the length of stay of the patient in bed (12.9-12.5 days) with the corresponding indicators for the city of Kyiv 10.4-9.8 days.

This indicated the irrational use of the resource base, in particular, as a result of inefficient interaction with health care institutions that referred patients to KNP "KMKEC". Patients of the department of endocrine surgery (12.3 days in 2015, 14.3 days in 2019), rehabilitation of patients with thyroid pathology (13.0 and 12.6 days, respectively) and rehabilitation of endocrine patients with heart pathology and vessels (12.1 and 11.4 days, respectively) spent the longest time in a hospital bed.

An analysis of the ways in which patients are admitted to the department of endocrine surgery showed a high percentage of hospitalized patients due to self-referrals - 40.1%, and a low percentage due to referrals from a general practitioner-family medicine doctor - 3.5%. It was found that almost all routine examinations are carried out in a hospital, although they can be carried out at the pre-hospital stage. This proved the reasons for the long stay of the patient in bed and the irrational use of other resources of the institution. The developed clinical routes of the patient of KNP "KMKEC" are thereby violated, as they are not coordinated with other participants of the treatment and diagnostic process at the outpatient stage.

Data analysis of 1,208 medical records of patients (form No. 003/o) showed that 99.8% of patients in the department of endocrine surgery required operative treatment. Associated pathology in the amount of 1.5 units. per person was found in 37.1% of patients. Other diseases of the endocrine system, nutritional disorders and metabolic disorders, diseases of the circulatory system, nervous system, and benign neoplasms were diagnosed most often. 1.6 concomitant pathologies per patient were found among 35.9% of patients with oncological diseases of the thyroid gland. That is, a significant part of the patients had a polymorbid multidisciplinary pathology. This determined the

need for appropriate interdisciplinary assistance. The specificity of the main pathology also required attention to the "golden" standard of international medical practice in the treatment of oncological diseases based on an interdisciplinary approach and its active extension to other areas of medical care.

It has been proven that interprofessional cooperation of specialists as teamwork is declared in local regulations, patient clinical routes, and job instructions for employees of KNP "KMKECS". However, it is not detailed in terms of forms and mechanisms of interdisciplinary interaction. The multidisciplinary approach is interpreted as the traditional joint activity of department employees based on the criteria of having different specialties (surgeon, endocrinologist) and different professions (doctor, employee with special medical education). At the same time, the multidisciplinary approach has a long history in world medicine and is adopted in domestic legal acts. However, the established method of one-on-one curation of the patient by the department's surgeon is followed in clinical reality. The doctor independently plans the patient's treatment tactics. Cooperation between specialists involved in the treatment and examination of a specific person is limited to advice examinations or conclusions from doctors of diagnostic departments. Advice examinations of patients are carried out by the adviser alone, in the absence of the attending physician.

The closest professional communications are observed during consultations and operational interventions. However, only 6.0% of patients were consulted, which is justified by the presence of indications, and surgical interventions are of a short-term nature at the stage of surgical treatment of the patient.

Rehabilitation measures for patients are provided only at the stage of preoperative preparation and in the distant postoperative period after discharge from the department. As a result, in the acute, early postoperative and subacute period, rehabilitation specialists are not involved in the management of patients. Discharge of patients is planned by the attending physician alone under the control of the head of the department under the dispensary supervision of specialist doctors (oncologist,

endocrinologist), which confirms the underestimation of the role of the general practitioner-family doctor in the further outpatient observation of the patient.

A sociological study among doctors of the KNP "KMKEC" with the aim of evaluating the accepted constructions of interdisciplinary interaction, behavior patterns within groups and outside, unifying factors for joint activity showed rather low results. The overall score was equal to an average of 2.8 ± 0.6 points on a five-point scale. The differentiation of evaluations according to the selected criteria showed their heterogeneity and low values: the goal, the goals of the team's activities received 2.6 ± 0.8 points, the roles of the participants - 3.1 ± 0.5 points, the processes for achieving the goals - 2.9 ± 0.7 points, mutual relations in the team - 3.3 ± 0.7 points, relations with colleagues outside the institution - 2.3 ± 0.6 points, ability to solve problems - 2.8 ± 0.6 points, enthusiasm and dedication - 2.6 ± 0.7 points, skills and training - 3.1 ± 0.7 points. In this way, it was proved that formally declared management measures for interdisciplinary interaction in practice were not developed, not implemented and ineffective.

Medical and social justification, development and implementation of individual elements of the improved functional and organizational model of surgical care for patients with thyroid pathology was carried out. The UN and WHO global action plan for combating non-communicable diseases, recommendations of the European Commission, requirements of domestic sectoral regulatory requirements regarding the use of a multidisciplinary approach in the provision of surgical, in particular, oncological and endocrinological care, and the results of our own research were used.

The scientific novelty is that for the first time in Ukraine: 1) the medical and social justification of the improved functional and organizational model of surgical care for patients with thyroid pathology has been carried out. The key innovative elements of the model are: patient-orientation in order to meet the various needs of a patient with polymorbid pathology in medical care; a multidisciplinary team of specialists as a freelance functional and structural unit of a health care institution; improved organizational technology for the integration of interdisciplinary interaction between specialized and primary medical care institutions, outpatient and inpatient

stages through vertical and horizontal coordination; 2) a fundamentally new approach to the organization of the treatment-diagnostic process was justified - the change of its direct participants "doctor - patient" to "multidisciplinary team - patient", which ensures clinical management of the patient based on a common clinical decision and constant cooperation of team members; 3) the main form of interaction of the members of the multidisciplinary team is justified - business meetings with the introduction of innovative content of interpersonal relations, built on close repeated multilateral communications throughout the entire treatment and diagnostic process, in contrast to traditional forms of one-on-one management of the patient by the doctor and short-term interaction of specialists of various profiles through consultative examinations and consultations patients; 4) the model of a multidisciplinary team, structured by types of clinical and organizational activity, criteria for target formation of the composition of participants and their role assignment in the team, united by a common goal, individual contribution to the overall responsibility for the expected clinical result, mutual trust, management regulation and information and resource provision; 5) the algorithm for making a joint clinical decision by consensus by the members of the multidisciplinary team is substantiated and team performance evaluation criteria; 6) scientific data on the contribution of thyroid pathology and endocrine pathology risk factors to the formation of the state of health of the population of Ukraine were supplemented.

Approaches to regulatory and legal regulation of the interdisciplinary approach at the sectoral, regional and local levels with the involvement of specialized associations of doctors and public organizations of patients to its introduction *have been improved.*

The methodological support of medical and social research through the national adaptation of the English-language questionnaire "Team effectiveness questionnaire" to assess the effectiveness of interdisciplinary cooperation *has gained further development.*

The theoretical significance of the obtained results of the study is a significant addition to the theory of social medicine in terms of teaching about the organization of

medical care, in particular, surgical care for patients with thyroid pathology by introducing a multidisciplinary approach.

The practical significance of the work lies in the fact that its results became the basis for the development of: an improved functional and organizational model of surgical care for patients with thyroid pathology; the algorithm for making a team clinical decision by consensus; of the functional-structural model of the multidisciplinary team of the health care institution.

The implementation of the research results was carried out: at the branch level - through the preparation and publication of methodological recommendations; in the development of the curriculum and the program of the thematic improvement cycle of doctors "Patient safety as a component of the quality of medical care" in the specialty "Organization and management of health care"; at the regional and local level - by implementing of individual elements of the model in the activities of two research institutions, two health care institutions of Kyiv and a national institution of higher medical education, which is certified by 8 acts of implementation.

Key words: thyroid gland, non-communicable diseases, multidisciplinary team, patient-centeredness, healthcare facility, teamwork, model, evaluation of team effectiveness.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Клименко І. А., Толстанов О. К. Перспективи розвитку тиреоїдної хірургії в Україні: огляд літератури. *Укр. Мед. Часопис*. 2020. № 4 (138), Т. 2. № VII/VIII. С. 1-4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.138.183767.

2. Клименко І. А. Розробка україномовної версії опитувальника «Team effectiveness questionnaire». *Україна. Здоров'я нації*. 2020. № 4 (62). С. 12-18. DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220376.

3. Клименко І. А., Толстанов О. К. Міждисциплінарний підхід до удосконалення організації хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021. Том 6, № 5 (33). С. 276-284. DOI: 10.26693/jmbs06.05.276.

4. Клименко І. А., Толстанов О. К. Оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози (за даними соціологічного опитування). Україна. *Здоров'я нації*. 2021. № 3 (65). С. 67–71. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240799.

5. Клименко І. А., Толстанов О. К. Обґрунтування удосконаленої моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. Україна. *Здоров'я нації*. 2022. № 3 (69). С. 42-48. DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266028.

6. Igor A. Klymenko, Oleksandr K. Tolstanov. Improving clinical management of patients with thyroid cancer. *Wiad Lek*. 2022. № 75(5 p1). P. 1090-1094. DOI: 10.36740/WLek202205107.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Клименко І. А. Небезпеки та їх профілактика в тиреоїдній хірургії. Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю до *Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, 17 вересня 2021 року*. Київ, 2021. С. 67–68.

2. Клименко І. А., Толстанов О. К. Комунікаційні технології при наданні хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. *Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти* : матеріали наук.-практ. конф. 9 грудня 2021 р., м. Київ. Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 59–60.

3. Klimenko I.A., Tolstanov O.K. Analysis of the population's needs of Kyiv in endocrinological care. Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «*YOUNG SCIENCE 4.0*» (м. Київ, 30 травня 2022 року). С. 29–30. doi:10.5281/zenodo.6815064/.

*Наукові праці, які додатково відображають наукові результати
дослідження:*

1. Вороненко Ю. В., Толстанов О. К., Михальчук В. М., Кошова С. П., Клименко І. А.. Впровадження мультидисциплінарного підходу в закладах охорони здоров'я (на прикладі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози). *Методичні рекомендації*. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 32 с. № 300. ISBN 8111.

ЗМІСТ

Назва розділу/підрозділу	Стор
АНОТАЦІЯ	2
ЗМІСТ	18
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	21
ВСТУП	22
Розділ 1. ХВОРОБИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК МЕДИКО- СОЦІАЛЬНА ТА ЕКОНОМІЧНА ПРОБЛЕМА	31
1.1. Епідеміологічні особливості патології щитоподібної залози в світі та в Україні	31
1.2. Фактори ризику розвитку патології щитоподібної залози	40
1.3. Законодавче та нормативно-правове регулювання ендокринологічної допомоги в Україні	49
1.4. Історичний досвід та сучасні проблеми організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози	55
Висновки до розділу 1	62
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	65
2.1. Методологічна основа та програма дослідження.	65
2.2. Розробка україномовної версії опитувальника «Team effectiveness questionnaire»	76
Висновки до розділу 2	86
РОЗДІЛ 3. СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В УКРАЇНІ ТА М. КИЇВ У 2015-2019 РОКАХ	88
3.1. Аналіз мережі закладів, їх кадрового забезпечення та результатів надання ендокринологічної допомоги в Україні та м. Київ за 2015-2019 роки	88

3.2. Аналіз потреб населення м. Київ у ендокринологічній допомозі в 2015-2019 роках	94
3.3. Стан організації надання медичної допомоги хворим у КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр»	101
Висновки до розділу 3	118
РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРИ НАДАННІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В КНП «КМКЕЦ»	122
4.1. Стан організації міждисциплінарної взаємодії при наданні хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози	122
4.2. Оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії спеціалістів при наданні хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози (за даними соціологічного дослідження)	139
Висновки до розділу 4	149
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	151
5.1. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози	151
5.2. Розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози	159
5.3. Упровадження удосконаленої моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози на галузевому, регіональному рівнях та в практику роботи закладів охорони здоров'я	181
5.4. Експертна оцінка ефективності моделі	185
Висновки до розділу 5	189

ВИСНОВКИ.....	192
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	197
ДОДАТКИ	226

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ДУ «УІСД МОЗ України – Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
- ЄС – Європейський Союз
- КМДА – Київська міська державна адміністрація
- КНП «КМКЕЦ» - Комунальне некомерційне підприємство «Київський міський клінічний ендокринологічний центр»
- МІС – Медична інформаційна система
- МКХ – Міжнародна класифікація хвороб
- МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України
- НАМН України – Національна Академія медичних наук України
- НІЗ – неінфекційні захворювання
- НУОЗ України імені П. Л. Шупика – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
- ООН – Організація об'єднаних націй
- ОТГ – Об'єднана територіальна громада
- ТТГ – тиреотропний гормон
- T₃ – трийодтиронин
- T₄ – тироксин
- УЗД – ультразвукова діагностика
- Центр ПМСД – Центр первинної медико-санітарної допомоги
- ЧАЕС – Чорнобильська атомна електростанція

ВСТУП

Актуальність теми. Європейський регіон Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) досяг значного прогресу в виконанні завдань зниження тягаря неінфекційних захворювань за рахунок здійснення міжсекторальних дій та зміцнення систем охорони здоров'я, які є двома ключовими зобов'язаннями в рамках основ європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я-2020» та Цілей у сфері сталого розвитку (ВООЗ, 2019). Разом з тим існують додаткові можливості подальшого просування на цьому шляху. Зокрема, для підвищення якості медичних послуг та максимального охоплення населення, за потреби, профілактичними і лікувально-діагностичними технологіями необхідно підвищити якість кадрових ресурсів охорони здоров'я, що передбачає набуття нових, оригінальних компетенцій.

Традиційно медичні працівники навчаються технологіям медичної допомоги при гострих і невідкладних станах і хронічній патології та формам і методам профілактичної роботи. Але актуальним на сьогодні міжнародні експерти вважають набуття додаткових знань і вмінь в новому епідеміологічному, технологічному та організаційному контексті. Медичним працівникам необхідні не лише індивідуальні клінічні, задекларовані в нормативних документах, знання й компетентності, але й не менш важливі навички командної роботи, спільного ведення захворювань, використання комунікаційних технологій, командної культури.

Практичним втіленням такого підходу є запровадження мультидисциплінарної командної роботи, який розвинувся в надрах концепції орієнтованого на людину комплексного медичного обслуговування, координації та комунікації надавачів медичних послуг, інтеграції медичного обслуговування на різних рівнях медичної допомоги.

Особливого значення набувають навички мультидисциплінарної роботи в сучасній ендокринній хірургії, зокрема, тиреоїдній, яка характеризується активним запровадженням нових діагностичних і лікувальних технологій, що

потребує, з одного боку, участі фахівців різних спеціальностей, а з іншого – врахування високого ризику хірургічних утручань на фоні численної коморбідної патології у відповідного контингенту хворих.

Тривалий час зазначені ризики в світовій тиреоїдній хірургії регулювалися такою організаційною технологією, як колективний розгляд складних або вперше діагностованих випадків лікарями кількох спеціальностей – хірургами, онкологами, радіологами, патоморфологами. Такий розгляд мав формальний статус онкологічної ради або конференції з онкологічних захворювань консультативного характеру.

Однак активне поширення в світових системах охорони здоров'я принципу пацієнт-орієнтованості та концепції інтегрованого догляду з координацією діяльності різних постачальників медичних послуг призвів до запровадження мультидисциплінарного підходу, втіленням якого є командна робота, на противагу традиційному лікуванню пацієнта одним лікарем. На сьогодні ефективність міждисциплінарного підходу як «золотого стандарту» організації медичної допомоги хворим з онкологічною та іншими формами патологій не викликає сумнівів.

В Україні продовжують використовуватися традиційні моделі консультативного прийняття рішень онкологічною радою. Незважаючи на те, що до складу онкологічної ради входять кілька спеціалістів різних дотичних медичних дисциплін для інформування пацієнта про план лікування, лікар, який представляє випадок, самостійно визначає курс лікування з урахуванням наданих радою рекомендацій та одноосібно несе відповідальність за результат лікування.

Перші кроки до запровадження на нормативно-правовому рівні мультидисциплінарного підходу у вітчизняній сфері охорони здоров'я започатковано при наданні спеціалізованої медичної допомоги у багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування за напрямками «ендокринологія», «хірургія», «реабілітація», «психіатрія», «онкологія» за вимогами програми медичних гарантій. Однак в цих регуляторних актах не

представлено форм і видів, підходів до організації діяльності, обсягу практики мультидисциплінарних команд, критеріїв ефективності наданої ними медичної допомоги, що вимагає додаткових наукових досліджень та обумовлює актуальність даної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконувалася відповідно до плану наукових досліджень Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика та є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» (державний реєстраційний номер 01200U101680, термін виконання 2020-2024 рр.). Автор особисто здійснював збір первинного матеріалу, його аналіз та впровадження результатів дослідження в практику діяльності закладів охорони здоров'я.

Мета дослідження: обґрунтувати, розробити та впровадити удосконалену функціонально-організаційну модель хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень з впливу патології щитоподібної залози на стан здоров'я населення, факторів ризику, що її обумовлюють, та організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

2. Провести дослідження стану організації надання медичної допомоги хворим з ендокринною патологією, у т. ч. щитоподібної залози, в Україні та м. Київ у 2015-2019 роках.

3. Дослідити використання мультидисциплінарного підходу та оцінити ефективність міждисциплінарної взаємодії при наданні хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

4. Обґрунтувати та розробити удосконалену функціонально-організаційну модель хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози на основі мультидисциплінарного підходу.

5. Упровадити окремі елементи удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в практику діяльності закладів охорони здоров'я та надати оцінку її ефективності

Об'єкт дослідження: організація хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

Предмет дослідження: захворюваність, поширеність, смертність населення світу та України від ендокринної патології, зокрема, патології щитоподібної залози, та фактори ризику, що її обумовлюють; історичний досвід та сучасні проблеми організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в світі; мережа закладів, їх кадрове забезпечення, нормативно-правове регулювання та результати надання ендокринологічної допомоги населенню України, зокрема, з патологією щитоподібної залози; потреби населення м. Київ у ендокринологічній допомозі; організація медичної допомоги хворим з ендокринною патологією в закладі охорони здоров'я, обраному базою дослідження; види й форми взаємодій медичних працівників при наданні хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози та їх ефективність.

База наукового дослідження: Комунальне некомерційне підприємство «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» (КНП «КМКЕЦ»).

Період дослідження: 2019-2023 рр.

Методи дослідження:

- *системного підходу та аналізу* – з метою проведення комплексного дослідження визначених об'єкту та предметів у їх зовнішніх і внутрішніх взаємозв'язках, виявлення проблем і визначення напрямів їх вирішення при обґрунтуванні та розробці удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози;

- *бібліосемантичний* – з метою теоретичного аналізу міжнародних і вітчизняних досліджень з впливу патології щитоподібної залози та факторів ризику, що її обумовлюють, на стан здоров'я населення, та організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози;

- *контент-аналізу* – з метою дослідження нормативно-правової бази України та локальних нормативних актів з організації діяльності закладів охорони здоров'я з надання ендокринологічної допомоги, зокрема, хворим з потребами в хірургічних утручаннях на щитоподібній залозі;

- *SWOT-аналізу* – з метою оцінки можливостей удосконалення системи надання хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози з урахуванням здобутків та ризиків наявної системи в закладі, обраним базою дослідження;

- *соціологічний* – з метою отримання оцінки лікарів прийнятих конструкцій міждисциплінарної взаємодії, моделей поведінки всередині та зовні мультидисциплінарних команд, факторів, що сприяють сумісній діяльності;

- *медико-статистичний* – для збору, обробки та оцінки достовірності отриманої статистичної інформації, статистичного підтвердження ефективності впровадження елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози;

- *графічний* – для візуалізації текстової та цифрової інформації, отриманої на етапах дослідження;

- *моделювання* – для обґрунтування та розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози;

- *організаційного експерименту* – під час впровадження окремих елементів запропонованої моделі на галузевому, регіональному рівні та в практику роботи закладів охорони здоров'я;

- *експертних оцінок* – для отримання незалежної оцінки удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози висококваліфікованими експертами.

Наукова новизна в тому, що вперше в Україні:

- здійснено медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози, ключовими інноваційними елементами якої стали: пацієнт-орієнтованість з метою задовольнити різноманітні потреби пацієнта з поліморбідною патологією в медичній допомозі; мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців як позаштатна функціонально-структурна одиниця закладу охорони здоров'я; удосконалена організаційна технологія інтеграції міждисциплінарної взаємодії між закладами спеціалізованої та первинної медичної допомоги, амбулаторним і стаціонарним етапами шляхом вертикальної та горизонтальної координації;

- обґрунтовано принципово новий підхід до організації лікувально-діагностичного процесу – зміну його безпосередніх учасників «лікар - пацієнт» на «мультидисциплінарна команда - пацієнт», що забезпечує клінічне ведення хворого на основі спільного клінічного рішення та постійної співпраці учасників команди;

- обґрунтовано основну форму взаємодії учасників мультидисциплінарної команди – ділові зустрічі із запровадженням інноваційного змісту міжособистих стосунків, побудованих на тісних повторних багатосторонніх комунікаціях упродовж усього лікувально-діагностичного процесу на відміну від традиційних форм одноосібного ведення пацієнта лікарем і короткотривалої взаємодії спеціалістів різного профілю шляхом консультативних оглядів та консиліумів хворих;

- обґрунтовано модель мультидисциплінарної команди, структурованої за видами клінічної та організаційної діяльності, критеріями цільового формування складу учасників та їх рольового призначення в команді, об'єднаних спільною метою, індивідуальним внеском у загальну відповідальність за очікуваний клінічний результат, взаємною довірою, управлінським регулюванням та інформаційним і ресурсним забезпеченням;

- обґрунтовано алгоритм прийняття спільного клінічного рішення шляхом консенсусу учасниками мультидисциплінарної команди та критерії оцінки ефективності команди;

- доповнено наукові дані про внесок патології щитоподібної залози та факторів ризику ендокринної патології у формування стану здоров'я населення України.

Удосконалено підходи до запровадження нормативно-правового регулювання міждисциплінарного підходу на галузевому, регіональному та локальному рівнях шляхом залученням профільних асоціацій лікарів і громадських організацій пацієнтів.

Набуло подальшого розвитку методичне забезпечення медико-соціальних досліджень шляхом національної адаптації англomовного опитувальника «Team effectiveness questionnaire» для оцінки ефективності міждисциплінарної співпраці.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію медичної допомоги, зокрема, хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози шляхом запровадження мультидисциплінарного підходу.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати стали підставою для розробки:

- удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози;

- алгоритму прийняття командного клінічного рішення шляхом консенсусу;

- функціонально-структурної моделі мультидисциплінарної команди закладу охорони здоров'я.

Упровадження результатів дослідження здійснено шляхом:

- на галузевому рівні – підготовки та видання методичних рекомендацій: Ю. В. Вороненко, О. К. Толстанов, В. М. Михальчук, С. П. Кошова, І. А. Клименко. Впровадження мультидисциплінарного підходу в закладах охорони

здоров'я (на прикладі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози). *Методичні рекомендації*. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 32 с. № 300. ISBN 8111;

- розробки навчального плану та програми циклу тематичного удосконалення лікарів «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика;

- на регіональному та місцевому рівні – впровадження окремих елементів моделі в діяльність двох науково-дослідних закладів, двох закладів охорони здоров'я м. Києва та національного закладу вищої медичної освіти, що засвідчено 8 актами впровадження.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно: виконано патентний пошук та проведено теоретичний аналіз наукової медичної літератури за темою дослідження; розроблено програму дослідження та обрано методи дослідження відповідно до мети та поставлених завдань; організовано проведення національної адаптації англомовного опитувальника «Team effectiveness questionnaire» для оцінки ефективності міждисциплінарної співпраці; розроблено анкети експертної оцінки результатів проведеного дослідження. Власноруч сформовано базу даних з первинних джерел, проведено їх упорядкування, статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів; особисто здійснено обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози, її розробка та впровадження окремих елементів моделі в діяльність закладів охорони здоров'я.

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office 2019 (Microsoft Word, Microsoft Excel), та ліцензованої програми STATISTICA 6.1, STATA / SE 12.0 для Windows.

Автором власноруч написані всі розділи дисертації, підготовлені таблиці і рисунки, сформульовані висновки і рекомендації. Внесок автора у публікації, написані у співавторстві, є визначальним і полягає в висуванні ідеї написання

статті/тез, постановці завдань, збиранні даних, написанні основної частини, проведенні формального медико-статистичного аналізу даних, обговоренні результатів та підготовці висновків.

Апробація результатів дисертації. Результати наукового дослідження оприлюднені на:

- науково-практичній конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, 17 вересня 2021 року. Київ, 2021, Україна;

- науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 4.0», м. Київ, 30 травня 2022 року. Київ, 2022, Україна;

- науково-практичній конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», 9 грудня 2021 р., м. Київ. Київ, 2021, Україна.

Публікації. Результати дисертації опубліковані у 10 наукових працях (у т. ч. 2 – одноосібних), з них: у 5-ти статтях у наукових фахових виданнях України; статті у виданні, що входить до наукометричної бази Scopus; 3-х тезах в збірках матеріалів науково-практичних конференцій; методичних рекомендаціях.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 260 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 189 сторінок; містить 13 таблиць, 20 рисунків, 7 додатків. Текст складається із вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел. Бібліографія включає 222 джерела, із них: кирилицею – 110, латиною – 112; у т. ч. власних публікацій за темою дисертації – 10.

РОЗДІЛ 1

ХВОРОБИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА
ТА ЕКОНОМІЧНА ПРОБЛЕМА

1.1. Епідеміологічні особливості патології щитоподібної залози в світі та в Україні

Програмою глобальних дій до 2030 року в сфері сталого розвитку, прийнятою Генеральною Ассамблеєю організації Об'єднаних Націй з метою побудови найкращого світу, однією з цілей визначено зміцнення фізичного та психічного здоров'я людини, забезпечення здорового способу життя й сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці; зменшення на третину передчасної смертності від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики та лікування. Досягнення цілі можливо шляхом забезпечення, зокрема, загального охоплення послугами охорони здоров'я, доступу до якісних основних медико-санітарних послуг [1].

Визначені стратегічні напрями політики обумовлені глобальними тенденціями зростання тягаря неінфекційних захворювань (НІЗ), спалахів інфекційних хвороб, постаріння населення, поширення нездорової особистої поведінки та кризовими ситуаціями в політиці, економіці, екології та інших сферах життєдіяльності людства. Ці виклики значними чином впливають на стан здоров'я населення та спроможність систем охорони здоров'я на них реагувати [2 - 4].

Зокрема, світові лідери визнали руйнівний вплив НІЗ на суспільство, економіку й практику охорони здоров'я, про що свідчать дані світової статистики. НІЗ – це хронічні захворювання, які мають тривалий перебіг і виникають внаслідок спільного впливу генетичних, фізіологічних, екологічних і поведінкових факторів. У 2015 р. в світі зареєстровано 40 млн смертей від НІЗ,

що становило 70,0% від загального числа смертей серед населення Землі. Більшість таких випадків були викликані чотирма основними НІЗ: серцево-судинними (17,7 млн смертей, або 45,0% від усіх смертей, спричинених НІЗ); раком (8,8 млн смертей, або 22,0%); хронічними респіраторними захворювання (3,9 млн смертей, або 10,0%); діабетом (1,6 млн смертей, або 4,0%). За прогнозами експертів, при збереженні таких рівнів смертності до 2030 року епідемія НІЗ буде щорічно забирати більше 50 млн людських життів. НІЗ призводять до втрат національного доходу обсягом у мільярди доларів, а через зростання витрат на охорону здоров'я мільйони людей щорічно виявляються за межею бідності. Найбільш важким тягарем смертності й захворюваності НІЗ лягають на країни з низьким і середнім рівнем доходів [5 - 8].

У Європейському регіоні на основні НІЗ припадає 89,0% смертей і 85,0% років життя, прожитих з інвалідністю. У 28 країнах Європейського союзу НІЗ є причиною передчасної смерті 550 тис. осіб працездатного віку, що призводить до втрати 3,4 млн потенційно продуктивних років життя і 0,8% валового внутрішнього продукту ЄС щороку [9].

Серед НІЗ невпинно зростає значимість ендокринних хвороб, як в світі, так і в Україні, що підтверджується несприятливими тенденціями їх захворюваності, поширеності, інвалідності та смертності. Хвороби щитоподібної залози, на думку дослідників, на сьогодні займають одне з провідних місць серед ендокринної патології, і станом на 01.01.2018 становили 46,0% в її структурі [10 - 12].

У Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10, ICD-10) чітко визначено структуру патології щитоподібної залози за захворюваннями (E00-E07), які розподілені наступним чином [13]:

(E00) Вроджений синдром йодної недостатності;

(E01) Хвороби щитоподібної залози та близькі стани, пов'язані з йодною недостатністю;

(E02) Субклінічний гіпотиреоз внаслідок йодної недостатності;

(E03) Інші форми гіпотиреозу;

(E04) Інші різновидності нетоксичного зобу;

(E05) Тиреотоксикоз (гіпертиреоз);

(E06) Тиреоїдит;

(E07) Інші розлади щитоподібної залози.

У численних систематичних оглядах наводяться світові епідеміологічні дані щодо патології щитоподібної залози в залежності від нозології, медико-географічних, статевих, вікових характеристик населення, даних про використання препаратів для лікування хвороб щитоподібної залози [14 - 16].

Так, зазначається, що дослідженнями в США та Великобританії встановлено рівень поширеності субклінічного гіпотиреозу серед дорослих від 4,0 до 10,0%, зокрема, до 3,0% у чоловіків та до 10,0% у жінок, а в осіб старше 70 років – 13,0 - 14,0%. Поширеність маніфестного гіпотиреозу серед загальної популяції коливається в межах 0,2% - 5,3% в Європі та 0,3% - 3,7% – у США. Частота вродженого гіпотиреозу нещодавно становила 1 новонароджений на 3,5 – 4 тис. народжених живими, з різницею для різних етнічних груп світу, але за останнє десятиліття кілька програм скринінгу повідомили про збільшення поширеності [17 - 19].

Гіпотиреоз – друге за поширеністю ендокринне захворювання при вагітності; захворюваність серед цього контингенту населення становить до 15,0% вагітностей. Захворюваність на тиреотоксикоз під час вагітності становить 0,2-0,4% для клінічного та 2,5% – для субклінічного тиреотоксикозу [20 - 23].

Поширеність субклінічного гіпертиреозу в світі становить від 1,0 до 5,0% з бімодальним піком останнього у віці від 20 до 39 років та у віці 80 років і вище, а маніфестного гіпертиреозу коливається від 0,2 до 1,3%, зокрема, 2,7% – серед жінок та 0,23% – серед чоловіків, враховуючи як встановлені, так і потенційні випадки. Середній показник поширеності гіпертиреозу в Європейському регіоні дорівнює 0,75%, а рівень захворюваності – 51 випадок на 100 тис. нас. на рік. Тиреотоксикоз, спричинений аміодароном, частіше зустрічається в районах з дефіцитом йоду, а за статевою ознакою – у чоловіків. Поширеність коливається 1,0-38,0% у світі, зокрема, 3,0% – в Північній Америці та 5,8% – у Японії [24, 25].

Розповсюдженість вузлового зобу в світі сягає від 3,0 до 7,0% без суттєвої тенденції до зниження. За повідомленнями дослідників [26, 27], частота токсичного багатовузликового зобу в зоні низького споживання йоду становила 18,0 випадків порівняно з 1,5 випадками на 100 тис. нас. на рік у зоні високого споживання йоду ($p < 0,001$). Частота виникнення солітарних токсичних вузлів була аналогічно більшою при низькому споживанні йоду (3,6 проти 1,6 на 100 тис. нас. на рік; $p < 0,05$). У стабільній географічній зоні, достатній за показниками споживання йоду, рівень захворюваності на токсичний багатовузловий зоб та солітарну аденому становив 4,3 та 1,8 на 100 тис. нас. на рік відповідно.

Частка гострого гнійного тиреоїдиту складає 0,1-0,7% захворювань щитоподібної залози, але може призвести до смертності в 12,0% випадків і вище, в разі відсутності лікування. Поширеність аутоімунних захворювань щитоподібної залози оцінюється в 5,0%, разом з тим, поширеність антитиреоїдних антитіл може бути навіть більшою [28 - 30.]

За останні три десятиліття в світі відбувалось стійке зростання захворюваності на рак щитоподібної залози, і, за прогнозами, ця хвороба стане четвертим провідним типом раку в усьому світі, переважно за рахунок папілярної карциноми, в обох статей при одночасному зниженні рівня смертності [31, 32]. Із 1990 по 2013 рік глобальний стандартизований за віком рівень захворюваності на рак щитоподібної залози зріс на 20,0%. Таке зростання захворюваності пояснюється збільшенням частоти виявлення пухлин на ранніх стадіях, підвищеною поширеністю індивідуальних модифікованих факторів ризику (наприклад, ожиріння) та впливом факторів ризику навколишнього середовища [33].

У жінок стандартизований за віком рівень захворюваності папілярним раком щитоподібної залози протягом 2008-2012 рр. коливався від 4,3 - 5,3 випадків на 100 тис. людино-років у Нідерландах, Великобританії та Данії до 143,3 випадків на 100 тис. жінок у Південній Кореї. Для чоловіків протягом того ж періоду стандартизовані за віком показники захворюваності папілярним раком щитоподібної залози на 100 тис. людино-років становили

від 1,2 випадків на 100 тис. у Таїланді до 30,7 випадків на 100 тис. у Південній Кореї [34].

У США захворюваність на цю патологію зросла з 7,1 на 100 тис. нас. у 2000 р. до 17,6 на 100 тис. нас. в 2013 р. Зокрема, захворюваність на рак IV стадії зросла на один випадок на 100 тис. нас. [35 - 37].

За даними Європейської мережі онкологічних реєстрів, у 2012 році показники захворюваності на рак щитоподібної залози серед жінок були 9,3, а серед чоловіків – 3,1 випадків на 100 тис. людино-років. Найвищі показники захворюваності для обох статей на 100 тис. людино-років реєструвались у Литві (15,5), Італії (13,5), Австрії (12,4), Хорватії (11,4) та Люксембурзі (11,1) [38 - 40].

За даними ВООЗ (2020) [41], у 2018 р. внесок раку щитоподібної залози дорівнював 3,1% у загальне число випадків (18,1 млн) підтверджених злоякісних новоутворень у світі. На рак щитоподібної залози частіше хворіють жінки, ніж чоловіки, що відрізняє злоякісні пухлини цієї локалізації від інших пухлин. У 2018 р. було зареєстровано 436,3 тис. випадків раку щитоподібної залози серед жінок, що обумовило п'яту сходинку цієї патології у рейтингу загального тягара злоякісних новоутворень серед жіночого населення світу, після раку молочної залози, колоректального раку, раку легенів та шийки матки. Серед чоловіків рак щитоподібної залози зустрічається значно рідше, саме тому ця нозологія в чоловічій популяції навіть не увійшла до топ-10 найпоширеніших за локалізаціями злоякісних новоутворень.

У більшості країн стандартизований за віком показник смертності від раку щитоподібної залози становив від 0,20 до 0,40 на 100 тис. чоловічого населення та від 0,20 до 0,60 на 100 тис. жіночого населення; найвищі показники спостерігались у Латвії, Угорщині, Республіці Молдова та Ізраїлі (понад 0,40 на 100 тис. нас.) для чоловіків та в Еквадорі, Колумбії та Ізраїлі (понад 0,60 на 100 тис. нас.) для жінок [42].

В Україні, за даними ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» («УІСД МОЗ України») (2009-2018), первинна захворюваність на ендокринні хвороби впродовж 2008 - 2017 років мала тенденцію до зниження як

в показниках на 100 тис. нас., так і за питомою вагою в структурі загальної захворюваності. Так, у 2008 р. захворюваність складала 1146,8, а в 2013 р. – 1085,5 на 100 тис. нас. при питомій вазі в загальній структурі відповідно 1,63% та 1,59%. За період 2014-2017 років захворюваність продовжувала постійно знижуватись і дорівнювала в 2014 р. 959,2, а в 2017 р. – 925,4 на 100 тис. нас. Питома вага ендокринної патології в загальній структурі захворюваності зменшилась за цей період відповідно з 1,53% до 1,47%.

Разом з тим, спостерігались зворотні тенденції поширеності ендокринних хвороб за вказаний період: показник поширеності неухильно і поступово зростав з 8049,6 на 100 тис. нас. у 2008 р. до 8982,1 на 100 тис. нас. у 2013 р. Надалі, у 2014 р., рівень поширеності знизився до 8342,3 на 100 тис. нас., але тенденції його поступового зростання в наступні роки збереглися, й у 2017 р. показник дорівнював вже 8676,0 на 100 тис. нас. Відповідні зміни відбувались і з показником питомої ваги поширеності класу ендокринних хвороб в загальній структурі поширеності усіх захворювань серед населення України: з 2008 р. по 2017 р. питома вага збільшилась з 4,44% до 5,06% [43 - 45].

Зазначені тенденції свідчать, що в українській популяції відбувається накопичення ендокринних хвороб внаслідок переважно їх хронічного перебігу, а також, можливо, за рахунок покращення діагностики, результатів лікування, збільшення тривалості життя населення.

У структурі ендокринних хвороб патологія щитоподібної залози за показниками вперше виявлених випадків складає 42,04%, а за їх поширеністю – 45,84% [46]. Поширеність клінічно прихованих тиреоїдних вузлів за результатами ультразвукової діагностики (УЗД) в загальній групі населення становить 20,0 - 76,0% [47].

За даними аналізу О. О. Чукур (2018), станом на 01.01.2018 р. структура тиреоїдної патології виглядала наступним чином: дифузний зоб I-III ступенів складав 18,6%, вузловий зоб – 9,8%, гіпотиреоз – 6,4%, тиреоїдити – 5,9%, тиреотоксикоз – 1,7%, рак – 4,3% [48].

Дослідження вітчизняних науковців свідчать, що за період 2007 - 2017 рр. відбулось зростання рівня захворюваності та поширеності хвороб щитоподібної залози в Україні. Щорічний приріст захворюваності в більших обсягах був притаманним жіночій популяції (на 6,0%), ніж чоловічій (на 5,0%). Захворюваність на гіпотиреоз зросла в 1,6 рази, гіпертиреоз – в 1,1 рази, а на тиреоїдити – в 1,5 рази; поширеність цих патологій зросла відповідно в 1,7, 1,5 та в 2,5 рази [49, 50].

Поширеність дифузного зобу I ступеня за період 2013 - 2017 рр. помірно зменшилась з 1287,8 до 1246,6 на 100 тис. нас., а поширеність дифузного зобу II ступеня практично не змінилась (відповідно 443,6 і 441,3 на 100 тис. нас.). Разом з тим, ці захворювання займали сталу першу рейтингову позицію в структурі хронічної патології щитоподібної залози впродовж даного періоду спостереження. На відміну від дифузного, захворюваність на вузловий зоб постійно зростала: за п'ять років показник первинної захворюваності збільшився з 81,7 до 90,2 на 100 тис. нас., а поширеності - з 766,4 до 891,5 на 100 тис. нас. Аналогічні тенденції спостерігались стосовно захворюваності на тиреотоксикоз, яка становила в 2013 р. 13,8 на 100 тис. нас., а в 2017 р. – вже 16,4 на 100 тис. нас. Поширеність тиреотоксикозу в Україні за відповідний період зросла з 155,2 до 168,1 на 100 тис. нас. [48, 51].

Захворюваність на тиреоїдити також зростала впродовж зазначених п'яти років з 37,0 до 49,2 на 100 тис. нас., а поширеність – з 465,3 до 543,7 на 100 тис. нас. Зокрема, за даними аналізу авторів [52], відмічалось зростання захворюваності на аутоімунний тиреоїдит в Україні за 10 років на 68,0%.

За даними ретроспективних досліджень, в Україні спостерігалось постійне зростання захворюваності на рак щитоподібної залози: в 1954 - 1964 рр. ця патологія реєструвалась у 0,7% хворих, а в 1978 та 1987 рр. його питома вага становила вже відповідно 1,94% та 5,2% [53].

За українським стандартом, у 1998 р. захворюваність на рак щитоподібної залози становила 4,3 випадки на 100 тис. нас., в 2014 р. – 8,0, а в 2018 р. – вже 8,7 випадків на 100 тис. нас. Зростання захворюваності відмічалось як серед

чоловіків, так і серед жінок, але захворюваність жінок була вищою, ніж чоловіків, і становила в 2014 р. 11,8, в 2018 р. – 13 випадків на 100 тис. нас.; захворюваність чоловіків дорівнювала відповідно 3,6 та 3,8 випадків. Смертність від раку в показниках українського стандарту складала в 2014 р. 0,7 випадків на 100 тис. усього населення, зокрема, 0,6 випадків – на 100 тис. чоловіків та 0,7 випадків – на 100 тис. жінок. У 2018 р. ці показники зменшились і склали відповідно 0,6; 0,5 та 0,6 випадків [54 - 56].

За даними наукових досліджень [57], в Україні за рік виявляється до 36 тис. нових тиреоїдних утворень, з яких 8,4% є злоякісними. Проведені масштабні лонгітюдні дослідження епідеміології раку щитоподібної залози в Україні перед і після аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС) впродовж 30 років засвідчили, що серед дорослого населення загальна кількість хворих на рак щитоподібної залози становить більше 10 тис. осіб, а захворюваність – 1600 випадків на рік. Серед хворих на рак щитоподібної залози 18,4% складають чоловіки, 81,6% – жінки. З віком кількість хворих значно зростає: на людей віком 60 років і старше припадає понад 30,0% випадків [58].

Епідеміологічні особливості захворюваності на рак щитоподібної залози у період після аварії на ЧАЕС тісно пов'язані з різним рівнем забруднення окремих територій радіоактивними викидами та особливостями видів економічної діяльності на цих територіях. Вітчизняними науковцями доведено, що найбільш постраждало населення областей з переважно промисловим розвитком (Донецька, Дніпропетровська, Запорізька), де середній приріст захворюваності на рак щитоподібної залози в післячорнобильський період склав 3,67 на 100 тис. нас., та області переважно сільськогосподарського виду діяльності (Сумська, Черкаська, Херсонська, Вінницька, Миколаївська, Тернопільська, Хмельницька, Полтавська), в яких середній приріст захворюваності дорівнював 3,86 на 100 тис. нас. У той же час у регіонах зі змішаним типом господарювання (Кіровоградська, Одеська, Харківська, Луганська) зареєстровано зростання відповідного показника на 2,5 на 100 тис. нас., в областях, ендемічних за вмістом йоду (Львівська, Закарпатська, Івано-Франківська) – на 1,87 на 100 тис. нас., а в

областях підвищеного радіаційного контролю (Київська, Волинська, Рівненська, Житомирська, Чернігівська) – на 2,58 на 100 тис. нас. при загальноукраїнському показникові 3,0 на 100 тис. нас. [59].

За дослідженнями Зелінської Н. Б., Ларіна О. С. (2015), серед дитячого населення України патологія щитоподібної залози в структурі ендокринних хвороб посідає перше місце – 58,0%. Переважаючою нозологією є дифузний зоб 1 ступеня, незважаючи на тенденцію до її зменшення в дитячій популяції протягом останніх 15 років. Мають місце відмінності поширеності дифузного зобу 1 і 2 ступеня серед дітей в залежності від місця їх проживання: серед сільських жителів у 2015 р. поширеність складала відповідно 54,48 та 3,40 на 1000 дит. нас., а серед містян відповідно – 29,40 та 2,25 на 1000 дит. нас.

Поширеність вузлового зоба впродовж 2000-2015 рр. серед дітей віком 0 - 14 років зросла від 0,08 до 0,13, серед дітей віком 15 - 17 років – з 1,12 до 1,22 на 1000 дит. нас. відповідного віку, а поширеність гіпотиреозу в дітей різного віку зросла більш ніж утричі.

До аварії на ЧАЕС у 1981 - 1985 рр. захворюваність на рак щитоподібної залози становила 0,04 на 100 тис. нас. віком 0 - 14 років, а протягом 10 років після аварії вона зросла в 10 разів і становила в 2015 р. 0,41 на 100 тис. нас. відповідного віку. Найвищі рівні захворюваності на рак щитоподібної залози протягом 1986-2015 років у дітей віком 0 - 14 років реєструвались у мешканців Чернігівської, Київської, Житомирської областей та м. Києва [60].

Таким чином, аналіз епідеміологічних і статистичних даних показав, що патологія щитоподібної залози, як суттєва складова ендокринної патології, вносить значний внесок у стан загального здоров'я населення України. Оскільки, як відомо, стан популяційного здоров'я формується під впливом різних факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, які й обумовлюють епідеміологічні особливості хвороб, наступний крок дослідження здійснювався в напрямку аналізу наукових досліджень з питань впливу цих факторів на виникнення й розвиток захворювань щитоподібної залози.

1.2. Фактори ризику розвитку патології щитоподібної залози

Уразливість щитоподібної залози від впливу різноманітних факторів ризику розвитку патології, як свідчать дані наукових досліджень, обумовлена особливостями її анатомічної будови та функціональної ролі в організмі людини.

Так, за даними наукових видань [61 - 63], де описана топографія щитоподібної залози, остання розташована на передній поверхні трахеї, між 5 - 6-м її кільцями та щитоподібним хрящем, і складається з двох бокових частин, з'єднаних перешийком. Розміри кожної з частин складають від 2,5 до 4,0 см по довжині, від 1,5 до 2,0 см по ширині; від 1,0 до 1,5 см по товщині. Маса щитоподібної залози становить від 25 до 30 г. У жінок маса залози трохи більша, ніж у чоловіків того ж віку. Кровообіг щитоподібної залози здійснюється переважно по верхнім і нижнім тиреоїдним артеріям, а іннервація – від шийних симпатичних гангліїв та блукаючого нерва. Власне тканина щитоподібної залози утримується двома капсулами – зовнішньою та внутрішньою, між якими розташована сполучна тканина, що обумовлює рухливість залози та можливість зміни її положення при ковтанні.

Анатомо-функціональна структура щитоподібної залози, представлена авторами [64, 65], складається з фолікулів, в яких відбувається синтез гормонів – йодтиронінів: 3,5,3'-трийодтироніна (трийодтироніна, T_3); 3,5,3',5'-тетрайодтироніна (тироксина, T_4). У процесі синтезу цих гормонів використовується йод, в чому полягає його фізіологічна роль. Синтез та секреція тиреоїдних гормонів регулюються гіпоталамо-гіпофізарною системою за принципом негативного зворотного зв'язку: гіпофіз продукує тиреотропін (ТТГ), який стимулює щитоподібну залозу до продукції тироксину (T_4). Більш як 99,0% тироксину зв'язується з білками плазми крові, решта циркулює у вільному стані. У периферичних тканинах відбувається дейодування тироксину у трийодтиронін (T_3). Концентрація в крові T_4 і T_3 впливає на регулюючу функцію гіпофізу щодо продукції ТТГ: гіперпродукція гормонів щитоподібної

залози пригнічує виділення ТТГ і навпаки. Щитоподібна залоза продукує також гормон кальцитонін, який синтезується парафолікулярними С-клітинами.

Як підтверджено науковими даними [66, 67], гормони щитоподібної залози мають широкий спектр дії, оскільки впливають не на окремі органи-мішені, а на всі клітини організму та їх компоненти, а також на регуляцію процесу обміну речовин. Саме тому щитоподібна залоза є життєво важливим органом: вона відіграє головну роль в обміні речовин, зростанні та розвитку людського організму.

За визначеннями науковців [68 - 71], гормони щитоподібної залози забезпечують: формування нервової системи та скелета в перинатальний період, позитивну хроно- та інотропну дію на міокард; збільшують: рівень споживання кисню майже всіма тканинами, продукцію тепла в організмі, чутливість рецепторів до катехоламінів, кількість катехоламінових рецепторів в серцевому м'язі, транскрипційну активність РНК, внутрішньоклітинний транспорт глюкози та амінокислот; стимулюють: еритропоез, синтез білка, утворення й резорбцію кісткової тканини; регулюють діяльність дихального центру; пришвидшують метаболізм і кліренс гормонів і лікарських препаратів.

Дослідники вважають, що значним чином гормони щитоподібної залози впливають на репродуктивну систему жінок. Підтверджено зв'язок підвищення тиреотропіну з безпліддям і низьким резервом яєчників, хоча в повній мірі дані позиції ще не доведені. Аутоімунний тиреоїдит може стати причиною невиношування вагітності, але деякі аспекти цього зв'язку ще не з'ясовані. Гіпо- та гіперфункція щитоподібної залози можуть призводити до порушення менструальної функції, бути причиною неплідності, невиношування вагітності, затримки статевого розвитку, а- та дисменореї [72 - 76].

Дефіцит гормонів щитоподібної залози під час вагітності впливає на розвиток мозку плоду, збільшуючи ризик когнітивних розладів [77]. Дисгенез щитоподібної залози та дисгормоногенез як причини вродженого гіпотиреозу викликають важку затримку психічного розвитку та дефіцит росту дитини в разі несвоєчасної діагностики та лікування [78, 79].

Дослідженням впливу факторів ризику розвитку патології щитоподібної залози присвячено чимало світових і вітчизняних наукових праць, результати яких підтверджують високу чутливість цього важливого органу до різноманітних несприятливих екзо- і ендогенних речовин. Ці фактори ризику є в своїй більшості спільними для багатьох НІЗ, але є й специфічні фактори для окремих органів і тканин, зокрема, щитоподібної залози.

За даними експертів ВООЗ, вплив навколишнього середовища є важливою детермінантою здоров'я: 23,0% усіх смертей у всьому світі та 22,0% усіх DALY пов'язані з впливом несприятливих факторів зовнішнього оточення. Ці фактори включають екологічні ризики, такі як зміна клімату та забруднення атмосферного повітря; недостатню інфраструктуру; деградовані екосистеми; хімічні та/або інші шкідливі речовини; погані умови праці та інші. Найбільшу кількість доказів було знайдено в забрудненні повітря, за яким слідує тютюновий дим. Хімічні речовини (включаючи пестициди) визначені третьою найбільшою групою впливу на навколишнє середовище, небезпечне для здоров'я людини. Як правило, зазначені фактори ризику тісно пов'язані із соціальними характеристиками (рівнем доходу, соціальним статусом, видом зайнятості, рівнем освіти, статтю, віком, етнічною належністю), а також зі способом життя: характером харчування, масою тіла, шкідливими звичками, фізичною активністю. Значний вплив факторів навколишнього середовища на розвиток НІЗ підтверджено близько 8,2 млн смертей від НІЗ, пов'язаних з факторами навколишнього середовища, із загального числа в 12,6 млн смертей в світі [80 - 82].

У країнах ЄС в 2017 р. констатовано більший тягар поведінкових та метаболічних факторів ризику для здоров'я населення в порівнянні з екологічними; найбільш актуальними залишаються тютюнові, дієтичні ризики та високий систолічний артеріальний тиск [83].

Антоненко А. М. і Коршун М. М. (2017) провели детальний аналіз впливу факторів навколишнього середовища на розвиток патології щитоподібної залози. У опублікованих ними оглядах наукових джерел зазначені екзогенні фактори

ризик розподілені на фізичні, біологічні та хімічні. До фізичних факторів відносять іонізуюче випромінювання, температуру навколишнього середовища й недостатність сонячного світла; до біологічних - бактерії і віруси, до хімічних – різноманітні речовини природного та антропогенного (техногенного) генезу [84 - 85].

Іонізуюче випромінювання може призводити до розвитку гіпофункції, вузлового зоба та раку щитоподібної залози. У доповіді експертної групи «Здоров'я» Чорнобильського Форуму Організації об'єднаних націй (ООН) (2006) підтверджено причинно-наслідковий зв'язок між радіаційним впливом радіоактивних ізотопів йоду в результаті аварії на Чорнобильській АЕС та підвищеним ризиком раку щитоподібної залози у людей, опромінених у дитячому й підлітковому віці, хоча оцінка залежності «доза-ефект» не підтверджена в зв'язку з недостатньою кількістю спостережень. Саме опромінення в ранньому дитячому віці (0-4 роки) визнано найбільш значимим фактором для ризику захворювання на рак у дорослого, навіть у віддаленому віковому періоді тривалістю до 45 років після опромінення, при максимальному значенні відносного ризику [86 - 89].

За дослідженнями Черенько С. М., Смоляра В. А., Шаповал Н. О. (2017), при порівнянні трьох послідовних п'ятирічних періодів спостереження (2000 - 2004, 2005 - 2009 та 2010 - 2014) відповідний внесок пацієнтів 1969 - 1986 р. н. до загальної кількості випадків раку щитоподібної залози становив 16,2%, 21,4% та 29,8%, а пацієнтів 1982 - 1986 р. н. – відповідно 3,3%, 5,1% та 7,9% ($p < 0,05$). У 2015 році ці показники досягли 34,0% та 9,0%. Рак щитоподібної залози серед опромінених осіб 1969 - 1986 р. н. мав достовірно вищий рівень мультифокальності (20,0%), екстратиреоїдної інвазії (34,0%) та регіонарного метастазування (28,0%) [90].

Як вище зазначалося, йод є обов'язковим субстратом для синтезу тиреоїдних гормонів, і належить до хімічних природних факторів. Зниження або збільшення концентрації в воді і продуктах харчування йоду, а також селену,

кальцію несприятливо позначається на функції щитоподібної залози, і як наслідок, викликає патологічні прояви з боку різних органів і систем [90 - 94].

Зокрема, дефіцит йоду найчастіше обумовлений природними екологічними умовами внаслідок ерозії ґрунтів, втрати рослинності, нестачі йоду в підземних водах та продуктах харчування. До географічних районів України, де місцевість збіднена на йод, належать гірські пасма, передгір'я, заплави великих річок, лісисті регіони з підзолистим ґрунтом Прикарпаття, Карпат, Закарпаття й Полісся. Наслідком йододефіциту може бути розвиток гіпотиреозу та ендемічного зобу [95].

На фоні йододефіциту в Прикарпатському ендемічному регіоні зоба в 2000 - 2002 та в 2010 - 2012 рр. у порівнянні з 1981 - 1990 рр. зросла частка злоякісних пухлин (з $10,6 \pm 1,1$ до $13,6 \pm 0,8\%$) [96].

Надходження до організму надмірних доз йоду (понад 300 мкг на добу) може призводити до розвитку аутоімунного тиреоїдиту, йодіндукованого тиреотоксикозу та інших хвороб щитоподібної залози. Це можливо при запровадженні масової йодної профілактики, споживанні водоростей, йодактиву (йодованого казеїну) та інших йодвмісних продуктів [97].

Значна кількість досліджень присвячена впливу хімічних антропогенних факторів ризику розвитку патології щитоподібної залози. До цих факторів ризику відносять біля 800 хімічних речовин переважно синтетичного походження: важкі метали (свинець, кадмій, ртуть тощо); стійкі хлорорганічні забруднювачі (поліхлоровані біфеніли, поліхлоровані дибензо-*p*-діоксини, поліхлоровані дибензофурані та інші); медичні препарати (сульфонаміди, антиретровірусні препарати, гепарин, фенобарбітал, аміодарон, пропранолол, інтерферон тощо); пестициди (тріазоли, пірзолкарбоксаміди, сульфонілсечовини та інші). Ці речовини називають ще «ендокринними руйнівниками», оскільки вони призводять до зростання захворюваності на рак та вузлові захворювання щитоподібної залози [98 - 102].

Оцінюючи вплив факторів ризику розвитку різних видів патології щитоподібної залози, багато науковців схиляються до висновків про комплексний, багатфакторний характер цього впливу.

Так, дослідники вважають, що папілярна карцинома, яка складає 80,0% від усіх злоякісних новоутворень щитоподібної залози, зустрічається втричі частіше в жінок, ніж у чоловіків, але окрім гендерного фактору, на розвиток цього захворювання має вплив іонізуюче випромінювання, дефіцит або надлишок споживання йоду, доброякісна патологія щитоподібної залози в анамнезі, соматичні генні мутації [103].

На формування онкопатології щитоподібної залози, за даними [104, 105], крім йододефіциту та іонізуючого випромінювання, впливають комплекс хімічних ендокринних руйнівників, наслідком чого може бути зростання ризику та прискорення розвитку раку щитоподібної залози.

Інші дослідники до ключових факторів ризику патології щитоподібної залози відносять, поряд з рівнем споживання йоду, вік, тютюнопаління, генетичну сприйнятливність, етнічну приналежність, ендокринні порушення, лікарські засоби, спосіб життя, стрес, нераціональне харчування, недостатність мікроелементів, супутні соматичні захворювання [106, 107].

Невпинне зростання захворюваності на тиреопатії ряд авторів співвідносять з погіршенням екологічної ситуації, зростанням стресових ситуацій в популяції, поліпшенням діагностики захворювань щитоподібної залози, а також збільшенням споживання йоду, дефіцитом селену, заліза та вітаміну D, тютюнопалінням, вірусними інфекціями, хімічним забрудненням, дією лікарських препаратів, дисбактеріозом кишечника [108, 109].

У жінок факторами ризику аутоімунного тиреоїдиту можуть бути екстрагенітальні захворювання, хвороби молочних залоз і системи кровообігу, несприятливі екологічні умови, фізіологічні зміни, пов'язані з віком [110].

Корзун В. Н. і Воронцова Т. О. (2019) наголошують на спільному впливі струмогенних факторів ризику різного генезу на розвиток йододефіцитних станів: природного йододефіциту, техногенного навантаження хімічними

речовинами, мікроелементного дисбалансу, імунних порушень, малих доз іонізуючого випромінювання. Пріоритетними забруднювачами атмосферного повітря на більшості територій населених місць автори вважають зважені речовини: діоксиди азоту, окиси вуглецю, формальдегід, свинець, оксид сірки, вуглеводень тощо [111].

Узагальнені дані про фактори ризику розвитку патології щитоподібної залози (за даними наукових досліджень) наведені в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Узагальнені дані про фактори ризику розвитку патології щитоподібної залози (за даними наукових досліджень)

№ з/п	Фактори ризику	Результати впливу факторів ризику на стан щитоподібної залози	Джерело наукової інформації
1	2	3	4
1	Іонізуюче випромінювання	Гіпофункція, вузловий зоб, рак	Експертна група «Здоров'я» Чорнобильського Форуму ООН, 2006; Bogdanova T. et al., 2015; Kashcheev V. et al. 2015; Сердюк А. М., Павленко Т. О., Риган М. М., Лось І. П., Скалецький Ю. М., 2016; Тронько М. Д., Пастер І. П., Замотаєва Г. А., Масюк С. В., 2018.
2	Недостатність йоду	Гіпотиреоз, ендемічний зоб,	Городинська О. Ю. 2015; Черенько М. С. 2016;.
		субклінічний гіпертиреоз	Лузанчук І. А., Кравченко В. І., Медведєв Б. К., Постол С. В., 2016; Grimm D., 2019.

<i>продовження табл. 1.1</i>			
1	2	3	4
3	Надлишок йоду	інша патологія щитовидної залози	Тронько М. Д., Кравченко В. І., 2019.
4	Хімічні антропогенні фактори ризику («ендокринні руйнівники»): важкі метали (свинець, кадмій, ртуть тощо); стійкі хлорорганічні забруднювачі (поліхлоровані біфеніли, поліхлоровані дібензо-п-діоксини, поліхлоровані дібензофурани та інші); медичні препарати (сульфонаміди, антиретровірусні препарати, гепарин, фенобарбітал, аміодарон, пропранолол, інтерферон тощо); пестициди (триазоли, пірзолкарбоксаміди, сульфонілсечовини та інші)	Рак, вузлові захворювання щитовидної залози	Баленко Н. В., Черниченко І. О., Цимбалюк С. Н., Гульчій М. В., Баглій Є. А., Федоренко З. П., Остап О. М., 2014; Литвиченко О. Н., Черниченко І. А., Цимбалюк С. Н., 2015; Черниченко І. О., Литвиченко О. М., Цимбалюк С. М., Швагер О. В., Соверткова Л. С., Баленко Н. В. 2015; Баленко Н. В., Цимбалюк С. Н., Черниченко І. О., Литвиченко О. М., Гульчій М. В., Остап О. М., 2017; Yavorovskyi O. P. 2019; Demeneix B., Slama R., 2019.
5	Комплекс факторів ризику		
5.1.	Стать, іонізуюче випромінювання, дефіцит або надлишок споживання йоду, доброякісна патологія щитоподібної залози в анамнезі, соматичні генні мутації.	Папілярна карцинома	Татарчук Т.Ф., Калугіна Л. В., Данилова А. О., 2019.

<i>продовження табл. 1.1</i>			
1	2	3	4
5.2	Йододефіцит, іонізуюче випромінювання, комплекс хімічних ендокринних руйнівників	Рак	Баленко Н. В., Цимбалюк С. Н., Черниченко І. О., Остап О. М., 2016.
5.3	Надлишок або недостатність споживання йоду, вік, тютюнопаління, генетична сприйнятливність, етнічна приналежність, лікарські засоби, спосіб життя, стрес, нераціональне харчування, недостатність мікроелементів, супутні захворювання	Різна патологія щитовидної залози	Taylor PN, Albrecht D, Scholz A, Gutierrez-Buey G, Lazarus JH, Dayan CM, Okosieme OE., 2018; Salman Razvi, Sinddeep Bhana, Sanaa Mrabeti, 2019.
5.4	Несприятлива екологічна ситуація, стресові стани, поліпшення діагностики захворювань щитовидної залози, збільшення споживання йоду, дефіцит селену, заліза та вітаміну D, тютюнопаління, вірусні інфекції, хімічне забруднення, лікарські препарати, дисбактеріоз кишечника	Тиреоїдит	Шеремет М. І., Шідловський В. О., Сидорчук Л. П., 2014; Antonelli A, Ferrari SM, Corrado A, Di Domenicantonio A, Fallahi P., 2015; Rayman MP, 2018; Silvia Martina Ferrari, Poupak Fallahi, Alessandro Antonelli, Salvatore Benvenga, 2019.
5.5	Природний йододефіцит, техногенне навантаження хімічними речовинами, мікроелементний дисбаланс, імунні порушення, малі дози іонізуючого випромінювання	Йододефіцитні стани	Корзун В. Н., Воронцова Т. О. 2019.
5.6.	Фактори навколишнього середовища (фізичні, біологічні, хімічні)	Різна патологія щитовидної залози	Антоненко А. М., Коршун М. М., 2016; 2017.

Таким чином, аналіз вищезазначених факторів ризику розвитку патології щитоподібної залози засвідчив різноманітність їх походження (екзо-ендогенні, природні та антропогенні), географічні особливості поширення (йододефіцитні регіони України, великі міста з високим рівнем забруднення навколишнього середовища), неоднозначний, переважно комплексний вплив (викликають різні захворювання щитоподібної залози) при високій уразливості щитоподібної залози, обумовленої особливостями анатомо-морфологічної структури та продукування й метаболізму тиреоїдних гормонів. Отримані результати в сукупності з даними про внесок патології щитоподібної залози в стан здоров'я населення дозволили продовжувати теоретичну частину дослідження в напрямку вивчення стану організації медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в Україні.

1.3. Законодавче та нормативно-правове регулювання ендокринологічної допомоги в Україні

Організація медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, як складової спеціалізованої ендокринологічної допомоги, регулюється законодавством України в сфері охорони здоров'я та нормативно-правовими документами галузевого рівня. Серед загальних законодавчих актів слід зазначити Конституцію України, в якій статтю 49 проголошено право кожного українця на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, відповідальність держави за створення умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, надання медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я на безоплатній основі, неможливість скорочення існуючої мережі таких закладів [112].

Законодавством України надаються державні фінансові гарантії отримання пацієнтами необхідних послуг та медичного обслуговування й доступу до лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [113]. Законодавче регулювання цієі

програми надзвичайно важливе з точки зору доступності пацієнтів з патологією щитоподібної залози, за потреби, до хірургічного лікування та лікарських засобів на основі гормональних речовин. Це право забезпечується шляхом направлення лікарем, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря в порядку, передбаченому законодавством, до лікаря-спеціаліста (ендокринолога) закладу спеціалізованої медичної допомоги.

Безпека лікувально-діагностичного процесу в закладах охорони здоров'я гарантується здійсненням відповідного санітарно- епідемічного нагляду щодо попередження поширення трансфузійних інфекцій і дотриманням норм епідемічної безпеки, що є необхідною складовою організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози [114, 115].

Регулювання організації діяльності закладів охорони здоров'я усіх форм власності, зокрема, права та обов'язки пацієнтів і медичних працівників, попередження ризиків медичної діяльності, стандартизація медичної допомоги відбувається відповідно до законодавства України про охорону здоров'я [116] .

Забезпечення якості медичної допомоги, зокрема, ендокринологічної, гарантовано законами України, що забезпечують дозвіл медичної практики надавачам медичних послуг, захист прав їх споживачів, інформаційну безпеку та безпеку лікарських засобів [117 - 120]. Особливе місце в регулюванні споживання якісних лікарських засобів слід відвести регуляторному акту, яким започатковано впровадження формулярів лікарських засобів, як переліків, що містять препарати з доведеною клінічною та економічною ефективністю, безпечні та економічно доступні пацієнтам [121].

Створення стандартів і клінічних протоколів медичної допомоги відповідно до сучасного рівня розвитку медичної науки і практики, а також формулярів лікарських засобів, табелів матеріально-технічного оснащення, інших нормативних документів спрямовано на забезпечення позитивного клінічного результату та ефективного витрачання ресурсів під час надання медичної допомоги за будь-якою спеціальністю, в тому числі, хворим з ендокринною патологією.

На галузевому рівні стандартизація медичної допомоги забезпечується нормативно-правовими документами [122, 123] з метою використання наукових доказів клінічної ефективності та безпеки медичних утручань, отриманих під час проведених клініко-епідеміологічних досліджень за єдиною, принципово новою методикою (доказова медицина), або в разі їх відсутності — даних про найкращу медичну практику.

За спеціальністю «Ендокринологія» наказами МОЗ України затверджено ряд медико-технологічних документів, розроблених на основі доказової медицини, однак ці документи не стосуються стандартизації медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. Тому вітчизняні ендокринологи, як свідчать наукові літературні джерела, користуються міжнародними джерелами доказової медицини, зокрема:

- 1) The 2015 European Thyroid Association Guidelines on diagnosis and treatment of endogenous subclinical hyperthyroidism [124];
- 2) The 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients With Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer [125];
- 3) The 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum [126];
- 4) The 2016 European Thyroid Association/European Group on Graves' Orbitopathy guidelines for the management of Graves' orbitopathy [127] та іншими.

Вимоги до підвищення якості знань лікарів, зокрема, ендокринологів, задекларовані постановою Кабінету Міністрів України [128, 129].

Власне регулювання діяльності ендокринологічної служби, зокрема, організації надання медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, здійснюється спільним наказом МОЗ України та НАМН України [130], який видано з метою координації організаційно-методичної, науково-практичної

та лікувально-консультативної роботи в закладах охорони здоров'я ендокринологічного профілю.

Згідно з цим наказом, Українським науково-практичним центром ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Інститутом ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка АМН України, Інститутом проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського АМН України та експертами МОЗ України із спеціальності «Ендокринологія» та «Дитяча ендокринологія» здійснюються кураторські функції згідно із закріпленими регіонами України, проводиться моніторинг стану ендокринологічної служби шляхом рецензування та аналізу звітів, а також надання фахової організаційно-методичної, науково-практичної та лікувально-консультативної допомоги закладам охорони здоров'я ендокринологічного профілю.

Куратори та відповідні закріплені регіони наступні:

1) за Українським науково-практичним центром ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, (<http://endocenter.com.ua>) закріплені АР Крим, Вінницька, Одеська, Полтавська, Житомирська, Чернігівська, Черкаська області, м. Київ і м. Севастополь;

2) за Інститутом ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка АМН України (<http://www.iem.net.ua/institute/>) закріплені Київська, Львівська, Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька області;

3) за Інститутом проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського АМН України закріплені Луганська, Донецька, Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Миколаївська, Сумська, Херсонська, Харківська області.

Результати діяльності заслуховуються на щорічних підсумкових семінарах-нарадах представників закладів-кураторів і головних обласних позаштатних спеціалістів (експертів) з ендокринології. Обговорюються нагальні питання організації та удосконалення ендокринологічної допомоги з оформленням резолюцій та рекомендацій департаментам/управлінням охорони

здоров'я обласних державних адміністрацій. Тобто, здійснюється колегіальне керівництво службою, де тісно співпрацюють науковці, організатори і лікарі-ендокринологи [131, 132].

Слід зазначити, що організація діяльності ендокринологічної служби в межах галузі в такий демократичний спосіб відрізняється від традиційного для інших видів спеціалізованої медичної допомоги, коли управління службою відбувається за строго ієрархічним принципом.

Контент-аналіз резолюцій семінарів-нарад засвідчив, що за результатами сумісної роботи визначені актуальні проблеми в організації надання спеціалізованої медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, які потребують вирішення:

1) низький рівень профілактичної роботи серед населення з питань попередження факторів ризику розвитку патології щитоподібної залози та її раннього виявлення на рівні первинної та спеціалізованої медичної допомоги; необхідність широкого впровадження скринінгових методів раннього виявлення ендокринних захворювань; проведення масового скринінгу немовлят на вроджений гіпотиреоз;

2) неефективна взаємодія лікарів-ендокринологів з лікарями загальної практики-сімейної медицини щодо забезпечення безперервного спостереження та надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози; необхідність удосконалення міждисциплінарних підходів до лікування хворих коли необхідна тісна взаємодія між лікарем-ендокринологом та іншими спеціалістами з питань вибору оптимальної тактики лікування хворого;

3) низький рівень укомплектованості штатних посад лікарями-ендокринологами закладів охорони здоров'я регіональної мережі;

4) необхідність постійного підвищення кваліфікації лікарів-ендокринологів і лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань патології щитоподібної залози;

5) впровадження дозвільної системи на надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози закладам охорони здоров'я в регіонах за визначеними критеріями;

б) розробка та впровадження клінічних маршрутів пацієнтів з патологією щитоподібної залози, які потребують хірургічної допомоги тощо.

Наказами МОЗ України затверджено Положення про групи експертів МОЗ України з метою підвищення ефективності та прозорості надання медичної допомоги населенню України, удосконалення організаційно-методичної, лікувально-діагностичної роботи та забезпечення ефективної координації профільних напрямів, а також склад групи експертів МОЗ України за напрямом «Ендокринологія, дитяча ендокринологія», до якої увійшли провідні фахівці-ендокринологи, науковці, відомі в Україні та за її межами, які представляють Український науково-практичний Центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова [133, 134].

Важливий внесок в розвиток і удосконалення спеціалізованої ендокринологічної допомоги населенню України здійснює Асоціація ендокринологів України – добровільне науково-практичне і творче об'єднання профільних спеціалістів охорони здоров'я, які займаються практичною, педагогічною та науково-дослідницькою роботою за напрямом «Ендокринологія» та суміжними дисциплінами, створене з метою підтримки наукових досліджень, освіти та практичної діяльності лікарів-ендокринологів, як найважливішого ресурсу сфери охорони здоров'я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл за видами і етапами медичної допомоги вносять провідний внесок у забезпечення належного рівня якості медичної допомоги населенню [135 - 138].

1.4. Історичний досвід та сучасні проблеми організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози

Хірургічні втручання на щитоподібній залозі пройшли свій історичний шлях та мають перспективи розвитку.

Становлення тиреоїдної хірургії відбувалось протягом тривалого часу. Її історія сягає ще 952 року нашої ери, коли арабський лікар і науковець із Андалусії Абу аль Касім аль-Захраві вперше провів операцію з видалення щитоподібної залози. Однак тривалий час хірурги відмовлялися робити хірургічні втручання на цьому органі через важкі ускладнення: кровотечі, больовий шок, інфекції. Рівень смертності був більшим за 36,0% [139, 140].

У матеріалах наукових оглядів, здійснених Мамчичем В. І., Погорєловим О. В., Воскобойніком О. Ю. (2013) та Рибакowym С. І. (2019) за темою, показано, що хірургія щитоподібної залози з часом визначилася як самостійна галузь клінічної хірургії, але розпочиналася з незначної кількості оперативних утручань. Перша в світі струмектомія була виконана в 1646 р. Wilhelm Fabricus, наслідок якої був летальним. Перша успішна резекція щитоподібної залози проведена в 1791 р. французьким хірургом Р. Desault. У найближчі роки було виконано ще кілька десятків оперативних утручань у різних країнах: 31 випадок – у Німеччині, Австрії, Швейцарії, п'ять – у Сполучених Штатах Америки, 12 – в Італії, 14 – в Англії, 15 – у Франції. В Україні перша струмектомія здійснена видатним хірургом В. А. Караваєвим у 1842 р. з позитивним результатом, а радикальна операція з приводу тиреотоксичного зоба – в 1894 році видатним хірургом М. М. Волковичем. Окремі оперативні втручання на щитоподібній залозі були виконані в 1884 р. в Києві відомим професором Ф. К. Борнгауптом, хірургами К. М. Сапежко в Одесі і Києві, Н. А. Щеголевым і В. Л. Покотило – в Одесі, Ф. Ю. Розе – в Харкові.

Із середини XIX ст. прогресу тиреоїдної хірургії сприяли розробка методів асептики та антисептики (J. Lister), відкриття загального знеболювання (W. Morton, W. Long, T. Jackson), винахід кровоспинних затискачів (J. Pean, S. Wells),

системний підхід до тиреоїдної хірургії Т. Більрота, дослідження та успішний досвід хірургічного лікування щитоподібної залози Е. Т. Кохера. Саме Е. Т. Кохеру тиреоїдна хірургія, як вважають автори, зобов'язана своїм народженням як самостійна галузь клінічної хірургії. Е. Т. Кохер упродовж свого професійного життя здійснив понад 4 тис. оперативних утручань на щитоподібній залозі; він був удостоєний Нобелівської премії з медицини 1909 року за внесок у фізіологію, патологію та хірургію щитоподібної залози [141 - 142].

Видатний хірург М. І. Пирогов у 1831 р. описав анатомію, топографію, синтопію та основні принципи хірургії щитоподібної залози, а в 1847 р. вперше в світі виконав резекцію щитоподібної залози з приводу вузлового зоба під ефірним наркозом, в умовах війни на Кавказі. Однак наявний на той час досвід зарубіжної тиреоїдної хірургії та наступні власні напрацювання дозволили М. І. Пирогову зробити висновки про високі ризики ускладнень операцій на щитоподібній залозі внаслідок можливих пошкоджень магістральних судин і нервів. Саме небезпека медичних утручань на щитоподібній залозі обумовила дуже обережне ставлення хірургів тих часів до вибору методу хірургічного лікування патології цього органу [143 - 145].

За радянських часів поштовхом для розвитку хірургії щитоподібної залози в Україні стало відкриття в 1919 р. в Харкові виробничого органотерапевтичного центру, який згодом, у 1927 р., був перетворений у спеціалізований науково-дослідний інститут, а в 1930 р – у Всеукраїнський інститут ендокринології та органотерапії, де було відкрито хірургічне відділення. Одночасно в Києві та Одесі було відкрито філії цього інституту.

Значний внесок у розвиток вітчизняної хірургії щитоподібної залози та інших ендокринних залоз вніс професор О. К. Горчаков (1900 - 1960), який першим запропонував лікувати хворих з токсичним зобом радіоактивним йодом, розробив патогенетичну класифікацію зобної хвороби, разом з численними учнями вивчав патологію щитоподібної залози та надниркових залоз, особливості обміну речовин при базедовій хворобі та зобі, виконав більше 4 тис. операцій на щитоподібній залозі [146].

У 1965 р. було створено Київський науково-дослідний інститут ендокринології та обміну речовин, а також сформовано західно-українську школу ендокринних хірургів. Остання спрямовувала свої наукові дослідження та практичні впровадження в Західній Україні, яка була осередком зобної ендемії. На початку 80-х років оперативні втручання на щитоподібній залозі проводили в обласних центрах та спеціалізованих клініках Києва, Львова, Харкова, Вінниці. У 1995 році створено Український науково–практичний центр ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів та тканин.

Цікаво, що саме тиреоїдна хірургія в своєму історичному розвитку стала першоджерелом усієї ендокринної хірургії як самостійного розділу клінічної хірургії. Від переважно вербальних, мануальних і простих лабораторних методів діагностики та обмеженої кількості хірургічних утручань на щитоподібній залозі цей напрямок поступово охопив методи біохімічної, радіологічної, імунологічної діагностики, досконалі методи візуалізації практично усіх ендокринних залоз та складні оперативні втручання на них [147, 148].

Сьогодні, як вище зазначалося, в Україні функціонують потужні науково-дослідні заклади ендокринологічного профілю: Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка АМН України, Інститут проблем ендокринної патології імені В. Я. Данилевського АМН України, Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України; мережа ендокринологічних диспансерів, ендокринологічних відділень у стаціонарних закладах, кабінетів амбулаторного прийому лікаря-ендокринолога. Особливе місце в історії сучасної вітчизняної ендокринології займає Київський міський клінічний ендокринологічний центр (КМКЕЦ) – багатопрофільний заклад охорони здоров'я, що надає висококваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу хворим з ендокринною патологією м. Київ та регіонів України. Хірургічна допомога хворим з патологією щитоподібної залози залишається провідним предметом уваги цих спеціалізованих закладів.

Хірургічному лікуванню підлягають доброякісні та злоякісні захворювання щитоподібної залози (вузлові форми зоба, аденоми та карциноми, дифузний токсичний зоб).

За висновками дослідників, сучасна стратегія діагностики та вибору тактики лікування пухлин щитоподібної залози заснована на комплексному підході, який включає ранню діагностику та верифікацію пухлини, клініко-інструментальне, лабораторне, цитологічне, молекулярно-генетичне дослідження, оцінку індивідуальних особливостей і потреб пацієнта [149 - 153]. За таких умов, як вважають Шідловський О. В., Шідловський В. О., Дивак А. М. (2019), обов'язковою складовою успішності хірургічних втручань є висока кваліфікація та значний досвід лікаря-хірурга.

Незважаючи на достатньо тривалий шлях розвитку тиреоїдної хірургії та значні здобутки в хірургії щитоподібної залози, і сьогодні актуальним питанням залишається попередження ускладнень внаслідок оперативних утручань при патології цього органу. Серед них науковці виділяють інтраопераційні (травми поворотних нервів гортані, прищитоподібних залоз, трахеї, стравоходу, магістральних судин шиї) та післяопераційні (напружена гематома шиї, асфіксія, інфікування рани). Рівень частоти ускладнень після хірургічних утручань коливається в межах 1,8 - 4,5% і вище в окремих випадках [154].

Так, при хірургічному лікуванні субклінічного гіпертиреозу ризик гіпопаратиреозу дорівнює $\leq 2\%$, парезу поворотних нервів гортані - $\leq 1\%$, кровотечі, що потребує реоперації – 0,3 - 0,7% [155]. При локалізації за грудинного зоба в задньому середостінні під час виконання оперативного втручання з шийного доступу можуть виникати серйозні технічні складнощі, що потребує використання комбінації торакотомії в п'ятому міжребер'ї з шийним коміроподібним доступом по передній поверхні шиї. В свою чергу, це потребує високої кваліфікації хірурга [156].

Пошкодження грудної лімфатичної протоки з лімфореею може бути тяжким ускладненням оперативних маніпуляцій у ділянці шиї. Зокрема, після

тиреоїдектомії, в залежності від локалізації і обсягу маніпуляцій під час оперативного втручання, лімфорея трапляється в 0,5 - 6,2% випадків [157, 158].

Транзиторна гіпокальціємія в ранньому післяопераційному періоді після тиреоїдектомії розвивається в 32,0% хворих з папілярним раком щитоподібної залози [159]. Післяопераційна гіпокальціємія, за висновками дослідників, часто спостерігається у пацієнтів внаслідок хірургічних утручань на щитоподібній залозі. У разі клінічної маніфестації цього стану можуть розвинути гіпокальціємічні судоми з тетанією, що становить загрозу для життя хворого [160].

Пацієнти, яких оперують з приводу захворювань щитоподібної залози, відносяться до групи високого ризику виникнення післяопераційної нудоти та блювання як ускладнень анестезіологічного забезпечення [161, 162].

У свою чергу, виникнення ускладнень зумовлено різними факторами, частина яких може бути усунена повністю або частково в разі своєчасної діагностики патології щитоподібної залози та своєчасного скерування хворого до хірургічного стаціонару, а також лікування супутніх захворювань. Зокрема, в разі тривалого захворювання на зоб із за грудинною локалізацією виникають компресійний синдром, супутня патологія органів системи кровообігу та дихання. У пацієнтів з дифузним токсичним зобом у 55,0% випадків виявляється дисметаболічна кардіоміопатія, а у 64,3% пацієнтів з багатовузловим зобом – артеріальна гіпертензія або гіпертонічна хвороба [163].

За даними Нечай О. П., Товкай О. А., Черенько С. М. (2018), гіповітаміноз D спостерігається у 84,0% хворих на дифузний токсичний зоб, що збільшує ризику розвитку післяопераційного гіпаратиреозу та лабораторної гіпокальціємії відповідно на 12,2% та 13,64%. Необгрунтовано тривале медикаментозне лікування токсичного зоба і тиреотоксикоза призводить до незворотніх структурних змін в міокарді, внаслідок чого втрачається можливість повної реабілітації хворого після хірургічного лікування [164].

Визначальними факторами, що впливають на післяопераційні віддалені результати хірургічного лікування хворих на токсичний зоб із тяжкою формою

тиреотоксикозу, визнаються також порушення серцевого ритму за типом фібриляції пересердь, структурно-функціональні зміни серцевого м'яза, високий ступінь тяжкості серцевої недостатності, старший вік пацієнтів, наявність супутніх захворювань метаболічного характеру [165].

Ще один важливий напрямок попередження післяопераційних ускладнень – це удосконалення організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. Як вважають науковці, безальтернативним підходом на цьому шляху слід визнати функціонування мультидисциплінарних команд фахівців різних спеціальностей, дотичних до доопераційної ідентифікації патології щитоподібної залози, ухвалення певного хірургічного рішення, виконання операційного втручання та післяопераційного супроводу [166 - 169].

Актуальність мультидисциплінарних підходів до хірургічного лікування патології щитоподібної залози визначається також стрімким впровадженням сучасних технологій в ендокринну хірургію: високоточної візуалізуючої рентген-радіологічної топічної діагностики пухлин; молекулярно-генетичних технологій; рецепторної сцинтиграфії залози; оперативних технологій з мінімальною інвазивністю та травматичністю (ендоскопічна техніка з відеоасистенцією, ультразвуковий скальпель, збільшувальна оптика, електроіндикація поворотних гортанних нервів), що потребує підготовки й сумісної роботи лікарів-ендокринологів, ендокринних хірургів, генетиків, радіологів, рентгенологів, ендоскопістів, морфологів, біологів та інших фахівців [170 - 171].

Мультидисциплінарний підхід з'явився ще в середині 1980-х років в світовій онкології, коли об'єднання зусиль різних фахівців довело на практиці покращення результатів ведення пацієнтів на відміну від традиційного глобального лікування, запропонованого одним лікарем. Інтеграція структурних підрозділів і фахівців, які займаються лікуванням конкретного хворого з онкологічним захворюванням, на думку іноземних науковців, надає гарантії постійної підтримки пацієнтів під час усіх складових клінічного процесу:

діагностики, лікування, диспансерного спостереження, й тому більшість пацієнтів сприймають це позитивно [172 - 179].

Разом з тим, активне запровадження мультидисциплінарного підходу в лікуванні онкологічних захворювань, у тому числі, щитоподібної залози, спостерігається в країнах світу лише в останні роки. Цьому сприяло поширення підходу, орієнтованого на пацієнта, внаслідок чого багатопрофільні команди виникають як практична необхідність оптимальної координації роботи медичних працівників та їх ефективного спілкування з пацієнтами [180 - 182] .

У той же час, коли мультидисциплінарні команди вважаються золотим стандартом догляду за раком у багатьох системах охорони здоров'я, чіткого визначення їх формату, обсягу практики та оперативних критеріїв ефективності медичної допомоги все ще бракує [183 - 185].

У підвищенні ефективності комунікацій важлива роль належить правильній термінології, яка визначається за критеріями взаємодії між членами команди. Мультидисциплінарна команда передбачає використання знань і навичок спеціалістів і фахівців різних дисциплін, але кожен з них оцінює стан пацієнта зі своєї власної точки зору. Міждисциплінарна команда інтегрує знання і навички спеціалістів і фахівців різних дисциплін за рахунок високого рівня співпраці та спілкування між учасниками команди, в основу яких покладається узгоджена та спільна мета і стратегія її досягнення [186, 187].

Науковці зазначають, що поки не існує загальноприйнятої моделі ефективною передачі важливих даних щодо передопераційних результатів, обсягу операції, результатів хірургічного втручання та плану допоміжної допомоги між різними постачальниками медичних послуг, які беруть участь у веденні хворих з патологією щитоподібної залози [188].

Дефіцит, пов'язаний з неадекватною клінічною комунікацією, може привести до неправильних діагнозів, неправильної хірургії, неправильної стратифікації захворювання, патологічним звітам та / або інтерпретації даних [189].

В Україні на нормативному рівні започатковано мультидисциплінарний підхід для хворих у невідкладних станах, зокрема за напрямками «ендокринологія», «хірургія» [190], пацієнтів, які потребують реабілітаційної, психіатричної, онкологічної допомоги, радіологічного хіміотерапевтичного лікування [191 - 193].

Питання функціонування мультидисциплінарних команд як інструменту підвищення ефективності оперативних втручань та зменшення ризиків хірургічного лікування патології щитоподібної залози, в вітчизняних соціально-гігієнічних дослідженнях розглядаються епізодично.

Відсутні дослідження, які б пропонували можливі організаційні моделі функціонування мультидисциплінарних команд, міждисциплінарної співпраці, підходи до розподілу ролевих функцій між учасниками міждисциплінарної команди, процедури прийняття узгоджених рішень, визначення кваліфікацій та критерії їх бажаного поєднання в команді в залежності від потреб пацієнта, визначення ролі пацієнта у функціонуванні команди, оцінки ефективності діяльності команди тощо.

Таким чином, в тиреоїдній хірургії, незважаючи на тривалий історичний період її становлення й розвитку, залишаються актуальними питання безпеки медичних втручань, організації хірургічної допомоги, професійного рівня фахівців, які надають медичну допомогу хворим з патологією щитоподібної залози та їх спроможності працювати в складі міждисциплінарної команди.

Висновки до розділу 1

1. Установлено, що патологія щитоподібної залози займає провідне місце в структурі ендокринних хвороб населення України: за показниками захворюваності питома вага їх складає 42,04%, поширеності – 45,84%. Структуру тиреоїдної патології формують дифузний зоб I-III ступенів – 18,6%, вузловий зоб – 9,8%, гіпотиреоз – 6,4%, тиреоїдити (5,9%), тиреотоксикоз (1,7%), рак (4,3%). Відзначається постійне зростання захворюваності та поширеності цих патологій

в українській популяції впродовж останніх 10 років, що обумовлює їх медико-соціальне значення.

2. Показано, що особливості анатомічної будови щитоподібної залози та її функціональної ролі в організмі людини обумовлюють високу чутливість цього органу до впливу різноманітних факторів ризику зовнішнього і внутрішнього середовища: іонізуючого випромінювання, надлишку або дефіциту йоду, хімічних антропогенних факторів ризику, віково-статевих характеристик, тютюнопаління, генетичних особливостей, етнічної належності, лікарських засобів, способу життя, стресових чинників, нераціонального харчування, дефіциту мікроелементів, супутніх захворювань та їх комбінацій. Наслідком реалізації факторів ризику є розвиток патологічних станів, що потребують, зокрема, хірургічного лікування (вузлові форми зоба, аденоми та карциноми, дифузний токсичний зоб).

3. Виявлено, що в Україні сформована потужна нормативно-правова база з регулювання діяльності ендокринологічної служби, зокрема, організації надання медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. Суттєвий внесок у надання ендокринологічної допомоги населенню здійснюють профільні науково-дослідні установи, ендокринологічні центри галузевого рівня, Асоціація ендокринологів України, що забезпечують наукову, методичну та організаційну підтримку функціонування ендокринологічної служби в регіонах.

4. Особливе місце в ендокринологічній службі належить тиреоїдній хірургії, як основному методу лікування доброякісних та злоякісних новоутворень щитоподібної залози. Проблемними питаннями тиреоїдної хірургії тривалий час залишаються високі ризики післяопераційних ускладнень, підтримка належного професійного рівня хірургів-ендокринологів, своєчасність скерування хворих на хірургічне лікування, адекватне і своєчасне лікування супутніх соматичних захворювань.

5. Дослідження медико-соціального внеску тиреоїдної патології у формування здоров'я населення та факторів ризику її розвитку, особливостей організації медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, а

також врахування активного розвитку лікувально-діагностичних технологій в ендокринній хірургії, що потребують залучення до клінічного процесу лікарів різних спеціальностей, підтвердили актуальність теми обраного дослідження та доцільність подальшого вивчення проблемних питань з організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

6. Традиційні підходи у вітчизняній сфері охорони здоров'я до комплексного ведення хворих доцільно переглянути з урахуванням принципу пацієнт-орієнтованості та визнаного на міжнародному рівні успішним досвіду функціонування мультидисциплінарних команд та міждисциплінарної співпраці при наданні медичної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями, зокрема, щитоподібної залози.

Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора [194, 195]

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методологічна основа та програма дослідження

Системний аналіз джерел наукової літератури, статистичних даних та нормативно-правових актів, представлений в розділі 1, виокремив ряд питань з організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, які є недостатньо розробленими або вирішеними частково, що підтвердило актуальність проведення даного наукового дослідження.

Класичні підходи до організації наукового дослідження свідчать, що його проведення потребує розробки спеціальної програми, структурними складовими якої мають бути: мета, завдання, методологія, методи і обсяги дослідження; джерела інформації про стан досліджуваних предметів і явищ; форми впровадження в практику отриманих результатів. Важливим призначенням програми вважають її використання в якості регламенту, що дозволить визначити послідовність і терміни виконання завдань, розподіл ресурсів, моніторинг ходу робіт та коригування відхилень [195].

Заплановане автором дослідження передбачало отримання нових і доповнення існуючих знань з організації хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози шляхом медико-соціального обґрунтування удосконаленої її моделі, в чому полягала мета дослідження. У основу методології дослідження автором покладались системний підхід та філософський принцип діалектики. Це дозволило розглядати предмети і явища, що досліджувались, як структурні складові багатокomпонентної системи організації хірургічної допомоги населенню з патологією щитоподібної залози, об'єднані внутрішніми і зовнішніми зв'язками й перебувають у процесі постійних змін, руху й розвитку [197, 198]. Зазначені характеристики складових ураховувались як при

дослідженні наявної, так і обґрунтуванні та розробці удосконаленої моделі.

Предметами даного дослідження визначені: захворюваність, поширеність, смертність населення світу та України від ендокринної патології та патології щитоподібної залози, як її провідної складової; історичний досвід та сучасні проблеми організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в світі; мережа закладів, їх кадрове забезпечення, нормативно-правове регулювання та результати надання ендокринологічної допомоги населенню України, зокрема, з патологією щитоподібної залози; потреби населення м. Київ у ендокринологічній допомозі; організація медичної допомоги хворим з ендокринною патологією в закладі охорони здоров'я, обраному базою дослідження; види й форми взаємодій медичних працівників при наданні хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози та їх ефективність.

Відповідно до мети визначались завдання дослідження, послідовне виконання яких здійснювалось на окремих його етапах, представлених у розробленій програмі (рис. 2.1).

Перший етап присвячувався теоретичному аналізу сучасних наукових досліджень з впливу патології щитоподібної залози на стан здоров'я населення в їх історичному розвитку та набутому досвіду організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. Це дозволило попередньо вивчити стан досліджуваної проблеми у світовій та вітчизняній науці й практиці.

Результати аналізу стали вихідними умовами визначення напрямку наукового пошуку, формування мети, завдань, розробки програми, вибору методології, об'єкту, предмету та методів, обґрунтування обсягу дослідження та вибору закладу охорони здоров'я як бази наукового дослідження.

Базою проведення наукового дослідження обрано Комунальне некомерційне підприємство «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» (КНП «КМКЕЦ»), де вивчалась організація хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози в реальній клінічній практиці. Діяльність цього закладу уособлює собою закономірний шлях розвитку

Мета дослідження	Обґрунтувати, розробити та впровадити удосконалену функціонально-організаційну модель хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози	
Перший етап	Провести теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень з впливу патології щитоподібної залози на стан здоров'я населення та організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози	
Обґрунтування методологічної основи дослідження: формування мети, об'єкту і предмету, визначення завдань, методів, бази наукового дослідження, структури та обсягу інформаційних матеріалів	Матеріали: 212 од. інформаційних джерел за темою, з них: 187 наукових праць зарубіжних і вітчизняних вчених, у т. ч. 112 англomовних; 25 нормативно-правових актів та збірників офіційних статистичних даних	
Другий етап	Провести дослідження стану організації надання медичної допомоги хворим з ендокринною патологією, у т. ч. щитоподібної залози, в Україні та м. Київ у 2015-2019 роках	
Аналіз мережі закладів, їх кадрового забезпечення та результатів надання ендокринологічної допомоги в Україні та м. Київ. Аналіз потреб населення м. Київ у ендокринологічній допомозі в 2015-2019 рр. Дослідження стану організації надання медичної допомоги хворим у КНП «КМКЕЦ»	Матеріали: ф. № 17, ф. № 20, ф. № 47 Центру медичної статистики МОЗ України, МНІАЦМС та КНП «КМКЕЦ» за 2015-2019 рр., усього 25 од.; установчі, розпорядчі, аналітично-звітні документи, матеріали особових справ в частині підвищення кваліфікації працівників, положення про структурні підрозділи, посадові інструкції працівників, сертифікати з якості, усього 89 од.	
Третій етап	Дослідити використання мультидисциплінарного підходу та оцінити ефективність міждисциплінарної взаємодії при наданні хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози	
Дослідження стану організації міждисциплінарної взаємодії при наданні хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози на рівні лікар-пацієнт; оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії за даними соціологічного опитування лікарів	Матеріали: ф. № 003/о відділення ендокринної хірургії КНП «КМКЕЦ» за 2019 р. (1208 од.); заповнені лікарями анкетні опитувальники (84 од.); установчі та розпорядчі документи по закладу, Положення про відділення ендокринної хірургії, локальні протоколи медичної допомоги, клінічні маршрути пацієнта - всього 15 од.	
Четвертий етап	Обґрунтувати та розробити удосконалену функціонально-організаційну модель хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози на основі мультидисциплінарного підходу	
Узагальнення результатів I-III етапів дослідження. Медико-соціальне обґрунтування та розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози	Матеріали: Глобальний план дій боротьби з НІЗ (ООН і ВООЗ); рекомендації Європейської комісії з упровадження мультидисциплінарного підходу; вимоги вітчизняних галузевих нормативно-правових вимог; результати власного дослідження	
П'ятий етап	Упровадити окремі елементи удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в медичну практику та надати оцінку її ефективності	
Упровадження та оцінка ефективності окремих елементів моделі; експертна оцінка моделі	Матеріали: анкети опитування лікарів (41 од.); анкети експерта (20 од.); результати власного дослідження	
Методи дослідження на етапах: системного підходу і аналізу I-V; бібліосемантичний – I; синтезу – V; контент-аналізу – I, II; SWOT - аналізу – III; соціологічний – III, V; порівняльного аналізу – II, III, V; медико-статистичний - II, III, V; моделювання – V; організаційного експерименту - V експертних оцінок – V; графічний - I-V	Упровадження: співавторство в розробці навчального плану і програми циклу тематичного удосконалення «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги»; публікації: методичні рекомендації – 1 од.; статті в наукових фахових виданнях України – 5 од.; стаття у наукометричному виданні – 1 од.; тези доповідей - 3 од.; акти впровадження – 8 од.	

Рис. 2.1. Програма, матеріали, методи та обсяги дослідження

вітчизняної ендокринології в умовах інституції, що зросла на засадах міжнародного і національного досвіду, поступового нарощування кадрових і матеріально-технічних потужностей, постійного впровадження новітніх технологій, значного розширення спектру послуг з метою забезпечення доступної висококваліфікованої медичної допомоги пацієнтам, які її потребують. Незважаючи на підпорядкування Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу КМДА (Київської міської ради), контингент хворих КНП «КМКЕЦ» давно формується не лише в м. Київ, але й в інших регіонах України, за наявності в столиці декількох інших установ галузевого рівня ендокринологічного профілю. Це свідчить про високі іміджеві характеристики, якість медичної допомоги, довіру пацієнтів, а також фактичний статус цього закладу як одного з регіональних з надання висококваліфікованої ендокринологічної допомоги.

У КНП «КМКЕЦ» здійснюється найбільша кількість оперативних утручань на ендокринній системі серед закладів охорони здоров'я м. Києва (89,3% від загальної кількості в 2019 році), та на щитоподібній залозі – серед закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу ендокринологічного профілю, підпорядкованих НАМН України, МОЗ України та Департаменту охорони здоров'я КМДА (1326 оперативних утручань у 2017 році проти: 1235 операцій, проведених у ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України»; 919 оперативних утручань, здійснених в Українському науково-практичному центрі ендокринної хірургії, трансплантології ендокринних органів і тканин МОЗ України; 514 операцій, проведених у КНП «Київська міська клінічна лікарня № 3»).

Активна діяльність даного закладу з надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози на 60 ліжках ендокринної хірургії в структурі ліжкового фонду загальною потужністю 300 ліжок, що значно перевищувала потужності ліжкового фонду кожного з наявних в Україні чотирьох ендокринологічних диспансерів обласного рівня, дозволила очікувати надійних результатів дослідження за рахунок можливості забезпечити достатній обсяг

спостережень випадків госпіталізації та проведення соціологічного дослідження. Враховано також, що КНП «КМКЕЦ» – єдиний самостійний заклад міського підпорядкування, який надає ендокринологічну допомогу населенню столиці.

У якості матеріалів дослідження на першому його етапі використані наукові літературні джерела за темою, нормативно-правові акти, рекомендації міжнародних експертів із стандартизації медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози та статистично-довідникові матеріали (усього 212 од.).

Методами дослідження слугували бібліосемантичний, методи системного підходу і аналізу, контент-аналізу, графічний.

Результати теоретичного аналізу представлені в першому, а розробка методологічної бази дослідження – в другому розділі дисертації.

Методи системного підходу і аналізу надалі використовувались на всіх наступних етапах дослідження.

На другому етапі в межах виконання завдань з дослідження організації надання медичної допомоги хворим з ендокринною патологією та патологією щитоподібної залози, як її складової, що потребує найбільшого обсягу хірургічних утручань, аналізу піддавались мережа закладів, їх кадрове забезпечення та оцінювались результати надання ендокринологічної допомоги населенню України в 2015-2019 рр. та, зокрема, населенню м. Київ, з попереднім визначенням потреб жителів столиці в ендокринологічній допомозі.

Медико-статистичному аналізу піддавались дані обліково-звітних форм Центру медичної статистики МОЗ України, Міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та КНП «КМКЕЦ» за 2015-2019 рр. за визначеними напрямками дослідження (ф. № 17 «Звіт про медичні кадри», ф. № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики», ф. № 47 «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів»), усього 25 од. Результати порівняльного аналізу даних щодо змін у мережі закладів

охорони здоров'я або їх структурних підрозділів, що надають ендокринологічну допомогу, їх ресурсного забезпечення та результатів діяльності за 2015-2019 рр., а також аналізу динамічних рядів даних, які віддзеркалювали тенденції змін захворюваності, поширеності та смертності населення України й, зокрема, м. Київ, за рахунок внеску ендокринної патології за 2013-2020 рр., покладались в основу проміжних висновків та представлялись наочно за допомогою графічного методу.

Дослідження організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в КНП «КМКЕЦ» в умовах усталеної медичної практики проводилося з використанням системного підходу як провідного методу дослідження в соціальній медицині в його шести аспектах:

- системно-компонентному (структурні підрозділи КНП «КМКЕЦ» та структурні утворення для надання мультидисциплінарної медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози; кадрове забезпечення; медичне обладнання; локальні розпорядчі документи; регламенти процесу надання хірургічної допомоги; медико-статистична інформація; програмне забезпечення тощо);

- системно-функціональному (повноваження та обов'язки працівників, дотичних до надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, та керівників різних рівнів управління закладом);

- системно-структурному (типи взаємовідносин між управлінськими структурами та структурними підрозділами; між лікарями, дотичними до надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози; схеми руху інформації);

- системно-інтегративному (діяльність з упровадження інноваційних організаційних та лікувально-діагностичних технологій; нові технічні можливості; традиції колективу; професійне зростання працівників; виховна робота);

- системно-комунікаційному (рівень розвитку зовнішніх комунікацій керівників та працівників);

- системно-історичному (врахування позитивного історичного досвіду організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози з метою послідовних логічних змін у підходах до її удосконалення).

Отримання повного обсягу інформації стало можливим завдяки контент-аналізу установчих і розпорядчих документів по закладу, протокольних записів нарад у керівників різних рівнів управління, аналітично-звітних документів з виконання стандартів акредитації, особових справ в частині підвищення кваліфікації працівників, положень про структурні підрозділи та посадових інструкцій працівників, сертифікатів з якості тощо, усього 89 од.

Даний етап дослідження дозволив отримати більш детальну інформацію про стан системи надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в Україні за медико-статистичними даними та показати, як він віддзеркалюється в закладі охорони здоров'я – безпосередньому надавачеві спеціалізованих медичних послуг, визначеного базою наукового дослідження, виявити системні недоліки та окреслити основні напрями й засоби удосконалення діяльності.

Результати другого етапу дослідження представлені в третьому розділі дисертаційної роботи.

Завдання третього етапу дослідження полягали в додатковому накопиченні даних за рахунок отримання інформації про використання мультидисциплінарного підходу та оцінку ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози в КНП «КМКЕЦ» безпосередньо на рівні лікар-пацієнт у реальній клінічній практиці. Це дозволило більш глибоко простежити форми і методи горизонтальних комунікацій та надати оцінку ефективності діяльності медичних працівників, задіяних до лікувально-діагностичного процесу, під час якого надається хірургічна допомога пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

Проведення дослідження на рівні лікувально-діагностичного процесу потребувало аналізу контингентів хворих за демографічними й соціальними

характеристиками, показань до госпіталізації й своєчасності звернень за хірургічною допомогою, тривалості лікування в стаціонарі, результатів лікування, обсягів отриманої медичної допомоги

З метою виконання поставлених завдань проводився ретроспективний аналіз менеджменту лікувально-діагностичного процесу, зокрема, до-та післяопераційного супроводу хворого та прийнятих підходів до забезпечення координації дій учасників медичної допомоги: лікарів, молодшого персоналу із спеціальною медичною освітою, пацієнтів. Акцент дослідження ставився на оцінці відповідності реальної клінічної практики локальним регламентам надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

З метою виконання даного завдання проведено медико-статистичний аналіз 1208 одиниць облікових форм № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» відділення ендокринної хірургії КНП «КМКЕЦ» за 2019 рік, що складало 78,9% медичних карт усіх пролікованих пацієнтів (1532 особи), за визначеними позиціями.

Інформація доповнювалась даними установчих та розпорядчих документів по закладу (2 од.), положення про відділення ендокринної хірургії (1 од.), посадових інструкцій працівників відділення (4 од.), локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів), що використовуються у відділенні (8 од.), в частині організації медичної допомоги, всього в кількості 15 од.

Це дозволило створити найбільш повну картину прийнятої моделі професійної поведінки працівників, дотичних до лікування конкретного пацієнта, та узагальнити результати на рівні контингенту госпіталізованих хворих щодо підходів до побудови комунікацій між різними учасниками лікувально-діагностичного процесу.

У цій частині дослідження застосовувались методи: системного підходу; контент-аналізу документів; порівняльного аналізу; узагальнення; графічний; медико-статистичний за допомогою ліцензованого програмного забезпечення з використанням пакету описової статистики Microsoft Office 2019 (Microsoft

Word Microsoft Excel) та STATISTICAL SE 12.0 для Windows.

Визначалась середня похибка відносної величини (m), коефіцієнт достовірності відмінностей (p) середніх величин з використанням t -критерію Стьюдента (t). Відмінності показників вважались достовірними при $t > 2$, $p < 0,05$.

Проведення оцінки ефективності міждисциплінарної взаємодії медичних працівників – учасників лікувально-діагностичного процесу, під час якого надається хірургічна допомога пацієнтам з патологією щитоподібної залози, програмою дослідження передбачалось за участю лікарів КНП «КМКЕЦ» шляхом соціологічного опитування. Узяти участь у соціологічному дослідженні висловили за поінформованою добровільною згодою 84 лікарів із 102 лікарів, які працювали в закладі на момент проведення опитування, що складало 82,4% від усієї кількості лікарів і тим забезпечило репрезентативність дослідження.

Робочим інструментом соціологічного дослідження слугувала анкета, розроблена автором з дотриманням класичних наукових підходів до розробки анкетних опитувальників, спрямованих на досягнення визначеної мети. Структура анкет передбачала три складові: вступ, основну частину та демографічні дані респондентів (Додаток Б).

У вступі містилось звернення до респондента з поясненнями мети даного опитування, зобов'язань автора дослідження щодо використання узагальненої соціологічної інформації в наукових цілях і практиці охорони здоров'я та нерозголошення персональних результатів.

Наповнення основної частини анкети забезпечувалось використанням запитань із запозиченого цільового опитувальника «Team effectiveness questionnaire» («Оцінка ефективності команди»), розробленої London Leadership Academy, National Health Service і розташованій на міжнародній онлайн-платформі навчальних ресурсів (штаб-квартира в Редвуд-Сіті, Каліфорнія) [199].

Опитувальник було перекладено на українську мову шляхом подвійного незалежного перекладу фаховими перекладачами, що забезпечило його аутентичність, та, після валідації й пілотного випробування, використано як складову анкети соціологічного опитування в закладі охорони здоров'я,

обраного базою наукового дослідження. Процедура адаптації опитувальника представлена в наступному підрозділі даного розділу дисертаційної роботи.

Основна частина анкети, заповнена адаптованим опитувальником, таким чином, складається з 56 запитань, призначених для отримання відповідей на них респондентами, які приймають участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з певним захворюванням за мультидисциплінарним принципом. Шкала відповідей містить п'ять можливих варіантів; один з них, як найбільш відповідний фактичним характеристикам діяльності, має віддзеркалювати думку опитуваного, підтверджену його позначкою. Варіанти передбачають наступні бальні оцінки: повне співпадіння думки з твердженням анкети (5 балів); співпадіння думки (4 бали); нейтральну думку (3 бали); не погодження (2 бали); повне непогодження респондента (1 бал).

У цій частині третього етапу дослідження використані методи соціологічного опитування, медико-статистичний, аналізу отриманих даних з виокремленням типових фактів і закономірностей у функціонуванні учасників лікувально-діагностичного процесу з надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. Узагальнена оцінка можливостей удосконалення системи надання хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози в КНП «КМКЕЦ» з урахуванням здобутків та ризиків здійснена з використанням методології SWOT-аналізу.

Результати третього етапу дослідження представлені в четвертому розділі дисертаційної роботи.

Інтерпретація отриманих на попередніх етапах результатів на четвертому етапі дослідження покладалась в основу медико-соціального обґрунтування та розробки удосконаленої моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози з використанням методів синтезу, описового й графічного моделювання. У якості матеріалів дослідження в цій його частині використані програмні документи ООН та ВООЗ, Європейської комісії, вітчизняні нормативно-правові акти, результати власного дослідження.

На п'ятому, заключному етапі, окремі елементи запропонованої моделі

впроваджувались на галузевому, регіональному рівні та в практику роботи закладів охорони здоров'я з проведенням оцінки ефективності окремих елементів моделі лікарями, задіяними до лікувально-діагностичного процесу обраного контингенту хворих, а також експертної оцінки потенційної соціальної, медичної та економічної ефективності моделі. Завершився етап формулюванням висновків.

Методами дослідження на завершальному етапі обрані метод організаційного експерименту, соціологічного дослідження, експертних оцінок, порівняльного аналізу, узагальнення/синтезу результатів, медико-статистичний, а матеріалами – анкети соціологічного опитування лікарів (41 од.), анкети експерта (20 од.), розпорядчі документи закладу охорони здоров'я, де впроваджувались елементи запропонованої моделі.

Для оцінки результатів впровадження мультидисциплінарного підходу, оцінки командної діяльності лікарями – учасниками команд повторно використано адаптовану україномовну версію опитувальника «Team effectiveness questionnaire».

Анкета експерта містила запитання з оцінки запропонованої моделі за п'ятибальною оціночною шкалою (Додаток Г). Експертна група формувалась за професійними ознаками і складалась з 20 осіб: чотирьох науковців, з яких два доктори медичних наук, два – кандидати медичних наук, і займали посади науково-педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти профільних кафедр (управління охороною здоров'я, медицини невідкладних станів, хірургії), та 16 керівників/їх заступників закладів охорони здоров'я м. Київ та Київської області комунальної (15 од.) та приватної (1 од.) форми власності, де виконуються хірургічні втручання.

Вищі атестаційні категорії за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» мали 18 експертів, один експерт – вищі атестаційні категорії за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Хірургія» та один експерт – першу атестаційну категорію за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» (Додаток Д).

Таким чином, наукові ступені, атестаційні категорії та посади експертів вказували загалом на високий кваліфікаційний рівень експертної групи.

Експертна оцінка проводилась з використанням електронних засобів зв'язку та цифрових додатків – електронної пошти, Viber, телеграм-каналу. Експертам після попереднього погодження з автором дисертації участі в проведенні експертної оцінки надсилались для ознайомлення матеріали з результатами проведеного наукового дослідження та анкета експерта. У разі виникнення у експертів запитань після ознайомлення з представленими матеріалами автором дослідження надсилались додаткові матеріали та уточнена інформація.

Повернені автору анкети перевірялись на предмет правильності заповнення та піддавались медико-статистичному аналізу. Розраховувались середня арифметична бальних оцінок, стандартна похибка та середнє квадратичне відхилення (σ) за допомогою пакету описової статистики за допомогою ліцензійного програмного забезпечення Microsoft Excel 2019. Ступінь узгодженості думок експертів визначався за коефіцієнтом варіації (Cv) для кожної позиції анкети експерта у відсотках.

Результати четвертого та п'ятого етапів дослідження викладені у п'ятому розділі дисертаційної роботи.

2.2. Розробка україномовної версії опитувальника «Team effectiveness questionnaire»

Як з'ясовано теоретичним аналізом світових наукових джерел, викладеному в першому розділі дисертаційної роботи, закордонні та вітчизняні дослідники вбачають перспективним напрямом розвитку тиреоїдної хірургії функціонування міждисциплінарних команд лікарів різних спеціальностей, дотичних до доопераційної ідентифікації патології щитоподібної залози, ухвалення певного хірургічного рішення, виконання операційного втручання та післяопераційного супроводу. В Україні на нормативному рівні запроваджено

функціонування мультидисциплінарних команд для надання, зокрема, хірургічної допомоги хворим. Тому при визначенні методології та завдань дослідження автором було прийнято рішення провести соціологічне дослідження з метою оцінки ефективності міждисциплінарної взаємодії медичних працівників-надавачів хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози, яка вже мала бути впроваджена в практику роботи стаціонару хірургічного профілю на виконання нормативно-правових вимог.

З цією метою обрано один з численних опитувальників з оцінки ефективності командної роботи «Team effectiveness questionnaire». Вибір саме цього опитувальника обґрунтовувався тим, що 56 тверджень, що складають його структуру, дозволяють провести всебічну оцінку з використанням восьми критеріїв: 1) мета, цілі команди; 2) ролі учасників команди; 3) процеси в команді; 4) взаємовідносини в команді; 5) міжгрупові (міжкомандні) відносини; 6) вирішення проблем; 7) ентузіазм і відданість; 8) навички та навчання.

Обраний англomовний опитувальник потребував розробки україномовної версії відповідно до міжнародних вимог з урахуванням етнолінгвістичних особливостей вітчизняної популяції, зокрема, визначення його психометричних якостей (надійність, валідність).

Матеріалами для розробки україномовної версії обрані: оригінальна версія опитувальника «Team effectiveness questionnaire», розроблена London Leadership Academy, National Health Service; 89 бланків анкет з відповідями учасників пілотного дослідження для оцінки психометричних якостей україномовної версії опитувальника; 30 бланків анкет з відповідями учасників пілотного дослідження для оцінки фінальної версії україномовної версії опитувальника.

Використані методи: логіко-структурного аналізу – для оцінки функціонально-структурної будови та лексичних особливостей тексту оригінальної версії опитувальника, виявлення специфіки лексичних структур при перекладі; порівняльного аналізу – для порівняння текстів оригінальної та україномовної версій; експертних оцінок – для узгодження оригінального опитувальника та прямих, синтезованої та зворотних версій опитувальника в

процесі перекладу; соціологічного опитування – для проведення пілотного дослідження; медико-статистичний – для проведення обрахунків та медико-статистичного аналізу результатів експертних оцінок та з метою перевірки психометричних якостей україномовної версії опитувальника. Обробка даних здійснювалась за допомогою ліцензійного програмного забезпечення Microsoft Office 2019 (Microsoft Word, Microsoft Excel) та STATISTICA 6.1, STATA / SE 12.0 для Windows.

Згідно з інструкцією з оцінки результатів опитування, рівень досягнення кожного критерію ефективності роботи команди визначається за відповідями на сім тверджень, виділених із загальної кількості тверджень в опитувальнику відповідно даному критерію. Кількісна оцінка в балах – від 1 (цілком згоден) до 5 (категорично не згоден) – здійснюється за бальною шкалою Лайкерта. Твердження, відповідні критеріям, представлені в особистій картці, яка заповнюється за результатами опитування кожного респондента. Далі обчислюються середні значення показників ефективності команди за даними усіх особистих карток респондентів. Отримані результати піддаються аналізу з метою визначення можливих факторів впливу на показники з найменшими й найбільшими значеннями та враховуються при прийнятті рішень з покращення роботи команди.

Процес створення україномовної версії опитувальника був багатоступеневим і відбувався відповідно до міжнародних вимог [200 - 202].

Перший етап перекладу полягав у прямому перекладі оригінальної англійської версії опитувальника на українську мову задіяними до розробки україномовної версії опитувальника двома дипломованими перекладачами, незалежно один від одного, для кожного з яких українська мова була рідною. Надалі переклади піддавались порівнянню та обговоренню перекладачами з метою використання найбільш вдалого перекладу з урахуванням мовлених нюансів.

На другому етапі відбувався синтез двох отриманих перекладів за участю третього незалежного перекладача-експерта, який, використовуючи оригінальну версію та два наявних переклади, створював остаточну пряму версію перекладу.

Наступний етап передбачав отримання двох версій зворотного перекладу україномовної прямої версії на англійську мову. Для цієї процедури також залучались два перекладача, які володіли двома мовами (українською, англійською) та для яких англійська мова була рідною.

З метою отримання фінальної україномовної версії опитувальника формувалась експертна група у складі: науково-педагогічного працівника кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я (НУОЗ) України імені П. Л. Шупика; медичного працівника – слухача циклу тематичного удосконалення цієї ж кафедри, який має актуальні сертифікати за двома спеціальностями – «Організація і управління охороною здоров'я» та за клінічною спеціальністю «Хірургія»; дипломованого філолога – викладача кафедри іноземних мов НУОЗ України імені П. Л. Шупика, усіх задіяних перекладачів та експерта, який забезпечував синтез двох прямих версій перекладу.

Експертна група розглядала оригінальний опитувальник, прямі, синтезовану та зворотні версії опитувальника. Рішення приймалось при досягненні консенсусу думок експертів в разі виявлення будь-яких розбіжностей з метою досягнення еквівалентності, тобто, збереження інформації в оригіналі та перекладі за критеріями для досягнення еквівалентності: семантичної (значеннєвої спільності слів за повнотою та точністю, констатація їх однакового значення); ідіоматичної, в разі потреби (знаходження еквівалентів розмовних виразів або ідіом); експериментальної (досягнення еквівалентності перекладу назв різних предметів, які використовуються в різних культурах з однією метою); концептуальної (досягнення однаковості концепту, яким визначаються одні й ті ж поняття, об'єкти або предмети в різних культурах).

Отримана фінальна версія використовувалась для проведення пілотного дослідження на базі кафедри управління охороною здоров'я та публічного

адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика. У дослідженні прийняли участь 30 слухачів циклу тематичного удосконалення після попереднього узгодження участі та отримання інформованої згоди кожного респондента. Усі учасники пілотного дослідження вільно володіли українською мовою. Кожен респондент заповнював анкету розробленої україномовної версії опитувальника, а потім з ним проводилась коротка співбесіда експертами на предмет зрозумілості кожного твердження та сутності змісту відповіді.

Анкетні відповіді оброблялись з підрахунком середніх значень показників за обраними критеріями оцінювання ефективності команди; пропущених тверджень або одиничних відповідей не було виявлено (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Середні значення показників ефективності команди за п'ятибальною шкалою фінальної версії анкети за визначеними критеріями
(група пілотного дослідження, n=30)

Порядковий номер твердження	Найменування критерію	Середнє значення в балах (M)	Дисперсія (D)
1,9,17,25,33,41,49	Мета та цілі	3,34	1,69
2,10,18,26,34,42,50	Ролі в команді	3,32	1,69
3,11,19,27,35,43,51	Процеси в команді	3,25	1,26
4,12,20,28,36,44,52	Взаємовідносини в команді	3,24	1,29
5,13,21,29,37,45,53	Відносини між групами/командами	3,23	1,27
6,14,22,30,38,46,54	Вирішення проблем	3,18	1,45
7,15,23,31,39,47,55	Ентузіазм і відданість	3,35	1,24
8,16,24,32,40,48,56	Навички та навчання	3,44	1,54

Наступний етап передбачав додаткове тестування анкети на предмет збереження в україномовній версії психометричних властивостей оригіналу – оцінку змістовної, зовнішньої, дискримінантної валідності та внутрішньої узгодженості опитувальника.

Змістовну валідність оцінювали на підставі даних аналізу відповідей експертів – науково-педагогічних працівників кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика в кількості шести осіб, які мають наукову спеціальність «Соціальна медицина» та проводять науково-педагогічну діяльність за навчальними планами і програмами, де містяться розділи «Кадровий менеджмент» та «Психологія управління» (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Результати експертної оцінки змістовної валідності анкети оцінювання ефективності команди (за п'ятибальною шкалою)

Критерії для оцінки	Середня оцінка в балах (M)	Дисперсія оцінок (D)	Середньоквадратичне відхилення (σ)	Коефіцієнт варіації (Cv) (%)
Мета та цілі	4,7	0,3	0,5	10,6
Ролі в команді	4,3	0,3	0,5	11,6
Процеси в команді	4,5	0,3	0,5	11,1
Взаємовідносини в команді	4,7	0,3	0,5	12,3
Відносини з іншими командами	4,3	0,3	0,5	11,6
Вирішення проблем	4,8	0,2	0,4	8,3
Ентузіазм і відданість	4,2	0,2	0,4	9,5
Навички та навчання	4,8	0,2	0,4	8,3

Дані відповідей експертів підтвердили визначені критерії як найбільш важливі характеристики ефективності командної роботи.

Як видно з табл. 2.2, експерти надали високі оцінки критеріям командної роботи (від 4,3 до 4,8 балів за 5-ти бальною шкалою), розкид думок експертів за критеріями 1-5 був в межах середніх коефіцієнтів варіації (від 10,6 % до 12,3%), а з критеріїв 6-8 – в межах низьких значень коефіцієнту варіації (8,3-9,5%), що засвідчило достатньо високий ступінь узгодженості експертних думок.

У пілотному дослідженні на предмет еквівалентності психометричних властивостей україномовної версії опитувальника взяли участь 89 респондентів-слухачів циклу тематичного удосконалення за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Кожен слухач, крім управлінської посади в закладі охорони здоров'я, проводив лікарську практику за сумісництвом, відповідно до актуального сертифікату, тобто мав досвід роботи як в команді організаторів охорони здоров'я, так і за клінічною спеціальністю. Участь у пілотному дослідженні узгоджувалась зі слухачами з отриманням інформованої згоди кожного респондента. Кожен учасник опитування заповнював анкету розробленої україномовної версії опитувальника.

Для оцінки зовнішньої валідності в зверненні до респондента було прохання позначити спеціальною позначкою незрозумілі твердження. За результатами аналізу відповідей, як і при першому пілотному дослідженні, з'ясовано, що незрозумілих тверджень не зареєстровано.

Дискримінантну валідність оцінювали за допомогою методу перевірки статистичних гіпотез з обрахуванням *t*-критерію. З цією метою, в залежності від загальної суми балів, набраних кожним респондентом, були виокремлені дві групи анкет: група з низькою сумою балів – 25 од.; група з високою сумою балів – 25 од., які склали більше 50,0% усіх анкет респондентів (89 од.). Анкети учасників, які показали середній результат за сумою балів, не розглядалися.

Надалі для кожного твердження анкети визначався *t*-критерій за формулою:

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{(\sum fX_L^2 - \frac{(\sum fX_L)^2}{n}) + (\sum fX_H^2 - \frac{(\sum fX_H)^2}{n})}{n(n-1)}}$$

де f – число анкет респондентів, які обрали відповідне значення шкали Лайкерта;
 X – позиція шкали в балах (від 1 до 5); n – число анкет респондентів в групах; L – група анкет з низькою сумою балів; H – група анкет з високою сумою балів;

$$\bar{X} = \frac{\sum fX}{n}, \quad [203].$$

Результати підрахунків дозволили зробити висновок, що твердження анкети мають достатньо високі розділові властивості, тобто, здатність відображати змінність характеристик, що досліджуються, а отже дискримінантна валідність версії україномовного опитувальника підтверджена, оскільки критичне значення t -критерію дорівнює 1,75 при $n \geq 25$ (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Значення t -критерію при оцінці дискримінантної валідності
анкети оцінювання ефективності команди

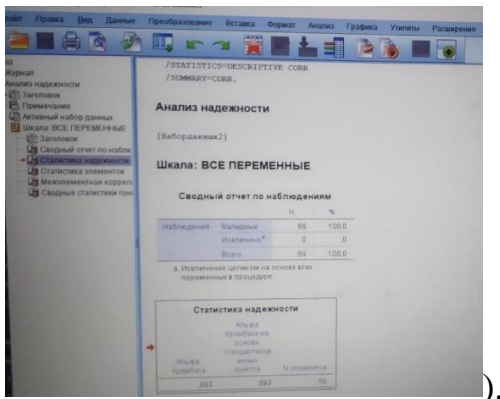
Порядковий номер твердження анкети	Значення t -критерію	Порядковий номер твердження анкети	Значення t -критерію
1	2	3	4
1	8,40	29	12,90
2	3,57	30	22,30
3	4,36	31	19,30
4	4,00	32	19,00

<i>продовження табл. 2.3</i>			
1	2	3	4
5	5,04	33	20,00
6	2,90	34	12,20
7	2,94	35	19,70
8	6,90	36	19,10
9	6,24	37	24,00
10	6,40	38	23,00
11	12,50	39	17,10
12	15,25	40	13,20
13	10,35	41	14,20
14	11,06	42	19,10
15	12,50	43	20,40
16	13,50	44	17,60
17	20,70	45	17,10
18	6,90	46	20,30
19	22,80	47	20,30
20	16,00	48	13,90
21	30,00	49	23,30
22	20,30	50	20,80
23	17,75	51	12,80
24	20,60	52	20,30
25	20,60	53	20,50
26	26,40	54	18,40
27	26,80	55	8,50
28	21,60	56	15,20

Надійність опитувальника (внутрішню узгодженість) визначали за допомогою підрахунку коефіцієнту Альфа–Кронбаха. Дані статистики надійності при кількості тверджень анкети 56 од. показали значення коефіцієнту Альфа–Кронбаха $\alpha = 0,993$, а середній рівень кореляції між твердженнями дорівнював $\alpha = 0,709$ при критичному значенні для групових досліджень $\alpha \geq 0,7$ (рис. 2.1).

Статистика надійності		
	Альфа Кронбаха на основі стандартизованих пунктів	N елементів
Альфа Кронбаха	,993	56

Рис. 2.1. Коефіцієнт Альфа–Кронбаха за результатами визначення внутрішньої узгодженості анкети оцінювання ефективності команди (скрін-шот-аналог рис. 2.1 з екрану в частині статистики надійності



Отже, усі твердження україномовної версії опитувальника мають високий рівень внутрішньої узгодженості, а отже, адекватної надійності, оскільки коефіцієнт Альфа–Кронбаха перевищує загальноприйнятий для групових досліджень критерій 0,7.

На підставі результатів розробки україномовної версії опитувальника «Team Effectiveness Questionnaire», зокрема, перевірки психометричних властивостей, було зроблено висновок, що створена україномовна версія валідна, надійна та може бути використана як інструмент інформаційного забезпечення авторського дослідження.

Висновки до розділу 2

1. Програма дослідження та завдання, спрямовані на досягнення мети, передбачали проведення теоретичного аналізу проблеми хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в світі та в Україні, власного дослідження з отриманням і аналізом даних щодо здобутків і недоліків в організації реальної клінічної практики за даним напрямком, медико-соціального обґрунтування та розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, впровадження її окремих елементів в практику діяльності закладів охорони здоров'я та оцінку ефективності моделі.

2. Об'єктом дослідження визначена наявна система хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, а предметами – захворюваність, поширеність, смертність від ендокринних хвороб населення світу та України, зокрема, патології щитоподібної залози; історичний досвід та сучасні проблеми організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в світі; мережа закладів, їх кадрове забезпечення, нормативно-правове регулювання та результати надання ендокринологічної допомоги населенню України, зокрема, з патологією щитоподібної залози; потреби населення м. Київ у ендокринологічній допомозі; організація медичної допомоги хворим з ендокринною патологією в закладі охорони здоров'я, обраному базою дослідження; види й форми взаємодій медичних працівників при наданні хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози та їх ефективність.

3. Вихідними умовами виконання програми дослідження стала методологія системного підходу та принцип діалектичного розвитку взаємодії предметів, процесів і явищ, як елементів соціальних систем, якою є система охорони здоров'я, а в якості методичного інструментарію обрані загальнонаукові та специфічні методи дослідження, що використовуються в соціальній медицині: системного підходу і системного аналізу на всіх етапах дослідження, бібліосемантичний, контент-аналізу, порівняльного аналізу, узагальнення, синтезу, соціологічний, медико-статистичний, моделювання, експериментальний, експертних оцінок, графічний.

4. В якості основних джерел інформації використані іноземні та вітчизняні наукові публікації, нормативно-правові акти, дані галузевих статистичних обліково-звітних форм та закладів охорони здоров'я м. Київ, вкопійовані дані з локальних нормативних і облікових документів, медичних карт стаціонарних хворих, аналітично-статистичних матеріалів закладу охорони здоров'я, обраного базою наукового дослідження, анкета експерта. Одним із інструментів інформаційного забезпечення даного дослідження слугувала розроблена україномовна версія опитувальника «Team Effectiveness Questionnaire» з доведенням її валідності та надійності.

5. Розроблена програма дослідження та обраний методичний інструментарій були спрямовані на вирішення поставлених завдань і отримання достовірних результатів, які стали б основою медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

Матеріали даного розділу опубліковані в наукових працях автора [204]

РОЗДІЛ 3

СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В УКРАЇНІ ТА М. КИЇВ
У 2015-2019 РОКАХ

3.1. Аналіз мережі закладів, їх кадрового забезпечення та результатів надання ендокринологічної допомоги в Україні та м. Київ за 2015-2019 роки

Несприятлива епідеміологічна ситуація, обумовлена неінфекційними захворюваннями, суттєвий внесок в яку вносять хвороби ендокринної системи, потребує адекватного відгуку системи охорони здоров'я з метою задоволення потреб населення в ендокринологічній допомозі. Потреби задовольняються на різних рівнях популяції населення – як загалом вітчизняної, так і на рівнях регіональних громад – мережею спеціалізованих закладів охорони здоров'я або спеціалізованих структурних підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, ендокринологічних диспансерів та лікарняних закладів, в яких розміщені ліжка ендокринологічного профілю.

За даними медико-статистичного аналізу матеріалів дослідження – звітних форм Центру медичної статистики МОЗ України – упродовж 2015-2019 рр. чисельність спеціалізованих структурних підрозділів у амбулаторно-поліклінічних закладах, що надають ендокринологічну допомогу, скоротилася з 815 од. до 769 од., або на 5,6%. Це свідчить про залучення закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів ендокринологічного профілю до загальних процесів упорядкування мережі закладів охорони здоров'я та приведення її у відповідність потребам населення країни в медичній допомозі.

Стаціонарна медична допомога хворим з ендокринною патологією надавалася в госпіталях для інвалідів вітчизняної війни (два заклади), лікарнях швидкої медичної допомоги, закладах системи НАМН України та закладів вищої

освіти (два заклади), диспансерах (чотири заклади), інших лікарняних закладах. Усього станом на 01.01.2015 р. в Україні функціонувало 2 882 спеціалізованих ліжка для дорослих та 509 ліжок для дітей з ендокринною патологією, з них 315 ліжок були розгорнуті в ендокринологічних диспансерах.

У результаті впорядкування стаціонарної мережі в межах реформування сфери охорони здоров'я ліжковий фонд для дорослих скоротився на 108 ліжок і станом на 31 грудня 2019 р. був представлений 2 774 спеціалізованими ліжками. Ліжковий фонд для дітей зріс на 11 ліжок та налічував 520 спеціалізованих ліжок для дітей з ендокринною патологією. Ліжковий фонд диспансерів скоротився на 5 од. та налічував: 100 ліжок – у Вінницькому, 65 – в Запорізькому, 100 – у Львівському, 45 – у Чернівецькому ендокринологічному диспансері.

Системний та медико-статистичний аналіз кадрового забезпечення ендокринологічної допомоги населенню України за 2015 - 2019 рр., за даними звітних форм Центру медичної статистики МОЗ України, засвідчив, що за визначений період абсолютна чисельність лікарів-ендокринологів зменшилась з 1 441 до 1 399 осіб, або на 3,0%, в т. ч. лікарів-ендокринологів дитячих – відповідно з 203 до 189 осіб, або на 7,0%. Разом з тим за період 2005 - 2011 рр., відмічалась тенденція до поступового зростання чисельності вказаних спеціалістів – з 1631 до 1653 осіб, а в розрахунку на 10 тис. нас. їх кількість складала 0,35-0,36 осіб. Однак у 2014 р. цей показник дорівнював вже 0,34 на 10 тис. нас. з вираженою регіональною диспропорцією: в м. Києві він був найвищим (0,73); нижче середнього по галузі – у Волинській (0,33), Закарпатській (0,29), Кіровоградській (0,26), Миколаївській (0,18), Одеській (0,29), Сумській (0,31), Харківській (0,28), Херсонській (0,27) та Черкаській (0,32) областях. Найнижчим показник забезпеченості населення лікарями-ендокринологами виявився в Донецькій (0,11) та Луганській (0,05) областях.

Указані зміни віддзеркалювали несприятливі трансформації в політичній та економічній ситуації в Україні, вплив військових подій на Сході країни, а також процесів реформування первинної медичної допомоги.

У 2019 р. вказані диспропорції регіонального забезпечення зберігалися, про що свідчать згадані в розділі 1 дисертації резолюції семінарів-нарад головних позаштатних ендокринологів регіонів України.

Виявлено, що за визначений період значно підвищився рівень кваліфікації лікарів-ендокринологів, підтверджений аналізом динаміки питомої ваги осіб з кваліфікаційними категоріями за спеціальністю «Ендокринологія». У 2015 р. 77,0% лікарів-ендокринологів мали кваліфікаційні категорії, а в 2019 р. – вже 81,0%. У 2015 р. розподіл лікарів-ендокринологів за атестаційними категоріями від загального числа осіб, які мали категорії, виглядав наступним чином: вищу категорію мали 58,3% спеціалістів, першу – 25,9%, другу – 15,8%, а в 2019 р. з вищою категорією нараховувалось вже 67,4% лікарів, з першою – 21,9%, з другою – 10,7%. Разом з тим, кадровий склад ендокринологічної служби постійно потребує підвищення кваліфікації в системі безперервного професійного розвитку, що унормовано на галузевому рівні.

Важливим показником забезпеченості кадровими ресурсами є укомплектованість штатних посад закладів охорони здоров'я. Результатами медико-статистичного аналізу даних форми № 20 (табл. 201100) за 2015 - 2019рр. Центру медичної статистики МОЗ України встановлено, що за даним показником ендокринологічна допомога населенню відчувала втрати. Так, відсоток укомплектованості штатних посад лікарями-ендокринологами загалом зменшився з 90,6% до 88,6%, зокрема, штатних посад у поліклініках і диспансерах – з 89,4% до 86,8%.

На ліжках ендокринологічного профілю лікарями-ендокринологами в 2015 р. загалом проліковано 90 021 дорослих та 14 385 дітей; хворими проведено відповідно 998 500 та 157 841 ліжко-днів.

Число пролікованих дорослих у 2019 році незначно скоротилося до 89 348 осіб, або на 0,7%; натомість чисельність дітей зросла до 16 200 осіб, або на 11,2%, з відповідною кількістю проведених ліжко-днів 913 559 та 155 419.

Зокрема, в разі випадків патології щитоподібної залози динаміка показників чисельності хворих вказала на суттєве зменшення осіб, виписаних із

стаціонару, в 2019 р. в порівнянні з 2015 р. Так, з дифузним зобом II-III стадії проліковано в 2015 р. 1 434 дорослих (13 820 ліжко-днів) та 257 дітей (3 007 ліжко-днів), а з набутим гіпотиреозом – 3 888 дорослих (41 182 ліжко-дні) та 458 дітей (4 508 ліжко-днів).

У 2019 р. в стаціонарі надана ендокринологічна допомога 1 066 дорослим, або на 25,7% менше, ніж у 2015 році (9 182 ліжко-дня) з дифузним зобом II-III стадії та 126 дітям, або на 51,0% менше, ніж у 2015 році (1 290 ліжко-днів), а з набутим гіпотиреозом – 3 028 дорослим, або на 22,1% менше, ніж у 2015 році (30 163 ліжко-дня) та 370 дітям, або на 19,2% менше, ніж у 2015 році (3 346 ліжко-днів).

Рівень госпіталізації хворих з ендокринною патологією дорівнював за досліджуваний період 0,52 на 100 осіб, а середня тривалість лікування в стаціонарі – 11,62 дні, показник летальності – 0,58%. Зокрема, середня тривалість лікування хворих з дифузним зобом II-III стадії складала 9,95 днів при відсутності летальних випадків; хворих з набутим гіпотиреозом – відповідно 10,51 днів та 0,07%.

У ендокринологічних диспансерах, як основних спеціалізованих закладах даного профілю, на стаціонарних ліжках чисельність пролікованих хворих зросла з 9 469 осіб у 2015 р., до 10 054 осіб у 2019 р., або на 5,8%, якими проведено 108 457 ліжко-днів у 2015 р. та 101 953 ліжко-дня в 2019 р. Число амбулаторних відвідувань до диспансерів дорівнювало 270 519 та 248 122 відповідно, тобто, навпаки, зменшилось, що у відсотках на 8,3%.

Стаціонарна допомога хворим з патологією щитоподібної залози передбачає надання переважно хірургічної допомоги.

В Україні в 2015 р. в стаціонарах було проведено загалом 2 043 627,00 оперативних утручань. Із загального числа операцій 9 400,00, або 0,46% від усієї кількості оперативних утручань, було проведено на органах ендокринної системи. Разом з тим, на щитоподібній залозі було здійснено 8 846 операцій, або 94,1% від усіх оперативних утручань на органах ендокринної системи.

Летальність після оперативних утручань по Україні дорівнювала 0,58%, зокрема, 0,06% – внаслідок оперативних утручань на органах ендокринної системи, а 0,05% – внаслідок оперативних утручань на щитоподібній залозі.

У 2019 р. загальне число оперативних утручань в стаціонарах зменшилось до 2 027 951, або на 15 676 випадків, що можливо, обумовлено перенесенням хірургічної активності до амбулаторних умов. Однак оперативні втручання на органах ендокринної системи, за даними звітних форм Центру медичної статистики МОЗ України, здійснюються лише в умовах стаціонару. Абсолютна їх чисельність за п'ять років зросла до 10 369 випадків, або на 9,3%, що складало 0,5% від усієї кількості оперативних утручань в стаціонарі. На щитоподібній залозі, як і в попередні роки, була здійснена переважна кількість операцій – 9 625 випадків, або 92,8% від загального числа операцій на органах ендокринної системи.

Показники летальності після оперативних утручань по Україні в 2019 р. знизилися до 0,53%, зокрема, до 0,04% – внаслідок оперативних утручань на органах ендокринної системи, та до 0,03% – внаслідок оперативних утручань на щитоподібній залозі.

За даними матеріалів Міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, в м. Київ ендокринологічна допомога населенню надавалася в 27 структурних підрозділах амбулаторно-поліклінічних закладів та на ліжках ендокринологічного профілю. Функціонувало в 2019 р. 280 ліжок даного профілю для дорослих, 30 – для дітей; ліжка ендокринної хірургії були представлені 85 од. та виокремлені від інших ліжок у структурі медико-статистичної звітності. За досліджуваний період чисельність ліжок ендокринологічного профілю скоротилася на 20 од., або на 6,7%, натомість ліжок ендокринної хірургії додалося 5 од.

Робота ліжок представлена наступними показниками: кількість пролікованих хворих на ліжках ендокринологічного профілю збільшилася, але незначно – з 8305 до 8630 осіб, або на 3,8%; зросла летальність по стаціонару з 0,06% до 0,09%. Унаслідок скорочення ліжкового фонду показники зайнятості

ліжка вказували на його певне перенавантаження, оскільки середнє число днів роботи ліжка зросло з 368,8 до 373,1. Позитивною динамікою характеризувався показник середнього перебування хворого на ліжку, оскільки він зменшився з 13,3 до 12,4, однак існували резерви щодо подальшого його зменшення, зважаючи на розвиток первинної медико-санітарної допомоги в країні та столиці й середньоєвропейські показники для стаціонарної допомоги від 4,0 до 11,6 днів.

Ліжка ендокринної хірургії працювали стабільно, на них проліковано 2183 хворих у 2019 р., що менше лише на 4,5% у порівнянні з 2015 р. Середнє число днів роботи ліжка також було стабільним і коливалось в межах 343,2 - 340,5, середнє перебування хворого на ліжку дорівнювало 12,0 - 12,5 днів. Випадків післяопераційної летальності не реєструвалось.

Кількість оперативних утручань на ендокринній системі в стаціонарах м. Київ, як і загалом по галузі, зросла, але в меншій відносній кількості, оскільки абсолютні зміни показали збільшення з 1954 до 2067 випадків, або на 5,5%; однак питома їх вага від загальної кількості оперативних утручань в стаціонарі значно перевищувала середньоукраїнські показники і стабільно складала 1,2%. Це вказало на концентрацію хірургічної допомоги хворим з патологією ендокринної системи в столичних закладах на ліжках відповідного профілю.

Ендокринологічну допомогу хворим в м. Київ надавали за основною посадою 157 лікарів-ендокринологів; укомплектованість штатних посад фізичними особами дорівнювала 82,6%, тобто, була нижчою, ніж в середньому по галузі, а зайнятість штатних посад – 90,4%, у т. ч., в поліклініці – 87,9%.

Оскільки, як з'ясовано при обґрунтуванні вибору бази наукового дослідження, значний обсяг ендокринологічної допомоги населенню м. Київ, зокрема, хірургічної допомоги при патології щитоподібної залози, зосереджувався в КНП «КМКЕЦ», надалі дослідження здійснювалося безпосередньо в зазначеному закладі. Перш ніж досліджувати організаційні форми діяльності, зусилля автора спрямовувались на визначення потреб населення столиці в ендокринологічній допомозі в 2015-2019 роках, які могли бути задоволені в даному закладі міського підпорядкування.

3.2. Аналіз потреб населення м. Київ у ендокринологічній допомозі в 2015-2019 роках

Запити на ендокринологічну допомогу та її результати залежать, зокрема, від динаміки чисельності населення, яка зросла незначно за п'ять років у м. Київ (на 1,4%) та зменшувалася загалом у країні (на 1,6%) (рис. 3.1).

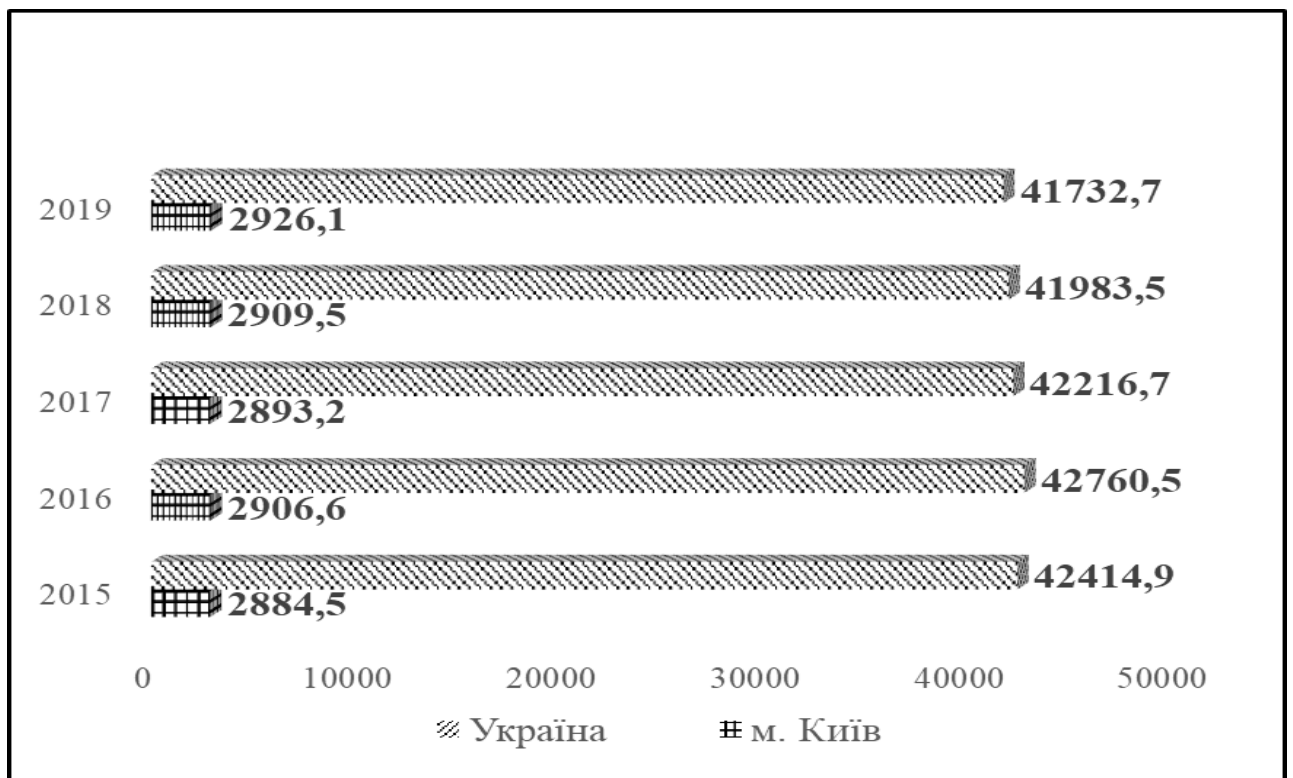


Рис. 3.1. Динаміка чисельності населення України та м. Київ за 2015-2019 роки (за даними Державної служби статистики України)

Показник смертності населення як один з демографічних показників вказує на актуальність окремих хвороб, які займають провідні місця в її структурі та набувають соціальної значимості й першочергової потреби в медичній. Визначено, що смертність населення столиці від хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин у 2019 році віддзеркалювала аналогічну ситуацію в Україні та складала 0,4% в структурі загальної смертності

населення, значно поступаючись за питомою вагою хворобам системи кровообігу (61,4%), злоякісним новоутворенням (15,4%), хворобам, зумовленим вірусом COVID-19 (6,5%), хворобам органів травлення (4,2%), травмам і отруєнням (3,6%), хворобам органів дихання (2,3%), інфекційним та паразитарним хворобам (1,2%), і трохи перевищувала питому вагу смертності від хвороб сечостатевої системи (0,6%) (рис. 3.2).

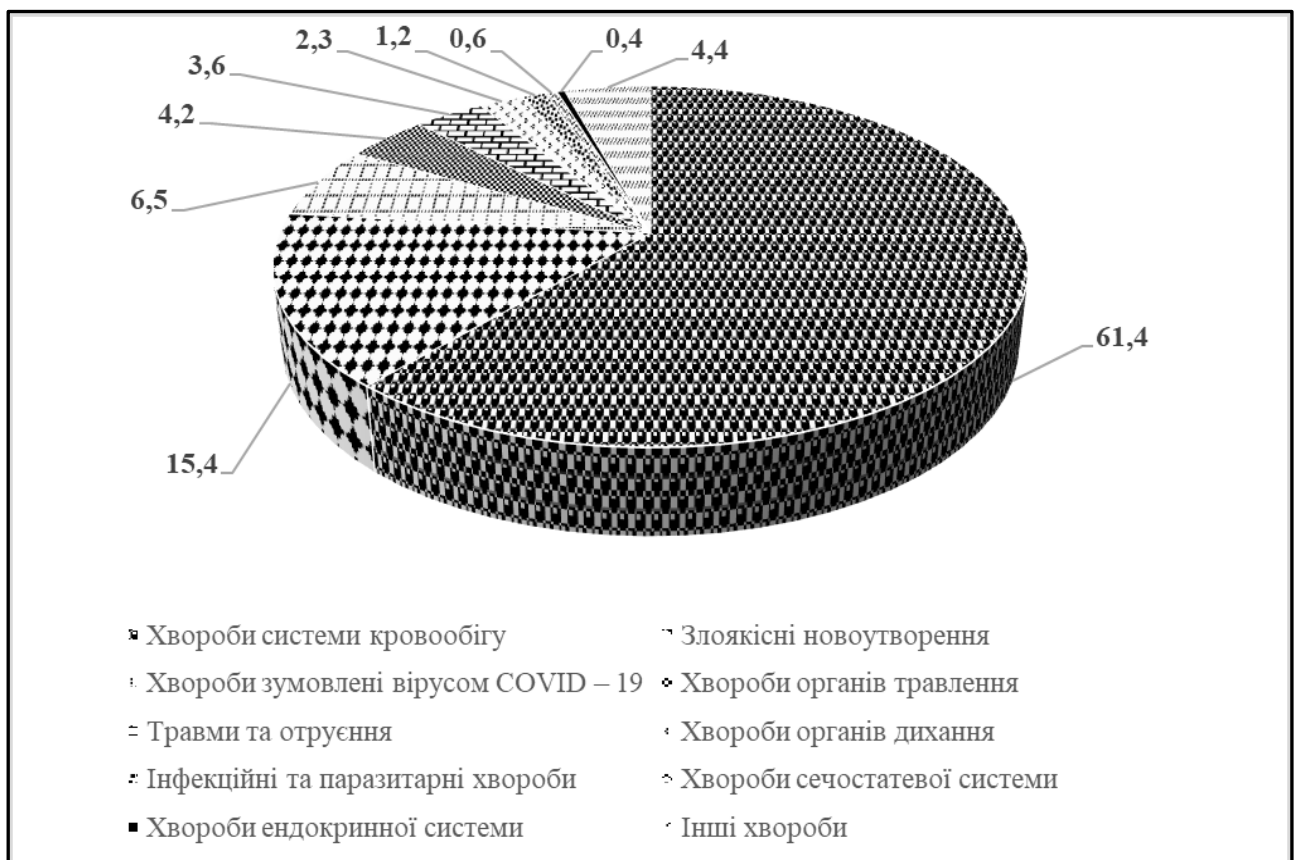


Рис. 3.2. Структура смертності населення м. Київ у 2019 році за причинами (у відсотках)

Аналіз динаміки показників смертності населення м. Київ від хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин показав їх нестабільність – розкид значень на 100 тис. наявного населення від 5,3 у 2015 році до 4,6 у 2019 році з проміжними показниками 5,1, 5,7, 6,0. Тому для більш чіткої уяви закономірностей змін цього показника аналізу піддавались доступні

дані Міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики упродовж 2013 -2020 років (рис. 3.3).

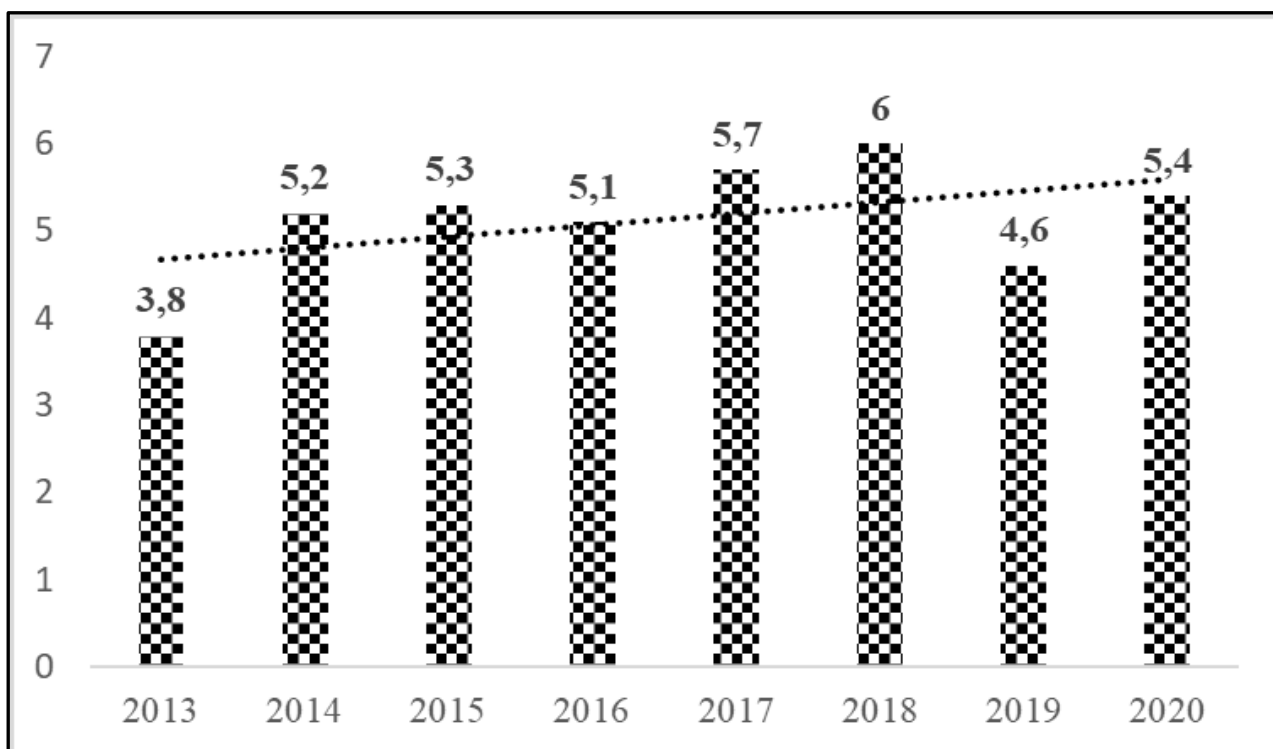


Рис. 3.3. Смертність населення м. Київ від хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин у 2013-2020 роках (на 100 тис. наявного населення)

Як видно з рис. 3.3, лінія тренду показала помірне зростання показника з часом, що викликає насторогу й підкреслює медико-соціальну значимість хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин, з урахуванням того, що основний внесок у зміну величини смертності вносить така поширена патологія, як цукровий діабет (рис. 3.4).

Аналіз потреб населення в ендокринологічній допомозі шляхом визначення закономірностей змін показників первинної й загальної захворюваності на ці хвороби дозволив зробити висновки, що упродовж 2015-2019 рр. відбувалося поступове помірне їх зниження, як і загалом усіх хвороб серед киян, однак у інших обсягах.



Рис. 3.4. Динаміка рівнів смертності населення м. Київ від хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин, у т. ч., від цукрового діабету, у 2013-2020 роках (на 100 тис. наявного населення)

Так, загальна захворюваність на усі хвороби зменшилася на 10,2%, а на хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин – лише на 1,4%.

Первинна захворюваність на усі хвороби знизилась на 14,5%, а на хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин – на 24,8%.

За умов тренду до зростання смертності від останніх та накопичення їх в популяції, оскільки первинна захворюваність зменшувалась значно активніше, ніж загальна захворюваність, це вказувало на необхідність активного медичного спостереження та медичної допомоги хворим з ендокринною патологією (рис. 3.5).



Рис. 3.5. Загальна та первинна захворюваність дорослого населення м. Київ за усіма класами хвороб та класом хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин на 10 000 нас. у віці 18 років і старші, за 2015-2019 роки

Структура первинної захворюваності жителів м. Київ на хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин формувалася за рахунок найбільш поширених форм патології щитоподібної залози – нетоксичного вузлового зобу (16,9%), тиреотоксикозу (1,6%), гіпотиреозу набутого та інших його форм (6,8%), тиреоїдитів (11,3%), цукрового діабету (28,4%), інших хвороб ендокринних органів (35,0%) (рис. 3.6).

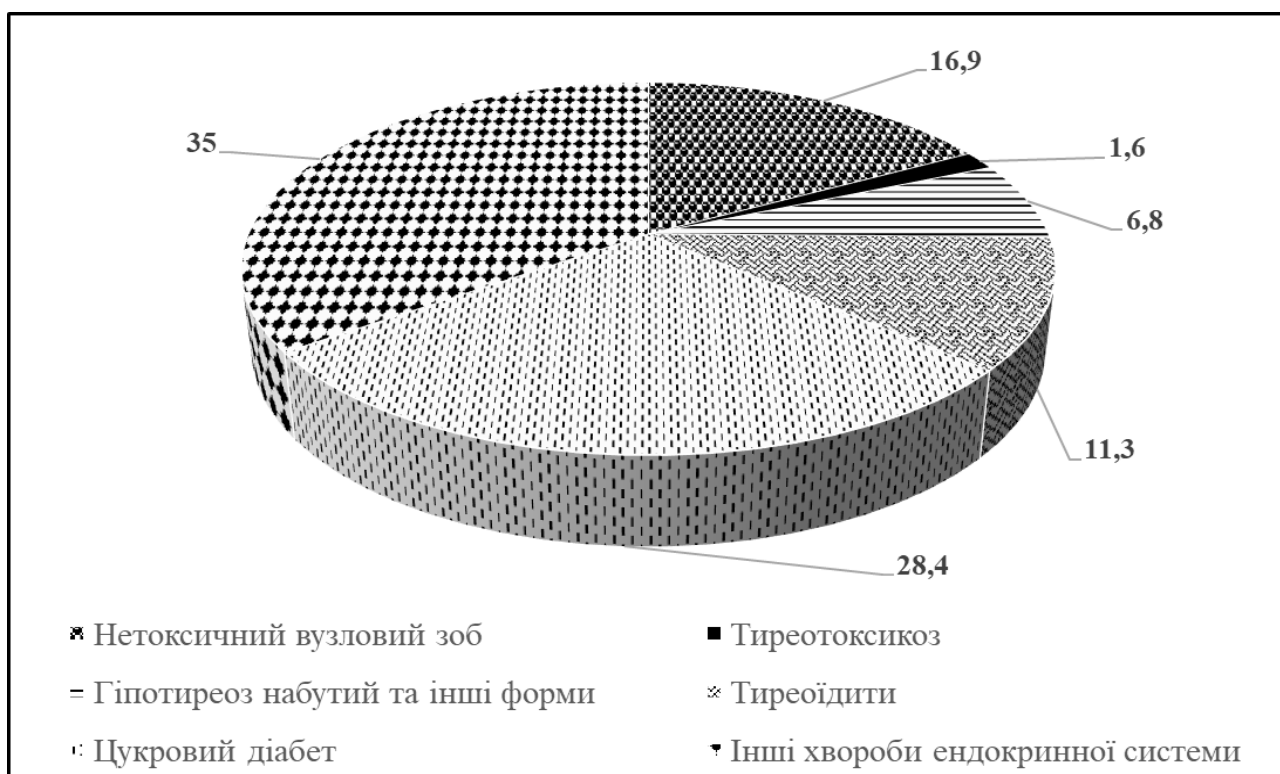


Рис. 3.6. Структура первинної захворюваності на хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин населення м. Київ у 2019 році (у відсотках)

Структуру загальної захворюваності киян на хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин складала ті ж найбільш поширені хвороби щитоподібної залози – нетоксичний вузловий зоб (18,5%), тиреотоксикоз (1,5%), гіпотиреоз набутий та інші його форми (5,7%), тиреоїдити (11,5%), цукровий діабет (37,6%), інші хвороби ендокринних органів (25,2%) (рис. 3.7).

Медико-соціальна значимість хвороб щитоподібної залози серед усього класу хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин простежувалася, з урахуванням даних теоретичного аналізу, представленого у розділі 1 дисертації, за результатами аналізу захворюваності жителів столиці на її злоякісні новоутворення.

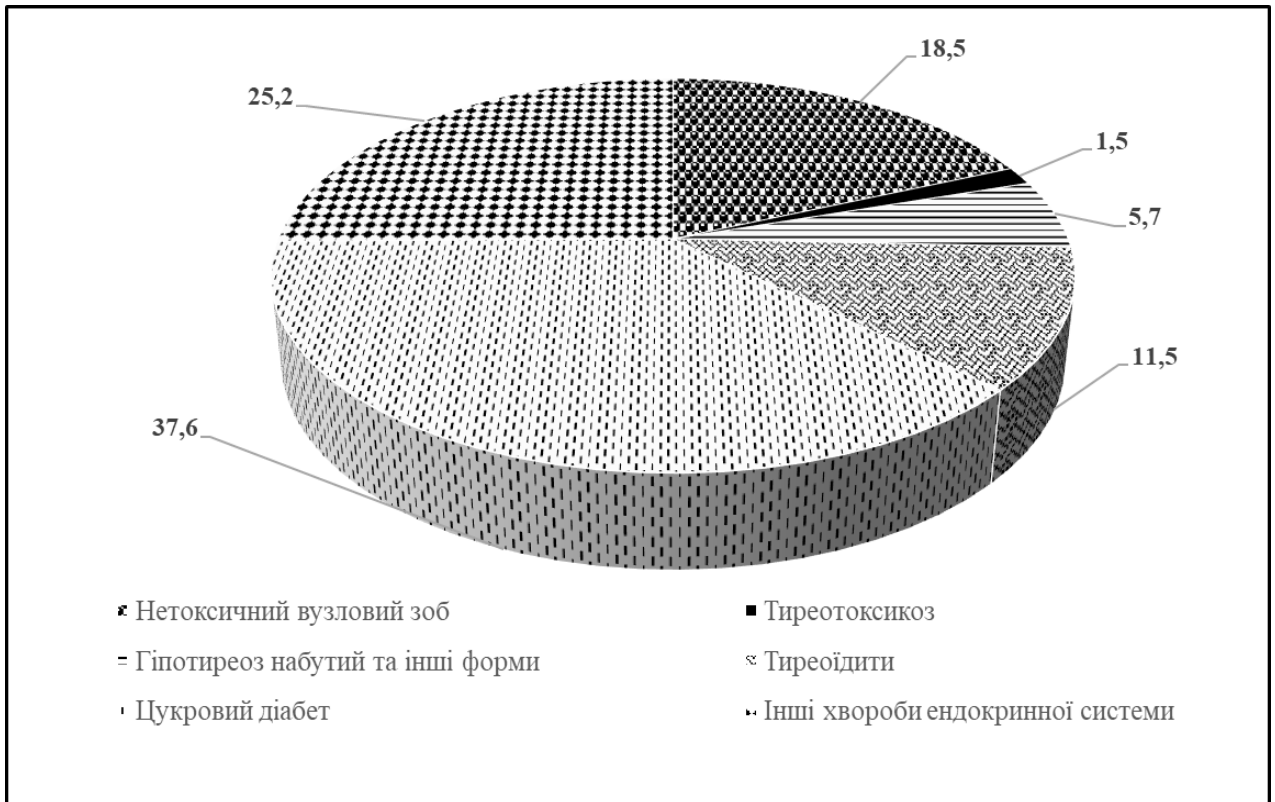


Рис. 3.7. Структура загальної захворюваності на хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин населення м. Київ у 2019 році (у відсотках)

Зважаючи на мету та завдання дослідження, сконцентровані навколо удосконалення хірургічної допомоги при захворюваннях саме цього органу, простежено захворюваність населення м. Київ на злоякісні новоутворення щитоподібної залози у порівнянні з аналогічними даними по Україні упродовж 2013-2020 років для визначення трендів упродовж даного періоду.

Установлено, що рівень захворюваності населення м. Київ на злоякісні новоутворення щитоподібної залози був нестабільним, відбувалось його незначне зростання з 16,4 на 100 тис. нас. у 2013 році до 16,9 на 100 тис. нас. у 2014 році з наступним зниженням до 12,5 на 100 тис. нас. в 2017 році. Надалі знову відбулося зростання до 16,2 на 100 тис. нас. у 2019 році зі зменшенням показника до 11,4 на 100 тис. нас. у 2020 році (рис. 3.8).

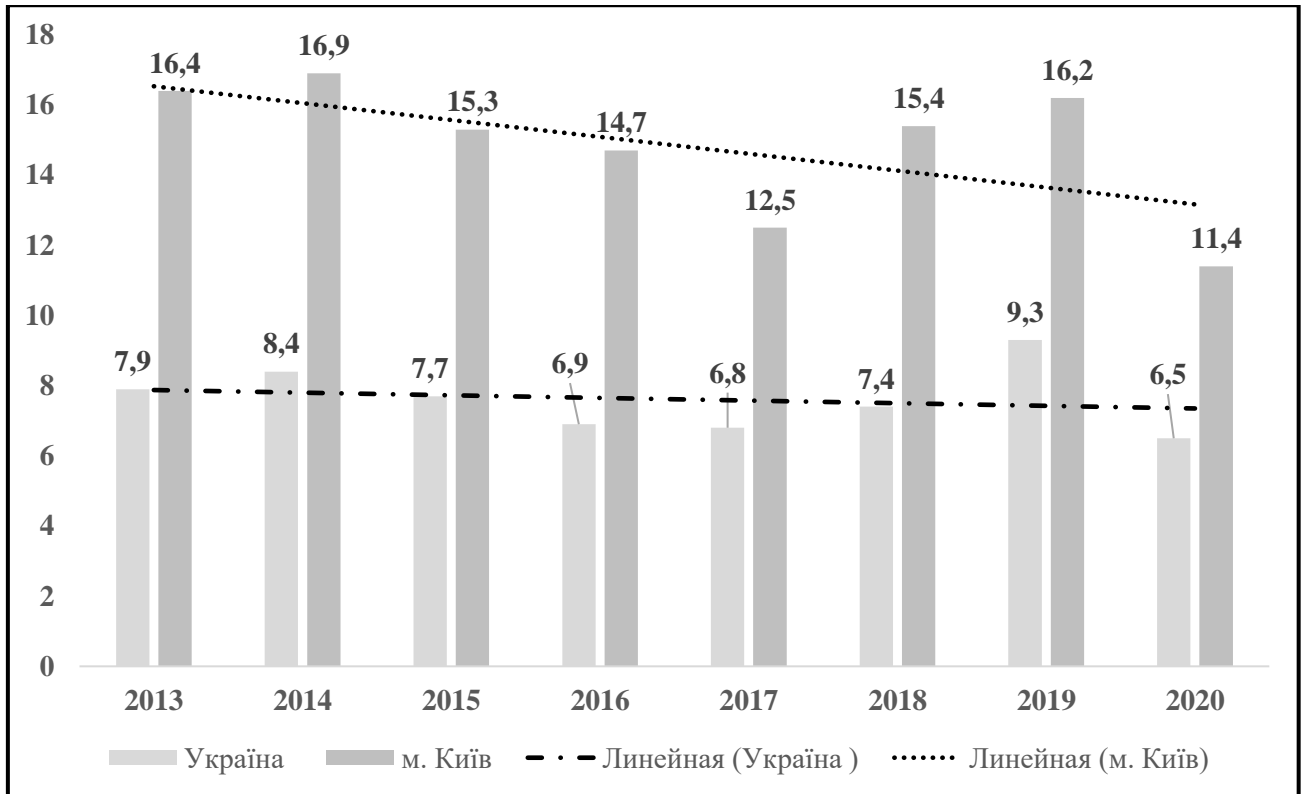


Рис. 3.8. Захворюваність населення м. Київ та України на злоякісні новоутворення щитоподібної залози в 2013-2020 роках (на 100 тис. населення)

Лінії тренду вказали на загальному зниженні захворюваності на злоякісні новоутворення щитоподібної залози як серед киян, так і всіх жителів країни за визначений період. Однак рівні захворюваності столичних жителів значно перевищували аналогічні серед усього населення України, оскільки м. Київ належить до місцевостей, які найбільше постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС у 1986 році, віддалені наслідки якої простежуються й сьогодні.

3.3. Стан організації надання медичної допомоги хворим у КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр»

Аналіз діяльності КНП «КМКЕЦ» за п'ятирічний період спрямовувався на виконання одного із завдань другого етапу дослідження, метою якого визначено

виявити загальні закономірності організації роботи даного закладу, що можуть впливати, зокрема, на надання хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

З позицій системно-компонентного аспекту системного підходу встановлено, що структура досліджуваного закладу затверджена наказом керівника, складається зі структурних підрозділів, де відбувається діяльність працівників у часі і просторі, розміщено медичне обладнання, здійснюється обмін інформацією, перебувають і отримують медичну допомогу пацієнти.

Структура КНП «КМКЕЦ» представлена на рис. 3.9.

Як видно з рис. 3.9, у закладі надається медична допомога хворим з різною ендокринною патологією, про що свідчить профіль відділень: загальної ендокринної патології (два відділення потужністю 55 і 45 ліжок), діабетологічне (45 ліжок), ендокринної хірургії (60 ліжок), ендокринної гінекології (20 ліжок). Отримати стаціонарну медичну допомогу у цих відділеннях можуть хворі на цукровий і нецукровий діабет, тиреотоксикоз, рак щитоподібної залози, пацієнти із захворюваннями гіпофізу, гіпоталамусу, прищитоподібних залоз, молочної залози, порушенням обміну речовин, із вторинними ураженнями ока, серцево-судинної, сечостатевої та кістково-м'язової систем при ендокринних захворюваннях.

Медична допомога охоплює як діагностику, лікування, так і реабілітацію хворих; остання відбувається в профільних відділеннях – реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози (20 ліжок), реабілітації ендокринних хворих з патологією серця і судин (55 ліжок), фізіотерапевтичної реабілітації в амбулаторних умовах.

Відбір на госпіталізацію та консультативно-діагностична допомога надається в амбулаторно-консультативному відділенні.

Потужною є діагностична база закладу, до складу якої входить власне діагностичне відділення, відділення функціональної діагностики, рентгенологічне, клініко-діагностична лабораторія з можливостями проведення патоморфологічних (гістологічних досліджень).

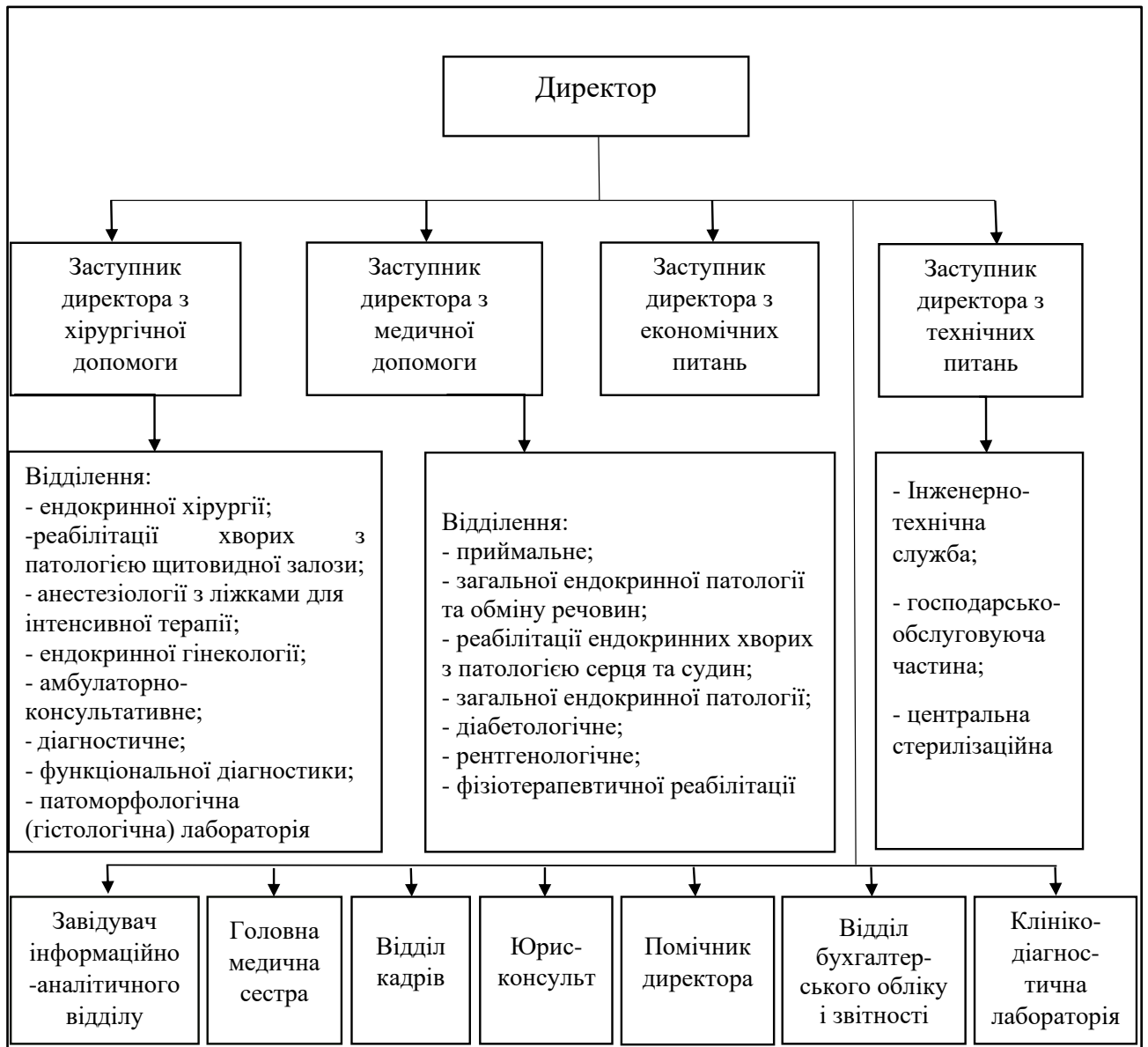


Рис. 3.9. Структура КНП «КМКЕЦ» (за даними наказу КНП «КМКЕЦ» від 04.03.2020 № 52-а)

У діагностичному відділенні здійснюються ультразвукові та ендоскопічні дослідження різних органів, проводиться тонкоголкова аспіраційна пункційна біопсія тканин з наступним мікроскопічним дослідженням аспірованих клітин.

Відділення функціональної діагностики забезпечує електрокардіографічні та ехокардіографічні дослідження, а також холтеровське моніторування.

Потужності рентгенологічного відділення дозволяють проводити флюорографічні дослідження, мамографію та денситометрію.

У клініко-діагностичній лабораторії КНП «КМКЕЦ» виконуються загальноклінічні, біохімічні, гормональні дослідження.

Усі лабораторні, інструментальні та функціональні дослідження проводяться з використанням сучасного медичного обладнання.

Роботу відділень забезпечують медичні працівники, серед яких станом на 31.12.2019 нараховувався 101 лікар, з них – 68 (67,3%) осіб з вищою, 14 (13,9%) – першою, 5 (4,9%) – другою кваліфікаційною категорією.

Структура складу лікарів за спеціальностями представлена на рис. 3.10.

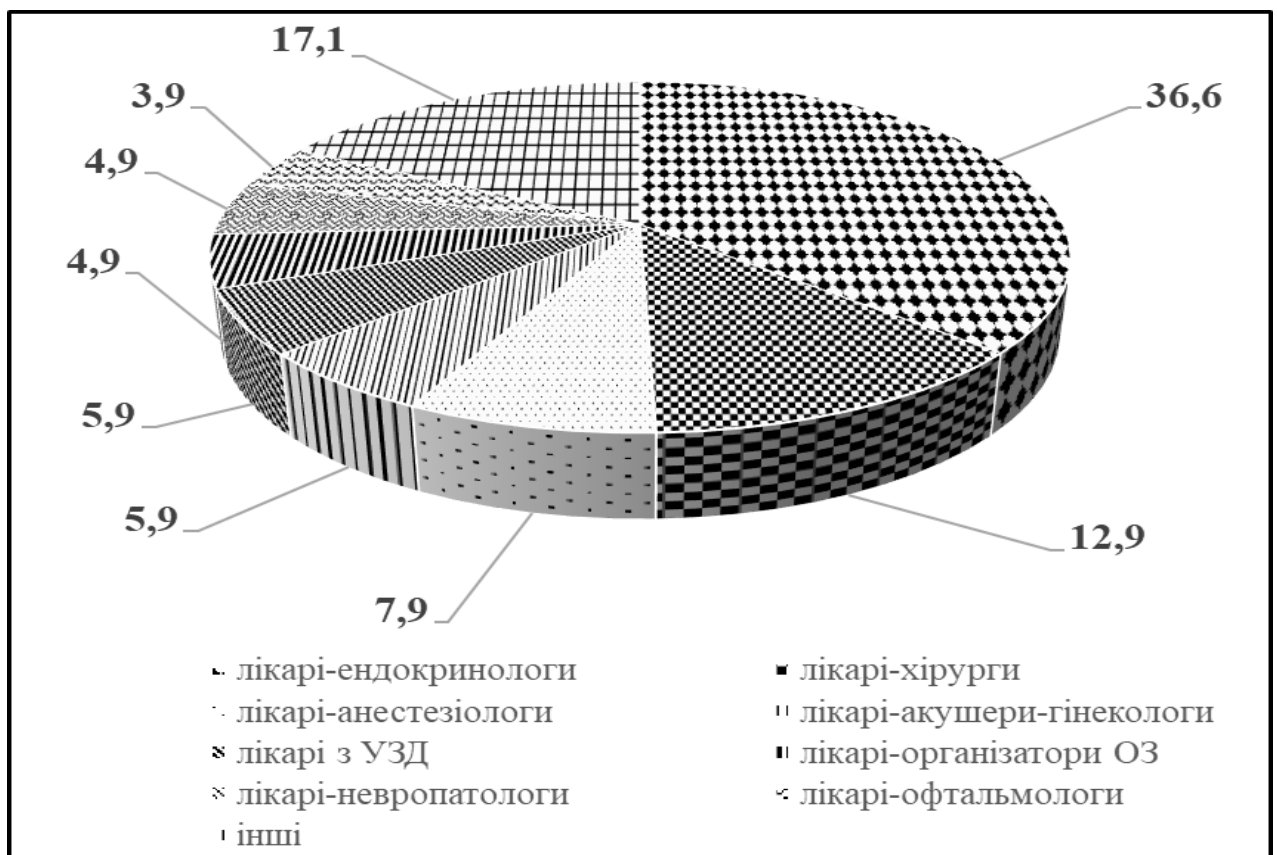


Рис. 3.10. Структура складу лікарів КНП «КМКЕЦ» за спеціальностями станом на 31.12.2019 р.

Її складала 37 (36,6%) лікарів-ендокринологів, 13 (12,9%) лікарів-хірургів, 8 (7,9%) лікарів-анестезіологів, шість (5,9%) лікарів-акушерів-гінекологів, шість (5,9%) лікарів з ультразвукової діагностики, п'ять (4,9%) лікарів-невропатологів,

п'ять (4,9%) лікарів-соціал-гігієністів – організаторів охорони здоров'я, чотири (3,9%) лікаря-офтальмолога, лікарі інших спеціальностей (17,1%) (рис. 3.10).

Серед інших лікарів кадровий склад забезпечувався двома ортопедами-травматологами, лікарем-урологом, лікарем-психологом, лікарем-фізіотерапевтом, двома лікарями з функціональної діагностики, лікарем-рентгенологом, лікарем-ендоскопістом, лікарем-лаборантом, лікарем-патологоанатомом.

У закладі станом на 31.12.2019 р. працювало 165 молодших працівників із спеціальною медичною освітою, з них 117 (70,9%) – з вищою, 4 (2,4%) – першою та 10 (6,1%) – другою кваліфікаційними категоріями.

Структура складу зазначених працівників за спеціальностями містила 150 (90,9%) медичних сестер, 11 (6,7%) лаборантів, рентгенлаборанта, двох статистиків, іншої особи (рис. 3.11).

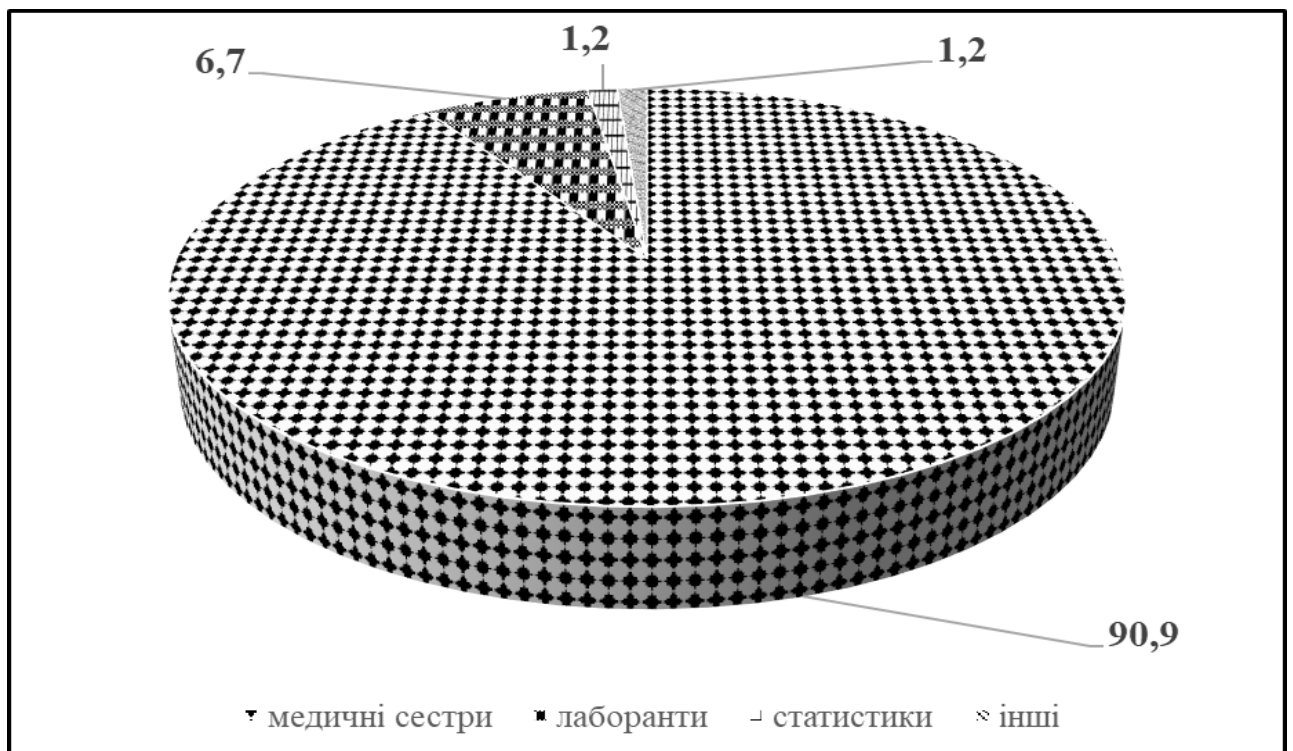


Рис. 3.11. Структура складу молодших працівників із спеціальною медичною освітою КНП «КМКЕЦ» за спеціальностями станом на 31.12.2019 р.

Слід зазначити, що упродовж 2015-2019 рр., зважаючи на продовження реформування галузі охорони здоров'я, й надалі відбувалось скорочення штатних посад працівників та, відповідно, фізичних осіб. У КНП «КМКЕЦ» загальна кількість штатних посад лікарів скоротилася із 145,0 до 120,0, або на 17,3%, а лікарів - фізичних осіб - із 127 до 101 лікаря, або на 20,5%. Найбільшого скорочення зазнали посади лікарів-ендокринологів, внаслідок чого абсолютна чисельність їх скоротилася з 51 до 37 осіб, або на 27,5%, лікарів-акушерів-гінекологів, кількість фізичних осіб яких зменшилася з 11 до 6, або на 45,5%. Чисельність лікарів-анестезіологів зменшилася з 10 до 8 осіб, або на 20,0%.

Аналогічні зміни відбулись із штатними посадами молодших працівників із спеціальною медичною освітою, однак із меншими втратами, оскільки вони скоротилися з 227,0 до 210,0, або на 7,5%, а чисельність фізичних осіб зменшилася на 12,7%, переважно за рахунок медичних сестер – з 173 до 150 осіб, або на 13,3%.

Скорочення також зазнали посади заступників директора з шести до чотирьох одиниць.

Скорочення штатних посад і, відповідно, фізичних осіб лікарів та молодшого персоналу відбулося у зв'язку зі скороченням ліжкового фонду закладу з метою приведення його у відповідність до потреб населення. Обсяг скорочення склав загалом 60 ліжок, зокрема, відділення реабілітації ендокринних хворих з патологією серця і судин – 5 ліжок, загальної ендокринної патології – 5 ліжок, реабілітації хворих з патологією щитовидної залози – 20 ліжок, ендокринної гінекології – 35 ліжок. Натомість ліжковий фонд діабетологічного відділення поповнився на 5 ліжок. Ліквідовано диспансерне відділення, а також ряд адміністративних підрозділів: організаційно-методичний відділ (трансформований у інформаційно-аналітичний відділ), канцелярія (обов'язки покладено на помічника директора), штаб цивільного захисту (обов'язки покладено на працівника інженерно-технічної служби).

Таким чином, незважаючи на зміни в штатному розкладі, компонентний склад управлінського персоналу, а саме, директора, його заступників, керівників

структурних підрозділів, окремих спеціалістів (юрисконсульта, спеціалістів бухгалтерсько-економічної, господарської та технічної служб) був збережений шляхом упорядкування та покладання функцій на працівників, які продовжували залишатись на посадах. Склад працівників, які безпосередньо надають медичну допомогу хворим, також був збережений за структурою та відповідно до зміненого обсягу ліжкового фонду.

Аналіз зазначених змін з реорганізації структури й перерозподілу функцій розглянуто в контексті використання системно-інтегративного аспекту системного підходу, що дозволило визначити ще й інші фактори, які сприяють розвитку досліджуваного закладу, утримують його стабільність та впливають на нові досягнення в перспективі. Здобутки КНП «КМКЕЦ» підкріплені, зокрема, кількісними даними Міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики. Вони свідчать про високу затребуваність послуг даного столичного закладу пацієнтами не лише м. Києва, але й жителями інших регіонів України, питома вага яких складала впродовж 2015-2019 рр. 28,1 - 28,3% від усіх пролікованих у стаціонарах закладу пацієнтів.

Колектив закладу націлений його керівництвом на застосування сучасних методів діагностики та лікування ендокринних захворювань, безперервний професійний розвиток, оволодіння й підтримку інновацій в сфері охорони здоров'я, зокрема, впровадження цифрових технологій з відповідним програмним забезпеченням. Це підтверджено оцінками зовнішніх експертів, відповідно до яких заклад отримав вищу акредитаційну категорію та сертифікував систему управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги».

Понад 67,0% лікарів КНП «КМКЕЦ» мають вищу кваліфікаційну категорією, а 20 лікарів – наукові ступені.

Здобутки закладу з питань, що розглянуті, засвідчені установчими документами, протокольними записами із виконання стандартів акредитації, підвищення кваліфікації працівників, сертифікатами тощо.

У КНП «КМКЕЦ» створені належні умови праці для співробітників та пацієнтів; відносини в колективі регулюються вимогами Колективного договору, який визнаний кращим серед колективних договорів закладів охорони здоров'я столиці у 2017 році.

У той же час розгляд організації діяльності в закладі з використанням інших аспектів системного підходу дозволив виявити резерви її удосконалення, що є закономірним підходом з позицій сучасного менеджменту організацій, зокрема, забезпечення якості медичної допомоги.

Керуючись системно-функціональним аспектом системного підходу, визначені повноваження та обов'язки працівників, які безпосередньо надають медичну допомогу хворим з ендокринною патологією, з цільовою увагою контент-аналізу на комунікаційні процеси, до яких вони задіяні. Як зазначено у положеннях про структурні підрозділи та посадових інструкціях, лікарі несуть відповідальність та мають зобов'язання надавати висококваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу хворим за переліком захворювань відповідно до клінічних протоколів медичної допомоги. Виконання даних завдань потребує різноманітних комунікацій, як пов'язаних з безпосереднім наданням медичної допомоги пацієнтам, так і з іншими видами діяльності, що мають до нього відношення, а саме, матеріально-технічним забезпеченням, безпекою, менеджментом.

Початок комунікацій лікаря КНП «КМКЕЦ» з пацієнтом, а також з лікарями інших закладів, представниками інших установ / організацій, лікарями інших структурних підрозділів закладу, згідно з внутрішніми регламентами, відбувається під час госпіталізації пацієнтів до стаціонарних відділень. Комунікації формально здійснюються шляхом отримання електронного направлення лікаря загальної практики-сімейного лікаря або лікаря амбулаторно-консультативного відділення КНП «КМКЕЦ». Направлення також може бути надано районним територіальним центром комплектування та соціальної підтримки, або пацієнт може самостійно безпосередньо звернутися до стаціонарного відділення досліджуваного закладу.

Внутрішні комунікації, пов'язані з наступними етапами лікувально-діагностичного процесу і представлені у локальних регламентах КНП «КМКЕЦ», передбачають діагностичні та консультативні заходи пацієнтам лікарями інших спеціальностей за клінічних потреб пацієнта, які визначаються лікуючим лікарем. Відповідальність за організацію консультативної роботи лікарями будь-якого відділення в інших стаціонарних відділеннях КНП «КМКЕЦ» покладена на завідувачів відділень, консультантом від якого визначений лікар певної спеціальності. Міждисциплінарна взаємодія передбачає також використання такої форми спілкування, як консиліуми важкохворих пацієнтів.

Крім того, на лікуючого лікаря одноосібно покладаються: забезпечення первинного огляду пацієнта з плануванням його індивідуального маршруту; призначення проведення необхідних лабораторних та інструментальних досліджень; полегшення, зняття чи усунення симптомів і проявів захворювання; нормалізація порушених процесів життєдіяльності; відновлення здоров'я пацієнта; скеровування пацієнта для надання спеціалізованої (вторинної), високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги у відповідні заклади (за потреби).

Дані вимоги стосуються лікарів усіх структурних підрозділів, де надається лікувально-діагностична допомога, у тому числі, хірургічного профілю для надання медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. Будь-яких відмінностей в організації взаємодії лікарів, які надають хірургічну допомогу хворим з патологією щитоподібної залози, в установчих документах, положеннях про структурні підрозділи, посадових інструкціях, матеріалах акредитації не виявлено.

Важливою складовою підтримки зовнішніх і внутрішніх комунікацій є застосування цифрових технологій в сучасній охороні здоров'я. Як виявлено з положень внутрішніх регламентів КНП «КМКЕЦ», у закладі використовується медична інформаційна система (МІС) «Doktor Eleks», а на медичних працівників

клінічних структурних підрозділів покладена відповідальність вносити медичні записи в електронні документи з використанням цієї системи.

Система дозволяє вносити дані медичних карт амбулаторних / стаціонарних хворих, зокрема, дані лабораторних і діагностичних досліджень, у т. ч. відео-і фото-зображень, що забезпечує їх збереження, структурування, обмін, полегшення пошуку, використання «системи підказок» в разі відхилення отриманих параметрів від норми, зменшення тривалості часу роботи з медичними документами.

Система використовується не лише в клінічних відділеннях, але й в реєстратурі та адміністрацією закладу. Реєстратура набула спроможності регулювати планування відвідувань пацієнтів за попереднім записом для уникнення «живої» черги, своєчасного коригування графіку прийому лікарів, централізованого збереження оцифрованої інформації про пацієнтів, підготовки звітності для керівництва. Керівництво закладу в свою чергу отримало можливість більш оперативного отримання інформації про клінічний процес, обсяг навантаження, кількість і структуру відвідувань та випадків лікування в стаціонарі тощо.

Посадовими інструкціями працівників та положеннями про структурні підрозділи передбачено володіння персоналом навичками роботи на персональному комп'ютері, використання МІС «Doktor Eleks», а також електронної пошти, електронних таблиць, баз даних медичної статистичної інформації.

Продовженням аналізу прийнятих форм і методів комунікацій став їх розгляд через системно-структурний аспект процесного підходу в частині внутрішньої взаємодії структурних підрозділів і керівництва закладу. Установлено, що утворені за функціональним принципом структурні підрозділи (відділення) об'єднані у більш потужні модулі за критеріями підпорядкування одному із заступників керівника за напрямом його діяльності: з медичної допомоги; з хірургічної допомоги; з економічних питань; з технічних питань. Посади завідувача інформаційно-аналітичного відділу, головної медичної сестри

та керівників інших адміністративних підрозділів виокремлені як самостійні, та підпорядковані безпосередньо директору КНП «КМКЕЦ».

Детальний аналіз запровадженої структури закладу в частині підпорядкування відділень і включення їх у визначений модуль, з урахуванням розподілу повноважень і обов'язків заступників директора, що важливо для внутрішніх комунікацій та забезпечення їх ефективності, свідчить про її неповну відповідність виконуваним функціям окремими особами та структурними підрозділами.

Так, введені в закладі посади заступників директора – з медичної допомоги та з хірургічної допомоги – за функціями в певній частині не відповідають профілю діяльності підпорядкованих їм відділень. З рис. 3.9 видно, що заступник директора з медичної допомоги опікується переважно відділеннями терапевтичного профілю: загальної ендокринної патології та обміну речовин; реабілітації ендокринних хворих з патологією серця та судин; загальної ендокринної патології; діабетологічним. До сфери його відповідальності віднесена також частка діагностичної служби – рентгенологічне відділення, послуги якого використовуються для хворих як хірургічного, так і терапевтичного профілю, які лікуються як у стаціонарі, так і в амбулаторних умовах.

Заступнику директора з хірургічної допомоги підпорядковано амбулаторно-консультативне відділення, в якому надається консультативна допомога за спеціальностями, як хірургічного (лікарями-хірургами, лікарями акушерами-гінекологами, лікарями-ортопедами-травматологами, лікарями-офтальмологами), так і терапевтичного профілю (лікарями-невропатологами, лікарями-ендокринологами, лікарем-психологом) усім пацієнтам закладу, тобто тим, які потребують як хірургічного, так і консервативного лікування.

Більша частина діагностичних відділень – власне діагностичне, функціональної діагностики, патоморфологічна (гістологічна) лабораторія – також підпорядковані даному заступнику. Однак потреба у діагностичних

дослідженнях є як у пацієнтів хірургічного, так і терапевтичного профілю, які отримують як амбулаторно-консультативну, так і стаціонарну допомогу.

Клініко-діагностична лабораторія, послуг якої потребують усі без виключення пацієнти, безпосередньо підпорядкована директору закладу.

Приймальне відділення відсутнє для відділень хірургічного профілю; функції цього відділення здійснюються безпосередньо працівниками відділень хірургічного профілю під керівництвом завідувачів цих відділень.

Таким чином, ігнорування специфічності змісту діяльності заступників керівника створює ризики для ефективного управління підпорядкованими підрозділами.

Здійснення функцій безпосереднього керівництва клініко-діагностичною лабораторією директором закладу надає неприцільних вищому менеджменту обов'язків, відволікає від покладених на нього функцій стратегічного керівництва та вирішення оперативно-тактичних завдань на рівні усього закладу, а не лише одного структурного підрозділу.

Функціонування приймального відділення лише для пацієнтів терапевтичного профілю недопустимо в багатопрофільній лікарні, що створює епідемічні ризики для відділень хірургічного профілю та неприцільне навантаження на персонал цих відділень з функціями первинного огляду хворого, реєстрації, санітарно-гігієнічної обробки, заповнення частини первинної медичної документації.

Відносини «по-горизонталі» між структурними підрозділами вказані в кожному положенні про них шляхом загального визначення про те, що дане відділення взаємодіє з усіма іншими відділеннями / структурними підрозділами закладу. Однак форми, методи і засоби комунікацій у локальних регламентах не представлені.

Загальна оцінка організації діяльності КНП «КМКЕЦ» з використанням системно-комунікаційного аспекту системного підходу дозволила зробити висновки щодо активного використання закладом зовнішніх комунікацій з науковими й навчальними установами, як вітчизняними так і зарубіжними, з

метою підвищення ефективності роботи шляхом постійного обміну досвідом і знаннями та продукування нових знань, виступаючи базою проведення наукових досліджень. На підставі угод КНП «КМКЕЦ» співпрацює з Національним медичним університетом ім. О. О. Богомольця, Національним університетом охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», Українською військово-медичною академією, Інститутом ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України, Інститутом молекулярної біології і генетики НАН України, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України», Національним інститутом раку, КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр», Київським міським центром радіаційного захисту населення м. Києва від наслідків Чорнобильської катастрофи, Університетом Іллінойсу (США), Колумбійським університетом (США), Університетом Каліфорнії (США), Мюнхенським університетом Людвіга-Максиміліана (Німеччина), Каролінською університетською лікарнею (м. Стокгольм, Швеція).

Таким чином, кадрові та матеріально-технічні ресурси, умови праці та набутий досвід лікувально-діагностичної, організаційної, навчально-наукової роботи показали значний потенціал КНП «КМКЕЦ» щодо подальшої розробки та впровадження інноваційних внутрішніх і зовнішніх організаційних комунікаційних технологій з надання хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

Аналіз діяльності КНП «КМКЕЦ» щодо задоволення потреб населення в ендокринологічній допомозі засвідчив, що число хворих, які отримали амбулаторно-поліклінічну допомогу, зросло з 67 034 до 70 080 відвідувань за рік, або на 4,5%, при потужності поліклінічного відділення 55 відвідувань за зміну та зменшенні штатних посад лікарів цього відділення з 32,35 до 28,5, або на 11,6%, молодшого персоналу зі спеціальною медичною освітою – з 24,0 до 21,5, або на 10,4%.

Кількість осіб, які отримали стаціонарну медичну допомогу, незначно зменшилось: у 2015 році їх нараховувалось 9827 осіб, у 2016 – 9597 осіб, у 2017 – 9690 осіб, у 2018 – 9220 осіб, у 2019 – 9176 осіб. У відносних показниках зменшення чисельності пролікованих пацієнтів склало за досліджуваний період 6,6%.

Зокрема, питома вага хворих, пролікованих у відділенні ендокринної хірургії, від усієї кількості стаціонарних хворих, коливалась від 17,4% у 2015 році до 16,7% у 2019 році з проміжними значеннями 17,3%, 17,5% та 18,3%.

Структура виписаних хворих за профілем стаціонарних відділень у 2019 р. представлена на рис. 3.12.



Рис. 3.12. Структура виписаних хворих, пролікованих у 2019 році, в КНП «КМКЕЦ», за профілем стаціонарних відділень (у відсотках)

Зокрема, структура патологій виписаних хворих, пролікованих у 2019 р. в відділенні ендокринної хірургії, за нозологічними формами, складалася із злоякісних новоутворень (456 хворих, або 27,1%), доброякісних новоутворень (378 хворих, або 22,4%), хвороб ендокринної системи (835 хворих, або 49,6%), інших хвороб (16 хворих, або 0,9%) (рис. 3.13).



Рис. 3.13. Структура виписаних хворих, пролікованих у 2019 році, в відділенні ендокринної хірургії КНП «КМКЕЦ», за нозологічними формами (у відсотках)

Середнє число днів роботи ліжка КНП «КМКЕЦ» щороку перевищувало нормативні й коливалося за досліджуваний період від 366,0 до 383,5. Перевищення планового показника пов'язано з іншим показником – тривалістю перебування хворого на ліжку, яка знаходилась у межах 12,9 – 12,5 днів, що значно перевищувало відповідний показник по м. Київ для стаціонарної допомоги – 10,4 – 9,8 днів.

У той же час, за інформацією Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», представленої на порталі European Health Information Gateway (https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_540-6100-average-length-of-stay-all-hospitals/), у 2014 році діапазон показника середньої тривалості перебування на стаціонарному ліжку у країнах Європейського регіону ВООЗ коливався від 4,0 до 11,6 днів. Як зазначено в огляді наукових літературних джерел, середня тривалість лікування в стаціонарі ендокринологічного профілю в Україні в 2019 році була на середньоєвропейському рівні – 11,62 днів.

Аналіз тривалості лікування в розрізі стаціонарних відділень закладу засвідчив, що найбільш тривалий час на лікарняному ліжку знаходились пацієнти відділення ендокринної хірургії – від 12,3 у 2015 році до 14,3 у 2019, з проміжними значеннями показника 12,8 та 13,0 днів.

Достатньо тривалим було перебування на ліжку відділення реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози: від 13,0 днів у 2015 році до 12,6 днів у 2019 році.

Перевищував середні по м. Київ значення й даний показник по відділенню реабілітації ендокринних хворих з патологією серця та судин, оскільки складав 12,1 днів у 2015 році, 11,4 днів – у 2019 році.

Показник обігу ліжка змінювався в 2015-2019 роках від 28,1 до 30,5 при змінах аналогічного показника по стаціонарам м. Київ з 29,5 до 31,5.

Отже, використання ліжкового фонду в стабільних умовах функціонування закладу вимагає більш раціональних підходів з боку керівництва для підвищення ефективності роботи ліжка. Не виключено, що зміна підходів до клінічного ведення хворих шляхом посилення міждисциплінарної співпраці позитивно впливатиме на обсяг використовуваних ресурсів, зокрема, лікарняного ліжка, яке є одним із самих дороговартісних ресурсів.

Значно покращились упродовж 2015-2019 років показники летальності по стаціонарам КНП «КМКЕЦ», що засвідчило високу якість роботи лікарів і всіх працівників та її постійне поліпшення: показник поступово і невпинно зменшувався з 0,04 до 0,01%. Результати хірургічної діяльності закладу

демонстрували стійку відсутність летальності внаслідок оперативних утручань упродовж тривалого часу, зокрема, періоду дослідження.

Питома вага оперативних утручань на ендокринній системі в закладах охорони здоров'я м. Київ була загалом невисокою – 1,2% у 2015-2017 рр. та 2019 р., 1,3% – у 2018 р. У спеціалізованому закладі – КНП «КМКЕЦ» – вони склали основну кількість проведених операцій, що відповідало профілю діяльності.

Загальна кількість оперативних утручань у КНП «КМКЕЦ» упродовж 2015-2019 років зменшилась на 12,6% – з 2 111 до 1 846 випадків. Однак питома вага оперативних утручань на ендокринній системі упродовж цього ж періоду постійно зростала – з 61,6% до 79,4% (рис. 3.14).

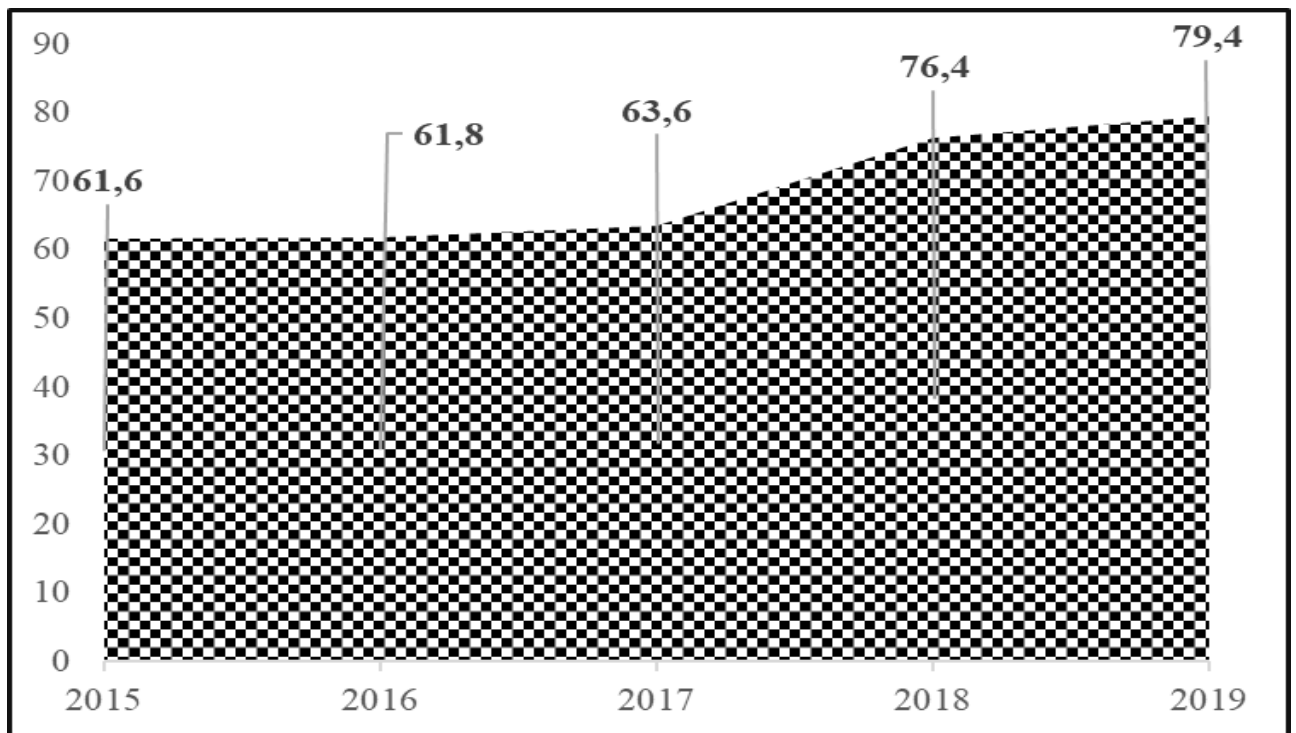


Рис. 3.14. Питома вага оперативних утручань на ендокринній системі в структурі усіх оперативних утручань в КНП «КМКЕЦ» у 2015-2019 роках (у відсотках)

Серед оперативних утручань на ендокринній системі переважний обсяг склали оперативні втручання на щитоподібній залозі, питома вага яких також

збільшилася впродовж 2015-2019 років з 95,5% до 96,3%, що підтвердило доцільність визначення підходів до удосконалення хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози в межах дисертаційного дослідження (рис. 3.15).

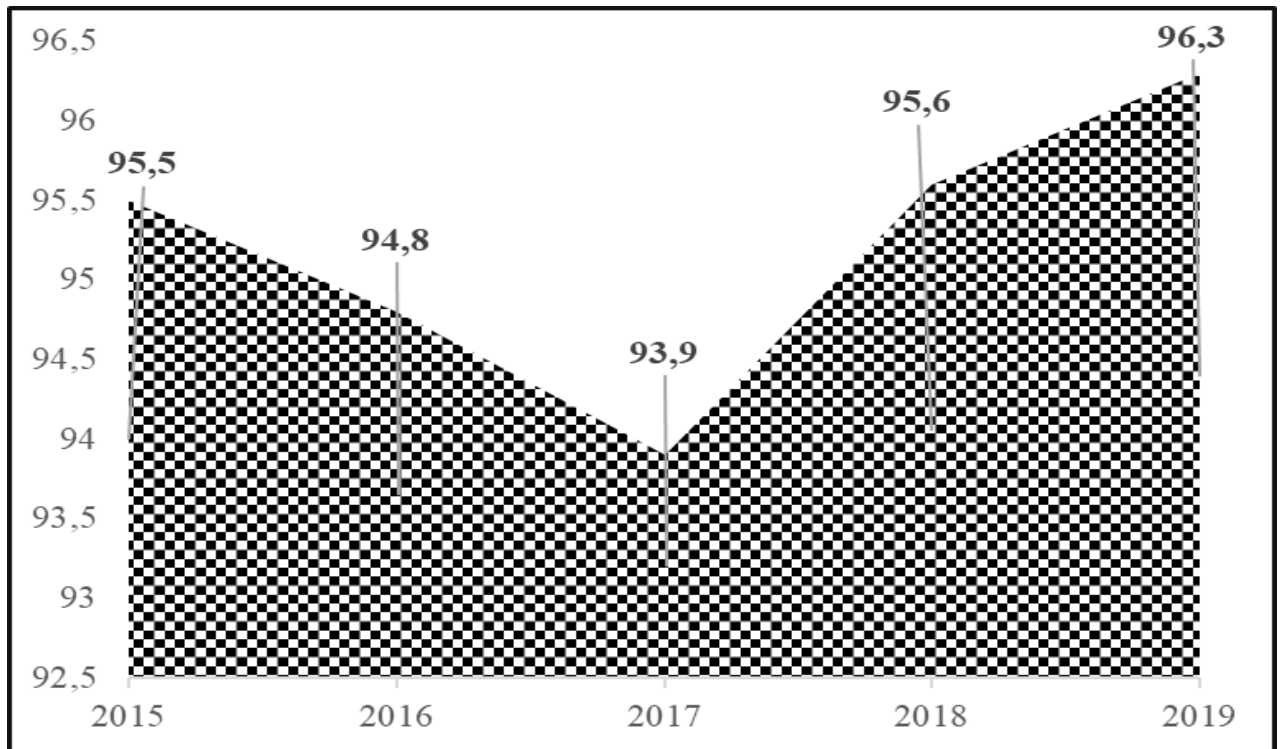


Рис. 3.15. Питома вага оперативних утручань на щитоподібній залозі в структурі всіх оперативних утручань на ендокринній системі в КНП «КМКЕЦ» у 2015-2019 роках (у відсотках)

Висновки до розділу 3

1. Установлено, що ендокринологічна допомога населенню України забезпечується мережею спеціалізованих закладів охорони здоров'я, спеціалізованих структурних підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, ендокринологічних диспансерів та лікарняних закладів з 2 774 ліжками ендокринологічного профілю для дорослих та 520 ліжками для дітей, підготовленими висококваліфікованими кадрами лікарів-ендокринологів у

кількості 1 399 осіб (0,34 на 10 тис. нас.). Обсяг хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози перевищує 90,0% у структурі ендокринної хірургії з високими показниками результативності за низьким рівнем летальності – 0,05 - 0,03%.

2. Виявлено, що мала місце виражена регіональна диспропорція в забезпеченості населення лікарями-ендокринологами: в м. Київ – найвища (0,73 на 10 тис. нас.), а в 11 областях України – нижче середнього по галузі. Рівень укомплектованості штатних посад лікарями-ендокринологами в Україні за п'ять років зменшився з 90,6% до 88,6%, зокрема, штатних посад у поліклініках і диспансерах – з 89,4% до 86,8%. У м. Київ показник зберігався на рівні 90,4% по закладам, у т. ч., в поліклініці – 87,9%. У той же час укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів-ендокринологів в закладах охорони здоров'я столиці дорівнювала 82,6%, що вказувало на проблеми кадрового забезпечення профільними спеціалістами як загалом по галузі, так і в м. Київ. Це створювало ризики доступності, своєчасності і ефективності ендокринологічної допомоги, зокрема, хворим з патологією щитоподібної залози.

3. Показано, що незважаючи на низьку питому вагу хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин (0,4%) в структурі смертності населення м. Київ, показник смертності від них упродовж 2013 – 2020 років збільшився з 3,8 до 5,4 на 100 тис. нас., демонструючи стійкий тренд зростання. При зменшенні загальної (на 1,4%) та первинної захворюваності (на 24,8%) на ці хвороби та, зокрема, на злоякісні новоутворення щитоподібної залози, рівень останніх – 16,4 на 100 тис. нас. в 2013 р., 11,4 на 100 тис. нас. в 2020 р. – залишався значно вищим серед населення столиці, ніж в середньому серед населення України (відповідно 7,9 та 6,5 на 100 тис. нас.). Це підтвердило актуальність хвороб ендокринної системи серед населення м. Київ та необхідність подальшого удосконалення надання йому відповідної за профілем медичної допомоги.

4. Показано, що КНП «КМКЕЦ» є спеціалізованим закладом охорони здоров'я, потужним за кадровим складом, матеріально-технічною базою та

технологічними спроможностями надавати якісну медичну допомогу хворим з ендокринною патологією – жителям столиці та регіонів України. Залученість у процеси реформування галузі дозволила привести ліжковий фонд та кадрові ресурси у відповідність потребам населення, а також сертифікувати систему управління якістю закладу й підвищити результативність медичної допомоги шляхом дотримання вимог стандартів акредитації.

5. Виявлено, що невід’ємною складовою ефективною діяльності КНП «КМКЕЦ» є інформаційно-комунікативні технології, які реалізуються через галузеве й локальне нормування, програмне забезпечення та зовнішню й внутрішню взаємодію з метою обміну управлінською, клінічною та науковою інформацією. Взаємовідносини між структурними підрозділами формалізовані та відбуваються шляхом використання, зокрема, локальної цифрової інформаційної системи.

6. Доведено, що управлінські взаємовідносини між представниками адміністрації закладу (директором, заступниками керівника) і керівниками структурних підрозділів формуються в певній частині без урахування специфічності завдань, які на них покладені. Це створює ризики отримання управлінської інформації про поточну діяльність, нерелевантною за змістом, та правильності вирішення проблем при виконанні виробничих завдань.

7. Установлено, що основними формами внутрішніх взаємодій працівників закладу з метою надання медичної допомоги хворим прийнято консультативні огляди пацієнтів та консилиуми важкохворих, які визначаються лікуючим лікарем та організовуються завідувачем структурного підрозділу. Клінічне ведення пацієнта на усіх етапах лікувально-діагностичного процесу передбачає одноосібне виконання лікуючим лікарем завдань з планування медичної допомоги, заходів з відновлення або покращення здоров’я пацієнта, виписки або переведення на інший етап медичної допомоги.

8. Виявлено, що при помірному зростанні обсягів амбулаторно-поліклінічної допомоги на 4,5% та зменшенні чисельності пролікованих пацієнтів у стаціонарах закладу на 6,6% упродовж 2015-2019 років, постійно

покращувались показники якості стаціонарної допомоги за рахунок зменшення летальності з 0,04% до 0,01%, а післяопераційна летальність не реєструвалася. Однак ефективність використання ресурсів була недостатньою, на що вказували високі показники середнього числа днів роботи ліжка – 366,0 - 383,5 днів та тривалості перебування хворого на ліжку, – 12,9 - 12,5 днів при показниках для стаціонарної допомоги по м. Київ – 10,4 - 9,8 днів. Це могло бути обумовлено неефективною взаємодією з закладами охорони здоров'я, які скеровували пацієнтів до КНП «КМКЕЦ».

9. З'ясовано, що упродовж 2015-2019 років загальна кількість оперативних утручань у КНП «КМКЕЦ» зменшилась на 12,6%, однак питома вага оперативних утручань на ендокринній системі зросла з 61,6% до 79,4% зокрема, на щитоподібній залозі, – з 95,5% до 96,3%. Це підтвердило актуальність обраного напрямку дослідження та доцільність визначення підходів до удосконалення хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

Матеріали дослідження, викладені в Розділі 3, опубліковані в [205, 221]

РОЗДІЛ 4

ОРГАНІЗАЦІЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРИ НАДАННІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В КНП «КМКЕЦ»

4.1. Стан організації міждисциплінарної взаємодії при наданні хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози

Завданнями дослідження передбачалося вивчення стану організації міждисциплінарної взаємодії спеціалістів і фахівців при наданні хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози безпосередньо на рівні лікар-пацієнт у реальній клінічній практиці. Постановка цього завдання обумовлювалась тим, що, незважаючи на започаткування в сфері охорони здоров'я України мультидисциплінарного підходу, форми і методи організації міждисциплінарної взаємодії спеціалістів, канали і способи комунікацій, оцінка ефективності їх функціонування в галузевих нормативних документах не деталізовані. Це потребувало прийняття відповідних управлінських рішень і власних методичних розробок у закладах охорони здоров'я.

З метою виконання даного завдання, як зазначено в розділі 2 дисертаційної роботи, проведено контент-аналіз 1208 одиниць облікових форм № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» відділення ендокринної хірургії КНП «КМКЕЦ» за 2019 рік, що дозволило визначити характеристики контингенту хворих з патологією щитоподібної залози, їх потреби у хірургічній допомозі, прослідкувати форми і способи взаємодії лікарів відділення та інших структурних підрозділів закладу, дотичних до медичної допомоги визначеному контингенту хворих під час лікувально-діагностичного процесу, та його результати.

Додаткова інформація отримувалась із установчих і розпорядчих документів по закладу, положень про відділення ендокринної хірургії, посадових інструкцій працівників, регламентів медичної допомоги, якими керуються медичні працівники при наданні хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

Аналіз медико-географічних характеристик пацієнтів, за даними форм № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого», засвідчив, що з 1208 госпіталізованих 1205 пацієнтів були жителями України (99,8%), три пацієнта (0,2%) – іноземцями. Пацієнти надходили до відділення ендокринної хірургії з усіх адміністративно-територіальних одиниць України, крім м. Севастополь та Харківської області. Розподіл пацієнтів за регіонами проживання представлений в табл. 4.1.

Серед жителів України проживали у містах 910 пацієнтів (75,3% від усього числа жителів України), з них 426 осіб були жителями м. Києва, що складало 46,8% від усіх міських жителів, або 35,4% від усіх пацієнтів України. Із сільської місцевості надійшли до стаціонару 295 пацієнтів (24,5% від усіх пацієнтів – громадян України). Такий розподіл пацієнтів міг свідчити про більш високий рівень захворюваності містян, що обумовило їх більш високу потребу в медичній допомозі, а також більшу доступність жителів міських поселень до медичної допомоги, що дозволило провести діагностику захворювання на амбулаторному етапі й скерувати хворого на стаціонарне лікування.

За демографічними характеристиками переважну чисельність вибірки склали жінки – 1049 осіб, або 86,8%; чоловіків нараховувалось 159 осіб, або 13,2% від усієї кількості пацієнтів. Такі результати підтвердили епідеміологічні дані про більш високий рівень захворюваності на патологію щитоподібної залози жіночого населення, що обумовило й більш високий рівень їх потреб у хірургічній допомозі, з якими пацієнти звернулись до спеціалізованого закладу охорони здоров'я.

Таблиця 4.1

Розподіл пацієнтів з патологією щитоподібної залози, госпіталізованих до відділення ендокринної хірургії в 2019 році, за регіоном проживання

№ з/п	Регіон проживання	Абсолютна кількість пацієнтів	Відсоток пацієнтів від загальної кількості (%)
1	2	3	4
1	М. Київ	426	35,3
2	Київська область	233	19,3
3	Хмельницька область	57	4,7
4	Черкаська область	56	4,6
5	Полтавська область	44	3,6
6	Кіровоградська область	43	3,6
7	Донецька область	37	3,1
8	Житомирська область	35	2,9
9	Одеська область	34	2,8
10	Чернігівська область	33	2,7
11	Івано-Франківська область	32	2,6
12	Рівненська область	27	2,2
13	Сумська область	24	2,0
14	Тернопільська область	19	1,6
15	Запорізька область	18	1,5
16	Миколаївська область	15	1,2
17	Херсонська область	14	1,2
18	Луганська область	13	1,1
19	Дніпропетровська область	13	1,1
20	Волинська область	12	1,0

<i>продовження табл. 4.1</i>			
1	2	3	4
21	Чернівецька область	3	1,7
22	Львівська область	8	
23	АР Крим	3	
24	Вінницька область	5	
25	Закарпатська область 20	1	
26	Іноземці	3	0,2
	Разом	1208	100,0

Середній вік усіх хворих складав $48,1 \pm 13,1$ років; зокрема, чоловіків – $45,9 \pm 13,2$ років, жінок – $48,4 \pm 13,0$ років. Більш старший вік жінок підтверджено на статистично значущому рівні ($t=0,029750252$ при $p \leq 0,05$).

Вікові характеристики вибірки засвідчили, що патологія щитоподібної залози охоплює достатньо молодий, працездатний вік як чоловіків, так і жінок, чим підкреслено соціально-економічне значення тиреоїдної патології та значиму роль успішного лікування в попередженні інвалідності, збереженні якості життя хворих та, тим самим, економічного потенціалу держави.

Установлено, що всі пацієнти госпіталізовані в плановому порядку, з них 1 131 пацієнт (93,6%) – вперше, 77 пацієнтів – повторно (6,4%).

Шляхи надходження пацієнтів на стаціонарне лікування до відділення ендокринної хірургії представлені в табл. 4.2.

Аналізуючи шляхи надходження пацієнтів з патологією щитоподібної залози до відділення ендокринної хірургії в 2019 році, увагу автора звернув на себе значний відсоток пацієнтів, госпіталізованих за самозверненнями, – 40,1%, та низький відсоток хворих, госпіталізованих за направленням лікарів загальної практики-сімейної медицини, – 3,5%.

Оскільки пацієнти відділення географічно представляли майже всю Україну, це засвідчило низку проблем, які існують в цілому в сфері охорони здоров'я та віддзеркалюють її слабку пацієнт-орієнтованість: низький рівень

Шляхи надходження пацієнтів з патологією щитоподібної залози до
відділення ендокринної хірургії в 2019 році

Ким направлений	Абсолютна кількість пацієнтів (осіб)	Відсоток від загальної кількості госпіталізованих (%)
Лікарем загальної практики-сімейним лікарем	42	3,5
Лікарем-ендокринологом закладу вторинної медичної допомоги	673	55,7
Іншими спеціалістами	9	0,7
Самостійне звернення	484	40,1
Разом	1208	100,0

довіри та/або комунікацій між пацієнтами, з одного боку, та лікарями первинної ланки, лікарями-спеціалістами (ендокринологами) закладів вторинної медичної допомоги та КНП «КМКЕЦ», з іншого.

Як наслідок, госпіталізація пацієнта за самозверненнями перекладає частину обсягу медичної допомоги на догоспітальному етапі, яка передбачена діючими нормативними вимогами до закладів первинної медичної допомоги, на стаціонар (проведення рутинних обстежень: загального аналізу крові; загального аналізу сечі; рівня глюкози в крові; обстеження на гепатити В і С за наявності показань; обстеження калу на яйця глистів; вимірювання ваги, зросту; електрокардіографії за наявності показань; визначення рівня загального холестерину), що є ризиками подовження тривалості дороговартісного

цілодобового перебування хворого на ліжку та нераціонального використання ресурсів внаслідок проведення цих досліджень.

Таким чином, отримані дані підтвердили причини більш тривалого, чим в середньому по стаціонарам м. Київ, перебування хворого на ліжку в досліджуваному закладі, представлених у розділі 3 дисертаційної роботи, зокрема, у відділенні ендокринної хірургії, оскільки зазначені ризики реалізовані на рівні відділення: за статистичними даними КНП «КМКЕЦ», середня тривалість перебування хворого на ліжку дорівнювала у 2019 році $12,6 \pm 2,7$ днів, у 2015-2018 роках цей показник також був високим і коливався від 12,3 до 13,0 днів при відповідному показникові по м. Київ для стаціонарної допомоги – 10,4 – 9,8 днів.

Проведення рутинних досліджень на догоспітальному етапі в закладах охорони здоров'я в амбулаторних умовах передбачено вимогами локальних протоколів медичної допомоги та клінічних маршрутів пацієнта КНП «КМКЕЦ». У той же час встановлено, що практично усі обстеження проводяться в умовах стаціонару, чим порушуються розроблені регламенти, які є власністю лише закладу, обраному базою дослідження, не узгодженими з іншими учасниками лікувально-діагностичного процесу на амбулаторному етапі – закладами первинної медичної допомоги.

Тобто, налагодження більш тісної взаємодії спеціалістів КНП «КМКЕЦ» з лікарями загальної практики-сімейної медицини та профільними спеціалістами закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги, а також лікарів усіх зазначених закладів з пацієнтами може сприяти скороченню тривалості перебування хворого на ліжку, а отже, більш ефективному використанню ліжкового фонду та інших ресурсів закладу.

Нозологічна структура пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділенні ендокринної хірургії, за основними діагнозами за основними класами хвороб МКХ-10 представлена в табл. 4.3.

Таблиця 4.3

Нозологічна структура хворих, госпіталізованих до відділення ендокринної хірургії в 2019 році (за основними діагнозами, за даними вибірки)

Рубрики, підрубрики	Нозології	Абсолютна кількість пацієнтів	Відсоток від загальної кількості госпіталізованих (%)
1	2	3	4
C73	Злоякісне новоутворення щитоподібної залози	410	33,9
E04.2	Нетоксичний багатовузловий зоб	304	25,2
D34	Доброякісне новоутворення щитоподібної залози	197	16,3
E05.0	Тиреотоксикоз з дифузним зобом	118	9,8
E05.2	Тиреотоксикоз з багатовузловим зобом	112	9,3
D35.1	Доброякісне новоутворення паращитовидної залози (аденома)	22	1,8
E04.1	Нетоксичний одновузловий зоб	18	1,5
E05.1	Тиреотоксикоз з токсичним одновузловим зобом	14	1,2

<i>продовження табл. 4.3</i>			
1	2	3	4
E06.2	Нетоксичний багатовузловий зоб	5	1,0
E06.3	Аутоімунний тиреоїдит	8	
	Разом	1208	100,0

Як видно з табл. 4.3, до відділення госпіталізувалися пацієнти зі злякисними та доброякісними новоутвореннями, які підлягали оперативному лікуванню; показання до нього визначені лікуючими лікарями для 1 205 пацієнтів (99,8% від усієї кількості пацієнтів вибірки); лише троє хворих проліковані консервативним способом.

Крім основного діагнозу, у 448 (37,1%) пацієнтів виявлені 687 супутніх захворювань та ускладнень основного захворювання, або 1,5 патології на кожного із зазначених хворих. Нозологічна структура цих захворювань відображена у табл. 4.4.

Як свідчать дані табл. 4.4, найчастіше супутніми захворюваннями та ускладненнями основного захворювання у пацієнтів відділення ендокринної хірургії були інші хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин (інші, крім основного захворювання, хвороби щитоподібної залози; цукровий діабет; ожиріння та інші наслідки надлишкового харчування), хвороби системи кровообігу (гіпертонічна хвороба; ішемічна хвороба серця; хвороби центральних і периферичних судин), доброякісні новоутворення, хвороби нервової системи.

Ураховуючи особливу медико-соціальну значимість злякисної патології щитоподібної залози, додатково проведено окремі медико-статистичні розрахунки характеристик відповідної групи хворих. Загалом госпіталізовано 320 (78,0±2,0%) жителів міста та 90 (22,0±2,0)% сільських жителів із зазначеними захворюваннями. Усі 410 онкохворих потрапили до лікарні в

Таблиця 4.4

Нозологічна структура супутніх захворювань та ускладнень основного захворювання у пацієнтів відділення ендокринної хірургії в 2019 році
(за даними вибірки)

Рубрики, підрубрики, нозології	Абсолютна кількість супутніх хвороб та ускладнень основної патології	Відсоток від загальної кількості супутніх хвороб та ускладнень основної патології (%)
1	2	3
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	349	50,8
E00-E06 Хвороби щитоподібної залози	334	
E10-E11 Цукровий діабет	13	
E 66 Ожиріння та інші наслідки надлишкового харчування	2	
Хвороби системи кровообігу	275	40,0
I11-I15 Гіпертонічна хвороба	147	
I20-I25 Ішемічна хвороба серця	74	
I30-I52 Інші хвороби серця	30	
I60-I69 Ураження судин головного мозку	22	
I83.9 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок без виразки або запалення	2	

<i>продовження табл. 4.4</i>		
1	2	3
Ураження слъзозового апарату та очниці при хворобах, класифікованих в інших рубриках	21	3,1
H06.2 Екзофтальм при порушенні діяльності щитоподібної залози	21	
Новоутворення	16	2,3
D34 Доброякісне новоутворення щитовидної залози	12	
D35.1 Доброякісне новоутворення паращитовидної залози	4	
Хвороби нервової системи	14	2,0
G20 Хвороба Паркінсона	1	
G31.9 Дегенеративна хвороба нервової системи, неуточнена	9	
G40.9 Епілепсія, неуточнена	2	
G45.9 Транзиторна церебральна ішемічна атака, неуточнена	1	
G63.3 Полінейропатія при інших ендокринних хворобах та порушеннях обміну речовин	1	
Інші хвороби	12	1,8
Разом	687	100,0

плановому порядку. Уперше госпіталізовано 381 (92,9%) пацієнта, повторно – 29 (7,1%) пацієнтів.

Тривалість захворювання коливалася від кількох місяців – у 281 (68,5±2,3%) хворих – до року і більше – у 96 (23,4±2,1%) хворих; у 33 (8,0±1,3%)

пацієнтів рак щитоподібної залози діагностовано вперше під час оперативного втручання.

За віковими та статевими ознаками вибірка пацієнтів із злоякісними захворюваннями щитоподібної залози була такою: 62 (15,1±1,8%) чоловіків та 348 (84,9±1,8%) жінок. Середній вік пацієнтів становив 45,9±13,6 років та 48,6±12,8 років відповідно; достовірної різниці між віковими характеристиками пацієнтів в залежності від статі не виявлено ($t = 0,769277345$ при $p \leq 0,05$).

Крім основного діагнозу раку щитоподібної залози, лікування якого вимагало міждисциплінарного підходу, у 147 (35,9%) пацієнтів діагностовано 234 випадки супутніх захворювань та ускладнень основного захворювання. Із загальної кількості онкологічних хворих із супутніми захворюваннями та ускладненнями основного захворювання 89 осіб, або 60,5%, мали одне захворювання та/або ускладнення основної патології, 32 особи, або 21,8% – два, 18 осіб, або 12,3%, – три, вісім осіб, або 5,4%, мали більше трьох захворювань та/або ускладнень основного захворювання. Тобто, значна частина пацієнтів мала поліморбідну патологію, що підвищувало потребу у відповідній міждисциплінарній допомозі.

Таким чином, пацієнти відділення мали потреби в лікуванні хірургічної патології щитоподібної залози та ускладнень і супутніх захворювань з боку різних органів і систем, що в свою чергу потребувало високої кваліфікації лікарів-хірургів, залучення до медичної допомоги лікарів-ендокринологів, лікарів інших спеціальностей, лікарів, які проводять функціональні, інструментальні, лабораторні, рентгенологічні, гістологічні та інші дослідження, а також участі в лікувально-діагностичному процесі молодшого медичного персоналу зі спеціальною медичною освітою.

З метою задоволення потреб пацієнтів у медичній допомозі в положенні КНП «КМКЕЦ» про відділення ендокринної хірургії задекларована міжпрофесійна співпраця спеціалістів і фахівців різних спеціальностей, а деталізована вона в клінічних маршрутах пацієнта та посадових інструкціях працівників.

Клінічними маршрутами пацієнтів за нозологіями участь професіоналів різних спеціальностей та фахівців у наданні спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам відділення ендокринної хірургії передбачено наступним чином:

- 1) консультативні огляди лікаря/ів КНП «КМКЕЦ» при надходженні (госпіталізації) хворих до відділення за направленням лікарів закладів охорони здоров'я м. Київ та України;
- 2) обов'язкові огляди пацієнтів в день госпіталізації лікуючим лікарем, лікарем-ендокринологом, лікарем-анестезіологом, завідувачем відділення, за показаннями – консультації інших спеціалістів;
- 3) доопераційне ведення хворого медичним персоналом відділення ендокринної хірургії, анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії та реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози;
- 4) хірургічне втручання лікарями та медичним персоналом відділень ендокринної хірургії, анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії та операційного блоку;
- 5) післяопераційне ведення пацієнтів лікарями та медичним персоналом відділення ендокринної хірургії.

Виписку хворих лікарі зобов'язані здійснювати під амбулаторний нагляд онколога, ендокринолога, яких обирає пацієнт.

Таким чином, у клінічних маршрутах пацієнта представлений перелік лікарів і фахівців, які повинні брати участь у лікувально-діагностичному процесі на різних його стадіях, відповідно клінічному шляху пацієнта від структурного підрозділу до структурного підрозділу, де ця стадія відбувається. Мультидисциплінарний підхід у цьому документі інтерпретується як діяльність працівників даного підрозділу, які мають різні спеціальності та різний фах. Інші характеристики командної роботи не деталізовані, форми і механізми міждисциплінарної взаємодії як безпосереднього спілкування та/або використання цифрових технологій для налагодження комунікацій і прийняття рішень клінічного ведення пацієнта шляхом консенсусу не представлені.

Задекларовано лише такий механізм взаємодії, як консультативні огляди пацієнта лікарями-спеціалістами, організація яких покладена на завідувачів структурних підрозділів, і передбачає одноосібний огляд пацієнта лікарем-консультантом за призначенням лікуючого лікаря-хірурга відділення. Тобто, даний механізм можна також віднести до мультидисциплінарного підходу, а не міждисциплінарної взаємодії.

Підтвердженням недостатньої уваги до застосування механізмів практичного впровадження міждисциплінарної взаємодії є вимоги посадової інструкції лікаря-хірурга відділення, де зазначено, що в його обов'язки входить:

- 1) проводити цілеспрямоване клінічне обстеження хворого;
- 2) визначати показання до госпіталізації за профілем захворювання;
- 3) проводити диференційну діагностику, визначати тяжкість стану хворого;
- 4) визначати тактику медикаментозного та оперативного лікування з урахуванням стану хворого;
- 5) визначати обсяг лабораторних, рентгенологічних та інших спеціальних досліджень та оцінювати їх результати;
- 6) здійснювати нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів;
- 7) застосовувати сучасні методи лікування та диспансеризації хворих хірургічного профілю.

Тобто, посадовою інструкцією визначений індивідуальний обсяг робіт за одноосібною особистою відповідальністю лікаря-хірурга за їх результати протягом лікувально-діагностичного процесу. Прийняття клінічних рішень шляхом міждисциплінарного консенсусу, успішність якої доведено тривалою світовою практикою ведення хворих, зокрема, з онкологічною патологією, під час лікувально-діагностичного процесу не передбачено.

Міждисциплінарна взаємодія лікаря-хірурга з іншими спеціалістами простежується через таку позицію посадової інструкції, як тісний контакт лікаря-хірурга відділення із суміжними спеціалістами та службами, але механізми

взаємодії не визначені. Передбачений такий механізм підтримки взаємодії, як і в клінічному маршруті пацієнта, - консультативний огляд.

Одним із дієвих сучасних засобів міждисциплінарної взаємодії слід визнати можливості застосування як загалом в КНП «КМКЕЦ», так і, зокрема, у відділенні ендокринної хірургії, цифрових технологій. Згідно з посадовою інструкцією, лікар-хірург повинен знати (на рівні впевненого користувача) правила та порядок роботи з персональним комп'ютером, інтернетом, електронною поштою, електронними таблицями, базами даних. Медичні записи лікар-хірург повинен вносити до відповідних електронних документів у МІС «Doktor Eleks», яка використовується в закладі. Однак цільове призначення володіння лікарем-хірургом інформаційними цифровими технологіями, зокрема, в системі внутрішніх комунікацій, для активної взаємодії та співпраці з іншими працівниками, дотичними до клінічного ведення конкретного пацієнта, в цій частині посадової інструкції не передбачено.

Таким чином, результати контент-аналізу змісту регламентів відділення ендокринної хірургії засвідчили, що в КНП «КМКЕЦ» на організаційному рівні запроваджені базові умови для забезпечення мультидисциплінарного, тобто багатодисциплінарного, підходу до ведення хворих з патологією щитоподібної залози та надання висококваліфікованої хірургічної допомоги з урахуванням нозологічної структури хворих, коморбідності патології, потенційних ризиків оперативного втручання та наявних технологічних, інформаційних і кадрових ресурсів. Однак у згаданих документах детально не визначені більш ефективні механізми інтенсивної співпраці – міждисциплінарної взаємодії, її форм та методів, засобів до мотивації учасників та оцінки її результативності.

Подальший аналіз спрямовувався на підтвердження / спростування дотримання працівниками організаційних вимог локальних регламентів. Аналіз записів лікарів у формах № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» засвідчив, що реальна практика клінічного процесу відповідає визначеним локальними регламентами вимогам на кожному крокові клінічного маршруту пацієнта. Так, консультативні огляди лікарями-спеціалістами проведені 1 140

хворим (94,4% від усієї кількості пацієнтів), зокрема, ендокринологом оглянути усі зазначені пацієнти, кардіологом – 76 хворих (6,7% від усього числа пацієнтів, яким призначені консультації спеціалістів), ортопедом-травматологом – 22 пацієнта (1,9%), офтальмологом – 21 (1,8%), невропатологом – 15 (1,3%), судинним хірургом оглянутий один пацієнт.

Записи в формах № 003/о показали, що консультативні огляди пацієнтів відбуваються шляхом відокремленої участі лікарів-спеціалістів у лікувально-діагностичному процесі. Цей механізм за сутністю носить індивідуальний, а не міждисциплінарний характер, оскільки проводиться одноосібно кожним лікарем-консультантом і не передбачає обов'язкової одночасної співучасті в консультативному огляді інших лікарів, зокрема, того, який безпосередньо здійснює клінічне ведення хворого. У медичних записах, що відображають перебіг клінічного ведення хворого, відсутні докази сумісного планування тактики ведення хворого, прийняття клінічного рішення на різних його етапах шляхом консенсусу та подальшого супроводу пацієнта на основі діалогу, дискусії, взаємного обміну інформацією між лікарями-консультантами, дотичними до лікування даного пацієнта.

Відповідно до результатів досліджень, представлених у формах № 003/о, до ведення пацієнтів відділення дотичні, крім лікуючого лікаря і вище зазначених лікарів-спеціалістів, лікарі з функціональної діагностики, лікарі з ультразвукової діагностики, лікарі-лаборанти, лікар-патологоанатом (в частині проведення патогістологічних досліджень під час та після оперативного втручання). Результати досліджень передаються до відділення ендокринної хірургії з діагностичних відділень через МІС «Doktor Eleks».

У медичних записах простежено проведення консилиумів лікарів різних спеціальностей: лікаря-хірурга, лікаря-анестезіолога, лікаря-ендокринолога, лікаря-невропатолога, лікаря-кардіолога. Такі консилиуми проведені 72 пацієнтам (6,0% від загальної чисельності вибірки) у зв'язку з важкістю стану та складністю патології. Така взаємодія носила більш тісний за спілкуванням характер, оскільки воно відбувалось одночасно у ліжка хворого усіма задіяними

лікарями, але обмежено за кратністю (одноразово) й тривалістю. У локальних регламентах лікувально-діагностичного процесу такий вид взаємодії лікарів не формалізовано, процедура не деталізована.

Безпосередній обмін інформацією та взаємодія лікарів-хірургів, за участі анестезіолога, молодшого персоналу із спеціальною медичною освітою відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії та операційного блоку, з урахуванням результатів гістологічних досліджень біологічного матеріалу, що надходять від лікаря-патологоанатома (за необхідності), зазвичай має місце під час оперативних утручань, як засвідчено у медичних картах стаціонарних хворих, зокрема, протоколах оперативних утручань. Однак ці форми спілкування носять короткотривалий характер, оскільки відбуваються лише на стадії оперативного лікування хворого.

Тобто, в умовах реальної клінічної практики лікар-хірург відділення ендокринної хірургії залишається основною фігурою, яка планує тактику лікування хворого, а співпраця між фахівцями, дотичними до лікування й обстеження конкретного хворого, здійснюється шляхом консультативних оглядів або відокремлених одноосібних контактів лікаря-спеціаліста, без участі інших професіоналів, з пацієнтом та/або його біологічним матеріалом. Це засвідчується одноосібними записами лікарів-спеціалістів в медичній карті стаціонарного хворого кожним з них в різний час, а інформація від спеціалістів лабораторної служби передається шляхом внесення до електронних медичних форм результатів діагностичних досліджень.

У формах № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» записами засвідчена слабка взаємодія персоналу відділення ендокринної хірургії з лікарями і молодшим персоналом зі спеціальною медичною освітою відділення реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози, оскільки реабілітаційні заходи пацієнтам передбачені лише на етапі доопераційної підготовки та у віддаленому післяопераційному періоді, після виписки з відділення ендокринної хірургії. Унаслідок цього впродовж лікувально-діагностичного процесу в гострому, ранньому післяопераційному та підгострому періоді залишаються не

здіяними до ведення пацієнтів відділення ендокринної хірургії лікар-психолог, логопед, лікар-фізичний терапевт, що прослідковується в медичних записах.

Із даних теоретичного аналізу, представленого в розділі 1 дисертаційної роботи, відомо, що при патології щитоподібної залози, особливо злоякісних новоутвореннях, пацієнти відчують психоемоційний стрес, у них можуть порушуватись функції ковтання та мовлення, обмежується фізична активність. У складі заходів з ранньої реабілітації пацієнтам необхідна допомога для налагодження функціонування в повсякденному житті та усунення факторів ризику захворювання щитоподібної залози (забезпечення раціонального харчування; відмова від тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю; консультації з формування та підтримки здорової поведінки та інші), однак зусиллями фахівців з реабілітації КНП «КМКЕЦ» зазначені заходи пацієнтам, які перебувають у відділенні ендокринної хірургії, проводяться обмежено, що підтверджено записами у медичних картах стаціонарних хворих.

За результатами лікування виписані під амбулаторний нагляд лікарів-спеціалістів закладів вторинної медичної допомоги – онколога, ендокринолога – з повним одужанням 858 пацієнтів (71,0% від усієї вибірки), з покращанням – 345 осіб (28,6%), без змін – п'ять хворих (0,4%), що засвідчило високий рівень результативності медичної допомоги.

Виписка пацієнтів під диспансерний нагляд лікарів-спеціалістів (онколога, ендокринолога) шляхом оформлення виписного епікризу та надання хворому виписки з медичної карти стаціонарного хворого засвідчує, що амбулаторне спостереження пацієнта планується лише лікуючим лікарем під контролем завідувача відділення і тільки в межах спеціалізованої мережі. У той же час в умовах неспинного розвитку первинної медичної допомоги в Україні такий підхід суперечить ролі і значенню лікаря загальної практики-сімейної медицини в спостереженні пацієнтів з хронічними захворюваннями, зокрема, після оперативного лікування патології щитоподібної залози.

4.2. Оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії спеціалістів при наданні хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози (за даними соціологічного дослідження)

Комплексний підхід до дослідження організації міждисциплінарної взаємодії спеціалістів з надання хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози передбачав оцінку цієї роботи не лише за даними регламентів та офіційних обліково-звітних форм медичної статистики, але й оцінку самими учасниками лікувально-діагностичного процесу. З цією метою проведено соціологічне дослідження, в якому взяли участь за поінформованою добровільною згодою 84 лікарів, що складало 82,4% від усієї кількості лікарів КНП «КМКЕЦ», які працювали в закладі на момент проведення опитування.

До складу учасників опитування увійшли представники лікарів усіх спеціальностей і структурних підрозділів закладу, оскільки вони практично всі мають відношення до лікувально-діагностичного процесу у відділенні ендокринної хірургії.

Оцінка демографічних та кваліфікаційних даних респондентів показала, що середній вік опитаних складав $43,0 \pm 10,4$ роки; чоловіків нараховувалось 28 осіб, або 33,3%; жінок – 56 осіб, або 66,7% від усієї вибірки.

З вищою категорією за спеціальністю нараховувалось 57 лікарів, або 68,0% від загального числа респондентів, з першою – 12 лікарів, або 14,0% від усіх опитаних, з другою – 5 лікарів, або 6,0%. Не мали категорії 10 лікарів, або 12,0% респондентів (табл. 4.5).

Робочим інструментом опитування слугувала україномовна версія опитувальника «Team effectiveness questionnaire», розроблена London Leadership Academy, National Health Service, та адаптована до національних умов, як представлено у розділі 2 дисертаційної роботи. Використання даного опитувальника дозволило надати оцінку ефективності роботи респондентів як членів міждисциплінарних команд, оскільки функціонування таких команд задекларовано як на нормативно-правовому, так і на локальному рівні. Оцінка

Демографічні та кваліфікаційні характеристики респондентів

Демографічні та кваліфікаційні характеристики респондентів	Кількісні значення демографічних та кваліфікаційних характеристик респондентів, абс., (%)
Загальна кількість респондентів, абс., (%)	84 (100,0)
З них:	
чоловіків, абс., (%)	28 (33,3)
жінок, абс., (%)	56 (66,7)
Середній вік (роки, $M \pm m$)	43,0 \pm 10,4
Кваліфікаційна категорія (кількість осіб абс., %):	
вища	57 (68,0)
перша	12 (14,0)
друга	5 (6,0)
без категорії	10 (12,0)

здійснювалася за п'ятибальною шкалою Лайкерта з використанням восьми критеріїв:

- 1) мета, цілі діяльності команди;
- 2) ролі учасників;
- 3) процеси в команді;
- 4) взаємовідносини в команді;
- 5) міжгрупові (міжкомандні) відносини;
- 6) вирішення проблем;
- 7) ентузіазм і відданість;
- 8) навички та навчання.

Отже, зазначені критерії дозволяли оцінити різні конструкції міждисциплінарної взаємодії, прийняті моделі поведінки всередині груп та зовні, об'єднуючі фактори до сумісної діяльності, а також вплив міждисциплінарної взаємодії на формування компетентностей та набуття знань.

Таким чином, отримання соціологічної інформації скеровувалось на виявлення сильних сторін міждисциплінарної співпраці та визначення потенційних сфер з її удосконалення.

Опитування проводилось з квітня по червень 2021 року.

За даними медико-статистичного аналізу, респонденти надали доволі низьку оцінку міждисциплінарної взаємодії у своєму закладі, оскільки загальна оцінка не досягала й трьох балів і дорівнювала в середньому $2,8 \pm 0,6$ балів.

Диференціація оцінок, представлених за визначеними критеріями в табл. 4.6, показала наступне.

Таблиця 4.6

Результати оцінки ефективності міждисциплінарної взаємодії лікарів КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» за п'ятибальною шкалою (за даними соціологічного опитування)

№ з/п	Критерії	Середня оцінка в балах (M±m)
1	2	3
1	Мета, цілі діяльності	$2,6 \pm 0,8$
2	Ролі учасників	$3,1 \pm 0,5$
3	Процеси (діяльність в команді)	$2,9 \pm 0,7$
4	Взаємовідносини в команді	$3,3 \pm 0,7$
5	Міжгрупові (міжкомандні) відносини	$2,3 \pm 0,6$
6	Вирішення проблем	$2,8 \pm 0,6$

<i>продовження табл. 4.6</i>		
1	2	3
7	Ентузіазм і відданість	2,6±0,7
8	Навички та навчання	3,1±0,7
	Загальна оцінка	2,8±0,6

За критерієм «Мета, цілі діяльності» ефективність міждисциплінарної взаємодії отримала одну з найнижчих оцінок – 2,6±0,8 балів, таку ж оцінку учасники опитування надали міждисциплінарній взаємодії за критерієм «Ентузіазм і відданість» – 2,6±0,7 балів.

Такі оцінки засвідчили, що головний об'єднуючий фактор міждисциплінарної взаємодії – спільна мета щодо виконання конкретного завдання – надання результативної хірургічної допомоги пацієнту з тиреоїдною патологією, як зазначено в установчих документах закладу, не повністю усвідомлюється її учасниками.

Складові позиції опитувальника за даним критерієм «Наша команда має спільну значущу мету», «Ми віддані спільній місії», «Ми ставимо перед собою та досягаємо амбітних цілей» не отримали високих оцінок. Отже, можна зробити висновки, що у лікарів домінує вузькоспеціалізований інтерес лише у власних результатах, в межах структурного підрозділу, де працює лікар, та в межах його спеціальності. Цим ігнорується, з боку лікарів та молодшого персоналу із спеціальною медичною освітою, внесок кожного з них у досягнення спільних цілей, почуття причетності до загальної справи, а стосовно пацієнта свідчить про те, що в закладі не сформовано принцип пацієнт-орієнтованості, як один з критеріїв якості медичної допомоги, яким передбачено підпорядкування загальної головної мети діяльності закладу охорони здоров'я інтересам пацієнта – задоволенню його потреб у медичній допомозі.

Разом з тим, КНП «КМКЕЦ» сертифікований на відповідність вимогам до системи управління якістю медичної допомоги національного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015, отже, в напрямку формування політики і цілей, як вимагає

стандарт, менеджмент закладу потребує удосконалення з боку очільника та лінійних керівників і керівників функціональних процесів.

Низькі оцінки за критерієм «Ентузіазм і відданість» доповнюють недосконалість роботи за попереднім критерієм, оскільки люди, об'єднані однією метою і ідеєю сумісного досягнення спільних цілей мають відчувати свою відданість організації, в якій працюють, ідентифікувати себе із закладом, де можуть реалізувати професійні знання і компетентності та демонструвати творчу активність, продукувати ідеї в ході предметних дискусій, обміну думками та ідеями.

Як видно з отриманих оцінок, керівництву та працівникам ще потрібно розвивати такі риси у своєму колективі, оскільки складові критерію «Робота в нашій команді надихає учасників викладатися на повну», «Учасники пишаються, що вони є членами команди», «Члени команди виходять за рамки своїх задач і проявляють ініціативу», «Команда пишається досягненнями та налаштована оптимістично» не отримали високих оцінок.

Критерій «Ролі учасників» передбачав оцінку поведінки, очікувану від лікаря, який займає певну позицію під час взаємодії з іншими учасниками лікувально-діагностичного процесу згідно з функціональними обов'язками, та командної моделі поведінки, яка забезпечує продуктивність сумісної роботи шляхом побудови взаємин між учасниками команди на основі особистих якостей. Респонденти оцінили міждисциплінарну взаємодію у $3,1 \pm 0,5$ балів. Логічно припустити, що трохи вищий, ніж попередні оцінки, бал мав місце внаслідок того, що кожен лікар є унікальним внаслідок своєї спеціалізації, тому виконує лише йому одному визначену професійну роль під час міждисциплінарної взаємодії.

Стосовно командних ролей, відповідь на цю частину запитання передбачала оцінку учасниками чіткого розуміння своєї командної ролі та ролі колег, які полягають у вмінні слухати, готовності надати допомогу, управляти взаємодією, спроможності до цілепокладання та організації процесу прийняття клінічних рішень в групі, володінні комунікативними навичками, здатності

делегувати повноваження та розподіляти відповідальність між учасниками групи.

Змістовність даного критерію передбачала також вміння учасників уникати дублювання функцій, брати на себе відповідальність за необхідності зміни ролі в команді та інформування інших про такі зміни, цінити внесок кожного у спільну працю. Саме ці складові критерію отримали низькі оцінки.

Процеси (власне різні види діяльності у групі і як основна – клінічна діяльність), що відбуваються між учасниками міждисциплінарної взаємодії, оцінені на середньому рівні у $2,9 \pm 0,7$ бали. Цією оцінкою респонденти засвідчили середню продуктивність взаємодії, таким же чином оцінили швидкість ідентифікації та вирішення проблем при сумісному веденні хворого, ефективність сумісних рішень, моніторингу результатів командної роботи, гнучкість в роботі, здатність до швидкої адаптації в разі зміни клінічної ситуації.

За критерієм «Взаємовідносини в команді» міждисциплінарна взаємодія отримала найвищу з усіх наданих респондентами оцінок – $3,3 \pm 0,7$ балів, хоча резерв для покращання становив ще близько двох балів у прийнятих оцінках. Дана оцінка стосувалася, за складовими критерію, спроможності учасників цінувати унікальні можливості один одного, бути ефективними слухачами, довіряти один одному та допомагати у вирішенні клінічних питань, демонструвати високий рівень співпраці та взаємодопомоги, практикувати відкриту й відверту комунікацію й відсутність впливу відмінностей в точках зору на професійні стосунки.

Найнижчу оцінку надали респонденти міжгруповим відносинам, під якими розумілися стосунки з колегами за межами закладу, де проводилось дослідження, – $2,3 \pm 0,6$ балів. Цим учасники опитування підтвердили замкненість контактів, професійну діяльність лише в межах корпоративного середовища, недостатній рівень довіри у взаємовідносинах та неузгодженість дій стосовно пацієнтів з лікарями інших закладів охорони здоров'я, властивості неохоче ділитися інформацією, що призводить у кінцевому рахунку до відокремленості

частини лікувально-діагностичного процесу, який ними виконується, від інших етапів медичного спостереження хворого (до- та після виписки із стаціонару).

За критерієм «Вирішення проблем» лікарі оцінили свою міждисциплінарну взаємодію у $2,8 \pm 0,6$ балів. Така оцінка засвідчила, що в закладі потрібно покращувати підходи до вирішення проблем, які виникають при спільному виконанні професійних завдань. Це можливо шляхом формування психологічної сумісності, конструктивних відносин і здатності узгоджено вирішувати конфлікти, а також виховання лояльності та взаємопідтримки в групі. Належна координація та відповідна інформаційна підтримка також зменшують кількість проблемних ситуацій та поліпшують стосунки в команді й мотивацію до уникнення та/або компромісного вирішення проблем.

Міждисциплінарна взаємодія за критерієм «Навички та навчання» отримала середню оцінку у $3,1 \pm 0,7$ балів. Так її оцінили лікарі за складовими наявності навичок, необхідних для ефективної роботи, бажання працювати краще завтра, ніж сьогодні, сприйняття постійного вдосконалення як способу життя, застосування в роботі найкращих практик та різних форм навчання.

Таким чином, результати соціологічного опитування показали в цілому недостатній рівень ефективності міждисциплінарної взаємодії лікарів КНП «КМКЕЦ» та підтвердили доцільність удосконалення її організації з метою формування та подальшого розвитку міждисциплінарних команд спеціалістів як одного з важливих організаційних елементів удосконалення системи надання хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

За підсумками теоретичного аналізу та результатів власного дослідження, викладених відповідно у розділах 1, 3 та 4 дисертаційної роботи, узагальнено можливості подальшого розвитку і використання досягнутих здобутків досліджуваного закладу на шляху запровадження сучасних форм і методів ефективної міждисциплінарної взаємодії як основи удосконаленої моделі організації хірургічної допомоги хворим з хірургічною патологією щитоподібної залози на основі мультидисциплінарного підходу, з урахуванням зовнішніх впливів та ризиків, на основі методології SWOT-аналізу (табл. 4.7).

Узагальнена оцінка можливостей удосконалення системи надання хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози в КНП «КМКЕЦ» з урахуванням здобутків та ризиків (на основі методології SWOT-аналізу)

Середовище	Активи	Пасиви
	Можливості розвитку	Загрози
1	2	3
Зовнішнє 1.Політичні	1.1.Курс України до євроінтеграції, зокрема, в сфері охорони здоров'я 1.2. Розвиток інформаційного суспільства, цифрових інновацій, електронної демократії 1.3. Розвиток місцевого самоврядування 1.4. Стабільний розвиток сімейної медицини	1.1.Військові події в Україні 1.2. Недостатній рівень розвитку цифрових навичок медичних працівників і пацієнтів 1.3. Недостатній рівень розвитку інфраструктури широкосмугового доступу до Інтернету в Україні 1.4. Недостатній рівень розвитку телекомунікаційних технологій в сфері охорони здоров'я
2.Економічні	2.1. Запровадження фінансування хірургічної допомоги за Програмою медичних гарантій	2.1. Неповне покриття витрат на хірургічну допомогу за програмою медичних гарантій
3.Соціальні	3.1. Орієнтованість держави на покращення здоров'я громадян 3.2. Продовження процесів реформування сфери охорони здоров'я 3.3. Запровадження системи безперервного професійного розвитку у сфері охорони здоров'я	3.1. Несприятлива екологічна ситуація в більшості регіонів України 3.2. Гальмування реформи спеціалізованої медичної допомоги 3.3. Низький рівень мотивації медичних працівників до професійної діяльності (рівень заробітної плати один з найнижчих в Європі) 3.4. Низький рівень профілактичної роботи серед населення з питань попередження факторів ризику патології щитоподібної залози та її раннього виявлення медичними працівниками первинної та спеціалізованої медичної допомоги

<i>продовження табл. 4.7</i>		
1	2	3
4.Технологічні	<p>4.1. Створена система стандартизації клінічних і організаційних технологій в сфері охорони здоров'я на принципах доказової медицини</p> <p>4.2. Функціонує Асоціація ендокринологів України</p> <p>4.3. Функціонує група експертів МОЗ України за напрямом «Ендокринологія, дитяча ендокринологія»</p>	<p>4.1. За спеціальністю «Ендокринологія» не передбачено адаптацію до національних умов міжнародних клінічних рекомендацій з надання медичної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози</p> <p>4.2. Розробка і впровадження клінічних протоколів медичної допомоги на основі міжнародних клінічних рекомендацій покладено на заклади охорони здоров'я</p> <p>4.3. Неєфективна взаємодія лікарів-ендокринологів з лікарями загальної практики-сімейної медицини</p>
Внутрішнє	<p>1. Високий імідж КНП «КМКЕЦ» серед закладів охорони здоров'я ендокринологічного профілю України</p> <p>2. Високий рівень якості медичної допомоги, засвідчений сертифікатом відповідності ДСТУ ISO 9001:2015, відсутністю післяопераційної летальності, позитивними результатами лікування пацієнтів</p>	<p>1.Невідповідність зоні відповідальності заступників директора покладеним на них зобов'язанням, що обумовлює ризики формування нерелевантної за змістом управлінської інформації</p> <p>2. Форми, методи і засоби комунікацій між структурними підрозділами та працівниками у локальних регламентах не представлені</p>

<i>продовження табл. 4.7</i>		
1	2	3
	<p>3. Достатня кількість та високий професійний рівень працівників</p> <p>4. Створена потужна діагностична база з сучасним обладнанням</p> <p>5. Використовується локальна інформаційна система «Doktor Eleks» з відповідним програмним забезпеченням</p> <p>6. Створені належні умови для працівників і пацієнтів</p> <p>7. Розроблені локальні регламенти з організації діяльності закладу, зокрема, з питань регулювання взаємодії структурних підрозділів і працівників</p> <p>8. Активно використовуються зовнішні комунікації з вітчизняними та іноземними науковими й навчальними установами шляхом укладання угод</p> <p>9. Формалізований мультидисциплінарний підхід у локальних регламентах організації діяльності закладу</p>	<p>3. Не налагоджена взаємодія з закладами первинної медичної допомоги та закладами спеціалізованої медичної допомоги</p> <p>4. Високий рівень «самозвернень» пацієнтів за медичною допомогою</p> <p>5. Надмірний обсяг використання ресурсів у показниках середнього числа днів роботи ліжка та тривалості перебування хворого на ліжку</p> <p>6. Підтримуються традиційні форми взаємодії між учасниками лікувально-діагностичного процесу: консультативні огляди; консилиуми; взаємодія під час оперативних утручань</p> <p>7. Обмежено використовуються можливості реабілітації хворих з хірургічною патологією щитоподібної залози в залежності від періоду перебігу захворювання</p> <p>8. Низька оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії в КНП «КМКЕЦ» за даними соціологічного опитування лікарів (2,8±0,6 балів за п'ятибальною шкалою)</p>
	Сильні сторони	Слабкі сторони
Середовище	Активи	Пасиви

Висновки до розділу 4

1. Установлено, що надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози у КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» – одному з найпотужніших закладів охорони здоров'я України ендокринологічного профілю – забезпечується групами фахівців різних спеціальностей з урахуванням основного та супутніх захворювань пацієнта, ризиків періопераційних ускладнень, необхідності забезпечення широкого спектру діагностичних утручань.

2. Виявлено, що міждисциплінарна взаємодія спеціалістів ґрунтується на традиційних підходах відокремленої діяльності лікарів за консультативною формою участі в лікувально-діагностичному процесі. Найбільш тісні професійні комунікації простежуються під час консилиумів та оперативних утручань, але вони обмежені за тривалістю та частотою професійної взаємодії. Не налагоджена командна співпраця з лікарями первинної та спеціалізованої медичної допомоги, що негативно впливає на терміни стаціонарного лікування та використання ресурсів закладу.

3. Визначено, що загальна оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії лікарів КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» дорівнювала $2,8 \pm 0,6$ балів за п'ятибальною шкалою (за даними соціологічного опитування). Диференціація оцінок за виділеними критеріями показала їх неоднорідність та низькі значення: мета, цілі діяльності оцінені у $2,6 \pm 0,8$ балів, ролі учасників – $3,1 \pm 0,5$ балів, процеси з досягнення цілей – $2,9 \pm 0,7$ балів, взаємовідносини в команді – $3,3 \pm 0,7$ балів, відносини з колегами за межами закладу – $2,3 \pm 0,6$ балів, здатність до вирішення проблем – $2,8 \pm 0,6$ балів, ентузіазм і відданість – $2,6 \pm 0,7$ балів, навички та навчання – $3,1 \pm 0,7$ балів.

4. Доведено, що практичні заходи з упровадження міждисциплінарної взаємодії, тобто, об'єднання зусиль учасників лікувально-діагностичного процесу, посилення їх взаємозв'язків, уникнення надвузького спеціалізованого

погляду на проблему пацієнта для забезпечення найкращих результатів його лікування, не визначені й не впроваджені.

5. Констатовано, що існуюча міждисциплінарна взаємодія спеціалістів КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» не може бути визнана як командна робота, що потребує її перегляду в напрямку формування міждисциплінарних команд спеціалістів за світовими зразками та подальшої підтримки їх функціонування з метою удосконалення системи надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

Матеріали дослідження, викладені в Розділі 4, опубліковані в [206 208]

РОЗДІЛ 5

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА
ТА ВПРОВАДЖЕННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-
ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

5.1. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози

Однією з глобальних проблем зі збереження здоров'я й виживаності людської популяції визнана проблема НІЗ. За даними останнього дослідження глобального тягара хвороб (2019) [209], починаючи з 1990 року, більшу частку його складала НІЗ і наслідки травм, що призводили до передчасної втрати життя або життя з інвалідністю. У 2019 році в 11 країнах світу НІЗ і травми, що обумовили обмеження життєдіяльності, становили більше половини всього тягара захворювань. Хвороби ендокринної системи входять у топ-10 глобального тягара хвороб за рахунок цукрового діабету, який займає восьму позицію в рейтингу для усіх вікових груп, шосту – у віковій категорії 50 - 74 роки.

Хвороби щитоподібної залози займають значну частку в структурі хвороб ендокринної системи. Незважаючи на більш низькі рейтингові позиції в загальній структурі хвороб, патології цього органу мають важливе медико-соціальне й економічне значення. Ряд захворювань щитоподібної залози часто потребують хірургічного втручання, зокрема, онкологічна патологія.

У всьому світі в 2020 році стандартизовані за віком показники захворюваності на рак щитоподібної залози становили 10,1 на 100 тис. жінок і 3,1 на 100 тис. чоловіків, а стандартизовані за віком показники смертності – 0,5 на 100 тис. і 0,3 на 100 тис. населення відповідної статі [210]. Існує перспектива

збільшення рівня захворюваності на рак щитоподібної залози, оскільки мають місце безсимптомні до певного часу за перебігом форми або випадкові знахідки внаслідок використання методів візуалізації з високою роздільною здатністю. Розрахункова кількість нових випадків раку щитоподібної залози серед жінок усього світу становить 4,9% від усіх випадків раку щороку [211].

Значні втрати людству приносять і інші хвороби щитоподібної залози, впливаючи на здоров'я матері та дитини, населення працездатного віку й старших вікових груп. Патологічні зміни щитоподібної залози обумовлюються, зокрема, особливою чутливістю цього органу до несприятливих факторів навколишнього середовища (іонізуючого випромінювання; хімічних антропогенних факторів ризику – важких металів, хлорорганічних забруднювачів, пестицидів, медичних препаратів; недостатності або надлишку йоду в воді й продуктах харчування), а також безвідповідальної поведінки особи по відношенню до власного здоров'я, в силу своєї особливої ролі в організмі людини – регуляції обміну речовин, без чого неможливий правильний розвиток і функціонування усіх систем і органів. Тому підтримка й відновлення здоров'я щитоподібної залози потребують значних зусиль з боку різних державних інституцій, медичних працівників і населення.

Приклад проблеми хвороб щитоподібної залози як складової загальної проблеми НІЗ в усьому світі вказує на необхідність надання адекватної відповіді з боку міжнародних організацій, урядів країн, систем і закладів охорони здоров'я на виклики здоров'ю людства, заподіяні цими хворобами.

Такою відповіддю стала розробка Глобального плану дій боротьби з НІЗ на рівні ООН і ВООЗ, яким передбачено знизити поширеність і смертність від НІЗ і тягар їхніх основних факторів ризику. Важливою складовою плану слід вважати рекомендації й заходи щодо зміцнення й укріплення світових систем охорони здоров'я з метою більш активного управління й контролю за НІЗ [212].

Трансформація підходів до зміцнення й укріплення світових систем охорони здоров'я полягає в поступовому переході від фрагментованого надання послуг до концепції інтегрованого догляду з координацією діяльності різних

постачальників медичних послуг протягом усього життя людини. Утіленням ефективної координації визнано запровадження мультидисциплінарної командної роботи, що дозволяє реалізувати принцип пацієнт-орієнтованості та забезпечити перехід від жорстких рамок певних функцій і обов'язків до гнучкого розподілу ролей серед медичних працівників. Це, в свою чергу, сприяє доступності, безперервності медичної допомоги, усуненню її фрагментарності та підвищенню ефективності систем охорони здоров'я [213; 214, с. 106-146].

Нові моделі спільного догляду, засновані на мультидисциплінарній практиці, дозволяють забезпечувати постійну належну координацію між закладами системи охорони здоров'я та закладами соціальної допомоги. Необхідність такої співпраці доведена науковими дослідженнями, що підтвердили обмеженість обміну інформацією між лікарями закладів охорони здоров'я та соціальної допомоги: понад 20,0% людей похилого віку в Сполученому Королівстві, 23,0% – у Швеції та 43,0% – у Норвегії повідомили, що фахівець служби соціального захисту або їхній постійний лікар не були поінформовані про отриману пацієнтом допомогу [215].

Нарешті, координація та інтеграція послуг налаштовують більш тісну співпрацю між охороною громадського здоров'я та первинною медичною допомогою, між різними етапами медичної допомоги, що може привести до покращення лікування хронічних захворювань, більш раціонального використання ресурсів та скорішого просування до всебічного охоплення населення послугами охорони здоров'я [216].

Вище наведені основні позиції детально проаналізовані в огляді міжнародних і вітчизняних наукових джерел і представлені в розділі 1 дисертації, які покладались, зокрема, в основу обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози. Доведену ефективність мультидисциплінарного підходу саме в хірургічній практиці, при оперативному лікуванні онкологічних хворих, зокрема, при онкопатології щитоподібної залози, підтверджено набутим упродовж тривалого періоду часу найкращим досвідом

світової онкохірургії та вважається «золотим стандартом» догляду за раком у багатьох системах охорони здоров'я, що представлено в міжнародних клінічних рекомендаціях. Європейське партнерство для дій проти раку, за ініціативи Європейської комісії в 2009 році, прийняло політичну заяву щодо мультидисциплінарної допомоги онкологічним хворим. У заяві мультидисциплінарна команда визначається як основний компонент в організації лікування онкологічних захворювань і який має вирішальне значення для надання пацієнтам онкологічної допомоги. Цим документом визначені ключові напрями змін для всіх європейських систем охорони здоров'я, які полягають у використанні мультидисциплінарних команд в практиці лікування онкологічних хворих як основи для ефективною міждисциплінарної моделі співпраці.

У вітчизняній сфері охорони здоров'я цей досвід потребує свого більш активного поширення та доповнення даними наукових досліджень у зв'язку з виходом з персонального на інституційний рівень, зсуву від командної роботи на рівні особистості хворого в умовах закладу охорони здоров'я до міждисциплінарної взаємодії постачальників медичних, соціальних, громадських, адміністративних та інших послуг, що призначені покращити життєдіяльність людини з порушеннями в здоров'ї.

Зміни в вітчизняному нормативно-правовому регулюванні надання медичної допомоги на основі мультидисциплінарного підходу задекларовано значно пізніше, ніж він почав набувати використання в європейських системах охорони здоров'я. Так, з метою забезпечення своєчасної та якісної спеціалізованої медичної допомоги населенню, з фінансуванням за рахунок державного бюджету пакетів медичних послуг, зокрема, за напрямками «ендокринологія», «хірургія», «реабілітація», «психіатрія», «онкологія», в умовах розвитку цифрових технологій в медицині та безперервного удосконалення професійного рівня медичних працівників прийнято законодавство України про реабілітацію в сфері охорони здоров'я, державна програма медичних гарантій, Постанова КМУ про систему безперервного

професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників, наказ МОЗ України щодо об'єму спеціалізованої медичної допомоги у багатoproфільних лікарнях інтенсивного лікування, де неодноразово вказано про необхідність надання спеціалізованої медичної допомоги за різними профілями мультидисциплінарними командами (2018, 2020, 2021).

Поштовхом та основою щодо удосконалення наявної системи хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози з використанням мультидисциплінарного підходу в Україні слугують не лише світові здобутки й завдання зі зміцнення систем охорони здоров'я, вітчизняні нормативні вимоги, але й постійне зростання захворюваності та поширеності хвороб щитоподібної залози в українській популяції впродовж останніх 10 років, значна частина яких потребує хірургічного лікування з високими ризиками післяопераційних ускладнень, необхідністю підтримки належного професійного рівня хірургів, які виконують утручання на цьому органі, своєчасності скерування хворих на хірургічне лікування, лікування супутніх соматичних захворювань.

Результати власного дослідження переконливо засвідчили, що система хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, розглянута з позицій системного підходу на різних рівнях управління – галузевому, регіональному (м. Київ), локальному (профільний спеціалізований заклад охорони здоров'я), а також на рівні лікар-пацієнт та лікар-лікар/і (медичні працівники), має значні резерви для свого удосконалення, зважаючи на власні здобутки й сильні сторони, чинники зовнішнього оточення, в якому функціонує система, з урахуванням потенційних загроз, що можуть стати на заваді мобілізації цих резервів, які виявлені на момент проведення дослідження (розділ 4 дисертаційної роботи).

Зокрема, трактування керівництвом закладу охорони здоров'я, де проводилось дослідження, мультидисциплінарного підходу як сумісного ведення хворих працівниками певного структурного підрозділу, оскільки в ньому працюють лікарі різних спеціальностей й медичні працівники із спеціальною медичною освітою, свідчить про поверхневий погляд на механізм

командоутворення та зміст командної роботи. Це призвело до відповідних управлінських рішень, представлених у затверджених організаційних регламентах ведення хворих – клінічних маршрутах пацієнтів. У результаті виявлений управлінський дефіцит регулювання запровадження мультидисциплінарного підходу перешкоджає використанню нових форм командної співпраці та зберігає практику традиційних, усталених форм комунікацій у вигляді консультативних оглядів пацієнтів та консилиумів лікарів. Залишається незмінною одноосібна курація хворого закріпленням лікарем за формальною поінформованою згодою хворого.

Як наслідок, загальна оцінка лікарями міждисциплінарної взаємодії в досліджуваному закладі за стандартизованим опитувальником не досягала й трьох балів за п'ятибальною шкалою, оскільки дорівнювала за усіма позиціями, що піддавалися оцінці, в середньому $2,8 \pm 0,6$ балів. Зокрема, за критерієм «Мета, цілі діяльності» команди була надана оцінка у $2,6 \pm 0,8$ балів, «Ентузіазм і відданість» – $2,6 \pm 0,7$ балів, «Ролі учасників» – $3,1 \pm 0,5$ балів, «Процеси» (діяльність в команді) – $2,9 \pm 0,7$ балів, «Взаємовідносини в команді» – $3,3 \pm 0,7$ балів, «Міжгрупові (міжкомандні) відносини» – $2,3 \pm 0,6$ балів, «Вирішення проблем» – $2,8 \pm 0,6$ балів, «Навички та навчання» – $3,1 \pm 0,7$ балів.

Високий рівень самозвернень пацієнтів до відділення ендокринної хірургії (40,1%) свідчить про неналагоджену співпрацю професіоналів і фахівців спеціалізованої стаціонарної та первинної медичної й спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги більшості регіонів України, які є постійними постачальниками пацієнтів з патологією щитоподібної залози до закладу, де проводилось дослідження. А задеклароване клінічними маршрутами пацієнта рутинне обстеження хворого на догоспітальному етапі не дотримується внаслідок відсутності саме цієї взаємодії. Це збільшує обсяг діагностичних досліджень у стаціонарі, оскільки заклад спеціалізованої медичної допомоги виконує непритаманні йому функції, та впливає на тривалість перебування хворого на ліжку, подовжуючи його до 12,9 - 12,5 днів при відповідному показникові по м. Київ для стаціонарної допомоги – 10,4 - 9,8 днів, й тим самим

також вказує на управлінські дії, якими підтримується нераціональне використання дороговартісних ресурсів – ліжкового фонду.

Зайнятість ліжка в цілому по закладу також стабільно перевищує його планову потужність – від 366,0 до 383,5 ліжко-днів, і не тільки за рахунок відділення ендокринної хірургії, але й інших відділень, зокрема, відділення реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози. Тривалість перебування хворих на ліжку відділення ендокринної хірургії коливалась від 12,3 днів у 2015 році до 14,3 днів у 2019 році й була найвищою в закладі, а відділення реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози - від 13,0 днів у 2015 році до 12,6 днів у 2019 році. Працівники останнього виявились не переналаштованими на нові технології реабілітаційних утручань, закріпленими в законодавстві, які мають охоплювати пацієнтів відділення ендокринної хірургії, як в доопераційному періоді, так і в гострому й післягострому, а не лише в віддаленому післяопераційному періоді. Склад фахівців з реабілітації також зберігається за старим зразком, що потребує приведення його до відповідності новим законодавчим вимогам шляхом управлінського рішення керівника закладу.

Загалом у закладі виділено 20 ліжок реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози та 55 ліжок реабілітації ендокринних хворих з патологією серця і судин у окремих стаціонарних відділеннях та відділення фізіотерапевтичної реабілітації в амбулаторних умовах. У той же час реабілітаційні заходи у віддаленому післяопераційному періоді передбачають такі процедури, як масаж, лікувальну фізкультуру, ультрафонофорез з гідрокортизоном на щитоподібну залозу, мікрохвильову резонансну терапію на біологічно-активні точки, магніто–лазерну терапію для щитоподібної залози та очей. Ці процедури у віддаленому післяопераційному періоді пацієнти можуть отримувати в амбулаторних умовах або в умовах денного стаціонару, в чому полягають можливості розширення спектру амбулаторної допомоги досліджуваного закладу й, таким чином, більш раціонального використання ліжкового фонду.

Дотичними до перегляду управлінських рішень з кадрових питань слід вважати й питання перерозподілу зон відповідальності між заступниками директора, оскільки наявні рішення ігнорують специфічність змісту діяльності відповідних заступників, що створює ризики для ефективного управління підпорядкованими їм структурними підрозділами.

На регіональному рівні система потребує вдосконалення в зв'язку зі слабкою функцією координації діяльності між закладами спеціалізованої стаціонарної та первинної медичної й спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги в частині забезпечення безперервності медичного спостереження хворих на усіх етапах догляду, відсутністю будь-яких регіональних рішень з актуалізації та механізмів запровадження мультидисциплінарного підходу в закладах охорони здоров'я м. Київ, мотивації медичних працівників до оволодіння навичками міждисциплінарної співпраці.

На галузевому рівні залишаються незавершеними забезпечення системи охорони здоров'я телекомунікаційними технологіями, неповне покриття витрат на хірургічну допомогу за програмою медичних гарантій, недосконалі технології профілактичної роботи серед населення з питань попередження факторів ризику патології щитоподібної залози та її раннього виявлення, уповільнена підготовка фахівців з реабілітації в межах системи безперервного професійного розвитку, низький рівень заробітної плати медичних працівників.

Удосконалення системи надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози потребує й заходів з боку держави, оскільки розвиток місцевого самоврядування, інтеграція зі спорідненими інституціями (органами соціального захисту населення, адміністративними установами), інфраструктура широкопasmового доступу до Інтернету, екологічна ситуація в більшості регіонів та військові події в Україні потребують відповідних заходів саме на державному рівні, оскільки система охорони здоров'я є відкритою системою, а отже, потребує внеску з боку системи більш високого рівня, складовою якої вона являється.

Таким чином, обґрунтування доцільності удосконалення системи хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози витікає з рекомендацій впливових міжнародних інституцій – ООН, ВООЗ, Європейської комісії, результатів теоретичного дослідження, якими виявлені нові науково доведені організаційні технології орієнтованої на пацієнта та більш ефективної хірургічної допомоги, та результатів власного дослідження, якими доведені вихідні умови та можливості подальшого розвитку наявної системи в зв'язку з виявленими прогалинами в менеджменті, інформаційних, організаційних та комунікаційних технологіях, фінансовому забезпеченні, в умовах необхідності підвищення рівня екологічної безпеки та захисту держави від зовнішніх небезпек (рис. 5.1).

5.2. Розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози

Розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози на основі мультидисциплінарного підходу вимагала врахування рівнів функціонування наявної системи, внесення змін до структури та взаємодії її компонентів, перерозподілу функціонального навантаження, перегляду й приведення у відповідність ресурсного забезпечення та управління системою.

Автором прийнято рішення розпочати розробку удосконаленої моделі на рівні закладу охорони здоров'я, де безпосередньо надається хірургічна допомога визначеному контингенту хворих, запровадження якої потребуватиме найбільш численних й ретельно спланованих заходів.

Системоутворюючим елементом удосконаленої моделі визначені потреби пацієнтів з патологією щитоподібної залози в результативній, безпечній, своєчасній медичній допомозі, які можливо задовольнити шляхом хірургічного втручання. Ці потреби є основними відповідно до принципу пацієнт-

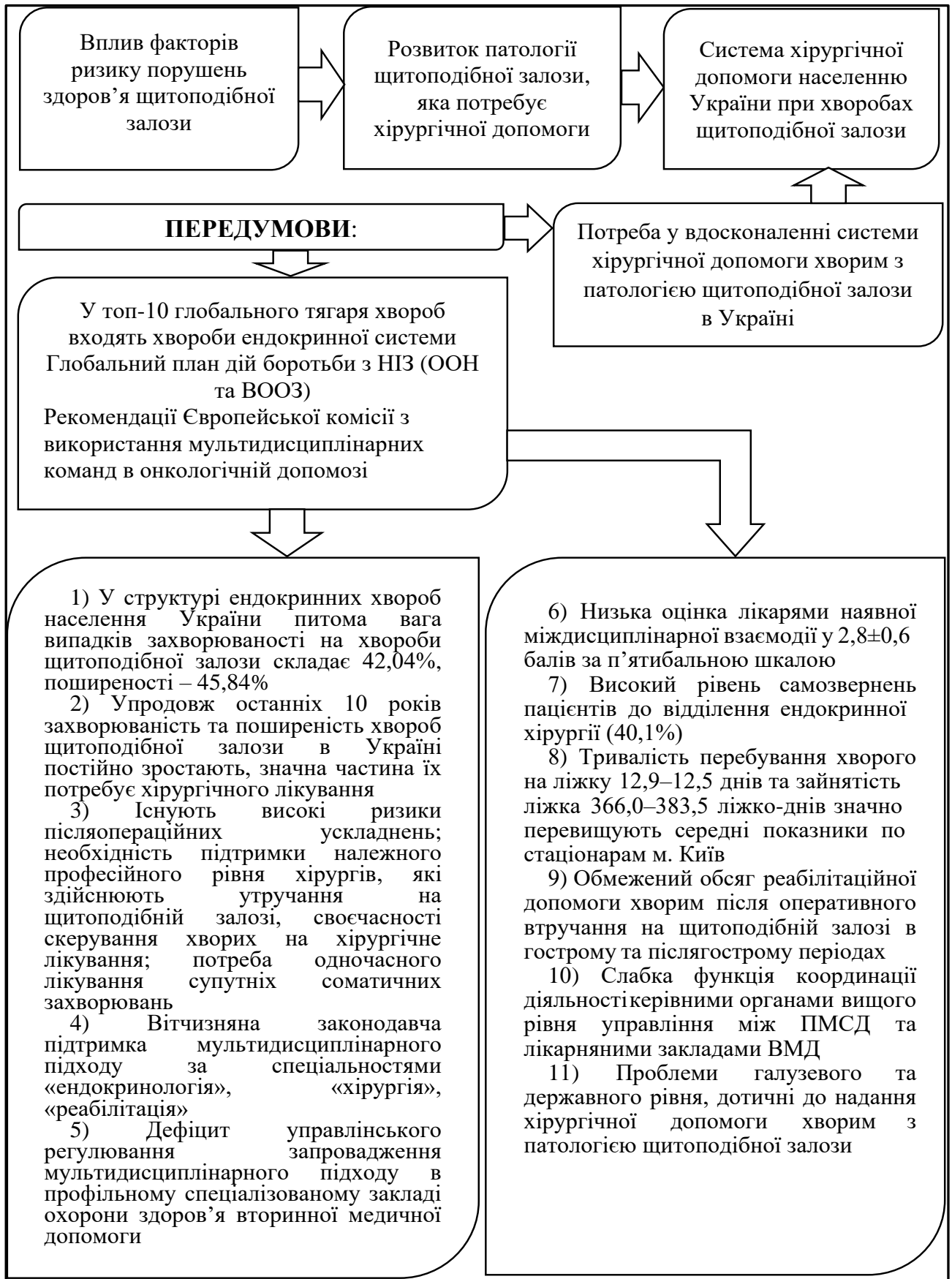


Рис. 5.1. Обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози

орієнтованості для будь-якого закладу охорони здоров'я, оскільки він виконує соціально обумовлену місію, задекларовану в законодавстві України.

Оскільки учасниками лікувально-діагностичного процесу, крім пацієнта, є медичні працівники, і за даними опитування, ефективність їх сумісної діяльності отримала низькі оцінки, удосконалена модель має бути спрямована й на підвищення цієї ефективності, мотивації надавачів послуги до мультидисциплінарної співпраці, покращення взаємовідносин між працівниками, дотичними до лікування окремого хворого на усіх його етапах, спроможності вирішувати складні проблеми, обмінюватися знаннями, чітко дотримуватися розподілу ролей при виконанні обов'язків.

Нарешті, удосконалена модель має вирішувати завдання більш раціонального використання ресурсів, що є одним із важливих напрямів управлінської діяльності в закладі.

Надалі, для досягнення мети, система має містити набір компонентів, інноваційним з яких визначено мультидисциплінарну команду спеціалістів і фахівців, яка втілюватиме мультидисциплінарний підхід. Важливо чітко представити особливості мультидисциплінарної команди в удосконаленій моделі, які докорінним чином відрізнятимуть її від тієї, яка вже начебто існує та задекларована у локальних нормативних документах закладу.

Розглядаючи такий компонент, як мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців, на думку автора, слід наділити її статусом самостійної позаштатної функціонально-структурної одиниці закладу охорони здоров'я, що виконує покладені на неї завдання з надання хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози на персональному рівні, тобто, окремому пацієнту, який страждає на виявлене, лише йому притаманне, захворювання. Ця одиниця не «прив'язується» до структурного підрозділу закладу, а формується зі спеціалістів різних структурних підрозділів, які зможуть задовольнити різноманітні потреби окремого пацієнта з патологією щитоподібної залози в медичній допомозі.

Для пацієнта з патологією щитоподібної залози, який потребує хірургічного лікування, до складу команди доцільно включити лікарів наступних спеціальностей: ендокринолога, як лікаря, який надає оцінку ендокринного статусу пацієнта; хірурга, як виконавця оперативного втручання; анестезіолога, який забезпечує знеболення та інтенсивну терапію; психолога, який оцінює та регулює психоемоційний стан пацієнта упродовж усього терміну перебування в стаціонарі; лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, який забезпечує реабілітацію до оперативного втручання, в гострому та післягострому періоді після оперативного втручання. Це основний склад команди, який прийматиме узгоджене клінічне рішення на основі даних анамнезу пацієнта, поточного клінічного стану та його змін в процесі лікування.

Склад команди може бути мобільним, тобто, змінюватися, в залежності від зміни або особливостей потреб пацієнта, яким займається команда. До складу команди можуть увійти кардіолог, офтальмолог, невропатолог, акушер-гінеколог, дієтолог, ерготерапевт, логопед та інші.

У додатковий склад команди доцільно ввести: лікаря-лаборанта, лікаря з УЗД-діагностики, лікаря з функціональної діагностики, лікаря-патологоанатома та інших лікарів, які проводять діагностичні дослідження органів, систем і біологічного матеріалу. Фактичні дані цих досліджень враховуються при прийнятті проміжних та остаточного клінічних рішень мультидисциплінарною командою.

Молодший персонал зі спеціальною медичною освітою відіграє роль допоміжного персоналу команди для участі у виконанні прийнятого командою клінічного рішення.

Ураховуючи, що пацієнтів багато, один і той же спеціаліст та / або фахівець може бути одночасно задіяним в роботі декількох мультидисциплінарних команд.

Рольова функція учасника міждисциплінарної команди визначається профілем спеціальності та функціональними обов'язками, що формально визначено, але, в межах команди, також здатністю до взаємодії з іншими

учасниками команди, обміну специфічними, відповідно профілю спеціальності, поглядами на клінічну ситуацію, вмінням враховувати та приймати різні точки зору кожного учасника команди, досягати спільного розуміння проблем пацієнта для цільового внеску в задоволення цих потреб. Усвідомлення рольової функції сприятиме тому, що кожен учасник команди братиме на себе як індивідуальну, так і взаємну відповідальність за кінцевий результат діяльності команди.

З метою регулювання діяльності команди, організації її роботи та оцінки ефективності доцільно обрати лідера простою більшістю голосів учасників команди. Бажано, щоб лідером команди було обрано спеціаліста високого кваліфікаційного рівня за клінічною спеціальністю, відповідно до основної проблеми зі здоров'ям пацієнта, та організаторськими здібностями. У випадках, що потребують хірургічних утручань на щитоподібній залозі, лідером команди бажано обирати лікаря-хірурга або лікаря-хірурга онколога.

Для формалізації й документування діяльності команди, інформаційного забезпечення учасників команди лідеру знадобиться помічник-координатор, яким може бути представник молодшого персоналу зі спеціальною медичною освітою.

На відміну від одноосібної практики ведення пацієнта з патологією щитоподібної залози лікуючим лікарем з урахуванням ним консультацій або консилиумів інших фахівців, усі рішення стосовно діагнозу, плану лікування, ведення та виписки пацієнта на основі мультидисциплінарного підходу повинні прийматися консенсусним рішенням учасників мультидисциплінарної команди, тобто за згодою їхніх думок. Рішення мультидисциплінарної команди стає, таким чином, одним із продуктів діяльності команди, яким керується лікар-куратор пацієнта.

Об'єднуючим мотивом для сумісного прийняття клінічного рішення учасниками команди необхідно визнати мету і завдання ведення окремого клінічного випадку та очікувані результати для даного пацієнта, які впливатимуть не лише на стан його здоров'я, але й на якість життя, а також відповідальність кожного учасника команди та його внесок у спільну

відповідальність за ці результати. Тому мета, завдання й очікувані результати діяльності команди для кожного випадку обов'язково мають бути формалізованими й задокументованими в медичній карті стаціонарного хворого та доведеними до відома усіх учасників команди та пацієнта.

Для можливості прийняття командного рішення пропонується така форма роботи команди, як ділові зустрічі, коли комунікації носять двосторонній характер не лише передання, але й обміну інформацією, відбуваються безпосередньо або за допомогою засобів дистанційного зв'язку, носять повторюваний характер для забезпечення постійного супроводу пацієнта на усьому клінічному шляху його лікування, а в процесі спілкування учасників команди задіяні вербальні й невербальні методи обміну інформацією.

Метою першої ділової зустрічі слід визнати прийняття клінічного рішення з планування лікувально-діагностичних, реабілітаційних та профілактичних утручань, а також організації ведення пацієнта.

Сформована відповідно до потреб пацієнта мультидисциплінарна команда може приймати узгоджене клінічне рішення за умови попереднього ознайомлення кожного учасника із зібраною інформацією про особисті дані пацієнта, результати огляду спеціалістами амбулаторно-поліклінічного відділення, догоспітального обстеження на етапах надходження до стаціонару, заздалегідь внесеною в його електронну медичну карту.

На основі ознайомлення з клінічною інформацією, її логіко-структурного аналізу, тобто, формулювання проблеми пацієнта, її причин/и, прогнозування можливих наслідків та пропозицій потенційних варіантів її вирішення в межах своєї спеціальності кожен учасник мультидисциплінарної команди може, таким чином, брати участь у прийнятті сумісного клінічного рішення.

Важливо, щоб під час зустрічі кожен учасник оголосив свою думку щодо даного випадку, спираючись на вимоги відповідних клінічних регламентів медичної допомоги, власної та корпоративної бази знань, набутого досвіду, з урахуванням особливостей перебігу захворювання, індивідуальних

особливостей пацієнта та своїх повноважень відповідно до профілю клінічної спеціальності.

Найконструктивніший спосіб просування команди до прийняття узгодженого клінічного рішення, на думку автора, – це обговорення різних варіантів діагнозу, плану лікування й ведення хворого, тобто вільне висловлювання кожним учасником власної думки й пошук співпадінь з думками інших учасників обговорення. За відсутності серйозних заперечень приймається рішення, яке й позиціонується як консенсусне.

У разі, якщо думки учасників зустрічі розходяться, може виникати дискусія; найбільш вірогідною причиною альтернативних точок зору можуть бути особливості перебігу даного клінічного випадку, які не регулюються прийнятими в закладі регламентами клінічного процесу.

За таких умов можна перенести прийняття рішення після доповнення його даними мета-аналізів і систематичних оглядів з питань, що викликали сумніви в учасників команди, та, за необхідності, використання більш детальної клінічної інформації шляхом призначення додаткових обстежень та спостереження хворого впродовж певного часу, про що приймається окреме, тобто, проміжне рішення на шляху до остаточного.

Як один з варіантів, у разі неможливості однозначного прийняття рішення, може бути використаний метод аналізу рішень за множиною критеріїв, або процесу аналітичної ієрархії, як одна з його складових, яка часто застосовується під час групового прийняття рішень, у тому числі, в медичній практиці [217; 218]. Даний метод передбачає виконання учасниками мультидисциплінарної команди кілька етапів:

- 1) визначення проблеми, яка не дозволяє досягти цілі узгодженого рішення. Це можуть бути різні питання, пов'язані, наприклад, з тактикою ведення хворого, обранням методики оперативного втручання, оцінки ступеню ризику ускладнень, ресурсної спроможності забезпечити втручання та інші;
- 2) ідентифікацію й складання переліку альтернативних рішень;
- 3) вибір критеріїв узгодженого рішення;

4) оцінка ступеню важливості критеріїв (за необхідності, підкритеріїв) різними відомими методами, наприклад, методом простого ранжування або парних порівнянь за оціночними шкалами з ваговою оцінкою переваг певного критерію.

Усі індивідуальні судження можуть візуалізуватися на екрані, що дозволить учасникам дискусії краще мотивувати свої оцінки й пропозиції.

До участі в проведенні такої оцінки мають долучатися спеціалісти, які мають пряме відношення до даного питання. Але без узгодження спірного питання як складової загального рішення мультидисциплінарної команди останнє остаточно прийматися не може. Разом з тим, перевага при прийнятті рішення має віддаватися доказовим технологіям, а експертна думка бути виключенням з правил і обґрунтованою відповідно до рівня розвитку сучасної науки і практики.

Запропонований алгоритм прийняття командного рішення представлено на рис. 5.2.

Вище викладене підтверджує, щоб дійти згоди шляхом консенсусу, потрібно безпосереднє, наживо, одночасне спілкування між учасниками мультидисциплінарної команди. Це дозволить обмін не лише думками, але й знаннями, гіпотезами, пропозиціями, досвідом. Прийняте таким чином рішення буде максимально обґрунтоване та безпечне на етапах його втілення в лікувально-діагностичний процес, на відміну від рішення, прийнятого лише одним лікуючим лікарем на його розсуд. Між учасниками мультидисциплінарної команди такий спосіб спілкування забезпечить не механічне, відокремлене у часі і просторі, отримання рекомендацій лікарів різних спеціальностей, а тісну міждисциплінарну співпрацю, зміцнить міждисциплінарні стосунки, покращить взаємовідносини, сприятиме підвищенню кваліфікації на робочому місці, накопиченню досвіду й формуванню навичок вирішення проблем.

Лідер команди підтримує процедуру прийняття колегіального рішення регулюванням поведінки команди, забезпечуючи змістовність зустрічі,

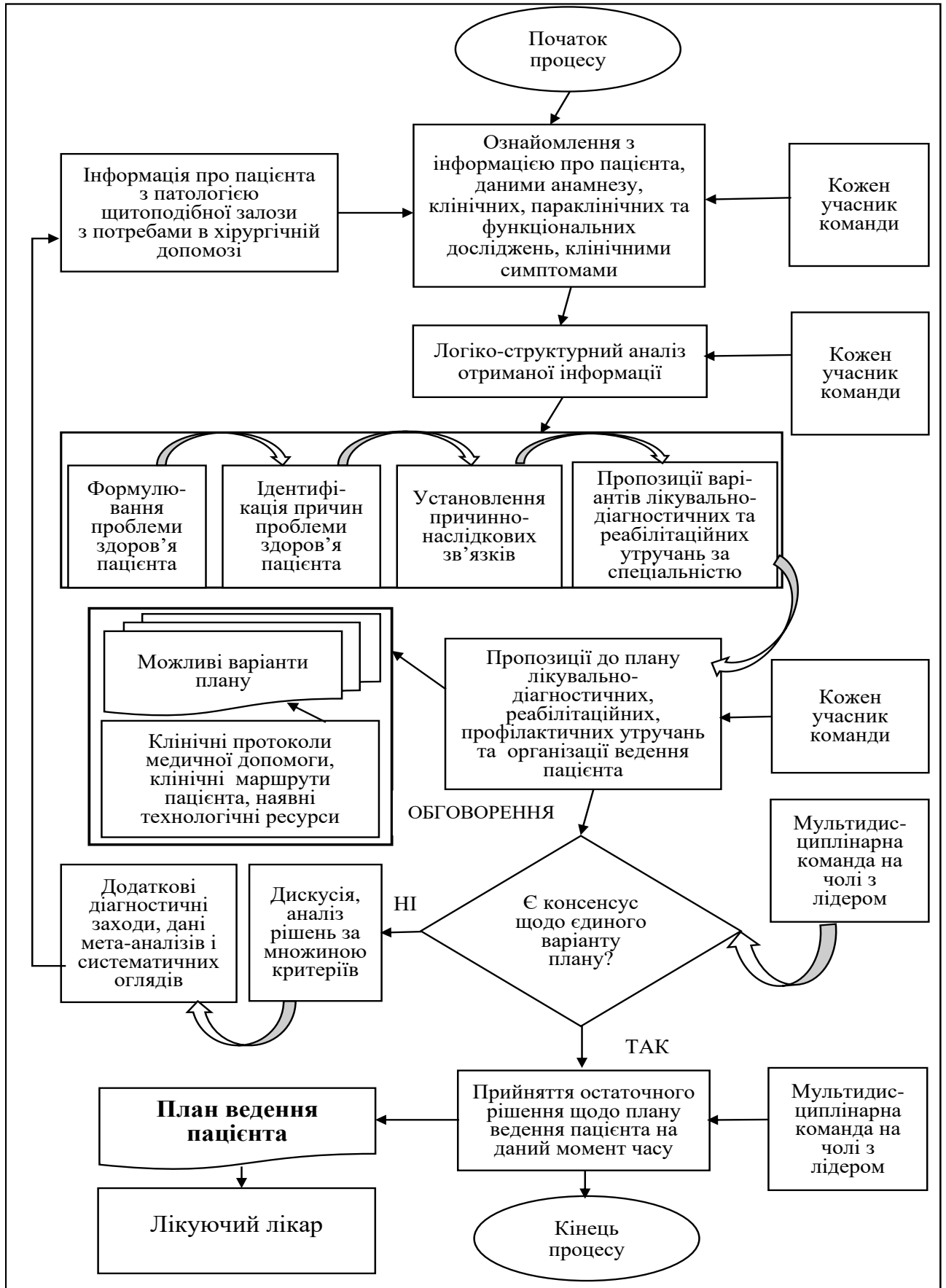


Рис. 5.2. Алгоритм прийняття рішення шляхом консенсусу учасниками мультидисциплінарної команди

ділову атмосферу, скерування обговорення або дискусії в правильне русло, без відволікання на незаплановані на дану зустріч запитання, відповідність меті і завданням мультидисциплінарної діяльності. Лідер команди має демонструвати спроможність узагальнювати думки, використовувати надійні аргументи учасників команди, спиратися на регламенти медичної допомоги та унікальні потреби пацієнта як переваги при формулюванні остаточного рішення.

Автор вважає, що найбільш ефективними можуть бути ділові зустрічі мультидисциплінарної команди, коли вони відбуваються в одному, нейтральному (загальному для різних структурних підрозділів) приміщенні, тобто, коли є спільний простір для роботи, відсутні будь-які бар'єри передачі інформації. Однак за часів погіршення епідемічної ситуації та військових подій альтернативною формою може бути дистанційне спілкування, з використанням доступних вебсервісів. Ними можуть скористатися окремі члени команди, або лікарі іншого етапу / закладу охорони здоров'я, введені до складу команди або запрошені на зустріч.

Зустрічі членів команди стосовно окремо визначеного пацієнта бажано проводити перед оперативним утручанням, після нього та перед випискою, за необхідністю – частіше. Тоді пацієнт постійно перебуватиме під наглядом мультидисциплінарної команди, рішення якої піддаватимуться коригуванню в залежності від зміни клінічної ситуації. Такий підхід підвищує гарантії клінічної ефективності та безпеки пацієнта, оскільки лікар відділення, закріплений за пацієнтом, користується лише клінічними рішеннями мультидисциплінарної команди.

Обов'язковою складовою діяльності команди слід передбачити поширення її діяльності або, за дорученням команди, її окремих учасників за межі закладу, з метою налагодження безперервності спостереження пацієнта на амбулаторному етапі – після виписки із стаціонару в поліклінічному підрозділі лікарні, у лікаря-спеціаліста закладу спеціалізованої медичної допомоги (клініко-діагностичному центрі, поліклініці), у лікаря загальної практики-сімейного лікаря центру/амбулаторії ПМСД. Спільні питання, які необхідно

обговорювати, мають торкатися заходів реабілітації пацієнта після оперативного втручання у віддаленому періоді, кратності контрольних функціональних обстежень, огляду лікарем-ендокринологом амбулаторно-поліклінічного закладу, медикаментозної підтримки та інші. Лікарі первинної медичної допомоги та лікарі-спеціалісти закладів спеціалізованої медичної допомоги можуть запрошуватися до участі в ділових зустрічах мультидисциплінарної команди з метою набуття практичного досвіду при веденні окремих клінічних випадків, найбільш типових або складних.

Комунікації з лікарями амбулаторного етапу можуть здійснюватися за допомогою дистанційних технологій, а регулювання дати, часу, кількості і тривалості зустрічей – за графіками, складеними спеціально уповноваженим координатором – помічником лідера команди – з попереднім інформуванням учасників команди та забезпеченням їх необхідними матеріалами або посиланнями на їх сховища в цифровому корпоративному просторі.

Діяльність команди має бути врегульована не лише лідером окремої команди для прийняття клінічного рішення, але й керівником закладу та завідувачем структурного підрозділу, оскільки в останньому відбуватиметься функціонування численних мультидисциплінарних команд. До регулювання мультидисциплінарного підходу слід віднести підготовку та видання цільових розпорядчих локальних документів, затверджених наказом керівника закладу, в першу чергу, типового положення про мультидисциплінарну команду спеціалістів і фахівців та порядок її функціонування в закладі охорони здоров'я, де представити: місію, цілі, завдання команди; порядок формування та взаємодії складу учасників, їх інформаційного та технічного забезпечення; права та відповідальність учасників команди; порядок підготовки й прийняття клінічного рішення; визначення місця і часу збору команди; порядок вибору лідера команди та його помічника, їх права й обов'язки; правила фіксації прийнятих рішень, організацію моніторингу їх виконання; оцінку результатів діяльності команди; мотивацію працівників до підвищення ефективності роботи команди.

Крім прийняття клінічних рішень шляхом консенсусу та безпосередньої клінічної діяльності (виконання оперативних утручань), до інших видів діяльності команди слід віднести міждисциплінарні комунікації, формування й підтримку командної культури, тобто, здатності до здійснення міждисциплінарних комунікацій, толерантності, уникнення конфліктів, врахування інших точок зору на одну й ту ж проблему, виховання в кожного учасника відданості роботі в команді, здатності приймати на себе частину колективної відповідальності та цінити внесок кожного у спільну працю. Як показали результати власного дослідження, такі риси ще не сформовані у потенційних учасників команд – опитаних лікарів досліджуваного закладу, що вказує на важливість цієї складової та необхідність її виокремлення. З метою покращення міжособистих відносин, формування командного духу, налаштування команди на досягнення сумісної мети, до формування й підтримки командної культури може бути задіяний лікар-психолог закладу.

До інших видів діяльності команди слід віднести командний самоменеджмент, тобто, здатність команди організовувати та оцінювати свою діяльність, як в процесі прийняття рішення, так і по завершенні ведення випадку пацієнта.

У цих процесах важлива роль відводиться лідеру команди, який організовує роботу команди в перервах між зустрічами, в разі необхідності – забезпечення додатковою інформацією, скликання позапланових зустрічей, зміни складу команди, оцінку її роботи і т. і.

У разі ефективності командної роботи слід очікувати професійного зростання учасників команди, оскільки регулярний обмін думками, досвідом, знаннями безпосередньо в умовах клінічної практики сприятиме розширенню кругозору кожного учасника, вміння покращувати вирішення клінічних проблем. У свою чергу, професійне зростання окремих учасників мультидисциплінарних команд сприятиме накопиченню корпоративної бази знань, тобто, бази знань даного закладу охорони здоров'я, як одного з найважливіших інтелектуальних ресурсів закладу.

Примірне Положення про мультидисциплінарну команду спеціалістів і фахівців закладу охорони здоров'я наведено в Додатку В.

Забезпечення мультидисциплінарного підходу вимагає також внесення змін і доповнень до наявних статутних документів, положень про структурні підрозділи, посадових інструкцій працівників, клінічних маршрутів пацієнта.

Забезпечення діяльності команди вимагає ресурсів, що висуває ряд вимог до керівництва закладу. У першу чергу є необхідність підвищити якість кадрових ресурсів шляхом проведення інформаційно-навчальної роботи серед працівників з метою досягти їх прихильності до участі в мультидисциплінарних командах та вміння будувати міжпрофесійні стосунки й брати участь у прийнятті рішень шляхом консенсусу.

Виникає потреба постійного моніторингу стану й оновлення, за потреби, клінічних протоколів медичної допомоги, розроблених на принципах доказової медицини, для забезпечення якісної медичної допомоги, яку зобов'язується надавати мультидисциплінарна команда.

У діяльність закладу слід активно впроваджувати вебсервіси для можливості забезпечення діяльності мультидисциплінарних команд дистанційно, за потреби.

Адміністрація закладу повинна забезпечити умови для проведення зустрічей мультидисциплінарних команд (наявність підготовленого приміщення та його наповненості, Інтернет-зв'язку, мультимедійної техніки, екрану, матеріалів для обговорення, секретарських послуг).

Учасниками команди, пацієнтами та адміністрацією закладу в загальному контексті оцінки діяльності закладу слід проводити оцінку діяльності мультидисциплінарних команд як інноваційного функціонально-структурного компоненту системи надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. З цією метою, крім адміністративних (медико-статистичних даних) доцільно використовувати специфічні опитувальники як інструменти соціологічного дослідження для пацієнтів і працівників, з поширенням анкет за допомогою цифрових технологій та мобільних пристроїв.

Критеріями оцінки результатів діяльності команди можуть бути обрані для:

- працівників – задоволеність роботою загалом та міждисциплінарною співпрацею, зокрема; прихильність до праці саме в даному закладі охорони здоров'я;

- мультидисциплінарної команди – досягнення визначеної мети лікування випадку даного пацієнта; відсутність ускладнень внаслідок діагностичних утручань, оперативного та консервативного лікування; своєчасність прийняття рішень; відсутність конфліктів; дотримання клінічних рекомендацій; запровадження інноваційних елементів у діагностику та лікування захворювань щитоподібної залози;

- закладу охорони здоров'я – скорочення терміну перебування хворого на ліжку; зменшення зайнятості ліжка до планового рівня; відсутність ускладнень після оперативних утручань, діагностичних процедур та консервативного лікування; задоволеність пацієнтів спілкуванням з мультидисциплінарною командою, отриманням очікуваних результатів лікування, покращенням здоров'я та/або функціональним станом і якістю життя; задоволеність працівників професійною діяльністю.

Схематичне зображення моделі мультидисциплінарної команди закладу охорони здоров'я представлено на рис. 5.3.

Модель мультидисциплінарної команди, як видно з рис. 5.3, є компонентом організаційної структури закладу охорони здоров'я, який являється відкритою системою, і діяльність якої залежить від зовнішніх впливів інституційного навколишнього середовища. Заклад охорони здоров'я, таким чином, «вбудований» в організаційну систему більш високого рівня, без складових якої розробка удосконаленої моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози неможлива.

Однак у будь-якому разі основним системоутворюючим фактором цілісної моделі, як визначено вище, є пацієнт з потребами в хірургічному лікуванні хвороби щитоподібної залози.

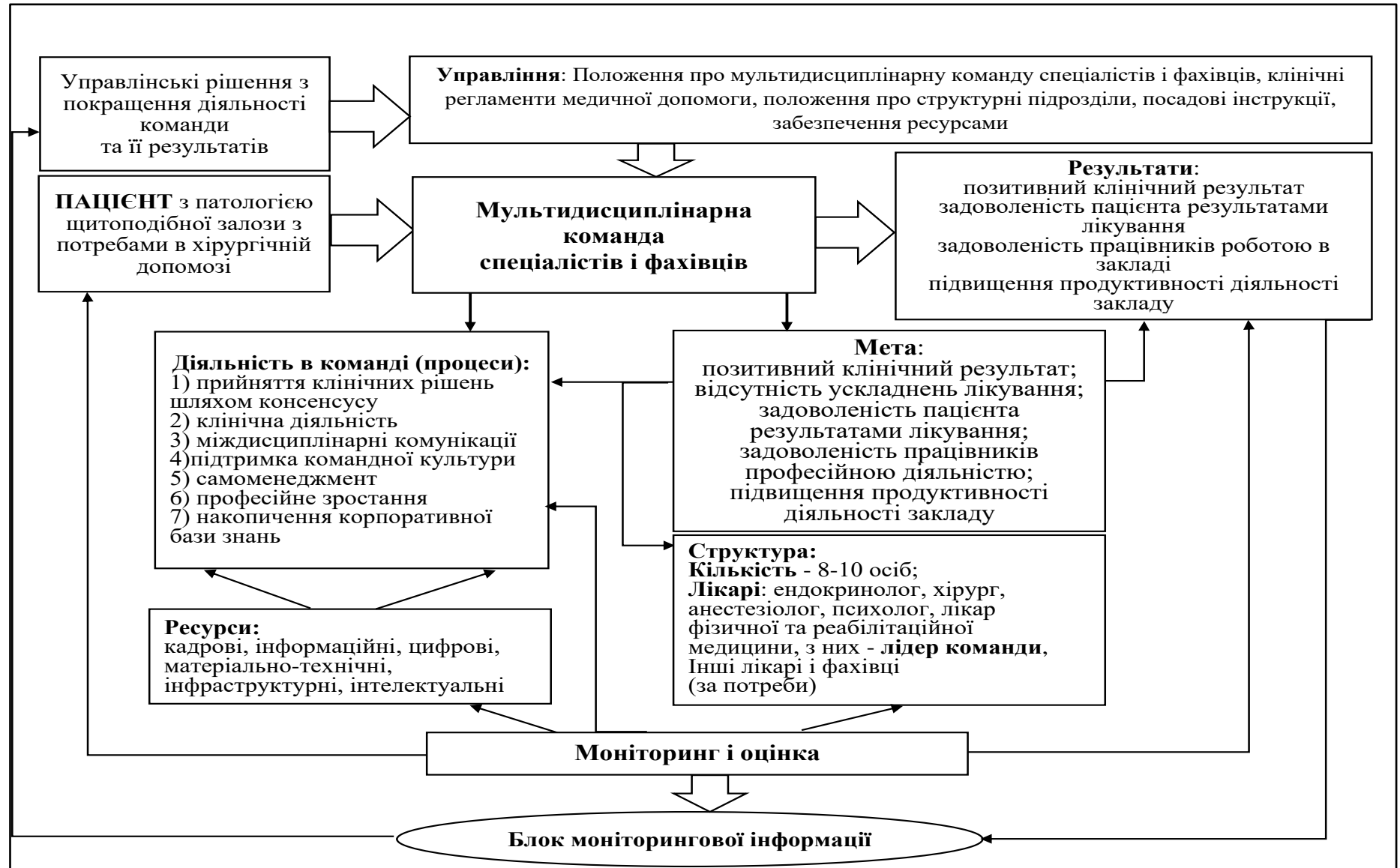


Рис. 5.3. Модель мультидисциплінарної команди закладу охорони здоров'я

Регуляція зовнішніх впливів інституційного середовища та внутрішніх ризиків на діяльність закладів охорони здоров'я, дотичних до задоволення потреб пацієнта, забезпечуються одним із структурних елементів моделі – суб'єктом управління, який виконуватиме функцію керування системою, доцільність удосконалення якої у вигляді моделі вже доведена.

До суб'єктів управління в модель введені Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, МОЗ України. Їх регуляторна функція полягає перш за все в реалізації на теренах України світової і європейської політики боротьби з НІЗ, складовими яких є патологія щитоподібної залози, в сприянні досягнення Цілей розвитку тисячоліття в частині укріплення й зміцнення здоров'я громадян. У сфері охорони здоров'я реалізація даної політики можлива, зокрема, шляхом запровадження й поширення такої організаційної технології, як мультидисциплінарний підхід, у т. ч., при лікуванні патології щитоподібної залози.

Регуляторна функція цих елементів суб'єкту управління полягає також в посиленні законодавства України з питань зовнішньої безпеки держави, для забезпечення життя і здоров'я громадян, захисту довкілля, як потенційного джерела небезпек для здоров'я, в т. ч., щитоподібної залози, відповідного до потреб справедливого фінансування сфери охорони здоров'я, заохочення населення до здорової поведінки, забезпеченні функціонування й розширення програми медичних гарантій, розвитку телекомунікаційних технологій, безперервного професійного розвитку й мотивації медичних працівників.

У підтримці та розвитку професійного рівня кадрового ресурсу провідна роль належить закладам вищої медичної, у т. ч. післядипломної, освіти, які мають адаптувати навчальні плани і програми до вимог нових організаційних технологій, яким є мультидисциплінарний підхід.

Департаменти охорони здоров'я, відділи охорони здоров'я управління об'єднаних територіальних громад (ОТГ) на місцях є провідниками політики вищих органів управління та своїми рішеннями на підставі особливостей демографічної, епідемічної, екологічної ситуації, ресурсних можливостей

регіону повинні усіляко забезпечувати координацію діяльності закладів первинної медичної допомоги, амбулаторно-поліклінічних і лікарняних закладів спеціалізованої медичної допомоги з впровадження й підтримки діяльності на основі мультидисциплінарного підходу.

Одним з інноваційних елементів моделі в складі суб'єкту управління слід вважати лікарські асоціації, але, на відміну від традиційної уваги до ендокринної хірургії лише з боку Асоціації лікарів-ендокринологів України, автор вважає необхідним долучити до розгляду даного питання представників лікарських асоціацій лікарів первинної медичної допомоги, лікарів-хірургів, лікарів-онкологів, представників громадських організацій пацієнтів з патологією щитоподібної залози. Сумісне обговорення актуальних питань та прийняття рекомендацій із запровадження й підтримки мультидисциплінарного підходу в ендокринній хірургії таким чином набуватиме більшої вагомості для лікарів профільних спеціальностей, які безпосередньо надають медичну допомогу відповідному контингенту хворих.

Регуляторні акти зазначених суб'єктів в управлінській ієрархії та їх функції планування, підготовки кадрів і контролю виконують, за сутністю, роль механізмів управління закладами охорони здоров'я, як безпосередніх надавачів медичної допомоги пацієнтам із патологією щитоподібної залози. У моделі, що розроблена, заклади охорони здоров'я відіграють, таким чином, роль об'єктів управління, на які направлені керуючі впливи.

Розподіл завдань і відповідних функцій між цими закладами добре відомий і слугує основою удосконаленої моделі: первинна профілактика хвороб щитоподібної залози, раннє їх виявлення, своєчасне скерування до лікаря-спеціаліста, диспансерне спостереження та реабілітація в довготривалому періоді в закладі первинної медичної допомоги; вторинна профілактика, своєчасне скерування на стаціонарне лікування з обстеженням на догоспітальному етапі, диспансерне спостереження та реабілітація в амбулаторно-поліклінічному закладі спеціалізованої медичної допомоги; високотехнологічна діагностика, встановлення остаточного діагнозу, лікування,

реабілітація в гострому та післягострому періоді в лікарняному закладі спеціалізованої медичної допомоги.

Як показало дослідження, доцільним є функціонування мультидисциплінарних команд спеціалістів і фахівців в лікарняному закладі при наданні хірургічної допомоги. У той же час розподіл функцій між закладами охорони здоров'я різних видів медичної допомоги призводить до прогалин і фрагментарності при спостереженні пацієнта при переході його з одного закладу до іншого на клінічному шляху, що доведено результатами дослідження. Тому моделлю передбачено забезпечити інтеграцію діяльності між закладами спеціалізованої та первинної медичної допомоги, стаціонарним та амбулаторними етапами шляхом введення їхніх спеціалістів і фахівців до складу мультидисциплінарних команд в разі, якщо того потребує клінічний стан даного пацієнта. Тобто, мультидисциплінарна команда в такому випадку складається з медичних працівників різних закладів охорони здоров'я, набуваючи інтегрованого характеру, і створюється під вирішення конкретного завдання з медичного спостереження окремого пацієнта відповідно до його потреб, задоволення яких є основною метою діяльності такої команди.

Формування складу і регулювання діяльності інтегрованих мультидисциплінарних команд може здійснюватися шляхом «вертикальної» координації, яку доцільно покласти на відділ організації лікувально-профілактичної допомоги Департаменту / відділу охорони здоров'я органу регіональної / територіальної влади. Ці структурні підрозділи за своїми функціями повинні забезпечувати комунікації й координацію взаємодії між закладами охорони здоров'я території діяльності та іншими закладами інституцій, дотичних до профілактики патології щитоподібної залози, реабілітації та соціального захисту пацієнтів, які того потребують, за згодою сторін.

Координаційними механізмами впливу бажано обрати:

- 1) Типове положення про мультидисциплінарну команду спеціалістів / фахівців з надання хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної

залози, затверджене Департаментом охорони здоров'я регіону / органом управління ОТГ. У положенні доцільно представити порядок взаємодії спеціалістів і фахівців різних закладів охорони здоров'я, зокрема, порядок включення їх в мультидисциплінарну команду, розподілу відповідальності і повноважень, організації зустрічей, обміну інформацією між учасниками команди, підходи до оцінки діяльності мультидисциплінарних команд як однієї з функціонально-організаційних одиниць надання медичної допомоги в мережі закладів охорони здоров'я;

2) регіональні клінічні протоколи медичної допомоги, розроблені на основі галузевих клінічних протоколів або міжнародних клінічних рекомендацій та наскрізні (для усіх закладів охорони здоров'я, задіяних до надання хірургічної допомоги, реабілітації, диспансерного спостереження цих пацієнтів) клінічні маршрути пацієнта з патологією щитоподібної залози;

3) вебсервіси та електронні засоби комунікацій з метою налагодження мультидисциплінарної співпраці між різними закладами охорони здоров'я, між зацікавленими закладами різних відомств, відокремлених просторовими бар'єрами.

Між закладами охорони здоров'я доцільно використовувати механізми «горизонтальної» координації, які можуть бути визначені як зобов'язання сторін, діючих самостійно, відповідно до визначеної мети діяльності кожного закладу, однак перед якими поставлене завдання з надання безперервної, послідовної медичної допомоги даному пацієнту на етапах медичної допомоги. Ці зобов'язання можуть бути представлені в спільних угодах і торкатися сумісного планування даного клінічного випадку, обміну оперативною інформацією, зокрема, електронним засобом, між учасниками мультидисциплінарної команди, узгодження графіків, місця, умов і тематики зустрічей, раціонального використання ресурсів закладів – учасників угоди.

Інформаційне забезпечення мультидисциплінарного підходу включено до третього структурного блоку моделі й містить рекомендації ООН, ВООЗ, Європейської комісії з боротьби з НІЗ; міжнародні клінічні рекомендації з

лікування раку щитоподібної залози та інших хвороб даного органу; епідеміологічні, за даними регіонального Центру контролю і профілактики хвороб, екологічні, демографічні, маркетингові дані, спільні корпоративні бази даних для предметного розгляду питань, результати моніторингу спільної діяльності закладів охорони здоров'я, дані опитувань пацієнтів і медичних працівників, звернень громадян з дотичних питань.

Отже, докорінними відмінностями удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози слід вважати:

- використання мультидисциплінарного підходу, уособленням якого є мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців як основна позаштатна функціонально-організаційна структурна одиниця профільного закладу охорони здоров'я;

- можливості прийняття клінічних рішень мультидисциплінарною командою спеціалістів і фахівців методом узгодження думок – консенсусу;

- використання ділових зустрічей як форми комунікацій учасників мультидисциплінарної команди, як шляхом безпосереднього спілкування, так і з використанням вебсервісів і електронних засобів комунікацій;

- супровід пацієнта мультидисциплінарною командою протягом усього періоду лікування в стаціонарі, на відміну від онкологічних конференцій, консультативних оглядів або консиліумів, коли випадок захворювання даного пацієнта розглядається в певний момент часу;

- обов'язкове введення до складу мультидисциплінарної команди лікаря-психолога з метою психологічного супроводу пацієнта, з огляду на психо-емоційний компонент перебігу пухлинних захворювань, та регулювання взаємовідносин в команді з метою уникнення конфліктів та забезпечення продуктивності роботи під час прийняття рішень, а також лікаря фізичної та реабілітаційної медицини для забезпечення реабілітації хворого в гострому та післягострому періодах лікування, з метою скорішого відновлення звичайних видів життєдіяльності та підвищення якості життя;

- можливості формування інтегрованої мультидисциплінарної команди за рахунок спеціалістів і фахівців лікарняного закладу спеціалізованої медичної допомоги та первинної й спеціалізованої амбулаторно- поліклінічної допомоги, з метою уникнення фрагментарності спостереження, забезпечення своєчасності, безперервності та наступності дій в довгостроковому веденні пацієнта;

- використання рекомендацій лікарських асоціацій за спеціальностями, дотичними до надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, з питань координації діяльності спеціалістів і фахівців лікарняних і амбулаторно-поліклінічних закладів;

- використання механізмів «вертикальної» (шляхом розробки й запровадження «Положення про інтегровану мультидисциплінарну команду», «наскрізних» для різних етапів медичної допомоги клінічних протоколів та клінічних маршрутів пацієнта, забезпечення команд закладів-учасників електронними засобами комунікацій) і «горизонтальної» (спільні угоди між закладами первинної і спеціалізованої медичної допомоги) координації діяльності учасників мультидисциплінарної команди – представників закладів охорони здоров'я первинної і спеціалізованої медичної допомоги;

- прийняття командного рішення шляхом консенсусу вимагає вмінь учасників команди будувати комунікації, набувати й поширювати додаткові знання й досвід з практики роботи в команді, підвищувати продуктивність діяльності закладу, розвивати корпоративну культуру, накопичувати корпоративну базу знань.

Запропонована модель (рис. 5.4), з урахуванням результатів дослідження, з певними коригуваннями до специфіки діяльності, може бути використана в інших закладах охорони здоров'я хірургічного й нехірургічного профілю, оскільки мультидисциплінарний підхід набуває свого поширення серед інших спеціальностей, як вже було підтверджено теоретичним аналізом, зокрема, в частині відповідних положень вітчизняних нормативно-правових документів. Відправною точкою для цього став пацієнт-орієнтований підхід та акцент на увагу до безпеки пацієнта [219].

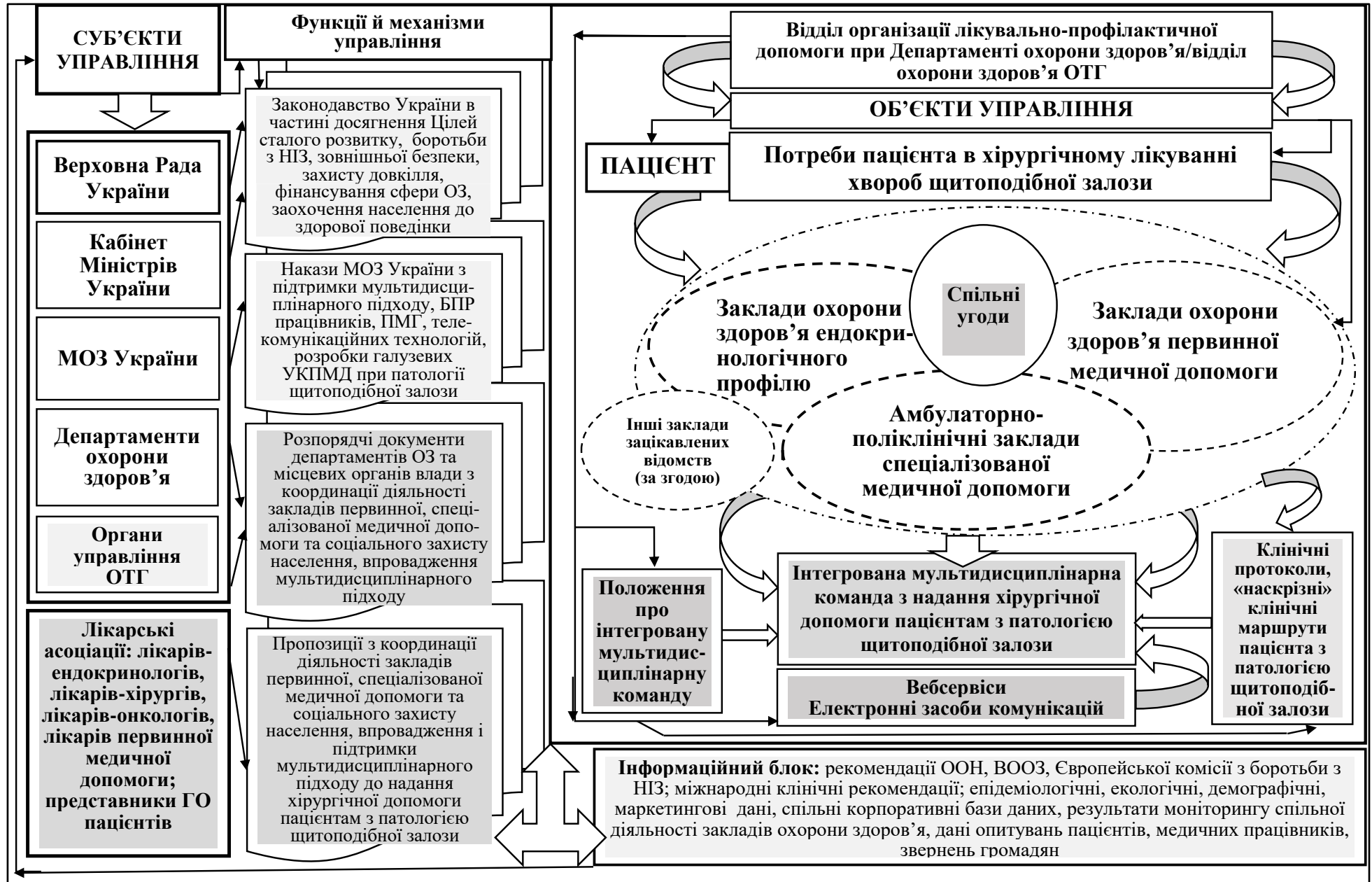


Рис. 5.4. Удосконалена функціонально-організаційна модель хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози

5.3. Упровадження елементів удосконаленої моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози на галузевому, регіональному рівнях та в практику роботи закладів охорони здоров'я. Експертна оцінка ефективності моделі

Упровадження окремих елементів обґрунтованої та розробленої удосконаленої моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози відбувалось послідовно на етапах наукового дослідження та по його завершенні на галузевому, регіональному рівнях та в практику роботи закладів охорони здоров'я.

Галузевий рівень впровадження забезпечувався підготовкою й поширенням методичних рекомендацій [222], підготовленими за результатами проведеного автором дослідження. Внесок автора в текст методичних рекомендацій був домінуючим. Вчена рада Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика розглянула рукопис методичних рекомендацій та одногосно рекомендувала їх до друку (протокол засідання вченої ради № 6 від 21 вересня 2022 року).

Примірники методичних рекомендацій були надіслані до усіх наукових медичних бібліотек України, департаментів охорони здоров'я регіональних органів влади (список розсилки додається в Додатку 3), передані експертам МОЗ України із спеціальності «Ендокринологія», «Дитяча ендокринологія», до ГО «Українська Асоціація клінічних ендокринологів» та ГО «Українська Асоціація Сімейної Медицини».

На галузевому рівні впровадження відбулося також шляхом участі автора в розробці навчального плану і програми циклу тематичного удосконалення лікарів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» (затверджено вченою радою НУОЗ України імені П. Л. Шупика 13 жовтня 2021 року, протокол № 8).

Оприлюднення серед науковців і медичних працівників результатів дослідження відбувалось шляхом публікацій статей в наукових фахових виданнях України категорії «Б» (5 од.), статті в іноземному виданні, що входить до наукометричної бази SCOPUS, та тез в матеріалах наукових форумів у кількості 3 од.

Упровадження окремих елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози відбувалось безпосередньо в закладі охорони здоров'я, обраного базою дослідження, – КНП «КМКЕЦ».

Автором дисертаційної роботи за погодженням з керівництвом КНП «КМКЕЦ» було розроблено поетапний план впровадження удосконаленої моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

Заходи першого етапу передбачали управлінське регулювання запровадження інновацій, а саме, прийняття політичної волі керівництва з введення в практику повсякденної роботи міждисциплінарного підходу як одного з принципів побудови організаційних засад діяльності закладу, на прикладі надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. Політична воля знайшла своє втілення в розробці та введенні в дію примірною Положення про мультидисциплінарну команду спеціалістів і фахівців КНП «КМКЕЦ», внесення змін в положення про структурні підрозділи закладу, посадові інструкції працівників, клінічні маршрути пацієнта за нозологічними формами, з приводу яких відбувається лікування пацієнтів у відділенні ендокринної хірургії.

На другому етапі здійснювалося навчання лікарів, молодшого персоналу з медичною освітою на семінарах-тренінгах з питань командоутворення, формування командної культури, попередження конфліктів, технології прийняття рішень методом консенсусу працівниками закладу.

Останній етап характеризувався започаткуванням діяльності мультидисциплінарних команд в реальній клінічній практиці.

За участю мультидисциплінарних команд упродовж трьох місяців, коли розпочато впровадження мультидисциплінарного підходу безпосередньо в клінічну практику, було проліковано 27 пацієнтів. Результати розглядалися автором як пілотний проєкт з впровадження розробленої моделі.

Результатами, які можна було оцінити внаслідок упровадження мультидисциплінарного підходу впродовж усіх трьох етапів, визначені дані ефективності міждисциплінарної взаємодії спеціалістів, отримані шляхом анкетного опитування 41 лікаря, які були учасниками мультидисциплінарних команд, що фактично функціонували в закладі з вересня по листопад 2022 року. Кожен з цих лікарів був також учасником опитування при проведенні експериментальної частини дослідження, результати якого представлені в розділі 4 дисертаційної роботи.

Для оцінки результатів використана та ж адаптована українська версія опитувальника «Team effectiveness questionnaire», що й для проведення основної частини експериментального дослідження, та аналогічна методика опитування, представлена в розділі 2 дисертаційної роботи.

Порівняльні результати опитування представлені в таблиці 5.1.

Як видно з табл. 5.1, коефіцієнт достовірності t по досліджуваним позиціям коливався в межах 0,7 – 1,9, тобто, в значеннях, менше 2, що засвідчило недостовірну різницю відмінностей отриманих даних. Такі результати, на думку автора, могли бути обумовлені коротким терміном впровадження мультидисциплінарного підходу та надзвичайно низькими базовими оцінками міждисциплінарної взаємодії, яка традиційно склалася в закладі, до впровадження авторських пропозицій, суттєві зміни якої потребують часу. Тому упровадження міждисциплінарного підходу необхідно продовжити, що підтверджується значно кращими показниками ефективності міждисциплінарної співпраці на основі авторських пропозицій в середніх величинах бальної шкали за всіма визначеними критеріями.

Таблиця 5.1

Результати порівняльної оцінки ефективності міждисциплінарної співпраці учасників мультидисциплінарних команд КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» у 2021 - 2022 роках за п'ятибальною шкалою (за даними соціологічного опитування)

№ з/п	Критерії	Середня оцінка в балах (M±m) в 2022 р.	Середня оцінка в балах (M±m) в 2021 р.	Коефіцієнт достовірності відмінностей (t)
1	Мета, цілі діяльності	3,8±0,7	2,6±0,8	1,1
2	Ролі учасників	3,9±0,7	3,1±0,5	0,9
3	Процеси (діяльність в команді)	3,9±0,7	2,9±0,7	1,0
4	Взаємовідносини в команді	3,9±0,6	3,3±0,7	0,7
5	Міжгрупові (міжкомандні) відносини	3,9±0,6	2,3±0,6	1,9
6	Вирішення проблем	3,9±0,6	2,8±0,6	1,3
7	Ентузіазм і відданість	3,8±0,6	2,6±0,7	1,3
8	Навички та навчання	3,9±0,7	3,1±0,7	0,8
	Загальна оцінка	3,8±0,6	2,8±0,6	1,2

Так, за даними медико-статистичного аналізу, загальна оцінка міждисциплінарної співпраці підвищилась з 2,8±0,6 до 3,8±0,6 балів.

Зокрема, найпомітніший прогрес учасники опитування оцінили за більшістю критеріїв: «Мета, цілі діяльності», значення якого зросло з 2,6±0,8 до 3,8±0,7 балів, «Процеси (діяльність в команді)» – з 2,9±0,7 до 3,9±0,7 балів, «Міжгрупові (міжкомандні) відносини» – з 2,3±0,6 до 3,9±0,6 балів, «Вирішення

проблем» – з $2,8 \pm 0,6$ до $3,9 \pm 0,6$ балів, «Ентузіазм і відданість» – з $2,6 \pm 0,7$ до $3,8 \pm 0,6$ балів.

За критеріями «Ролі учасників», «Взаємовідносини в команді», «Навички та навчання» також відмічена позитивна динаміка міждисциплінарної взаємодії: з $3,1 \pm 0,5$ до $3,9 \pm 0,7$ балів, з $3,3 \pm 0,7$ до $3,9 \pm 0,6$ балів, з $3,1 \pm 0,7$ до $3,9 \pm 0,7$ балів відповідно.

Такі результати, представлені власноруч учасниками міждисциплінарних команд, засвідчили позитивні зрушення як у визначенні головної мети спільної роботи в команді – надання якісної хірургічної допомоги пацієнту з патологією щитоподібної залози, так і її досягненні, яка потребує, в свою чергу, усвідомлення своєї ролі в команді й ступеня відповідальності за сумісний результат, високих професійних якостей, вміння до побудови й підтримки комунікацій, формування стосунків між учасниками команди на основі толерантності, взаємоповаги, уникнення конфліктів, прагнення до постійного професійного зростання.

Упровадження результатів дослідження в інших закладах охорони здоров'я та національному закладі вищої освіти щодо започаткування мультидисциплінарного підходу підтверджено актами впровадження (Додаток Ж).

Таким чином, результати дисертаційного дослідження були широко оприлюднені автором та частково впроваджені в практику роботи закладу охорони здоров'я, де проводилось дослідження, – КНП «КМКЕЦ», та інших закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги, де надається хірургічна допомога пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

5.4. Експертна оцінка удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози

За результатами впровадження проведено експертну оцінку обґрунтованої, розробленої та частково впровадженої удосконаленої функціонально-

організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, що передбачалось завданнями дослідження.

Експертна оцінка ефективності удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози була проведена експертною групою чисельністю 20 осіб з використанням спеціально розроблених автором дослідження анкет експертів за п'ятибальною шкалою, за методикою, представленою в розділі 2 дисертаційної роботи.

Результати експертної оцінки надані в табл. 5.2.

Таблиця 5.2

Результати експертної оцінки удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози

№	Критерії для оцінки	Середня оцінка в балах (M)	Середньоквадратичне відхилення (σ)	Коефіцієнт варіації (Cv) (%)
1	2	3	4	5
1	Пацієнт-орієнтованість моделі (мета діяльності – задовольнити різноманітні потреби пацієнта, пов'язані з основним і супутніми захворюваннями, в медичній допомозі та забезпечувати психологічну підтримку й реабілітацію шляхом мультидисциплінарного підходу) – <i>соціальна ефективність моделі</i>	4,7	0,47	10,0
2	Модель уособлює інтегровану медичну допомогу (надає можливість введення до складу мультидисциплінарних команд спеціалістів амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги)	4,75	0,44	9,3
3	Модель спрямована на постійне підвищення якості та безпеки медичної допомоги (прийняття клінічних рішень методом консенсусу та їх реалізацію з використанням медичних технологій, заснованих на принципах доказової медицини) – <i>медична ефективність моделі</i>	4,65	0,49	10,5

<i>продовження табл. 5.2</i>				
1	2	3	4	5
4	Запровадження моделі покращить ефективність використання ресурсів стаціонару шляхом перерозподілу обсягу діагностичних досліджень та реабілітаційних заходів між амбулаторним і стаціонарним етапами надання медичної допомоги – <i>економічна ефективність моделі</i>	4,8	0,41	8,5
5	Модель передбачає новий етап розвитку корпоративної культури закладу охорони здоров'я за рахунок запровадження принципів командної співпраці (визначення спільної мети діяльності; спільне прийняття узгоджених клінічних рішень; довіра, співпраця, взаємна підтримка; толерантність і повага до альтернативних точок зору; індивідуальна та взаємна відповідальність)	4,85	0,37	7,6
6	Модель спрямована на постійне підвищення професійного рівня спеціалістів і фахівців в системі безперервного професійного розвитку медичних працівників, накопичення корпоративної бази знань як інтелектуального ресурсу закладу	4,5	0,51	11,3
7	Модель передбачає удосконалення організації міждисциплінарного підходу на галузевому рівні шляхом напрацювання спільних рекомендацій лікарськими асоціаціями за спеціальностями, дотичними до надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози: лікарів-ендокринологів, лікарів-хірургів, лікарів-онкологів, лікарів ПМСД	4,55	0,51	11,2

Як видно з табл. 5.2, усі позиції, що оцінювались експертами, отримали високі оцінки. Найвищу оцінку експертів ($4,85 \pm 0,37$ балів) отримала модель за критерієм «Модель передбачає новий етап розвитку корпоративної культури закладу охорони здоров'я за рахунок запровадження принципів командної співпраці», що засвідчило максимальну підтримку експертами ключового спрямування моделі на запровадження мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози та, на цьому прикладі, загальний удосконалений підхід до організації діяльності медичних працівників при виконанні ними професійних обов'язків за іншими спеціальностями.

Одна з найвищих оцінок ($4,8 \pm 0,41$ балів) виявлена також за позицією «Запровадження моделі покращить ефективність використання ресурсів стаціонару шляхом перерозподілу обсягу діагностичних досліджень та реабілітаційних заходів між амбулаторним і стаціонарним етапами надання медичної допомоги», що вказало на реальність, на думку експертів, запропонованих шляхів підвищення економічної ефективності стаціонарної допомоги, яка потребує вдосконалення впродовж тривалого часу, є численні науково обґрунтовані пропозиції з вирішення даної проблеми, але вона все ще залишається невирішеною.

Позиції «Модель уособлює інтегровану медичну допомогу (надає можливість введення до складу мультидисциплінарних команд спеціалістів амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги)» (оцінка $4,75 \pm 0,44$ балів) та «Пацієнт-орієнтованість моделі...» (оцінка $4,7 \pm 0,47$ балів) також високо оцінені експертами, що підтвердило їх підтримку авторських розробок, їх актуальність та доречність.

Достатньо високо оцінено експертами ($4,65 \pm 0,49$ балів) спрямованість моделі на постійне підвищення якості та безпеки медичної допомоги, як маркер її медичної ефективності.

Позиції «Модель передбачає удосконалення організації міждисциплінарного підходу на галузевому рівні...» (оцінка $4,55 \pm 0,51$ балів) та

«Модель спрямована на постійне підвищення професійного рівня спеціалістів і фахівців в системі безперервного професійного розвитку медичних працівників, накопичення корпоративної бази знань як інтелектуального ресурсу закладу» (оцінка $4,50 \pm 0,51$ балів) також отримали достатньо високі оцінки кваліфікованих експертів.

Коефіцієнт варіації (Cv) думок експертів, за результатами підрахунків, знаходився в межах 8,5-11,3%, тобто, низьких і середніх, з тяжінням останніх до низьких, значень розкиду, що засвідчило достатньо високу ступінь узгодженості думок висококваліфікованих експертів при оцінці моделі.

Таким чином, розроблена та частково впроваджена в діяльність закладів охорони здоров'я удосконалена функціонально-організаційна модель хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози, за експертною оцінкою, підтвердила свою медичну, соціальну та економічну ефективність та в цілому була високо оцінена й підтримана висококваліфікованими експертами.

Висновки до розділу 5

1. У основу медико-соціального обґрунтування та розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози покладались позиції Глобального плану дій боротьби з неінфекційними захворюваннями ООН і ВООЗ, рекомендації Європейської комісії, вимоги вітчизняних галузевих нормативно-правових вимог та результати власного дослідження.

2. Показано, що ключовими інноваційними елементами удосконаленої моделі стали: пацієнт-орієнтованість з метою задовольнити різноманітні потреби пацієнта в медичній допомозі внаслідок поліморбідної патології; мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців як позаштатна функціонально-структурна одиниця закладу охорони здоров'я; удосконалена організаційна технологія інтеграції міждисциплінарної взаємодії між закладами

спеціалізованої та первинної медичної допомоги, амбулаторним і стаціонарним етапами шляхом вертикальної та горизонтальної координації.

3. Доведено, що основними перевагами мультидисциплінарної команди спеціалістів і фахівців закладу охорони здоров'я слід вважати інноваційні принципи командної роботи: спільна мета для всіх учасників команди при плануванні медичної допомоги на індивідуальному рівні; чіткість розподілу ролей і взаємної відповідальності за отриманий результат; запровадження нового змісту міждисциплінарних стосунків, побудованих на взаємній довірі, толерантності, тісній комунікації та постійній співпраці. Це забезпечує прийняття узгодженого клінічного рішення на основі всебічного розгляду клінічної ситуації та безперервне спостереження її динаміки на відміну від усталеної практики одноосібного прийняття рішень лікуючим лікарем, консультативних оглядів та консилиумів, які носять ізольований, короткотривалий і фрагментарний характер.

4. Показано, що запровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози спрямовано на: постійне підвищення якості та безпеки медичної допомоги за рахунок використання доказових медичних технологій як основи прийняття узгоджених клінічних рішень; постійне підвищення професійного рівня спеціалістів і фахівців на робочих місцях та в системі безперервного професійного розвитку медичних працівників; накопичення корпоративної бази знань закладу охорони здоров'я; покращення ефективності використання ресурсів шляхом удосконалення перерозподілу обсягу діагностичних досліджень та реабілітаційних заходів між амбулаторним і стаціонарним етапами медичної допомоги.

5. Результати впровадження елементів запропонованої моделі позитивно оцінені учасниками мультидисциплінарних команд закладу охорони здоров'я, де проводилось дослідження, на що вказало збільшення показників ефективності мультидисциплінарної співпраці за основними критеріями (за п'ятибальною шкалою): «Мета, цілі діяльності» (з $2,6 \pm 0,8$ до $3,8 \pm 0,7$ балів),

«Процеси (діяльність в команді)» (з $2,9 \pm 0,7$ до $3,9 \pm 0,7$ балів), «Міжгрупові (міжкомандні) відносини» (з $2,3 \pm 0,6$ до $3,9 \pm 0,6$ балів), «Вирішення проблем» (з $2,8 \pm 0,6$ до $3,9 \pm 0,6$ балів), «Ентузіазм і відданість» (з $2,6 \pm 0,7$ до $3,8 \pm 0,6$ балів). Позитивна динаміка міждисциплінарної взаємодії відмічена також за іншими критеріями.

6. Обґрунтована, розроблена та впроваджена за окремими елементами функціонально-організаційна модель хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози високо оцінена кваліфікованими експертами за п'ятибальною шкалою (від $4,50 \pm 0,51$ до $4,85 \pm 0,37$ балів) при низьких та середніх коефіцієнтах варіації думок (8,5-11,3%), що підтвердило фактичну і потенційну дієздатність моделі та дозволяє рекомендувати її для подальшого впровадження в закладах охорони здоров'я України.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наступні наукові праці автора [220 - 222]

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість організації медичної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози, які потребують хірургічного лікування, що обумовило проведення теоретичного узагальнення світового й вітчизняного досвіду та обґрунтування й розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги пацієнтам із патологією щитоподібної залози, впровадження окремих елементів якої довело свою медичну, соціальну та економічну ефективність, що передбачалось метою та завданнями дослідження.

1. Теоретичним аналізом показано провідне місце патології щитоподібної залози в структурі ендокринних хвороб населення України: за показниками захворюваності питома вага її складає 42,04%, поширеності – 45,84%, із стійким зростанням впродовж останніх 10 років. Рівень захворюваності на злоякісні новоутворення щитоподібної залози впродовж 2013 - 2020 років зменшився з 7,9 до 6,5 на 100 тис. нас., однак серед населення м. Київ, незважаючи на аналогічні загальноукраїнським тенденції до зниження, залишався значно вищим – 16,4 та 11,4 на 100 тис. нас. відповідно. Смертність від хвороб ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин упродовж цього періоду серед населення столиці зросла з 3,8 до 5,4 на 100 тис. нас.

2. Виявлено, що чисельність спеціалізованих структурних підрозділів у амбулаторно-поліклінічних закладах, що надають ендокринологічну допомогу, скоротилася впродовж 2015-2019 років на 5,6%, а стаціонарних ліжок – на 108 од. Мала місце виражена регіональна диспропорція в забезпеченості населення лікарями-ендокринологами: в м. Київ – 0,73 на 10 тис. нас., а в 11 областях України – нижче середнього по галузі (0,34 на 10 тис. нас.). Рівень укомплектованості штатних посад лікарями-ендокринологами в Україні за п'ять років зменшився з 90,6% до 88,6%, в м. Київ в 2019 р. він дорівнював 82,6%, що

вказувало на проблеми кадрового забезпечення профільними спеціалістами як загалом по галузі, так і в столиці.

3. З'ясовано, що основний метод лікування доброякісних та злоякісних новоутворень щитоподібної залози – хірургічний – історично супроводжується високими ризиками післяопераційних ускладнень. Сучасний обсяг хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози перевищує 90,0% у структурі ендокринної хірургії. Успішність тиреоїдної хірургії залежить, зокрема, від професійного рівня хірургів-ендокринологів та тісної співпраці лікарів різних спеціальностей і етапів медичної допомоги в процесі клінічного ведення хворих.

4. Виявлено високий рівень самозвернень пацієнтів до відділення ендокринної хірургії КНП «КМКЕЦ» (40,1%), що засвідчило про неналагоджену співпрацю лікарів спеціалізованої стаціонарної та первинної медичної і спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги. Унаслідок цього рутинні загальноклінічні обстеження хворих проводяться в стаціонарі, після госпіталізації, що відтерміновує хірургічне втручання та призводить до подовження тривалості перебування хворого на ліжку, яка упродовж п'яти років складала 12,9 – 12,5 днів при відповідному показникові по м. Київ для стаціонарної допомоги 10,4 – 9,8 днів, а середнє число днів роботи ліжка перевищувало нормативний показник і дорівнювало 366,0 - 383,5 днів.

5. Доведено, що в межах КНП «КМКЕЦ» не впроваджені засади мультидисциплінарної співпраці, що простежено в локальних нормативних документах, положеннях про структурні підрозділи, посадових інструкціях лікарів, клінічних маршрутах пацієнта. Унаслідок дефіциту управління зберігається традиційний підхід до одноосібного клінічного ведення хворого лікарем-хірургом. Міждисциплінарна взаємодія спеціалістів закладу ґрунтується на усталених підходах до професійної співпраці за консультативною формою участі, під час консиліумів та оперативних утручань. Однак вони обмежені за тривалістю й частотою професійної взаємодії, та набувають відокремленої форми участі лікарів у лікувально-діагностичному процесі.

6. Визначено, що загальна оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії, надана лікарями КНП «КМКЕЦ» (за даними соціологічного опитування), дорівнювала $2,8 \pm 0,6$ балів за п'ятибальною шкалою, зокрема, мета, цілі діяльності мультидисциплінарної команди оцінені у $2,6 \pm 0,8$ балів, ролі учасників – $3,1 \pm 0,5$ балів, процеси з досягнення цілей – $2,9 \pm 0,7$ балів, взаємовідносини в команді – $3,3 \pm 0,7$ балів, відносини з колегами за межами закладу – $2,3 \pm 0,6$ балів, здатність до вирішення проблем – $2,8 \pm 0,6$ балів, ентузіазм і відданість – $2,6 \pm 0,7$ балів, навички та навчання – $3,1 \pm 0,7$ балів.

7. Одержані результати власного дослідження, з урахуванням міжнародних підходів і рекомендацій з боротьби з неінфекційними захворюваннями, зважаючи на «золотий стандарт» мультидисциплінарного підходу, прийнятий світовою тиреоїдною хірургією та започаткований у вітчизняних галузевих нормативних документах, покладались в основу медико-соціального обґрунтування та розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги пацієнтам із патологією щитоподібної залози.

8. Обґрунтовано та розроблено ключові інноваційні елементи удосконаленої моделі: пацієнт-орієнтованість з метою задовольнити різноманітні потреби пацієнта в медичній допомозі внаслідок поліморбідної патології; мультидисциплінарна команда як позаштатна функціонально-структурна одиниця закладу охорони здоров'я; організаційна технологія інтеграції міждисциплінарної взаємодії між закладами спеціалізованої та первинної медичної допомоги, амбулаторним і стаціонарним етапами шляхом вертикальної (Координаційна рада територіального органу управління охороною здоров'я) та горизонтальної координації (угоди про взаємодією закладів в межах територіального медичного простору). На галузевому, регіональному та локальному рівнях передбачено регулювання міждисциплінарного підходу шляхом залучення профільних асоціацій лікарів і громадських організацій пацієнтів до його запровадження.

9. Доведено, що основними перевагами мультидисциплінарної команди слід вважати інноваційні принципи командної роботи: спільна мета для всіх учасників команди при плануванні медичної допомоги на індивідуальному рівні; чіткість розподілу ролей і взаємної відповідальності за отриманий результат; запровадження нового змісту міждисциплінарних стосунків, побудованих на взаємній довірі, толерантності, тісній комунікації та постійній співпраці. Це забезпечує прийняття узгодженого клінічного рішення на основі всебічного розгляду клінічної ситуації та безперервне спостереження її динаміки на відміну від усталеної практики одноосібного прийняття рішень лікуючим лікарем, консультативних оглядів та консилиумів, які носять ізольований, короткотривалий і фрагментарний характер.

10. Показано, що запровадження запропонованої моделі спрямовано на: постійне підвищення якості та безпеки медичної допомоги за рахунок використання доказових медичних технологій як основи прийняття узгоджених командою рішень; постійне підвищення професійного рівня учасників команди в процесі обміну досвідом і знаннями в межах командної співпраці; накопичення корпоративної бази знань закладу охорони здоров'я, першоджерелом яких стає мультидисциплінарна команда; покращення ефективності використання ресурсів шляхом удосконалення перерозподілу обсягу діагностичних досліджень та реабілітаційних заходів між амбулаторним і стаціонарним етапами медичної допомоги.

11. Результати впровадження елементів запропонованої моделі позитивно оцінені учасниками мультидисциплінарних команд закладу охорони здоров'я, де проводилось дослідження, на що вказало збільшення показників ефективності мультидисциплінарної співпраці за основними критеріями (за п'ятибальною шкалою): «Мета, цілі діяльності» (з $2,6 \pm 0,8$ до $3,8 \pm 0,7$ балів), «Процеси (діяльність в команді)» (з $2,9 \pm 0,7$ до $3,9 \pm 0,7$ балів), «Міжгрупові (міжкомандні) відносини» (з $2,3 \pm 0,6$ до $3,9 \pm 0,6$ балів), «Вирішення проблем» (з $2,8 \pm 0,6$ до $3,9 \pm 0,6$ балів), «Ентузіазм і відданість» (з $2,6 \pm 0,7$ до $3,8 \pm 0,6$ балів).

Позитивна динаміка міждисциплінарної взаємодії відмічена також за іншими критеріями.

12. Обґрунтована, розроблена та впроваджена за окремими елементами функціонально-організаційна модель хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози високо оцінена кваліфікованими експертами за п'ятибальною шкалою (від $4,50 \pm 0,51$ до $4,85 \pm 0,37$ балів) при низьких та середніх коефіцієнтах варіації думок (8,5-11,3%), що підтвердило фактичну і потенційну дієздатність моделі та дозволяє рекомендувати її для подальшого впровадження в закладах охорони здоров'я України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. United Nations. 21 October 2015. 35 p. Веб-сторінка United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
2. Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. ШЕСТЬДЕСЯТ ДЕВЯТАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Доклад Секретариата 15 апреля 2016 г. ВОЗ, 2016. 20 с.
3. GBD 2016 Causes of Death Collaborators Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017. № 390. С. 1151–1210.
4. Budreviciute A., Damiati S., Sabir D.K., Onder K., Schuller-Goetzburg P., Plakys G., Katileviciute A., Khoja S., Kodzius R. (2020) Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front. Public Health*. № 8. С. 574111. doi: 10.3389/fpubh.2020.574111.
5. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization, 2018. P. 31–32.
6. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2014 г. 16 с.
7. Неинфекционные заболевания. Информационный бюллетень. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2018. 11 с.
8. Время выполнять обещания в Европе. Решить задачи по борьбе с неинфекционными заболеваниями для достижения Целей в области устойчивого развития. Итоговый доклад Европейской конференции ВОЗ высокого уровня по неинфекционным заболеваниям. Ашхабад, Туркменистан, 9–10 апреля 2019 года. Всемирная организация здравоохранения, 2019 г. 28 с.

9. Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций. Jakab M, Farrington J, Borgermans L, Mantingh F, редакторы . Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ. 2018. С. 4.
10. Ткаченко В. І., Максимець Я. А., Видиборець Н. В., Коваленко О. Ф. Аналіз поширеності тиреоїдної патології та захворюваності на неї серед населення Київської області та України за 2007–2017 рр. *IEJ*. 2018. №14(3). С. 272–277. DOI: 10.22141/2224-0721.14.3.2018.136426.
11. Чукур О. О. Динаміка захворюваності й поширеності патології щитоподібної залози серед дорослого населення України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 4 (78). С. 19–25.
12. Ashwell E. The endocrine system and associated disorders. *Br J Nurs*. 2022. Mar 24. № 31(6). P. 316–320. DOI: 10.12968/bjon.2022.31.6.316.
13. Веб-сторінка МОЗ України https://web.archive.org/web/20100823055343/http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register_icd10/, дата звернення 17.05.2022.
14. Kelley S. Endocrinology Update: Thyroid Disorders. *FP Essent*. 2016 Dec. № 451. P. 11–16.
15. Taylor P. N., Albrecht D., Scholz A., Gutierrez-Buey G., Lazarus J. H., Dayan C. M., Okosieme O. E. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nat Rev Endocrinol*. 2018 May. № 14(5). P. 301–316. DOI: 10.1038/nrendo.2018.18.
16. Wouters H. J. C. M, Slagter S. N., Muller Kobold A. C., van der Klauw M. M , Wolffenbuttel BHR. Epidemiology of thyroid disorders in the Lifelines Cohort Study (the Netherlands). *PLoS One*. 2020 Nov 25. № 15(11). P. e0242795. DOI: 10.1371/journal.pone.0242795.
17. Domingo F. R., Avey M. T., Doull M. Screening for thyroid dysfunction and treatment of screen-detected thyroid dysfunction in asymptomatic, community-dwelling adults: a systematic review. *Syst Rev*. 2019 Nov 18. № 8(1) P. 260. DOI: 10.1186/s13643-019-1181-7.

18. Chaker L., Bianco A. C., Jonklaas J., Peeters R. P. Hypothyroidism. *Lancet*. 2017 Sep 23. № 390(10101). P. 1550–1562. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30703-1.
19. Bowden S. A., Goldis M. Congenital Hypothyroidism. [Updated 2021 Aug 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558913/>.
20. Taylor P. N., Lazarus J. H. Hypothyroidism in Pregnancy. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Sep. № 48(3). P. 547–556. DOI: 10.1016/j.ecl.2019.05.010.
21. Kroopnick J. M., Kim C. S. Overview of Hypothyroidism in Pregnancy. *Semin Reprod Med*. 2016 Nov. № 34(6). P. 323–330. DOI: 10.1055/s-0036-1593488.
22. Cigrovski Berković M., Herman Mahečić D., Marinković Radošević J., Strinović Morić M., Bilić-Ćurčić I. Hypothyroidism and pregnancy: still a controversial issue. *Gynecol Endocrinol*. 2020 Sep. № 36(9). P. 776–780. DOI: 10.1080/09513590.2020.1740202.
23. Gheorghiu M. L., Bors R. G., Gheorghisan-Galateanu A. A., Pop A. L., Cretoiu D., Varlas V. N. Hyperthyroidism in Pregnancy: The Delicate Balance between Too Much or Too Little Antithyroid Drug. *J Clin Med*. 2021 Aug 23. № 10(16). P. 3742. DOI: 10.3390/jcm10163742.
24. Biondi B., Cooper D. S. Subclinical Hyperthyroidism. *N Engl J Med*. 2018 Jun 21. № 378(25). P. 2411–2419. DOI:10.1056/NEJMcp1709318.
25. Williams D. M., Stephens J. W., Price D. E. Subclinical Hyperthyroidism. *N Engl J Med*. 2018 Oct 11. № 379(15). P. 1483-4. DOI: 10.1056/NEJMcp1809627.
26. Люлька О. М., Ковальов О. П., Ляховський В. І., Немченко І. І., Кизименко О. О. Вузловий зоб: можливості сучасних методів діагностики (огляд літератури). *Вісник проблем біології і медицини*. 2018. Вип. 4, том 2. № (147). С. 50–54.
27. Yildirim Simsir I., Cetinkalp S., Kabalak T. Review of Factors Contributing to Nodular Goiter and Thyroid Carcinoma. *Med Princ Pract*. 2020. № 29(1). P. 1–5. DOI: 10.1159/000503575.

28. Antonelli A., Ferrari S. M., Corrado A., Di Domenicantonio A., Fallahi P. Autoimmune thyroid disorders. *Autoimmun Rev.* 2015 Feb. № 14(2). P. 174–80. DOI: 10.1016/j.autrev.2014.10.016.
29. Majety P., Hennessey J. V. Acute and Subacute, and Riedel's Thyroiditis. [Updated 2022 Jul 25]. In: Feingold K. R., Anawalt B., Blackman M. R., et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285553/>.
30. Kravchenko V., Tovkay O., Rakov O., Tronko M. Epidemiology of autoimmune thyroiditis. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY (Ukraine)*. 2021. № 17(2). P. 136–144. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.17.2.2021.230568>.
31. Seib C. D., Sosa J. A. Evolving Understanding of the Epidemiology of Thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019 Mar. № 48(1). P. 23–35. DOI: 10.1016/j.ecl.2018.10.002.
32. Vigneri R., Malandrino P., Vigneri P. The changing epidemiology of thyroid cancer: why is incidence increasing? *Curr Opin Oncol.* 2015 Jan. № 27(1). P. 1–7. DOI: 10.1097/CCO.000000000000148.
33. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L, Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May. № 71(3):209–249. DOI: 10.3322/caac.21660.
34. Miranda-Filho A., Lortet-Tieulent J., Bray F., Cao B., Franceschi S., Vaccarella S., Dal Maso L. Thyroid cancer incidence trends by histology in 25 countries: a population-based study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021 Apr. № 9(4). P. 225–234. DOI: 10.1016/S2213-8587(21)00027-9.
35. Jatin P. Shah. Thyroid Carcinoma: Epidemiology, Histology, and Diagnosis. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2015 Apr. № 13(4 Suppl 4). P. 3–6.
36. Olson E., Wintheiser G., Wolfe K. M., Droessler J., Silberstein P. T. Epidemiology of Thyroid Cancer: A Review of the National Cancer Database, 2000-2013. *Cureus.* 2019 Feb 24. № 11(2). P. e4127. DOI: 10.7759/cureus.4127.

37. Hyeyeun Lim; Susan S. Devesa; Julie A. Sosa; et al. Trends in Thyroid Cancer Incidence and Mortality in the United States, 1974-2013. *JAMA*. 2017. № 317(13). P. 1338–1348. DOI: 10.1001/jama.2017.2719.
38. Filetti S., Durante C., Hartl D., Leboulleux S., Locati L.D., Newbold K., Papotti M.G., Berruti A.; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol*. 2019 Dec 1. № 30(12). P. 1856–1883. DOI: 10.1093/annonc/mdz400.
39. European Network of Cancer Registries Factsheets. https://www.enrcr.eu/sites/default/files/factsheets/ENCR_Factsheet_Thyroid_2017.pdf (12 June 2019, date last accessed).
40. Kitahara C. M., Sosa J. A. The changing incidence of thyroid cancer. *Nat Rev Endocrinol*. 2016. № 12(11). С. 646–653. DOI: 10.1038/nrendo.2016.110.
41. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva: World Health Organization; 2020. С. 25–31.
42. La Vecchia C., Malvezzi M., Bosetti C., Garavello W., Bertuccio P., Levi F., Negri E. Thyroid cancer mortality and incidence: a global overview. *Int J Cancer*. 2015 May 1. № 136(9). P. 2187–95. DOI: 10.1002/ijc.29251.
43. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. МОЗ України. ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МВС «Медінформ», 2018. С. 32–38.
44. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2014. С. 35–40.
45. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. К., 2009. С. 33–54.

46. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. К., 2011. С. 40.
47. Паламарчук А. В., Власенко М. В. Діагностика вузлових утворень щитоподібної залози. *Практикуючий лікар*. 2018. Т. 7, № 4. С. 46–52. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/PraktLik_2018_7_4_9 (дата звернення: 15.01.2020).
48. Чукур О. О. Динаміка захворюваності й поширеності патології щитоподібної залози серед дорослого населення України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 4 (78). С. 19–25. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2018.4.10020>.
49. Ткаченко В. І., Максимець Я. А., Видиборець Н. В., Коваленко О. Ф. Аналіз поширеності тиреоїдної патології та захворюваності на неї серед населення Київської області та України за 2007–2017 рр. *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2018. № 3 (14). С. 272–277. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mezh_2018_14_3_14 (дата звернення: 15.01.2020).
50. Сидоренко О. М., Сидоренко М. О., Тимошев М. П. Епідеміологія раку щитовидної залози наприкінці ХХ та на початку ХХІ століття в Україні та Запорізькій області. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2018. Т. 11. № 3(28). С. 322–325. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apfimntp_2018_11_3_16 (дата звернення: 15.01.2020).
51. Пашковська Н. В. Лікування гіпотиреозу згідно із сучасними клінічними настановами. *International journal of endocrinology*. 2016. № 6 (78). С. 48–58. DOI: 10.22141/2224-0721.6.78.2016.81860.
52. Шеремет М. І., Шідловський В. О., Сидорчук Л. П. Автоімунний тиреоїдит. Сучасні погляди на патогенез та лікування (огляд літератури). *Ендокринологія*. 2014. ТОМ 19. № 3. С. 227–23. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/enkrl_2014_19_3_12 (дата звернення: 15.01.2020).
53. Цимбалюк С. М., Черниченко І. О., Литвиченко О. М., Гульчій М. В., Баленко Н. В., Федоренко З. П., Волощук О. В. Захворюваність на рак щитоподібної залози в Україні: територіальні особливості. *ENVIRONMENT*

&HEALTH. 2017. № 1. С. 11–14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dtz_2017_1_4 (дата звернення: 15.01.2020).

54. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 17 «Рак в Україні, 2014–2015». Національний інститут раку. Київ, 2016. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm#rubriki (дата звернення: 15.01.2020).

55. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 21 «Рак в Україні, 2018–2019». Національний інститут раку. Київ, 2020. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index.htm (дата звернення: 15.01.2020).

56. Ткаченко В. І., Максимець Я. А., Видиборець Н. В., Коваленко О. Ф. Аналіз поширеності тиреоїдної патології та захворюваності на неї серед населення Київської області та України за 2007–2017 рр. *IEJ*. 2018. № 14(3). С. 272–277. DOI: 10.22141/2224-0721.14.3.2018.136426.

57. Тронько М. Д., Коваленко А. Є., Таращенко Ю. М., Остафійчук М. В. Тиреоїдні вузли в населення України, протокол діагностики та лікування в період після аварії на Чорнобильській АЕС (огляд літератури та власні дані). *IEJ*. 2018. № 14(7). С. 677–683. DOI: 10.22141/2224-0721.14.7.2018.148775.

58. Тронько М. Д., Пастер І. П., Стаценко О. А., Гириявенко О. Я. 30 років після аварії на Чорнобильській АЕС: огляд публікацій у журналі «Ендокринологія». *ЕНДОКРИНОЛОГІЯ*. 2016. ТОМ 21. № 2. С. 167. DOI: http://nbuv.gov.ua/UJRN/enkrl_2016_21_2_14 (дата звернення: 16.01.2020).

59. Цимбалюк С. М., Черниченко І. О., Литвиченко О. М., Гульчій М. В., Баленко Н. В., Федоренко З. П., Волощук О. В. Захворюваність на рак щитоподібної залози в Україні: територіальні особливості. Епідеміологічні відмінності захворюваності та поширеності хвороб щитоподібної залози. *ENVIRONMENT&HEALTH*. 2017. № 1. С. 11–14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dtz_2017_1_4 (дата звернення: 16.01.2020).

60. Зелінська Н. Б., Ларін О. С. Патологія щитоподібної залози у дитячого населення України. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*.

2016. № 3 (55). С. 76–81. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kee_2016_3_13 (дата звернення: 16.01.2020).

61. Allen E., Fingeret A. Anatomy, Head and Neck, Thyroid. [Updated 2021 Jul 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470452/> (дата звернення: 25.08.2022).

62. Informed Health.org [Internet]. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006-. How does the thyroid gland work? 2010 Nov 17 [Updated 2018 Apr 19]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279388/> (дата звернення: 25.08.2022).

63. Pirahanchi Y., Tariq M. A., Jialal I. Physiology, Thyroid. [Updated 2022 Feb 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519566/> (дата звернення: 25.08.2022).

64. Нечипорук В. М., Корда М. М. Сучасні погляди на біосинтез і механізм дії тиреоїдних гормонів. *Медична та клінічна хімія*. 2015. Т. 17. № 2. С. 87–93. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Medkh_2015_17_2_22 (дата звернення: 16.01.2020).

65. Rousset B., Dupuy C., Miot F., et al. Chapter 2. Thyroid Hormone Synthesis And Secretion. [Updated 2015 Sep 2]. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285550/> (дата звернення: 16.01.2020).

66. Peeters R. P., Visser T. J. Metabolism of Thyroid Hormone. [Updated 2017 Jan 1]. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285545/> (дата звернення: 16.01.2020).

67. Krashin E., Piekielko-Witkowska A., Ellis M., Ashur-Fabian O. Thyroid Hormones and Cancer: A Comprehensive Review of Preclinical and Clinical Studies.

Front Endocrinol (Lausanne). 2019 Feb 13. № 10. P. 59. DOI: 10.3389/fendo.2019.00059.

68. Shahid M. A., Ashraf M. A., Sharma S. Physiology, Thyroid Hormone. [Updated 2021 May 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500006/> (дата звернення: 25.08.2022).

69. Baksi S., Pradhan A. Thyroid hormone: sex-dependent role in nervous system regulation and disease. *Biol Sex Differ*. 2021. № 12(1). P. 25. DOI: 10.1186/s13293-021-00367-2/ (дата звернення: 25.08.2022).

70. Accorroni A., Chiellini G., Origlia N. Effects of Thyroid Hormones and their Metabolites on Learning and Memory in Normal and Pathological Conditions. *Curr Drug Metab*. 2017. № 18(3). P. 225–236. DOI: 10.2174/1389200218666170116112407.

71. Armstrong M., Asuka E., Fingeret A. Physiology, Thyroid Function. [Updated 2022 Mar 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537039/> (дата звернення: 25.08.2022).

72. Dosiou C. Thyroid and Fertility: Recent Advances. *Thyroid*. 2020 Apr. № 30(4). P. 479–486. DOI: 10.1089/thy.2019.0382.

73. Poppe K. Management of endocrine disease: Thyroid and female infertility: more questions than answers?! *Eur J Endocrinol*. 2021 Apr. № 184(4). P. R123-R135. DOI: 10.1530/EJE-20-1284.

74. Unuane D., Velkeniers B. Impact of thyroid disease on fertility and assisted conception. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2020 Jul. № 34(4). P. 101378. DOI: 10.1016/j.beem.2020.101378.

75. Silva J. F., Ocarino N. M., Serakides R. Thyroid hormones and female reproduction. *Biol Reprod*. 2018. № 99(5). P. 907-921. DOI: 10.1093/biolre/ioy115.

76. Vannucchi G., Persani L., Fugazzola L. Thyroid pathology and female fertility: Myth or reality? *Annales D'endocrinologie*. 2022. № 83(3). P. 168–171. DOI: 10.1016/j.ando.2022.05.001.

77. Gothié J. D., Demeneix B., Remaud S. Comparative approaches to understanding thyroid hormone regulation of neurogenesis. *Mol Cell Endocrinol*. 2017 Dec 25. № 459. P. 104–115. DOI: 10.1016/j.mce.2017.05.020.
78. Agrawal P., Philip R., Saran S., Gutch M., Razi M. S., Agroiya P., Gupta K. Congenital hypothyroidism. *Indian J Endocrinol Metab*. 2015 Mar-Apr. № 19(2). P. 221-7. DOI: 10.4103/2230-8210.131748.
79. Saoud M., Al-Fahoum S., Kabalan Y. Congenital hypothyroidism: a five-year retrospective study at Children's University Hospital, Damascus, Syria. *Qatar Med J*. 2019 Aug 6. 2019. № (1). P. 7. DOI: 10.5339/qmj.2019.7.
80. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020. № 396. P. 1223–49. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).
81. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks / Annette Prüss-Üstün ... [et al]. World Health Organization 2016. 176 p.
82. Rojas-Rueda D., Morales-Zamora E., Alsufyani W. A., Herbst C. H., AlBalawi S. M., Alsukait R., Alomran M. Environmental Risk Factors and Health: An Umbrella Review of Meta-Analyses. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 15. № 18(2). P. 704. DOI: 10.3390/ijerph18020704.
83. Santos J. V., Gorasso V., Souza J., Wyper G.M.A., Grant I., Pinheiro V., Viana J., Ricciardi W., Haagsma J. A., Devleeschauwer B., Plass D., Freitas A. Risk factors and their contribution to population health in the European Union (EU-28) countries in 2007 and 2017. *Eur J Public Health*. 2021 Oct 26. № 31(5). P. 958–967. DOI: 10.1093/eurpub/ckab145.
84. Антоненко А. М., Коршун М. М. Фактори навколишнього середовища як чинники ризику патології щитоподібної залози (аналітичний огляд літератури, перше повідомлення). *ENVIRONMENT&HEALTH*. 2016. № 3. С. 74–79. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dtz_2017_1_16 (дата звернення: 25.08.2022).

85. Антоненко А. М., Коршун М. М. Фактори навколишнього середовища як чинники ризику патології щитоподібної залози (аналітичний огляд літератури, друге повідомлення). *ENVIRONMENT&HEALTH*. 2017. № 1. С. 59–64. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dtz_2017_1_16 (дата звернення: 25.08.2022).

86. Тронько М. Д., Пастер І. П., Замотаєва Г. А., Масюк С. В. Українсько-Американський тиреоїдний проект: огляд наукових публікацій із питань епідеміології, дозиметрії та йодного забезпечення. *ЕНДОКРИНОЛОГІЯ*. 2018. Том 23. № 2. С. 154–166. DOI:10.31793/1680-1466.2019.24-4.346.

87. Сердюк А. М., Павленко Т. О., Риган М. М., Лось І. П., Скалецький Ю. М. Радіологічні наслідки аварії на Чорнобильській АЕС крізь призму проблем протирадіаційного захисту населення України. *ENVIRONMENT&HEALTH*. 2016. № 1 С. 22–30. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dtz_2016_1_6 (дата звернення: 16.01.2020).

88. Bogdanova T. et al. Histopathological features of papillary thyroid carcinomas detected during four screening examinations of a Ukrainian-American cohort. *Br J Cancer*. 2015 Dec 1. № 113(11). P. 1556–64. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26625214> (дата звернення: 16.01.2020).

89. 1986-2016: Chernobyl at 30. WHO, Geneva, 2016. 7 p. Веб-сторінка WHO. Home/Publications/Overview/1986-2016: Chernobyl at 30 URL: <https://www.who.int/publications/m/item/1986-2016-chernobyl-at-30#:~:text=On%2026%20April%201986%2C%20an,air%20due%20to%20the%20explosion> (дата звернення: 16.01.2020).

90. Черенько С. М., Смоляра В. А., Шаповал Н. О. Рак щитоподібної залози серед «Дітей Чорнобиля»: чи актуальна ця проблема через 30 років після аварії на ЧАЕС? *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2017. № 1(57). С. 30–39. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kee_2017_1_5 (дата звернення: 15.11.2020).

91. Grimm D. Cell and Molecular Biology of Thyroid Disorders. *Int. J. Mol. Sci*. 2019. № 20(12). P. 2895. DOI:10.3390/ijms20122895.

92. Городинська О. Ю. Гіпотиреоз: особливості клінічного перебігу в умовах йододефіциту. *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. 2015. Том 15, Випуск № 1(49). С. 70–73. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/11651/1/%D0%90%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D1%96%20%D1%81%D1%83%D1%87%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B8%20%D0%A2%D0%BE%D0%BC%2015.%20%D0%92%D0%B8%D0%BF%D1%83%D1%81%D0%BA%201%20%2849%29.2015%20%281%29.pdf>. (дата звернення: 15.11.2020).

93. Черенько М. С. Ендогенний субклінічний гіпертиреоз: сучасні погляди на діагностику і лікування (з огляду на останні настанови Європейської тиреоїдної асоціації). *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2016. № 3 (55) С. 95–98. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kee_2016_3_16 (дата звернення: 15.11.2020).

94. Лузанчук І. А., Кравченко В. І., Медведєв Б. К., Постол С. В. Йодне забезпечення та стан йодної профілактики серед вагітних. *ЕНДОКРИНОЛОГІЯ*. 2016, ТОМ 21. № 1. С. 39. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/enkrl_2016_21_1_9 (дата звернення: 15.11.2020).

95. Tkachuk, V., Velichko, V., Tkachuk, I. Йододефіцит та йододефіцитні захворювання. *Практикуючий лікар*. 2021. № 3. С. 45–50. URL: <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/view/656/559> (дата звернення: 17.01.2022).

96. Поспішіль Ю. О., Вовк В. І., Омеляш У. В. Патоморфоз пухлин щитоподібної залози в Прикарпатському ендемічному регіоні зоба за 2000-2002 та 2010-2012 роки. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія* 2018. № 3(63). С. 64–71. URL: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.3\(63\).2018.142714](https://doi.org/10.24026/1818-1384.3(63).2018.142714) (дата звернення: 15.11.2020).

97. Тронько М. Д., Кравченко В. І. Профілактика йодозалежних захворювань в Україні (огляд літератури). *ENVIRONMENT & HEALTH*. 2019. №

2. С. 65–69. URL: <https://doi.org/10.32402/dovkil2019.02.065> (дата звернення: 15.11.2020).

98. Баленко Н. В., Черниченко І. О., Цимбалюк С. Н., Гульчій М. В., Баглий Є. А., Федоренко З. П., Осташ О. М. Рак щитоподібної залози як проблема антропогенного забруднення (І повідомлення). *Довкілля та здоров'я*. 2014. № 1. С. 33–37. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dtz_2014_1_11 (дата звернення: 15.11.2020).

99. Demeneix B., Slama R. Endocrine Disruptors: from Scientific Evidence to Human Health Protection. Study. European Union, 2019. 132 P.

100. Баленко Н. В., Цимбалюк С. М., Черниченко І. О., Литвиченко О. М., Гульчій М. В., Осташ О. М. Роль канцерогенних металів у формуванні захворюваності населення на рак щитоподібної залози. *ENVIRONMENT & HEALTH*. 2017. № 3. С. 14–21. URL: <http://www.dovkil-zdorov.kiev.ua/env/83-0014.pdf> (дата звернення: 15.11.2020).

101. Черниченко І. О., Литвиченко О. М., Цимбалюк С. М., Швагер О. В., Соверткова Л. С., Баленко Н. В. Хімічні канцерогени атмосферного повітря: вплив на захворюваність населення на рак щитоподібної залози. Гігієна населених місць: зб. наук. праць. Київ, 2015. Вип. 66. С. 104–110.

102. Yavorovskyi O. P. Пріоритетні екологічні питання у сфері профілактики раку щитоподібної залози. *ENVIRONMENT & HEALTH*. 2019. № 1. С. 77–79. URL: <http://www.dovkil-zdorov.kiev.ua/env/90-0074.pdf> (дата звернення: 15.11.2020).

103. Татарчук Т. Ф., Калугіна Л. В., Данилова А. О. Карцинома щитоподібної залози в жінок. Погляд гінеколога. *Репродуктивна ендокринологія*. 2019. № 3 (47). С. 20–23.

104. Баленко Н. В., Цимбалюк С. М., Черниченко І. О., Осташ О. М. Про можливі механізми впливу забруднень атмосфери бенз(а)піреном на формування захворюваності населення на рак щитоподібної залози. *ENVIRONMENT & HEALTH*. 2016. № 1. С. 4–8.

105. Черниченко І. О., Баленко Н. В., Цимбалюк С. М., Осташ О. М. Про можливі механізми впливу атмосферних забруднень формальдегідом на формування захворюваності населення на рак щитоподібної залози. *ENVIRONMENT & HEALTH*. 2016. № 2 С. 9–13.

106. Taylor P. N., Albrecht D., Scholz A., Gutierrez-Buey G., Lazarus J. H., Dayan C. M., Okosieme O. E. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2018 May. № 14(5). P. 301–316. DOI: 10.1038/nrendo.2018.18.

107. Razvi S., Bhana S., Mrabeti S. Challenges in Interpreting Thyroid Stimulating Hormone Results in the Diagnosis of Thyroid Dysfunction. *J. Thyroid. Res.* 2019 Sep 22. 2019:4106816. DOI: 10.1155/2019/4106816.

108. Ferrari S. M., Fallahi P., Antonelli A., Benvenga S. Environmental Issues in Thyroid Diseases. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2017 Mar 20. № 8. P. 50. DOI: 10.3389/fendo.2017.00050.

109. Rayman M. P. Multiple nutritional factors and thyroid disease, with particular reference to autoimmune thyroid disease. *Proc. Nutr. Soc.* 2019 Feb. № 78(1). P. 34–44. DOI: 10.1017/S0029665118001192.

110. Mammen J. S. R., Cappola A. R. Autoimmune Thyroid Disease in Women. *JAMA*. 2021. № 325(23). P. 2392–2393. DOI: 10.1001/jama.2020.22196.

111. Корзун В. Н., Воронцова Т. О. Вплив природних і техногенних чинників на функцію щитоподібної залози (огляд літератури). *ENVIRONMENT & HEALTH*. 2019. № 3. С. 61–68. URL: <https://doi.org/10.32402/dovkil2019.03.061> (дата звернення: 15.11.2020).

112. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. Дата оновлення: 02.12.2019. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1996, № 30, ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 15.11.2020).

113. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Дата оновлення:

03.11.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 17.01.2022).

114. Про протидію поширенню хвороб, обумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 12.12.1991 № 1972-ХІІ. Дата оновлення: 16.10.2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text> (дата звернення: 17.01.2022).

115. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-ХІІ. Дата оновлення: 03.11.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text> (дата звернення: 15.02.2023).

116. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI. Дата оновлення: 29.07.2022. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1993, № 4, ст. 19. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/150853_704372 (дата звернення: 15.02.2023).

117. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. Дата оновлення: 29 липня 2022 року. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T150222?an=1290> (дата звернення: 15.02.2023).

118. Про захист прав споживачів : Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-ХІІ. Дата оновлення: 16 серпня 2022 року. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T102300> (дата звернення: 15.02.2023).

119. Про інформацію : Закон України від 02.10.1992 № 2657-ХІІ. Дата оновлення: 3 листопада 2022 року. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T265700?an=909006> (дата звернення: 15.02.2023).

120. Про лікарські засоби : Закон України від 07.05.1996. Дата оновлення: 12.01.2023. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/171533_711026 (дата звернення: 15.02.2023).

121. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 22.07.2009 № 529.

Дата оновлення: 12.08.2020. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/296898_661795 (дата звернення: 15.02.2023).

122. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751. Дата оновлення: 26.09.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text> (дата звернення: 15.02.2023).

123. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 : наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text> (дата звернення: 15.02.2023).

124. Biondi B., Bartalena L., Cooper D. S., Hegedüs L., Laurberg P., Kahaly G. J. The 2015 European Thyroid Association Guidelines on Diagnosis and Treatment of Endogenous Subclinical Hyperthyroidism. *Eur Thyroid J.* 2015 Sep. № 4(3). P. 149–63. DOI: 10.1159/000438750.

125. Haugen B. R., Alexander E. K., Bible K. C., Doherty G. M., Mandel S. J., Nikiforov Y. E., Pacini F., Randolph G. W., Sawka A. M., Schlumberger M., Schuff K. G., Sherman S. I., Sosa J. A., Steward D. L., Tuttle R. M., Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016 Jan. № 26(1). P. 1-133. DOI: 10.1089/thy.2015.0020.

126. Alexander E. K., Pearce E. N., Brent G. A., Brown R. S., Chen H., Dosiou C., Grobman W. A., Laurberg P., Lazarus J. H., Mandel S. J., Peeters R. P., Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid.* 2017 Mar. № 27(3). P. 315–389. DOI: 10.1089/thy.2016.0457.

127. Bartalena L., Baldeschi L., Boboridis K., Eckstein A., Kahaly G. J., Marcocci C., Perros P., Salvi M., Wiersinga W. M. European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO). The 2016 European Thyroid Association/European Group on Graves' Orbitopathy Guidelines for the Management of Graves' Orbitopathy. *Eur Thyroid J.* 2016 Mar. № 5(1). P. 9–26. DOI: 10.1159/000443828.

128. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників : Постанова КМУ від 14 липня 2021 р. № 725. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/kp210725?an=2> (дата звернення: 15.02.2023).

129. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів : наказ МОЗ України від 22 лютого 2019 р. № 446. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperervnogo-profesijnogo-rozvitku-likariv> (дата звернення: 15.02.2023).

130. Про удосконалення організації надання ендокринологічної допомоги населенню України : наказ МОЗ України та АМН України від 28 березня 2006 р. № 175/23. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0175282-06#Text> (дата звернення: 15.02.2023).

131. Стан ендокринологічної служби в регіонах: проблемні питання та шляхи їх вирішення» (28 - 29 березня 2019 року, м. Харків) : Резолюція семінару-наради головних позаштатних ендокринологів 9 областей України, що підпорядковані для курації ДУ «ІПЕП ім. В.Я. Данилевського НАМН України». URL: <https://ipep.com.ua/data/admin/ckeditor/kcfinder/upload/files/2019/28.03-29.03.2019/rezoluc.pdf> (дата звернення: 15.02.2023).

132. Стан ендокринологічної служби в регіонах: проблемні питання та шляхи їх вирішення" (6–7 квітня 2017 року, м. Харків) : Резолюція семінару-наради головних позаштатних ендокринологів областей України, що підпорядковані для курації ДУ «ІПЕП ім. В. Я. Данилевського НАМН України». *Проблеми ендокринної патології.* 2017. № 2. С. 89–96. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pep_2017_2_16 (дата звернення: 15.02.2023).

133. Про затвердження Положення про групи експертів МОЗ України : наказ МОЗ України від 21.03.2017 № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0488-17> (дата звернення: 15.02.2023).
134. Про затвердження складу груп експертів МОЗ України : наказ МОЗ України від 21.07.2017 № 834. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ27897.html (дата звернення: 15.02.2023).
135. Савіна Т. В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 15. С. 95–98. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/15_2017/19.pdf (дата звернення: 15.02.2023).
136. Батченко Л. В., Шевченко О. Б. Стан кадрів в медичній галузі: проблемний стан. *МЕНЕДЖЕР*. 2016. № 4(73). С. 19–24. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzhm_2016_4_5 (дата звернення: 15.02.2023).
137. Бойко С. Г. Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2018. № 1. Електронне наукове фахове видання. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/index/zmist_2018_1/0-33 (дата звернення: 15.02.2023).
138. Короленко В. В., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. 96 с.
139. Sarkar S., Banerjee S., Sarkar R., Sikder B. A Review on the History of 'Thyroid Surgery'. *Indian J Surg*. 2016. № 78(1). P. 32–36. DOI: 10.1007/s12262-015-1317-5.
140. Fortuny J. V., Guigard S., Karenovics W., Triponez F. Surgery of the thyroid: recent developments and perspective. *Swiss Med Wkly*. 2015 Jul 28. № 145:w14144. DOI: 10.4414/smw.2015.14144.
141. Tröhler U. Emil Theodor Kocher (1841-1917). *J. R. Soc. Med.* 2014. № 107(9). P. 376–377. DOI: 10.1177/0141076814546085.
142. Рибаків С. І. Е. Т. Кохер – засновник тиреоїдної хірургії. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2012. № 1(38). С. 52–57.

143. Romanchishen A. F., Vabalayte K. V. Russian thyroid surgery from the 19th to the early 20th century. *Ann Ital Chir.* 2019. № 90. P. 269–274. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31354157/> (дата звернення: 15.02.2023).
144. Рыбаков С.И. Забытые имена и первые операции по поводу зоба в Украине. *ENDOKRYNOLOGIA.* 2019. VOL. 24. №. 2. С. 187–193. DOI: 10.31793/1680-1466.2019.24-2.187.
145. Мамчич В. І., Погорелов О. В., Воскобойнік О. Ю. Хірургічне лікування щитоподібної залози : історія та перспективи подальшого вивчення (науковий огляд). *Украинский журнал хирургии.* 2013. № 2(21) URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36337> (дата звернення: 15.02.2023).
146. Історія ендокринної хірургії в Україні. Професор О. К. Горчаков. Вебсторінка КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр». URL: <http://kmkec.com.ua/kmkec/history/120-storya-endokrinnoyi-hirurgyi-v-ukrayin-profesor-okgorchakov.html> (дата звернення: 15.02.2023).
147. Рыбаков С. И. Тиреотоксический зоб — история хирургического лечения (сообщение 2). *Эндокринология | Endocrinology.* 2019. № 24(1). С. 66–80. DOI: 10.31793/1680-1466.2019.24-1.66.
148. Рыбаков С. И. Становление эндокринной хирургии в Украине. Киевская школа эндокринных хирургов. *Клінічна хірургія.* 2015. № 8. С.75–80. URL: http://irbis.bsmu.edu.ua/cgi-bin/irbis64r_12/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=MEDLIBP_PRINT&P21DBN=MEDLIBP&S21STN=1&S21REF=&S21FMT=FULLW_print&C21COM=S&S21CNR=500&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=A=&S21STR=%D0%93%D0%BE%D0%B4%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9,%20%D0%90.%20%D0%86 (дата звернення: 15.02.2023).
149. Ларин А. С., Черенько С. М., Крушинская З. Г., Черненко Е. В., Сулаева О. Н. Современные тренды оптимизации диагностики рака щитовидной железы. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія.* 2017. № 2 (58). С.19–28. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kee_2017_2_4 (дата звернення: 15.02.2023).

150. Сулаева О. Н., Белемец Н. И., Селезнев А. А., Чуба В. Я., Шапочка Д. А., Черненко Е. В. Морфологическая и молекулярная диагностика опухолей щитовидной железы в соответствии с международными протоколами и рекомендациями. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2018. № 1(61). С. 7–14. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.24026/1818-1384.1\(61\).2018.126898](https://doi.org/10.24026/1818-1384.1(61).2018.126898).

151. Нечай О. П. Впровадження оновлених керівних настанов Американської тиреоїдної асоціації по веденню хворих на медулярний рак щитоподібної залози. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2018. № 4(64). С. 101–102. URL: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150193](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150193). (дата звернення: 15.02.2023).

152. Тарасенко С. О. Актуальні проблеми ендокринології та ендокринної хірургії. Субклінічні варіанти ендокринних хвороб. Резолюція науково-практичної конференції, засідання ВГО «Асоціація ендокринних хірургів України» 23.11.2018, м. Київ. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія* 2018. № 4(64) С. 112–114. DOI: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150233](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150233).

153. Мазур О. В., Шаповал Н. О., Белемець Н. І. Дилема у виборі тактики хірургічного лікування вузлових утворень щитоподібної залози із сумнівними цитологічними характеристиками. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання ендокринології та ендокринної хірургії», м. Київ, 4—5 жовтня 2019 р. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. № 3(67) 2019. С. 75–76. DOI: <https://doi.org/10.30978/CEES-2019-3-69>.

154. Шідловський О. В., Шідловський В. О., А. М. Дивак. Безпечність хірургічних втручань на щитоподібній залозі. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання ендокринології та ендокринної хірургії», м. Київ, 4—5 жовтня 2019 р. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. № 3(67) 2019. С. 79–80. DOI: <https://doi.org/10.30978/CEES-2019-3-69>.

155. Biondi B., Bartalena L., Cooper D. S., Hegedüs L., Laurberg P., Kahaly G. J. The 2015 European Thyroid Association Guidelines on Diagnosis and Treatment

of Endogenous Subclinical Hyperthyroidism. *Eur Thyroid J.* 2015 Sep. № 4(3). P. 149–63. DOI: 10.1159/000438750.

156. Завгородній С. М., Перцов В. І., Телушко Я. В., Савченко С. І., Данилюк М. Б. Хірургічна тактика при локалізації пухлини щитоподібної залози в задньому середостінні. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія.* 2016. № 3(55). С. 91–94. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kee_2016_3_15 (дата звернення: 17.01.2023).

157. Паламарчук В. О. Лімфорія у тиреоїдній хірургії. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія.* 2016. № 3(55) С. 15–21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kee_2016_3_4 (дата звернення: 17.01.2023).

158. Ліщинський П. О., Чирков Ю. Е. Мініінвазивні методи лікування метастатичної хвороби високодиференційованого раку щитоподібної залози. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія.* 2018. № 4(64) С. 97–98. DOI: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150183](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150183).

159. Кашперська В. Я. Стан метаболізму кальцію і фосфору у хворих оперованих з приводу папілярного раку щитоподібної залози. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія.* 2016. № 3(55). С. 49–53. DOI: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.3\(55\).2016.77515](https://doi.org/10.24026/1818-1384.3(55).2016.77515).

160. Нечай О. П., Товкай О. А., Черенько С. М. Зниження частоти післяопераційної гіпокальціємії у пацієнтів з дифузним токсичним зобом шляхом усунення дефіциту вітаміну D на доопераційному етапі. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія.* 2018. № 1(61) С. 44–49. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.24026/1818-1384.1\(61\).2018.126911](https://doi.org/10.24026/1818-1384.1(61).2018.126911).

161. Тарасенко С. О. Анестезіологічний менеджмент тиреоїдектомій у пацієнтів з тиреотоксикозом: впровадження збалансованої (мультиmodalної) аналгезії. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія.* 2016. № 2(54). С. 42–56. DOI: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.2\(54\).2016.75931](https://doi.org/10.24026/1818-1384.2(54).2016.75931).

162. Тарасенко С. О. Анестезія у пацієнтів із синдромом тиреотоксикозу: виклик для анестезіолога або буденність? *Клінічна ендокринологія та*

ендокринна хірургія. 2017. № 2 (58). С. 62–69. DOI: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.2\(58\).2017.105612](https://doi.org/10.24026/1818-1384.2(58).2017.105612).

163. Паламарчук В. О., Квітка Д. М., Мазур О. В. Ризик-орієнтоване лікування папілярного раку щитоподібної залози. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2019. № 3(67). С. 7–13. DOI: <http://doi.org/10.30978/CEES-2019-3-7>.

164. Шідловський О. В., Кравців В. В., Гаплик Г. П., Шідловський В. О. Серцеві наслідки тиреотоксикозу середньої тяжкості та їх зміни після хірургічного лікування токсичного зоба. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2019. № 2(66) С. 57–63. DOI: <http://doi.org/10.30978/CEES-2019-2-57>.

165. Шідловський О. В., Кравців В. В., Привроцький В. М., Донченко Л. С. Визначальні фактори, які впливають на віддалені результати хірургічного лікування хворих на токсичний зоб із тяжкою формою тиреотоксикозу. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання ендокринології та ендокринної хірургії», м. Київ, 4—5 жовтня 2019 р. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2019. № 3(67) С. 81–82. DOI: <https://doi.org/10.30978/CEES-2019-3-69>.

166. Díez J. J., Galofré J. C. Thyroid Cancer Patients' View of Clinician Professionalism and Multidisciplinary Approach to Their Management. *J Multidiscip Healthc*. 2021. № 14. P. 1053–1061. DOI: 10.2147/JMDH.S309953.

167. Fenton M. E., Wade S. A., Pirrili B. N., Balogh Z. J., Rowe C. W., Bendinelli C. Variability in Thyroid Cancer Multidisciplinary Team Meeting Recommendations Is Not Explained by Standard Variables: Outcomes of a Single Centre Review. *J Clin Med*. 2021. № 10(18). P. 4150. DOI:10.3390/jcm10184150.

168. Babiker A., El Hussein M., Al Nemri A., et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr*. 2014. № 14(2). P. 9–16. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949805/> (дата звернення: 17.01.2023).

169. Improving teams in healthcare Resource 3: Team communication. RCP policy: patient safety. Improving teams in healthcare. Royal College of Physicians. Health Education England. 2017. 8 P.

170. Тронько М. Д. Виклики та реалії сучасної ендокринологічної служби: фундаментальна та прикладна наука в клінічній ендокринології. Вебсторінка спеціалізованого медичного порталу Health-UA.com. URL: <https://health-ua.com/article/42424-vikliki-ta-real-suchasno-endokrinologchno-sluzhbi-fundamentalna-ta-prikladn>(дата звернення: 17.01.2023).

171. Iwen A. Schilddrüsen Sonografie – Schritt für Schritt [Ultrasound Examination of the Thyroid Gland - Step by Step]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2020 Feb. № 145(4). P. 260–267. German. DOI: 10.1055/a-0674-7845.

172. Taberna M., Gil Moncayo F., Jané-Salas E., et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Front Oncol.* 2020. № 10. P. 85. DOI: 10.3389/fonc.2020.00085.

173. Viola D., Elisei R. Management of Medullary Thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019 Mar. № 48(1). P. 285–301. PMID: 30717909. DOI: 10.1016/j.ecl.2018.11.006.

174. Brito J. P., Hay I. D. Management of Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019. № 48(1). P. 199–213. DOI: 10.1016/j.ecl.2018.10.006.

175. Asa S. L., Mete O. Endocrine pathology: past, present and future. *Pathology.* 2018. № 50(1). P. 111–118. DOI: 10.1016/j.pathol.2017.09.003.

176. Rankin N. M., Lai M., Miller D., Beale P., Spigelman A., Prest G., et al. Cancer multidisciplinary team meetings in practice: Results from a multi-institutional quantitative survey and implications for policy change. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2018. № 14(1). P. 74–83. DOI: 10.1111/ajco.12765/.

177. Soukup T., Lamb B. W., Arora S., Darzi A., Sevdalis N., Green J. S. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *J Multidiscip Healthc.* 2018. № 11. P. 49–61. DOI: 10.2147/JMDH.S117945.

178. Taplin S. H., Weaver S., Salas E., Chollette V., Edwards H. M., Bruinooge S. S., Kosty M. P. Reviewing cancer care team effectiveness. *J Oncol Pract.* 2015. № 11(3). P. 239–46. DOI: 10.1200/JOP.2014.003350.
179. Rosen M. A., DiazGranados D., Dietz A. S., et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol.* 2018. № 73(4). P. 433–450. DOI: 10.1037/amp0000298.
180. Doubleday A., Sippel R. S. Surgical options for thyroid cancer and post-surgical management. *Expert Rev Endocrinol Metab.* 2018. № 13(3). P. 137–148. DOI: 10.1080/17446651.2018.1464910.
181. European Partnership Action Against Cancer consensus group; Borrás J. M., Albrecht T., Audisio R., Briers E., Casali P., Esperou H., Grube B., Hamoir M., Henning G., Kelly J., Knox S., Nabal M., Pierotti M., Lombardo C., van Harten W., Poston G., Prades J., Sant M., Travado L., Valentini V., van de Velde C., van den Bogaert S., van den Bulcke M., van Hoof E., van den Neucker I., Wilson R. Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur J Cancer.* 2014. № 50(3) P. 475–80. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.11.012.
182. Marsilio M., Torbica A., Villa S. Health care multidisciplinary teams: The sociotechnical approach for an integrated system-wide perspective. *Health Care Manage Rev.* 2017. № 42(4). P. 303–314. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000115.
183. Prades J., Remue E., van Hoof E., Borrás J. M. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy.* 2015. № 119(4). P. 464–74. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.09.006.
184. Janssen A., Robinson T., Brunner M., Harnett P., Museth K. E., Shaw T. Multidisciplinary teams and ICT: a qualitative study exploring the use of technology and its impact on multidisciplinary team meetings. *BMC Health Serv Res.* 2018. № 18(1). P. 444. DOI: 10.1186/s12913-018-3242-3.
185. van Huizen L. S., Dijkstra P. U., Hemmer P. H. J., van Etten B., Buis C. I., Olsder L., van Vilsteren F. G. I., Ahaus KCTB, Roodenburg J. L. N. Reorganizing the Multidisciplinary Team Meetings in a Tertiary Centre for Gastro-Intestinal Oncology

Adds Value to the Internal and Regional Care Pathways. A Mixed Method Evaluation. *Int J Integr Care*. 2021. № 21(1). P. 8. DOI: 10.5334/ijic.5526.

186. Singh R., Küçükdeveci A. A., Grabljevec K., Gray A. The role of Interdisciplinary Teams in Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med*. 2018. № 50(8). P. 673–678. DOI: 10.2340/16501977-2364.

187. Zajac S., Woods A., Tannenbaum S., Salas E., Holladay C. L. Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence Based Guidance. *Front. Commun*. 2021. № 6. P. 606445. DOI: 10.3389/fcomm.2021.606445.

188. Sally E. Carty, Gerard M. Doherty, William B. Inabnet III, Janice L. Pasiaka, Gregory W. Randolph, Ashok R. Shaha, David J. Terris, Ralph P. Tufano, R. Michael Tuttle. American Thyroid Association Statement on the Essential Elements of Interdisciplinary Communication of Perioperative Information for Patients Undergoing Thyroid Cancer Surgery. *Thyroid*. 2012. № 22(4). P. 395–399. DOI: 10.1089/thy.2011.0423.

189. Moubayed S. P., Machado R., Tuttle R. M., Orloff L. A., Randolph G., Hernandez-Prera J. C., Griffin M. J., Urken M. L. Enhanced interdisciplinary communication: development of an interactive thyroid nodule/cancer disease map. *Laryngoscope*. 2019 Jan;129(1):269-274. doi: 10.1002/lary.27244.

190. Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2018 р. № 1881. *Верховна Рада України*: веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#Text> (дата звернення: 13.09.2021).

191. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 3 грудня 2020 року № 1053-IX. *Верховна Рада України*: веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 13.09.2021).

192. Національна служба здоров'я України. Вимоги Програми медичних гарантій-2021. *Національна служба здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021> (дата звернення: 13.09.2021).

193. З липня в Україні розпочнуть роботу мобільні команди з надання психіатричної допомоги. *Національна служба здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/z-lipnya-v-ukrayini-rozpochnut-robotu-mobilni-komandi-z-pada-526> (дата звернення: 13.09.2021).

194. Клименко І. А., Толстанов О. К. Перспективи розвитку тиреоїдної хірургії в Україні: огляд літератури. *Укр. Мед. Часопис*. 2020. № 4 (138), Т. 2. С. 1–4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.138.183767.

195. Клименко І. А. Небезпеки та їх профілактика в тиреоїдній хірургії. *Безпека пацієнтів в Україні: на шляху до Національного плану дій*. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, м. Київ, 17 вересня 2021 року. Київ, 2021. С. 67–68.

196. Важинський С. Е., Щербак Т. І. Методика та організація наукових досліджень : навч. посіб. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 260 с.

197. Мокін, Б. І. Методика та організація наукових досліджень : навч. посіб. Вінниця : ВНТУ, 2014. С. 20–30.

198. Петінова О. Б. Філософія: навчальний посібник. Одеса, 2019. 304 с.

199. CourseHero: вебсайт. <https://www.coursehero.com/file/37046466/Team-effectiveness-questionnairepdf/>; URL: https://www.cu.edu/sites/default/files/Team_effectiveness_questionnaire.pdf. (дата звернення: 22.01.2020).

200. Hosung Kang. Systematic overview of reviews of instruments that evaluate teamwork in healthcare. 2019. Electronic Thesis and Dissertation Repository. 6384. URL: <https://ir.lib.uwo.ca/etd/6384> (дата звернення: 22.11.2020).

201. Harris Jenny. Development and testing of the cancer multidisciplinary team meeting observational tool (MDT-MOT). *J Qual Health Care*. 2016. № 28 (3). P. 332–338. DOI: 10.1093/intqhc/mzw030.

202. Walters S. J., Stern C., Robertson-Malt S. The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2016. № 14(4). P. 138–97. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-2159.

203. Андрущенко В., Сергієнко В., Войтович І. Освітні вимірювання: наука і практична діяльність. *Вища освіта України*. 2017. № 1. С. 2017–2023. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/32166/Andrushchenko.pdf?sequence=1> (дата звернення: 17.01.2023).

204. Клименко І. А. Розробка україномовної версії опитувальника «Team effectiveness questionnaire». *Україна. Здоров'я нації*. 2020. № 4 (62). С. 12–18. DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220376.

205. Klimenko I. A., Tolstanov O. K. Analysis of the population's needs of Kyiv in endocrinological care. *Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 4.0», м. Київ, 30 травня 2022 року*. С. 29. DOI: 10.5281/zenodo.6815064.

206. Клименко І. А., Толстанов О. К. Оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози (за даними соціологічного опитування). *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 3 (65). С. 67–71. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240799.

207. Клименко І. А., Толстанов О. К. Міждисциплінарний підхід до удосконалення організації хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021. Том 6, № 5 (33). С. 276–284.

208. Igor A. Klymenko, Oleksandr K. Tolstanov. Improving clinical management of patients with Thyroid cancer. *Wiad Lek*. 2022. № 75(5 p1). P. 1090–1094. DOI: 10.36740/WLek202205107.

209. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis

for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020. № 396(10258). P. 1204–1222. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

210. Pizzato M., Li M., Vignat J., Laversanne M., Singh D., La Vecchia C., Vaccarella S. The epidemiological landscape of thyroid cancer worldwide: GLOBOCAN estimates for incidence and mortality rates in 2020. *The Lancet*. Vol. 10, Issue 4, 2022. P. 264–272. URL: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00035-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00035-3) (дата звернення: 20.01.2020).

211. Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., Parkin D. M., Piñeros M., Znaor A., Bray F. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*. 2021. Vol.149. Issue 4. P. 778–789. DOI: 10.1002/ijc.33588.

212. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020. 116 p.

213. State of Health in the EU: Companion Report 2019. P. 46.

214. Improving healthcare quality in Europe. Edited by Reinhard Busse, Niek Klazinga, Dimitra Panteli, Wilm Quentin. World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) and OECD (2019). 447 p.

215. Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality. OECD 2017. 62 p.

216. Bernd Rechel. How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. 2020. 30 p.

217. Hummel J. M., Bridges J. F., IJzerman M. J. Group decision making with the analytic hierarchy process in benefit-risk assessment: a tutorial. *Patient*. 2014. № 7(2). P. 129–40. DOI: 10.1007/s40271-014-0050-7.

218. Thokala P., Devlin N., Marsh K., Baltussen R., Boysen M., Kalo Z., Longrenn T., Mussen F., Peacock S., Watkins J., Ijzerman M. Multiple criteria decision analysis for health care decision making-an introduction: report 1 of the ISPOR MCDA emerging good practices task force. *Value Health*. 2016. № 19. P. 1–13.

219. Resolution WHA72.6. Global action on patient safety. In: Seventy-second World Health Assembly, Geneva 20-24 May 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf (дата звернення: 18.01.2023).

220. Клименко І. А., Толстанов О. К. Обґрунтування удосконаленої моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 3 (69). С. 42-48. DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266028.

221. Клименко І. А., Толстанов О. К. Комунікаційні технології при наданні хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. *Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти: матеріали науково-практичної конференції (м. Київ, 9 грудня 2021 р.)*. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 59-60.

222. Вороненко Ю. В., Толстанов О. К., Михальчук В. М., Кошова С. П., Клименко І. А.. Впровадження мультидисциплінарного підходу в закладах охорони здоров'я (на прикладі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози). *Методичні рекомендації*. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 32 с. № 300. ISBN 8111.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Клименко І. А., Толстанов О. К. Перспективи розвитку тиреоїдної хірургії в Україні: огляд літератури. *Укр. Мед. Часопис*. 2020. № 4 (138), Т. 2. № VII/VIII. С. 1-4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.138.183767.
2. Клименко І. А. Розробка україномовної версії опитувальника «Team effectiveness questionnaire». (результати соціологічного дослідження). *Україна. Здоров'я нації*. 2020. № 4 (62). С. 12-18. DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220376.
3. Клименко І. А., Толстанов О. К. Міждисциплінарний підхід до удосконалення організації хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021. Том 6, № 5 (33). С. 276-284. DOI: 10.26693/jmbs06.05.276.
4. Клименко І. А., Толстанов О. К. Оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози (за даними соціологічного опитування). *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 3 (65). С. 67–71. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240799.
5. Клименко І. А., Толстанов О. К. Обґрунтування удосконаленої моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 3 (69). С. 42-48. DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266028.
6. Igor A. Klymenko, Oleksandr K. Tolstanov. Improving clinical management of patients with thyroid cancer. *Wiad Lek*. 2022. № 75(5 p1). P. 1090-1094. DOI: 10.36740/WLek202205107.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Клименко І. А. Небезпеки та їх профілактика в тиреоїдній хірургії. Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю до *Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, 17 вересня 2021 року*. Київ, 2021. С. 67–68.
2. Клименко І. А., Толстанов О. К. Комунікаційні технології при наданні хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози. *Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти* : матеріали наук.-практ. конф. 9 грудня 2021 р., м. Київ. Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 59–60.
3. Klimenko I. A., Tolstanov O. K. Analysis of the population's needs of Kyiv in endocrinological care. Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «*YOUNG SCIENCE 4.0*» (м. Київ, 30 травня 2022 року). С. 29–30. doi:10.5281/zenodo.6815064/.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:

1. Вороненко Ю. В., Толстанов О. К., Михальчук В. М., Кошова С. П., Клименко І. А. Впровадження мультидисциплінарного підходу в закладах охорони здоров'я (на прикладі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози). *Методичні рекомендації*. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 32 с. № 300. ISBN 8111.

АНКЕТА ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМАНДИ

1. Поінформована згода на участь у дослідженні

Відповідальний дослідник – Клименко Ігор Анатолійович, аспірант кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я (НУОЗ) України імені П. Л. Шупика; klymenko8175@gmail.com.

Науковий керівник – чл.-кор. НАМН України професор Толстанов О. К., проректор з науково-педагогічної роботи НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

Дослідження проводиться в КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр».

Шановний колего, пропонуємо Вам взяти участь у дослідженні, результати якого будуть використані для удосконалення організації хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози в закладі охорони здоров'я, де Ви працюєте.

Повідомляємо Вам, що участь у дослідженні є абсолютно добровільною; Ви можете відмовитися від участі в дослідженні або вийти з нього в будь-який момент. Ваша участь в дослідженні може бути корисною для Вас як інформаційний ресурс; в ході дослідження будуть отримані нові знання на користь медичних працівників, пацієнтів та розвитку медицини; дослідник, або інша уповноважена особа, може відсторонити Вас від участі в дослідженні через недотримання Вами вимог дослідження або через припинення дослідження його організаторами. У дослідженні беруть участь 84 особи.

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях.

Тривалість дослідження – 3 місяці.

Пропонуємо Вам детально ознайомитись з представленою інформацією, для повного її розуміння. У будь-який період проведення дослідження Ви

можете поставити досліднику додаткові запитання з отриманням вичерпної відповіді.

Просимо засвідчити свою поінформовану згоду у дослідженні своїм підписом

Підпис досліджуваного _____ Дата підпису інформованої згоди _____

2. Запрошення до участі в опитуванні

Наступні запитання стосуються Вашої точки зору на ефективність командної роботи лікарів і працівників із спеціальною медичною освітою у Вашому закладі. Будь ласка, заповніть анкету та дайте свою особисту оцінку ефективності команди за показниками: мета та цілі команди, ролі учасників команди, процеси (діяльність) в команді, взаємовідносини в команді, міжгрупові відносини (між командами різних закладів охорони здоров'я), вирішення проблем, ентузіазм і відданість, навички і навчання.

Уважно прочитайте подані нижче твердження. Обведіть кружечком колонку з твердженням , яке найкраще описує Вашу команду.

АНКЕТА

Твердження	Цілком згоден	Згоден	Нейтрально	Не згоден	Категорично не згоден
1	2	3	4	5	6
1.Наша команда має значущу спільну мету	5	4	3	2	1
2.Члени команди чітко розуміють свої ролі	5	4	3	2	1
3.Командне вирішення питань дає ефективне рішення	5	4	3	2	1
4.Учасники команди цінують унікальні можливості один одного	5	4	3	2	1

<i>продовження анкети</i>					
1	2	3	4	5	6
5. Ми можемо вирішувати конфлікти у співпраці з іншими командами	5	4	3	2	1
6. Члени команди беруть на себе особисту відповідальність за ефективність нашої команди	5	4	3	2	1
7. Робота нашої команди надихає учасників викладатися на повну	5	4	3	2	1
8. У нас є навички, необхідні для ефективної роботи	5	4	3	2	1
9. Ми віддані спільній місії	5	4	3	2	1
10. Коли ролі учасників змінюються, докладаються зусилля, щоб донести інформацію про зміни до всіх учасників колективу	5	4	3	2	1
11. Ми швидко ідентифікуємо та вирішуємо проблеми	5	4	3	2	1
12. Учасники команди є ефективними слухачами	5	4	3	2	1
13. Ми прагнемо враховувати задоволення потреб інших робочих груп при визначенні наших пріоритетів	5	4	3	2	1

<i>продовження анкети</i>					
1	2	3	4	5	6
14. Члени команди дотримуються підходу «можемо і діємо», коли вони стикаються зі складними ситуаціями	5	4	3	2	1
15. Моя команда налаштована на досягнення результату, успіху в роботі	5	4	3	2	1
16. Ми завжди запитуємо себе: «Як завтра зробити краще те, що ми робимо сьогодні?»	5	4	3	2	1
17. Ми зосереджуємось на важливих стратегічних проблемах в тій же мірі, що і в повсякденній діяльності	5	4	3	2	1
18. Члени команди розуміють ролі один одного	5	4	3	2	1
19. Учасники команди винагороджують-ся за те, що вони є гравцями команди	5	4	3	2	1
20. Комунікація в нашій групі відкрита та відверта	5	4	3	2	1
21. Ми ефективно взаємодіємо з іншими групами	5	4	3	2	1
22. Учасники команди здатні вирішувати внутрішні конфлікти без участі лідера	5	4	3	2	1

<i>продовження анкети</i>					
1	2	3	4	5	6
23. Учасники пишаються, що вони є частиною команди	5	4	3	2	1
24. Як команда ми постійно працюємо над скороченням часу циклу, часу запуску рішення, над врахуванням потреб пацієнтів та іншими ключовими індикаторами діяльності	5	4	3	2	1
25. Ми ставимо перед собою та досягаємо амбітних цілей	5	4	3	2	1
26. Учасники цінують внесок кожного	5	4	3	2	1
27. Продуктивність засідань команди висока	5	4	3	2	1
28. Члени команди довіряють один одному	5	4	3	2	1
29. Взаємовідносини з іншими командами побудовані на довірі та взаємодопомозі	5	4	3	2	1
30. Ми не витрачаємо час на скарги з приводу того, що не можемо контролювати	5	4	3	2	1
31. Члени команди виходять за рамки свої задач і проявляють ініціативу	5	4	3	2	1
32. Ми сприймаємо всі події, навіть помилки, як можливість навчатися та розвиватися	5	4	3	2	1

<i>продовження анкети</i>					
1	2	3	4	5	6
33.Результати роботи відчутні та можуть бути виміряні	5	4	3	2	1
34.Члени команди уникають дублювання роботи та чітко розуміють завдання один одного	5	4	3	2	1
35.Команда має механізми в дії для моніторингу результатів	5	4	3	2	1
36.Члени команди допомагають один одному у вирішенні проблем	5	4	3	2	1
37. Ми узгоджуємо наші плани з планами інших робочих груп	5	4	3	2	1
38. Члени групи дають один одному конструктивний зворотний зв'язок	5	4	3	2	1
39. Як команда ми працюємо над тим, щоб залучати та утримувати найкращих учасників	5	4	3	2	1
40.Ми застосовуємо різні форми навчання для підтримки рівня наших вмінь.	5	4	3	2	1
41. Ми працюємо над тим, щоб наша робота допомагала досягненню всіх цілей організації	5	4	3	2	1

<i>продовження анкети</i>					
1	2	3	4	5	6
42. У випадку зміни ролей членів командивжива-ються конкретні заходи, щоб допомогти їмвзяти на себе нові обов'язки	5	4	3	2	1
43. Ми гнучкі в роботі, що допомагає нам адаптуватися до змін у потребах	5	4	3	2	1
44. Відмінності в точках зору не впливають на стосунки	5	4	3	2	1
45. Співпраця з іншими командами продуктивна, доцільна та має гарні результати	5	4	3	2	1
46. Члени команди чітко розуміють, що від них очікується та пишаються добре виконаною роботою	5	4	3	2	1
47. Нашу команду хвилює внесок у конкурентноспроможність усього закладу	5	4	3	2	1
48. Члени команди сприймають постійне вдосконалення як спосіб життя	5	4	3	2	1
49. Місія та цілі команди узгоджені з місіями та цілями закладу	5	4	3	2	1
50. Дублювання задач, спільні обов'язки не створюють проблем для членів команди	5	4	3	2	1

<i>продовження анкети</i>					
1	2	3	4	5	6
51. Коли ми приймаємо консенсусне рішення, ми робимо це ефективно	5	4	3	2	1
52. Члени команди демонструють високий рівень співпраці та взаємодопомоги	5	4	3	2	1
53. Цілі нашої групи сприяють досягненню цілей інших груп	5	4	3	2	1
54. Під час прийняття рішень члени команди враховують те, як їх дії вплинуть на інших	5	4	3	2	1
55. Команда пишається досягненнями та налаштована оптимістично	5	4	3	2	1
56. Члени команди застосовують найкращі практики в роботі	5	4	3	2	1

Ваша стать: чоловіча , жіноча (*необхідне підкреслити*)

Ваш вік: _____ (*років*)

Ваша кваліфікаційна категорія: вища, перша, друга (*необхідне підкреслити*)

Дякуємо Вам за участь в опитуванні !

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Директора КНП
«КМКЕЦ»
_____ 2022 р. №

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ
про мультидисциплінарну команду КНП «Київський міський клінічний
ендокринологічний центр»

1. Загальні положення

1.1. Положення про мультидисциплінарну команду КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» (далі – КНП «КМКЕЦ») розроблено відповідно до законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», вимог програми медичних гарантій, Наказу МОЗ України від 19.10.2018 р. № 1881 «Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги», Статуту та інших нормативних документів КНП «КМКЕЦ» і визначає порядок організації роботи мультидисциплінарної команди спеціалістів і фахівців КНП «КМКЕЦ».

1.2. Мультидисциплінарна команда є самостійною позаштатною функціонально-структурною одиницею в структурі КНП «КМКЕЦ», що виконує покладені на неї завдання в межах основних видів лікувально-діагностичної та профілактичної діяльності КНП «КМКЕЦ». До складу команди входять спеціалісти й фахівці різних структурних підрозділів, які мають відповідний кваліфікаційний рівень та професійні компетентності брати участь у наданні

медичної допомоги пацієнту з різноманітними клінічними потребами за основним і супутніми діагнозами та/або клінічними станами.

1.3. Склад команди може змінюватися, в залежності від зміни або особливостей потреб пацієнта упродовж клінічного шляху. Кількість учасників команди не перевищує 8-10 осіб. З метою регулювання діяльності команди обирається лідер команди - спеціаліст високого кваліфікаційного рівня за клінічною спеціальністю, відповідно до основної проблеми зі здоров'ям пацієнта, та організаторськими здібностями. Для документування роботи команди, інформаційного забезпечення її учасників до складу команди входить координатор – помічник лідера – представник молодшого персоналу зі спеціальною середньою освітою.

1.4. У КНП «КМКЕЦ» можуть одночасно функціонувати декілька мультидисциплінарних команд, залежно від клінічних потреб пацієнтів. Формування складу команд здійснюється заступниками директора з медичної/хірургічної допомоги за пропозиціями керівників структурних підрозділів. Заступники директора з медичної/хірургічної допомоги забезпечують координацію діяльності мультидисциплінарних команд в межах закладу.

1.5. Діяльність мультидисциплінарних команд спеціалістів і фахівців уособлює собою впровадження мультидисциплінарного підходу в роботу КНП «КМКЕЦ» як прогресивної сучасної організаційної технології, спрямованої на підвищення якості медичної допомоги пацієнтам.

2. Мета діяльності та завдання мультидисциплінарної команди КНП «КМКЕЦ»

Мета діяльності мультидисциплінарної команди КНП «КМКЕЦ» сформована на основі принципу пацієнт-орієнтованості та визначається потребами пацієнтів у медичній допомозі відповідно до порушень стану їх здоров'я.

Мета полягає у наданні безпечної, результативної, своєчасної, безперервної, неупередженої медичної допомоги на основі технологій доказової медицини за умови оптимального використання ресурсної бази КНП «КМКЕЦ» та внеску кожного учасника команди в досягнення спільної мети.

Для досягнення поставленої мети мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців КНП «КМКЕЦ» вирішує наступні завдання:

- 1) надання якісної медичної допомоги пацієнтам закладу;
- 2) зниження ризику непотрібної шкоди пацієнтам, пов'язаної з медичними утручаннями, до прийняттого мінімуму;
- 3) постійне підвищення професійного рівня учасників команди;
- 4) накопичення корпоративної бази знань;
- 5) запровадження й підтримка командної культури як складової організаційної культури КНП «КМКЕЦ»;
- 6) підтримка міждисциплінарної взаємодії зі спеціалістами й професіоналами інших етапів і видів медичної допомоги;
- 7) упровадження інноваційних технологій в клінічну практику;
- 8) постійне підвищення ефективності діяльності мультидисциплінарної команди та закладу в цілому.

3. Функції мультидисциплінарної команди КНП «КМКЕЦ»

Реалізація завдань відбувається шляхом виконання мультидисциплінарною командою КНП «КМКЕЦ» наступних функцій:

- 1) визначення клінічних потреб даного пацієнта;
- 2) розробка пропозицій до індивідуального плану лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів кожним учасником мультидисциплінарної команди в межах своїх компетенцій та профілю спеціальності;

- 3) прийняття індивідуального плану лікувально-діагностичних, профілактичних та реабілітаційних заходів методом узгодженого клінічного рішення (консенсусу);
- 4) отримання поінформованої згоди пацієнта/його представника на лікування за планом;
- 5) коригування плану лікувально-діагностичних, профілактичних та реабілітаційних заходів упродовж усього клінічного шляху пацієнта;
- 6) використання технологій доказової медицини, даних мета-аналізів і систематичних оглядів як інформаційної підтримки прийняття клінічних рішень;
- 7) постійний обмін знаннями, навичками та досвідом між учасниками мультидисциплінарної команди, які стосуються даного клінічного випадку;
- 8) участь у семінарах-тренінгах з формування й дотримання мультидисциплінарною командою правил командної культури;
- 9) проведення оцінки результатів діяльності мультидисциплінарної команди та розробка заходів з її покращення.

4. Права та обов'язки учасників мультидисциплінарної команди КНП «КМКЕЦ»

Кожен учасник мультидисциплінарної команди має право реалізувати свої кваліфікаційні компетентності з надання медичної допомоги пацієнтам високого рівня якості, працюючи в складі команди.

Це право реалізується шляхом:

- участі в прийнятті узгодженого клінічного рішення щодо індивідуального плану лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів упродовж усього клінічного шляху пацієнта;
- доступності інформації про клінічні дані пацієнта зі збереженням її конфіденційності;
- можливості внесення пропозицій до індивідуального плану лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів;

- участі в обговоренні можливих варіантів індивідуального плану лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів;
- взаємодії з іншими учасниками команди.

Кожен учасник мультидисциплінарної команди зобов'язаний:

- постійно підвищувати свою кваліфікацію в процесі виконання функцій командою та в системі безперервного розвитку лікарів;
- дотримуватись вимог регламентів клінічного процесу на принципах доказової медицини при обґрунтуванні клінічного рішення;
- уникати конфліктів, враховувати альтернативні точки зору в інтересах пацієнта; практикувати толерантність, довіру і повагу у відносинах; цінувати внесок кожного учасника в спільну працю;
- виховувати в собі відданість роботі в команді;
- брати участь у впровадженні інноваційних технологій;
- брати участь в оцінці роботи команди;
- володіти навичками роботи в складі команди в дистанційному форматі з використанням вебсервісів.

5. Організація діяльності мультидисциплінарної команди КНП «КМКЕЦ»

Для прийняття командного рішення використовується така форма роботи, як ділові зустрічі учасників команди.

Під час ділових зустрічей комунікації учасників команди відбуваються безпосередньо, шляхом вербальних і невербальних методів обміну інформацією, та носять повторюваний характер для забезпечення постійного супроводу пацієнта на усьому клінічному шляху.

Обов'язковою передумовою зустрічі є попереднє ознайомлення кожного учасника команди з інформацією про особисті дані пацієнта, результати огляду спеціалістами амбулаторно-поліклінічного відділення, догоспітального обстеження.

На основі ознайомлення з клінічною інформацією та її логіко-структурного аналізу кожен учасник мультидисциплінарної команди вносить свої пропозиції до індивідуального плану лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів.

Надалі відбувається обов'язкове обговорення учасниками зустрічі наданих пропозицій, різних варіантів діагнозу, плану лікування й ведення пацієнта з урахуванням особливостей перебігу захворювання, індивідуальних особливостей пацієнта та відповідно до своїх повноважень за профілем клінічної спеціальності.

Участь в обговоренні повинен прийняти кожен учасник мультидисциплінарної команди в межах своєї компетенції.

За відсутності серйозних заперечень приймається рішення, яке позиціонується як консенсус.

У разі, якщо думки учасників зустрічі розходяться, може виникати дискусія. Найбільш вірогідною причиною альтернативних точок зору можуть бути особливості перебігу даного клінічного випадку, які не регулюються прийнятими регламентами, заснованими на доказових технологіях.

За таких умов прийняття рішення переноситься й випадок розглядається повторно після доповнення інформації даними мета-аналізів і систематичних оглядів для підтримки прийняття клінічного рішення з питань, що викликали сумніви в учасників команди.

За необхідності, призначаються додаткові обстеження та спостереження пацієнта впродовж певного часу, про що командою приймається проміжне рішення.

Як один з варіантів, у разі неможливості однозначного прийняття рішення, може бути використаний метод аналізу рішень за множиною критеріїв. Даний метод передбачає виконання учасниками мультидисциплінарної команди кілька етапів:

- 1) визначення проблеми, яка не дозволяє досягти цілі узгодженого рішення. Це можуть бути різні питання, пов'язані, наприклад, з тактикою

ведення хворого, обранням методики оперативного втручання, оцінки ступеню ризику ускладнень, ресурсної спроможності забезпечити втручання та інші;

- 2) ідентифікацію й складання переліку альтернативних рішень;
- 3) вибір критеріїв узгодженого рішення;
- 4) оцінка ступеню важливості критеріїв (за необхідності, підкритеріїв)

різними відомими методами, наприклад, методом простого ранжування або парних порівнянь за оціночними шкалами з ваговою оцінкою переваг певного критерію.

До участі в проведенні такої оцінки мають долучатися спеціалісти, які мають пряме відношення до даного питання. Перевага при прийнятті рішення має віддаватися доказовим технологіям, а експертна думка бути виключенням з правил і обґрунтованою відповідно до рівня розвитку сучасної науки і практики.

Алгоритм прийняття командного рішення представлено на рис. 1.

Прийняте клінічне рішення у вигляді плану лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів доводиться до відома лікуючого лікаря, який вносить його в медичну карту хворого.

Ділові зустрічі учасників мультидисциплінарної команди відбуваються в одному, загальному для різних структурних підрозділів приміщенні, визначеному адміністрацією КНП «КМКЕЦ» та обладнаним необхідними засобами для роботи (Інтернет-зв'язком, мультимедійною технікою, екраном, канцелярським приладдям).

Альтернативною формою може бути дистанційне спілкування, з використанням доступних вебсервісів. Ними можуть скористатися окремі члени команди, або лікарі іншого етапу/закладу охорони здоров'я, введені до складу команди або запрошені на зустріч. Комунікації з лікарями амбулаторного етапу проводяться з метою набуття ними практичного досвіду при веденні окремих клінічних випадків, найбільш типових або складних, у амбулаторних умовах після виписки із стаціонару.

Учасниками команди, пацієнтами та адміністрацією КНП «КМКЕЦ» в загальному контексті оцінки діяльності закладу проводиться періодична оцінка

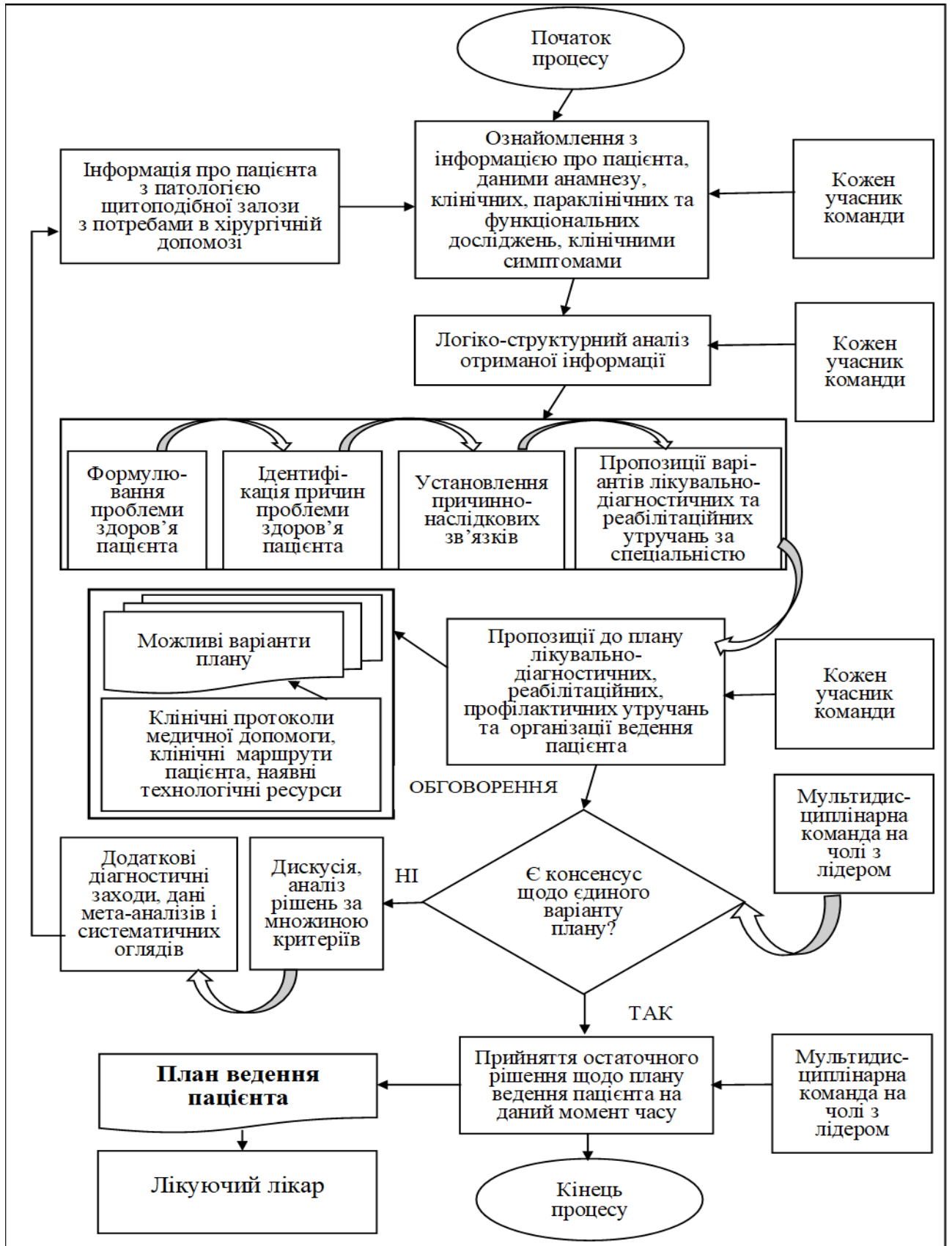


Рис. 1. Алгоритм прийняття клінічного рішення шляхом консенсусу учасниками мультидисциплінарної команди

діяльності мультидисциплінарних команд. З цією метою використовуються адміністративні дані (медико-статистичні дані з форм державної статистичної звітності) та цільові опитувальники для пацієнтів і працівників, з поширенням анкет за допомогою цифрових технологій та мобільних пристроїв.

Критерії оцінки результатів діяльності команди для:

- мультидисциплінарної команди – досягнення визначеної мети лікування випадку даного пацієнта; відсутність ускладнень внаслідок діагностичних утручань, оперативного та консервативного лікування; своєчасність прийняття узгоджених рішень; відсутність конфліктів;

- дотримання клінічних протоколів/рекомендацій; запровадження інноваційних елементів у діагностику та лікування захворювань;

- працівників – задоволеність роботою в даному закладі загалом та міждисциплінарною співпрацею, зокрема; прихильність до праці саме в даному закладі охорони здоров'я;

- КНП «КМКЕЦ» – скорочення терміну перебування хворого на ліжку; дотримання планової зайнятості ліжка; відсутність ускладнень після оперативних утручань, діагностичних процедур та консервативного лікування; задоволеність пацієнтів спілкуванням з мультидисциплінарними командами, отриманням очікуваних результатів лікування, покращенням здоров'я та/або функціональним станом і якістю життя; задоволеність працівників професійною діяльністю.

6. Відповідальність

Мультидисциплінарна команда бере на себе відповідальність за правильність та відповідність потребам пацієнта прийнятих клінічних рішень через персональну та взаємну відповідальність учасників команди, збереження конфіденційності інформації про пацієнта, дотримання етико-деонтологічних вимог під час спілкування з пацієнтом/його представником, дотримання правил

командної культури та результати роботи мультидисциплінарної команди за іншими напрямками.

Кожен учасник мультидисциплінарної команди несе відповідальність за власний внесок у результати роботи команди в межах своїх компетенцій та рольової функції в команді.

7. Взаємовідносини

Мультидисциплінарна команда КНП «КМКЕЦ» в особі лідера команди взаємодіє з:

- адміністрацією КНП «КМКЕЦ» – з питань ресурсного забезпечення діяльності команди, оцінки ефективності роботи та мотивації працівників до участі в роботі мультидисциплінарної команди;
- заступниками керівника – з питань координації діяльності різних за призначенням мультидисциплінарних команд з метою уникнення дублювання функцій, узгодження графіків ділових зустрічей, регулювання навантаження на мультидисциплінарні команди, залучення зовнішніх експертів для надання медичної допомоги хворим, які того потребують, налагодження співпраці з амбулаторно-поліклінічними закладами вторинної та первинної медичної допомоги;
- керівниками клінічних і діагностичних структурних підрозділів – для узгодження складу мультидисциплінарних команд;
- з лікуючими лікарями – для втілення прийнятих мультидисциплінарною командою клінічних рішень в практичну діяльність та моніторингу проміжних і кінцевих результатів лікувально-діагностичного процесу.

Мультидисциплінарна команда КНП «КМКЕЦ» взаємодіє з працівниками кафедр Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика, відділів науково-дослідних установ системи МОЗ України та Національної Академії

медичних наук України, вітчизняними та зарубіжними Асоціаціями і товариствами лікарів, представниками громадських об'єднань пацієнтів.

8. Прикінцеві положення

8.1. Це Положення затверджується наказом керівника КНП «КМКЕЦ».

8.2. Зміни та доповнення до цього Положення вносяться шляхом затвердження Положення в новій редакції.

8.3. Після затвердження Положення в новій редакції попереднє Положення втрачає юридичну силу.

РОЗРОБЛЕНО:

Лікар-хірург

« ____ » _____ 2022 р.

ПОГОДЖЕНО:

Заступник директора

з хірургічної допомоги

« ____ » _____ 2021р

Заступник директора

з медичної допомоги

« ____ » _____ 2021р

Юрисконсульт

« ____ » _____ 2021р

АНКЕТА ЕКСПЕРТА

з оцінки удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози

Вельмишановний експерте!

Вам пропонується за Вашою згодою надати власну оцінку запропонованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози (автор Клименко І. А., аспірант кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, науковий керівник – чл. - кор НАМН України професор Толстанов О. К., проректор з науково-педагогічної роботи Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика).

Модель обґрунтована і розроблена в межах дисертаційної роботи на здобуття вищої освіти ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 Медицина (спеціалізація «Соціальна медицина») (матеріали дисертаційної роботи додаються).

Прохання надати експертну оцінку за п'ятибальною шкалою шляхом відмітки у відповідній графі анкети, що найбільш повно представить Вашу думку:

№ з/п	Характеристики удосконаленої функціонально-організаційної моделі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози	Оцінка в балах				
		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7
1	Пацієнт-орієнтованість моделі (мета діяльності – задовольнити різноманітні потреби пацієнта в медичній допомозі, пов'язані з основним і супутніми захворюваннями, та забезпечувати психологічну підтримку й реабілітацію шляхом мультидисциплінарного підходу) – <i>соціальна ефективність моделі</i>					
2	Модель уособлює інтегровану медичну допомогу (надає можливість введення до складу мультидисциплінарних команд спеціалістів амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги)					
3	Модель спрямована на постійне підвищення якості та безпеки медичної допомоги (прийняття клінічних рішень методом консенсусу та їх реалізацію з використанням медичних технологій, заснованих на принципах доказової медицини) – <i>медична ефективність моделі</i>					

продовження анкети експерта

1	2	3	4	5	6	7
4	Запровадження моделі покращить ефективність використання ресурсів стаціонару шляхом перерозподілу обсягу діагностичних досліджень і реабілітаційних заходів між амбулаторним і стаціонарним етапами надання медичної допомоги – <i>економічна ефективність моделі</i>					
5	Модель передбачає новий етап розвитку корпоративної культури закладу охорони здоров'я за рахунок запровадження принципів командної співпраці (визначення спільної мети діяльності; спільне прийняття узгоджених клінічних рішень; довіра, співпраця, взаємна підтримка; толерантність і повага до альтернативних точок зору; індивідуальна та взаємна відповідальність)					
6	Модель спрямована на постійне підвищення професійного рівня спеціалістів і фахівців в системі безперервного професійного розвитку медичних працівників, накопичення корпоративної бази знань як інтелектуального ресурсу закладу					
7	Модель передбачає удосконалення організації міждисциплінарного підходу на галузевому рівні шляхом напрацювання спільних рекомендацій лікарськими асоціаціями за спеціальностями, дотичними до надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози: лікарів-ендокринологів, лікарів-хірургів, лікарів-онкологів, лікарів первинної медичної допомоги					

« _____ » _____

підпис _____

Щиро дякую за Вашу участь і надані оцінки!

Прощу надати окремі особисті дані для підтвердження Вашого статусу:

П. І. Б.	Місце роботи	Посада	Лікарська категорія (за якою спеціальністю)	Науковий ступінь, вчене звання

СПИСОК ЕКСПЕРТІВ,

які проводили експертну оцінку удосконаленої функціонально-організаційної моделі моделі хірургічної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози

№	П. І. Б.	Місце роботи	Посада	Кваліфікаційна категорія за фахом «Організація і управління охороною здоров'я»	Науковий ступінь
1	2	3	4	5	6
1	Хоменко Н. В.	КНП ЦРЛ Боярської міської ради	Заступник директора	вища	не має
2	Орел А. В.	КНП «КМКЛ № 12»	Заступник директора	вища	не має
3	Диндар С. В.	КНП «КМКЛ № 12»	Заступник директора	вища	не має
4	Ільченко М. Г.	КНП БМР «Білоцерківська міська лікарня № 2»	Заступник директора	вища	не має
5	Іващенко П. Б.	КНП «КМКЛ № 3»	Директор	вища	не має
6	Мусієнко А. В.	КНП «КМКЛ № 15»	Директор	вища	не має
7	Авраменко О. С.	КНП «КМКЛ № 18»	Заступник директора	вища	не має
8	Головенко Н. В.	КНП БМР «Білоцерківська міська лікарня № 2»	Генеральний директор	вища	не має
9	Тишко Р. О.	КНП «КМКЛ № 18»	Заступник директора	вища	не має
10	Зубко О. Г.	КНП «ЛІЛ Боярської міськради»	Медичний директор	вища	не має

<i>продовження списку експертів</i>					
1	2	3	4	5	6
11	Валюк М. Д.	КНП «КМКЛ № 1»	Директор Заслужений лікар України	вища	не має
12	Ключникова О. О.	КНП «КМКЛ № 9»	Заступник директора	вища	не має
13	Крижевський В. В.	КНП «КМКЛ № 6»	В. о. директора	вища (спеціальності «хірургія», «організація охорони здоров'я»)	Д. мед. н. професор, завідувач кафедри хірургії та невідк- ладної хірургії
14	Драєва К. О.	КНП «КМКЛ № 15»	В. о. директора з медичної частини	перша	не має
15	Головань Ю. М.	ТОВ «ДІЄВО ЦЕНТР ХІРУРГІЧНИХ РІШЕНЬ»	Медичний директор	вища	не має
16	Юнгер В. І.	КЛ «Феофанія» ДУС	Заступник головного лікаря з поліклініч- ної роботи	вища	к. мед. н.
17	Вербицький І. В.	НУОЗ України імені П. Л. Шупика	Доцент кафедри медицини невідклад- них станів	перша (за спеціальніс- тю «хірургія»)	к. мед. н. доцент
18	Мостепан Т. В.	КНП «КМКЛ № 4»	Директор	вища	не має
19	Гойда Н. Г.	НУОЗ України імені П. Л. Шупика	Професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністру- вання	вища	д. мед. н. професор

продовження списку експертів

1	2	3	4	5	6
20	Горачук В. В.	НУОЗ України імені П. Л. Шупика	Професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністру- вання	вища	д. мед. н. професор

Додаток Ж-1

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор



національного науково-практичного центру
ендокринної хірургії, трансплантації
ендокринних органів і тканин
Міністерства охорони здоров'я України,
доктор медичних наук, професор

Олександр ТОВКАЙ

«16» грудня 2022р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Провести навчання лікарів і молодшого персоналу зі спеціальною медичною освітою з питань мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Клименко І. А.

3. Джерела інформації: **ВПРОВАДЖЕННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ) / Ю. Вороненко, О. Толстанов, В. Михальчук, С. Кошова, І. Клименко. Метод. рекомендації. Дніпро: Середняк Т.К., 2022. 32 с.**

4. Ким, коли впроваджено:

Лікарем-хірургом Клименко І.А., протягом грудня 2022 року.

5. Ефективність впровадження: підвищення обізнаності медичних працівників з питань мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

6. Зауважень: немає**Відповідальний за впровадження:**

Медичний директор
УНПЦЕХ, ТЕОіТ МОЗ України
кандидат медичних наук

Тетяна ОСТАПЕНКО

Додаток Ж-2

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Директор інституту, д.мед.н.,
 професор, член-кор. НАН,
 академік НАМН,
 віце-президент НАМН України,
 Заслужений діяч науки і техніки України,
 Директор ДУ «Інститут ендокринології
 та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка
 НАМН України»
 М.Д. Тронько
 2022р



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
 Провести навчання лікарів і молодшого персоналу зі спеціальною медичною освітою з питань мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.
2. Ким запропоновано:
 НУОЗ України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Клименко І. А.
3. Джерела інформації: **ВПРОВАДЖЕННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ) / Ю. Вороненко, О. Толстанов, В. Михальчук, С. Кошова, І. Клименко. Метод. рекомендації. Дніпро: Середняк Т.К., 2022. 32 с.**
4. Ким, коли впроваджено:
 Лікар-хірург, Клименко І.А., протягом грудня 2022 року.
5. Ефективність впровадження: підвищення обізнаності медичних працівників з питань мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.
6. Зауважень: немає

Відповідальний за впровадження:
 Заступник Директора інституту
 з наукової роботи, д.б.н., проф.,
 член-кор. НАМН України

О.І. Ковзун

Додаток Ж-3



Затверджую
 Директор КНП «КМКЕЦ»
 Ганна Павленко
 11 2022р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
 Започаткувати впровадження мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.
2. Ким запропоновано:
 НУОЗ України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Клименко І. А.
3. Джерела інформації: ВПРОВАДЖЕННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ) / Ю. Вороненко, О. Толстанов, В. Михальчук, С. Кошова, І. Клименко. Метод. рекомендації. К., 2022. 30 с.
4. Ким, коли впроваджено:
 Лікар-хірург, відділення ендокринної хірургії, Клименко І.А., протягом вересня-листопада 2022 року.
5. Ефективність впровадження: проведено пілотне впровадження мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози. Досягнуто позитивних результатів за критеріями досягнення визначеної мети лікування даного пацієнта, задоволеності лікарів роботою в мультидисциплінарній команді, задоволеності пацієнтів спілкуванням з членами мультидисциплінарної команди.
6. Зауважень: немає

Відповідальний за впровадження:

Заступник Директора
 з хірургічної допомоги
 КНП «КМКЕЦ»

Олександр Демидюк

Додаток Ж-4



Затверджую
 Директор КНП «КМКЕЦ»
 Ганна Павленко
 11 2022р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Провести навчання лікарів і молодшого персоналу зі спеціальною медичною освітою з питань мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Клименко І. А.

3. Джерела інформації: **ВПРОВАДЖЕННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ) / Ю. Вороненко, О. Толстанов, В. Михальчук, С. Кошова, І. Клименко. Метод. рекомендації. К., 2022. 30 с.**

4. Ким, коли впроваджено:

Лікар-хірург, відділення ендокринної хірургії, Клименко І.А., протягом вересня-листопада 2022 року.

5. Ефективність впровадження: підвищення обізнаності медичних працівників з питань мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

6. Зауважень: немає

Відповідальний за впровадження:

Заступник Директора
 з хірургічної допомоги
 КНП «КМКЕЦ»

Олександр Демидюк

Додаток Ж-5

ЗАТВЕРДЖУЮ



Директор КНП «Київська міська клінічна лікарня №8»

І.П. Хоменко

12 2022р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ1. Найменування пропозицій для впровадження:

Провести навчання лікарів і молодшого персоналу зі спеціальною медичною освітою з питань мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Клименко І. А.

3. Джерела інформації:

ВПРОВАДЖЕННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ) / Ю. Вороненко, О. Толстанов, В. Михальчук, С. Кошова, І. Клименко. Метод. рекомендації. Дніпро: Середняк Т.К., 2022. 32 с.

4. Ким, коли впроваджено:

Лікар-хірург, Клименко І.А., протягом грудня 2022 року.

5. Ефективність впровадження: підвищення обізнаності медичних працівників з питань мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

6. Зауважень: немає

Відповідальний за впровадження:

Заступник Директора з хірургії

Д.В. Рейзін

Додаток Ж-6



Затверджую

Перший проректор НУОЗ України

імені П. Л. Шупика

проф. НАМН України

професор Вдовиченко Ю. П.

09 листопада 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Увести до навчального плану та програми циклу ТУ кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» тривалістю 1 тиждень (39 годин) для керівників підприємств, установ і організацій охорони здоров'я усіх форм власності лікувального профілю тему «Організація та управління безпекою хірургічних утручань».

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Клименко І. А.

3. Джерела інформації:

1) Клименко І. А. Небезпеки та їх профілактика в тиреоїдній хірургії. Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, 17 вересня 2021 року. Київ, 2021. С. 67–68.

4. Ким, коли впроваджено: професором Горачук В. В., професором Гойдою Н. Г., професором Бугром В. І., ст. викл. Кошовою С. П. у квітні-травні 2021 року при розробці навчального плану, програми й підготовці методичних і презентаційних матеріалів циклу ТУ «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги»; використано при проведенні навчальних занять зі слухачами кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування в 2021-2022 навчальному році.

5. Ефективність впровадження: підвищення рівня знань слухачів з питань організації та управління інфекційною безпекою» (на прикладі стоматологічної допомоги); задоволеність слухачів навчальними матеріалами та отриманими знаннями за темою.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:

Професор,
завідувач кафедри
управління охороною здоров'я
та публічного адміністрування
НУОЗ України імені
П. Л. Шупика

Михальчук В. М.

Додаток Ж-7



Здійснюю

Здійснюю

Здійснюю

Здійснюю

Здійснюю

Здійснюю

«14» лютого 2023 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**1. Найменування пропозицій для впровадження:**

Увести до навчального плану та програми циклу ТУ кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика «Управління якістю медичної допомоги як складовою її ефективності» тривалістю 1 тиждень (39 годин) для керівників підприємств, установ і організацій охорони здоров'я усіх форм власності лікувального профілю матеріали щодо використання мультидисциплінарного підходу як удосконаленої організаційної технології лікувально-діагностичного процесу.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Клименко І. А.

3. Джерела інформації:

1) Вороненко Ю. В., Толстанов О. К., Михальчук В. М., Кошова С. П., Клименко І. А. Впровадження мультидисциплінарного підходу в закладах охорони здоров'я (на прикладі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози). Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОР Середняк Т. К.», 2023. 32 с. № 300. ISBN 8111.

4. Ким, коли впроваджено: професором Горачук В. В., професором Гойдою Н. Г., професором Бугром В. І., ст. викл. Кошовою С. П. при проведенні навчальних занять зі слухачами кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування в вересні 2022 – січні 2023 року.

5. Ефективність впровадження: підвищення рівня знань слухачів з питань організації та управління лікувально-діагностичним процесом в закладах охорони здоров'я (на прикладі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози); задоволеність слухачів навчальними матеріалами та отриманими знаннями за темою.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:

Професор

В. о. завідувача кафедри

управління охороною здоров'я

та публічного адміністрування

НУОЗ України імені

П. Л. Шупика

Голубчиков М. В.



Зверджую
Генеральний проректор НУОЗ України
імені П. Л. Шупика
членкиня НацМІА України
професор Вдовиченко Ю. П.

28 березня 2023 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Увести до навчального плану та програми циклу спеціалізації кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика для керівників підприємств, установ і організацій охорони здоров'я усіх форм власності лікувального профілю матеріали щодо використання мультидисциплінарного підходу як удосконаленої організаційної технології лікувально-діагностичного процесу.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Клименко І. А.

3. Джерела інформації:

2) Вороненко Ю. В., Толстанов О. К., Михальчук В. М., Кошова С. П., Клименко І. А. Впровадження мультидисциплінарного підходу в закладах охорони здоров'я (на прикладі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози). Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 32 с. № 300. ISBN 8111.

4. Ким, коли впроваджено: професором Голубчиковим М. В., професором Горачук В. В., професором Гойдою Н. Г., професором Бугром В. І. при проведенні навчальних занять зі слухачами кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування в січні - березні 2023 року.

5. Ефективність впровадження: підвищення рівня знань слухачів з питань організації та управління лікувально-діагностичним процесом в закладах охорони здоров'я (на прикладі хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози); задоволеність слухачів навчальними матеріалами та отриманими знаннями за темою.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:

Професор
В. о. завідувача кафедри
управління охороною здоров'я
та публічного адміністрування
НУОЗ України імені
П. Л. Шупика

Голубчиков М. В.

РЕЄСТР

розсилки методичних рекомендацій «ВПРОВАДЖЕННЯ
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З
ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ)»

Автори: Ю. В. Вороненко, О. К. Толстанов, В. М. Михальчук, С. П. Кошова,
І. А. Клименко

№ з/п	Назва установи	Адреса для розсилки
1	Департамент охорони здоров'я та курортів Вінницької ОВА	вул. Хмельницьке шосе, 7, м. Вінниця. 21036
2	Управління охорони здоров'я Волинської ОДА	вул. Ст. Бандери, 5, м. Луцьк, 43025.
3	Управління охорони здоров'я Житомирської ОДА	вул. Мала Бердичівська, 25 м. Житомир 10014
4	Департамент охорони здоров'я Закарпатської ОДА	пл. Народна, 4, м. Ужгород 88008
5	Департамент охорони здоров'я Запорізької ОДА	пр. Соборний, 164, м. Запоріжжя 69107
6	Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської ОДА	вул. Грушевського, 21, м. Івано-Франківськ, 76015
7	Департамент охорони здоров'я Київської ОДА	вул. Січових Стрільців, 45, м. Київ, 04053.
8	Департамент охорони здоров'я Кіровоградської ОДА	вул. В.Чміленка,74/42, м. Кропивницький , 25022
9	Департамент охорони здоров'я Львівської ОДА	вул. Конопницької, 3, м. Львів 79005
10	Управління охорони здоров'я Миколаївської ОДА	вул. Адміральська, 35, м. Миколаїв 54001
11	Департамент охорони здоров'я Одеської ОДА	вул. Канатна, 83, м. Одеса, 65107
12	Департамент охорони здоров'я Полтавської ОДА	вул. Стрітенська, 44, м. Полтава 36011
13	Департамент цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської ОДА	вул. 16 Липня, 38, м. Рівне, 33028
14	Управління охорони здоров'я Сумської ОДА	вул. Першотравнева 29, м. Суми 40030
15	Департамент охорони здоров'я Тернопільської ОДА	Вул. Грушевського 8, м. Тернопіль, 46021