

Розробка пацієнт-орієнтованої стратегії інтегрованого ведення хворих на первинному рівні медичної допомоги: дослідження медичних маршрутів при хронічній екземі

Л.В. Черкашина

Харківська медична академія післядипломної освіти

Мета дослідження: вивчення медичних маршрутів хворих на хронічну екзему (ХЕ), обсягів та адекватності використання діагностичних та лікувально-профілактичних заходів лікарями ЗПСМ з урахуванням взаємодії зі спеціалістами вищих організаційних рівнів надання МД.

Матеріали та методи. Досліджено медичні маршрути 75 закінчених випадків надання медичної допомоги при загостренні ХЕ з розподілом за організаційними рівнями. Виконано аналіз обсягів діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги на первинному рівні її надання. У 54,7±5,7% випадків медичний маршрут розпочинається у лікаря ЗПСМ, тоді як у 32,0±5,4 – у лікаря-дерматовенеролога.

Результати. Початок лікування пацієнтів із загостренням ХЕ у 78,7±4,7% випадків зареєстровано у лікаря-дерматовенеролога, тоді як у лікаря ЗПСМ – 12,0±3,8%. Це свідчить про відсутність розподілу функцій та функціональної кооперації між лікарями різних рівнів надання медичної допомоги.

Заключення. Аналіз складності медичних маршрутів пацієнтів з ХЕ виявив, що у 46,7±5,8% закінчених випадків надання медичної допомоги виконано лише на одному організаційному рівні, переважно за рахунок другого рівня. Визначено потребу удосконалення як підготовка лікарів ЗПСМ з питань тривалого ведення (медичної опіки) хворих на ХЕ, так і розробка алгоритмів розподілу та кооперації функцій між різними організаційними рівнями надання допомоги.

Ключові слова: лікар загальної практики-сімейної медицини, хронічні дерматози, медичні маршрути, пацієнт-орієнтована стратегія.

Дослідження виконано у межах науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування забезпечення доступності і якості первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини населенню регіону» (держ. реєстрація №0100U004260), «Обґрунтування системи управління якістю та ефективністю ПМСД на засадах сімейної медицини сільському населенню» (держ. реєстрація №0101u003582), кафедри сімейної медицини, народної і нетрадиційної медицини та санології (держ. реєстрація №0108u005248).

Зважаючи на сучасні тенденції розвитку загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) як наукової спеціальності та практичної діяльності [1–4], актуальним є розробка пацієнт-орієнтованої стратегії інтегрованого ведення хворих на хронічні дерматози (ХД), зокрема пацієнтів з хронічною екземі (ХЕ), оскільки тривалий перебіг захворювання з багатофакторною індукцією його загострень потребує повсякчасної координації медичної опіки та підтримки пацієнтів [11]. Особливої актуальності набуває ця проблема у зв'язку з потребою забезпечення оптимальних медичних маршрутів хворих та максимальної досяжної якості на рівні ПМСД [12]. Недостатньо вивченими аспектами цієї співпраці є етапність

обстеження, форми та методи тривалого спостереження за хворими, профілактичної діяльності лікаря ЗПСМ на рівні сім'ї задля забезпечення психосоціального благополуччя хворих тощо [8–10].

Об'єктивним відображенням якості медичної допомоги (МД) первинного рівня поряд із статистичними даними та даними соціометричних оцінок є «медична поведінка» пацієнта у системі. З іншого боку, медичний маршрут пацієнта є індикатором ефективності запровадження таких важливих компонентів практичної реалізації стратегії реформування галузі, як забезпечення оптимальних обсягів МД на первинному рівні та координація обґрунтованого доступу пацієнтів до спеціалізованих служб [6–8].

Мета дослідження: вивчення медичних маршрутів хворих на хронічну екзему (ХЕ), обсягів та адекватності використання діагностичних та лікувально-профілактичних заходів лікарями ЗПСМ з урахуванням взаємодії зі спеціалістами вищих організаційних рівнів надання МД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Порівняння та систематизоване узагальнення результатів виконано за даними аналізу закінчених первинних випадків загостреного перебігу ХЕ та за методикою, що рекомендована МОЗ України [11–13]. При цьому було вивчено 75 медичних маршрутів пацієнтів, що обслуговувалися лікарем ЗПСМ. Аналіз адекватності застосування діагностичних заходів серед хворих на ХЕ виконано з урахуванням клініко-анамнестичної, лабораторної та інструментальної компонент (у період між загостреннями ХЕ). Для вивчення частоти використання тих чи інших діагностичних процедур попередньо було складено карту експертної оцінки даних, що внесені до амбулаторної карти (ф.025/о) та історії хвороби (ф.003/о) хворого на ХД. Під час аналізу результатів дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз, варіаційна статистика, імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед 75 пацієнтів з ХЕ планове (згідно з назначеними термінами) відвідування лікаря ЗПСМ зареєстровано у 44,0±5,7%, тоді як лише 14,7±4,1% пацієнтів у випадку загострення первинно зверталися саме до лікаря ЗПСМ та 18,7±4,5% зверталися з лікувально-профілактичною метою у період ремісії ХЕ, а 10,7±3,6% випадків звернень пов'язані з коморбідними захворюваннями. Звернення до лікаря ЗПСМ з приводу інших проблем зі здоров'ям серед пацієнтів з ХЕ становлять 56,0±5,7%, включаючи супутню патологію – у 33,3±5,4%, планові медичні огляди – у 12,0±3,8% та випадки,

Початок медичного маршруту пацієнтів з хронічною екземою: причини звернень за організаційними рівнями надання медичної допомоги

Причини звернення за медичною допомогою до лікаря ЗПСМ	Екзема (L.30), n=75	
	Абс. число	P±m, %
<i>З приводу «маркерної» патології (без загострення)</i>	33	44,0±5,7
– випадок зареєстровано як загострення ХД	11	14,7±4,1
– випадок зареєстровано як коморбідну з ХД патологію	8	10,7±3,6
– випадок зареєстровано як ремісію ХД	14	18,7±4,5
<i>З приводу інших проблем зі здоров'ям</i>	42	56,0±5,7
– випадок зареєстровано як супутню патологію	25	33,3±5,4
– випадок зареєстровано під час профілактичного огляду	9	12,0±3,8
– випадок зареєстровано як поведінкову проблему	8	10,7±3,6

Таблиця 2

Початок медичного маршруту пацієнтів з хронічною екземою: розподіл за місцем звернень та початком лікування за організаційними рівнями медичної допомоги

Організаційний рівень медичної допомоги	Етапи медичного маршруту					
	Первинне звернення		Початок лікування		Закінчення лікування	
	Абс. число	P±m, %	Абс. число	P±m, %	Абс. число	P±m, %
Лікар ЗПСМ/терапевт	41	54,7±5,7	9	12,0±3,8	46	61,3±5,6
Лікарі спеціалісти	4	5,3±2,6	5	6,7±2,9	-	-
Лікар-дерматовенеролог	24	32,0±5,4	59	78,7±4,7	19	25,3±5,0
Стационар: непрофільний	6	8,0±3,1	1	1,3±1,3	-	-
Стационар: профільний	-	-	1	1,3±1,3	10	13,3±3,9
Усього на першому рівні	45	60,0±5,7	14	18,7±4,5	46	61,3±5,6
Усього на інших рівнях	30	40,0±5,7	61	81,3±4,5	29	38,7±5,6

Таблиця 3

Показники складності медичного маршруту пацієнтів при загостренні хронічного дерматозу за організаційними рівнями надання медичної допомоги

Організаційні рівні надання медичної допомоги	Екзема (L.30), n=75	
	Абс. число	P±m, %
1. Один організаційний рівень медичної допомоги	35	46,7±5,8
– тільки I рівень	9	12,0±3,8
– тільки II рівень	25	33,3±5,4
– тільки III рівень	1	1,3±1,3
2. Два організаційних рівні медичної допомоги	39	52,0±5,8
– I та II рівень	37	49,3±5,8
– I та III рівень	-	-
– II та III рівень	2	2,7±1,9
2. Три організаційних рівні медичної допомоги	1	1,3±1,3

пов'язані з вирішенням поведінкових (соціально-психологічних: сімейних, особистісних) проблем – у 10,7±3,6% випадків. У підсумку, з приводу ХЕ пацієнти звертаються до лікаря ЗПСМ достовірно менш часто, ніж з інших проблем, пов'язаних зі станом здоров'я (44,0±5,7% та 56,0±5,7% відповідно; $p < 0,05$) (табл. 1). У структурі звернень з приводу маркерної патології однаково часто реєструються звернення як у зв'язку із загостренням, так і в період ремісії (14,7±4,1% та 18,7±4,5% відповідно). У разі звернень до лікаря ЗПСМ з інших (не пов'язаних з ХЕ) причин, наявність ХЕ реєструють у формі супутньої патології; питома вага цих випадків становить 33,3±5,4%.

Питома вага первинних звернень (початок медичного маршруту) у разі загострення перебігу ХЕ на першому організаційному рівні надання медичної допомоги становить

60,0±5,7%, що достовірно більше ніж на вищі рівні – 40,0±5,7% ($p < 0,05$). Також достовірно частіше – у 54,7±5,7% випадків медичний маршрут розпочинається у лікаря ЗПСМ, тоді як лише у 32,0±5,4 – у лікаря-дерматовенеролога ($p < 0,05$).

Водночас початок лікування пацієнта із загостренням ХЕ у 78,7±4,7% випадків зареєстровано у лікаря-дерматовенеролога, тоді як у лікаря ЗПСМ – у 12,0±3,8% та у лікарів інших спеціальностей – у 6,7±2,9% (табл. 2). Загалом випадки початку ММ на першому організаційному рівні надання МД зареєстровані у 60,0±5,7%, на більш високих рівнях МД – у 40,0±5,7% ($p < 0,01$) випадків. Однак початок лікування загострення ХЕ – практично навпаки: на першому рівні – лише у 18,7±4,5% випадків, тоді як на другому – у 81,3±4,5%. Тобто, мова йде про нагальну необхідність функціональної координації та розподіл виробничих функцій, оскільки як

продемонстровано у табл. 2, 61,3±5,6% пацієнтів закінчують лікування (медичний маршрут) саме на першому організаційному рівні МД.

Аналіз складності медичних маршрутів пацієнтів з ПХ виявив, що у 46,7±5,8% закінчених випадків надання МД виконано лише на одному організаційному рівні, переважно за рахунок ІІ рівня (дерматолог) (табл. 3). Слід зазначити, що найбільш частим варіантом є залучення фахівців двох організаційних рівнів (лікар ЗПСМ + дерматовенеролог).

З'ясовано, що лікарями ЗПСМ серед усіх хворих на ХЕ виконано анамнестичне обстеження для з'ясування характерних скарг:

– у 69,3±5,3% зібрано анамнез стосовно сезонності загострень та провокуючих факторів (легкий перебіг – у 73,7±7,1%, середньої тяжкості – у 51,1±7,8%; $p < 0,05$);

– у 50,7±5,8% зібрано анамнез стосовно сімейності по ХД (легкий перебіг – у 42,1±8,0%, середня тяжкість – у 46,8±8,1%; $p > 0,05$).

З'ясування у пацієнта / аналіз стресіндукуючих чинників та оцінка психологічного стану виконана серед 72,0±5,2% хворих (легкий перебіг – у 76,3±6,9%, середня тяжкість – у 53,2±7,7%; $p < 0,05$), тоді як клініко-морфологічна оцінка (за системою IASI) морфологічних висипів – лише у 50,7±5,8% хворих.

У незначній частині пацієнтів (13,3±3,9%) фіксували клінічну оцінку дериватів шкіри щодо наявності / відсутності ознак мікроелементозів чи авітамінозів. Звертає увагу факт однаково неповного клініко-анамнестичного оцінювання цієї ознаки серед пацієнтів як із середньою тяжкістю, так і при легких формах (12,8±6,1% та 10,5±5,0% відповідно; $p > 0,05$). При клініко-анамнестичному дослідженні у 25,3±5,0% осіб виконано аналіз елімінаційної поведінки щодо провокуючих загострення факторів ризику та перебігу екзема. Ще у меншій частині виконано реєстрацію діагностично-прогностичних індикаторів: вісцерально-функціональних та конституційно-біологічних маркерів – у 25,3±5,0%, частота реєстрації яких не залежала від тяжкості ХЕ. Водночас достовірно частіше – у 50,7±5,8% випадків ($p < 0,05$) зазначено аналіз можливого впливу регіонально-екологічних чинників та метеоумов на самопочуття хворих та перебіг ХЕ.

Аналіз використання лабораторних діагностичних процедур серед хворих ХЕ на етапі ПМД виконано залежно від тяжкості перебігу захворювання. З'ясовано, що лікарями ПМД практично серед усіх хворих ХЕ виконано реакцію мікропреципітації / Вассермана – у 98,7±1,3% та в абсолютній більшості – загальний розгорнутий клінічний аналіз крові (включаючи ШОЕ та визначення тромбоцитів) – у 92,0±3,1%. Обстеженнями на С-реактивний протеїн охоплені 69,3±5,3% пацієнтів та однаково часто хворі з легким та з перебігом середньої тяжкості (63,2±7,8% та 75,7±7,1% відповідно; $p > 0,05$). Аналогічно біохімічне визначення АлТ та АсТ крові забезпечено у 52,0±5,8% хворих, дещо частіше у пацієнтів із середньою тяжкістю (47,4±8,1% та 56,8±8,1%; $p > 0,05$). У програмах клініко-лабораторного обстеження хворих ХЕ достовірно частіше виконані: визначення глюкози крові, ліпідного профілю та клініко-імунологічне дослідження серед 87,2±5,1%, 64,9±8,1% та 56,8±8,1% пацієнтів відповідно; практично не проведені дослідження мікро-, макроелементів крові / волосся / сечі (наявні лише у 9,3±3,4%).

Аналізуючи обсяги використання діагностичних заходів з'ясовано, що на рівні первинної МД серед усіх хворих виконано: флюорографію / рентенографію органів грудної клітини та у переважній більшості – оцінку стоматологічного статусу / діагностику стану ЛОР-органів з визначенням плану лікування – у 84,08±4,2% пацієнтів. Достовірно частіше ці інструментальні процедури застосовано серед хворих з більш тяжким перебігом (у 91,9±4,5% та 76,3±6,9%; $p < 0,05$). У комплексному обстеженні хворих ХЕ у середньому серед

26,7±5,1% пацієнтів виконано променеве дослідження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, частота цих обстежень не залежала від тяжкості перебігу ХЕ. На цьому самому рівні (28,0±5,2%) і частота виконання променевих досліджень нирок. Під час клініко-інструментальної діагностики серед хворих ХЕ низькими рівнями використання (рівень 15,0% і нижче) проведені такі діагностично-прогностичні значущі методи, як кісткова денситометрія (рентген-, УЗ-дослідження), визначення респіраторних функцій, оцінка вегетативного статусу та рівня больової чутливості шкіри.

Аналіз лікувально-профілактичної адекватності виконано за показниками частоти використання немедикаментозних засобів та профілактичних процедур. Зокрема з'ясовано, що серед переважної більшості хворих ХЕ – у 81,3±4,5% виконано санацію хронічних осередків інфекції. Окрім того, серед хворих з середньою тяжкістю зареєстровано більша частка пацієнтів з усуненням впливу несприятливих (відмова від паління, вживання алкоголю, професійні чинники) поведінкових факторів (легкий перебіг – у 56,4±8,0%, середня тяжкість – у 83,8±6,1%; $p < 0,05$). Слід зазначити, що 80,0±4,9% хворих ХЕ дотримуються гіпоалергенної дієти та індивідуальних харчових обмежень (легкий перебіг – 71,8±7,1%, середня тяжкість – 86,5±5,6%; $p > 0,05$); 37,3±5,1% хворих у період між загостреннями використовують мазі на основі фітопрепаратів, а 65,3±5,5% надають перевагу розсмоктувальній терапії. Седативні засоби природного походження (серед яких настоювання валеріани, пустирника, півонії) використовують у період між загостреннями 39,1±4,7% хворих, причому частіше ($p < 0,01$) саме хворі з більш тяжким перебігом (легкий – у 50,0±8,1%, середня тяжкість – у 70,3±7,5%; $p < 0,05$). Частота використання природних адаптогенів перед традиційним для пацієнта сезоном загострення ХЕ (настойки елеутерока чи/і лимонника) при легкому перебігу – 51,3±8,1%, при середній тяжкості – 62,2±8,0%. Фізіотерапевтичне лікування (методики УФО, електросон) – використовують 42,7±5,7% хворих, тоді як неспецифічну профілактику – 53,3±5,8%, а методи ЛФК / аутотренінгу / холодногрудного дихання чи психологічної корекції – 25,3±5,0% хворих ХЕ.

Аналіз використання фармакотерапевтичних засобів виявив, що хворі ХЕ у період між загостреннями у 52,0±5,8% випадках використовують зовнішню креми/мазі з преднізолоном, причому достовірно частіше ($p < 0,05$) при більш тяжких проявах захворювання (62,2±8,0% та 42,1±8,0% відповідно). Імуномодулятори застосовують 64,0±5,5% хворих, зокрема 73,0±7,3% – із середньою тяжкістю та 55,3±8,1% – з легким перебігом. Препарати гепатопротекторної дії використовують 33,3±5,4% хворих, лікарські форми вітамінів (А, Е, гр. В, С) – 58,7±5,7% хворих. Антистресорні фармакологічні форми адаптогенів застосовують 41,3±5,7%, стимулятори функції кори надниркових залоз – 25,3±5,0% хворих. Гіпосенсибілізувальні засоби в якості курсової терапії отримували 70,7±5,3% пацієнтів, у період між загостреннями застосовували також сорбенти і магнійумісні фармакотерапевтичні та дезінтоксикаційні засоби у 53,3±5,8%, 24,0±4,9% та 46,7±5,8% випадків відповідно.

ВИСНОВКИ

1. Достовірно частіше – у 54,7±5,7% хворих медичний маршрут розпочинається у лікаря ЗПСМ, тоді як у 32,0±5,4 – у лікаря-дерматовенеролога ($p < 0,01$). Водночас лише 14,7±4,1% пацієнтів у випадку загострення ХЕ первинно звертаються саме до лікаря ЗПСМ.

2. Початок лікування пацієнта із загостренням ХЕ у 78,7±4,7% випадків зареєстровано у лікаря-дерматовенеролога, тоді як у лікаря ЗПСМ – у 12,0±3,8%, що свідчить про відсутність розподілу функцій та функціональної кооперації між різними рівнями надання МД.

3. Аналіз складності ММ пацієнтів з ХЕ виявив, що у 46,7±5,8% закінчених випадків надання МД виконано лише на одному організаційному рівні, переважно за рахунок І рівня (дерматолог). Найбільш частим варіантом використання ресурсів двох рівнів МД є варіант «лікар ЗПСМ+дерматолог» – у 49,3±5,8% випадках.

4. Потребує удосконалення як підготовка лікарів ЗПСМ

Разработка пациент-ориентированной стратегии интегрированного ведения больных на первичном уровне медицинской помощи: изучение медицинских маршрутов при хронической экземе
Л.В. Черкашина

Цель исследования: изучение медицинских маршрутов больных хронической экземой (ХЕ), объемов и адекватности использования диагностических и лечебно-профилактических мероприятий врачами ОПСМ с учетом взаимодействия со специалистами высших организационных уровней оказания МД.

Материалы и методы. Изучены медицинские маршруты (ММ) 75 законченных случаев оказания медицинской помощи при обострении хронической экземы (ХЭ) с распределением по организационным уровням. Выполнен анализ диагностической и лечебно-профилактической помощи на первичном уровне. В 54,7±5,7% случаев ММ начинался у врача общей практики-семейной медицины (ОПСМ), в 32,0±5,4 – у врача-дерматовенеролога.

Результаты. Начало лечения в 78,7±4,7% случаев осуществлялось у врача-дерматовенеролога, тогда как у врача ОПСМ – в 12,0±3,8%. Это свидетельствует об отсутствии разделения и функциональной кооперации между разными организационными уровнями медицинской помощи.

Заключение. Анализ сложности медицинских маршрутов пациентов с ХЭ выявил, что у 46,7±5,8% законченных случаев предоставления медицинской помощи выполнено только на одном организационном уровне, преимущественно на втором уровне. Определена потребность совершенствования как направлений последиplomной подготовки, так и разработка алгоритмов распределения и кооперации функций между разными организационными уровнями медицинской помощи.

Ключевые слова: врач общей практики-семейной медицины, хронические дерматозы, медицинский маршрут, пациент-ориентированная стратегия.

з питань тривалого ведення (медичної опіки) хворих на ХД, так і розробка алгоритмів розподілу та кооперації функцій між різними організаційними рівнями МД.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ММ хворих з іншими, найбільш поширеними ХД, обсягів профілактичної, діагностичної та лікувально-профілактичних заходів на рівні ПМСД.

Developing a patient-oriented strategy for the integrated management of patients at the primary level of medical care: the study of medical routes for chronic eczema

L.V. Cherkashina

The objective: to study the medical routes of patients with chronic eczema (EC), the volume and adequacy of the use of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures by OPSM physicians, taking into account interaction with specialists at higher organizational levels of MD delivery.

Materials and methods. Medical routes (MM) of 75 completed cases of medical care for exacerbations of chronic eczema (CE) with distribution by organizational levels were studied. The analysis of diagnostic and treatment-and-prophylactic care at the primary level. In 54.7±5.7% of cases MM began at the general practitioner-family medicine (OPSM), at 32.0± 5.4 – at the dermatovenerologist.

Results. The beginning of treatment in 78.7±4.7% of cases was carried out by a dermatovenerologist, while at a physician OPSM – by 12.0 ± 3.8%. This indicates a lack of separation and functional cooperation between different organizational levels of medical care.

Conclusion. Analysis of the complexity of the medical routes of patients with CE revealed that 46.7±5.8% of completed cases of medical care were performed only at one organizational level, mainly at the second level. The need to improve both the directions of postgraduate training and the development of algorithms for the distribution and cooperation of functions between different organizational levels of medical care has been determined.

Key words: general practitioner-family medicine, chronic dermatosis, medical route, patient-oriented strategy.

Сведения об авторе

Черкашина Лидия Владимировна – Харьковская медицинская академия последиplomного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58. E-mail: narodmed@med.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників: Випуск 78 «Охорона здоров'я» // Міністерство праці та соціальної політики України. Київ, 2002. 372 с.
2. Постанова Президії вищої атестаційної комісії України №53-09/05: 01.07.2010. «Про затвердження паспорту спеціальності 14.01.38 – загальна практика-сімейна медицина».
3. Навчальний план та уніфікована програма циклу спеціалізації за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина». Київ. 2016. 74 с.
4. Освітньо-професійна програма підготовки спеціаліста за спеціальністю 7.110101 – «лікувальна справа» на пряму підготовки 1101 – «медицина» (2221.2 – лікар) / Галузевий стандарт вищої освіти. Київ. 2003: 50-134.
5. Біловол АМ, Шкляр СП, Черкашина ЛВ. Контактно-захисні системи при системних дерматозах: стан та патогенетична корекція при екземі. Харків: ХНМУ, 2008. 200 с.
6. Черкашина Л.В. Дослідження факторів ризику, розробка критеріїв та обґрунтування алгоритму прогнозування екземи на етапі первинної медичної допомоги // Український журнал медицини, біології та спорту. 2018. Том 3. № 6 (15). С. 180–187.
7. Черкашина ЛВ. Клініко-прогностичні аспекти діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини: хронічні дерматози, коморбідні з порушенням структурно-функціонального стану кісткової тканини. Укр. журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаява. 2018. № 1. С. 63–70.
8. Черкашина ЛВ. Міжфахова кооперація та якість лікувально-профілактичного процесу у контексті розробки пацієнт-орієнтованої стратегії ведення хворих на хронічні дерматози на рівні ПМСД. Укр. журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаява, 2018 № 2. С. 68–74.
9. Черкашина ЛВ. Психосоціальне забезпечення пацієнтів з хронічними дерматозами: стратегія персоніфікації освітньо-поведінкової корекції та її реалізація на етапі первинної медичної допомоги. Вісник проблем біології та медицини. 2018. Випуск 3 (145). С. 194–199.
10. Черкашина ЛВ. Розробка методики та досвід оцінки ефективності освітньо-поведінкової корекції хворих хронічними дерматозами на етапі надання первинної медичної допомоги. Вісник проблем біології та медицини. 2018. Вип. 4. Т. 1 (146). С. 130–134.
11. Шкляр СП, Кравченко ІМ, Черкашина ЛВ. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини. Методичні рекомендації МОЗ України. Київ, 2013. 20 с.
12. Шкляр СП, Кравченко ІМ, Черкашина ЛВ. Методика вивчення виробничих функцій медичного персоналу амбулаторій загальної практики-сімейної медицини. Методичні рекомендації МОЗ України. Київ, 2013. 16 с.
13. Шкляр СП, Кравченко ІМ, Черкашина ЛВ. Методика оцінки ефективності медичних маршрутів пацієнтів в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини Методичні рекомендації МОЗ України. Київ, 2013. 16 с.

Статья поступила в редакцию 13.11.2018