

# Менеджмент пацієнтів із COVID-19 на рівні ПМСД в Україні: аналіз результатів анкетування сімейних лікарів порівняно зі світовими стратегіями

О.В. Ільков, П.О. Колесник

Ужгородський національний університет

Поява нового збудника інфекційних хвороб SARS COVID-19 швидко спричинила виникнення епідемії, а згодом і пандемії у 2020 році. Наразі у світі накопичено достатньо описових даних щодо менеджменту пацієнтів із COVID-19, проте у багатьох країнах світу ще нечітко розроблено доказові протоколи для різних рівнів медичної допомоги. Тому актуальним є проведення порівняльного аналізу щодо ведення пацієнтів із коронавірусною інфекцією на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у різних країнах.

**Мета дослідження:** проведення порівняльного аналізу щодо менеджменту пацієнтів COVID-19 на рівні ПМСД у різних країнах світу та в Україні. **Матеріали та методи.** У статті наведено дані сімейних лікарів з 9 країн світу щодо ведення хворих на COVID-19 на рівні ПМСД (які були представлені у формі доповідей з відповідями на 5 запитань на міжнародній конференції «Гаряча тема: COVID-19 і коморбідні стани в первинній медичній допомозі» 3–5 грудня 2020 року). Також оцінювалися результати анкетування українських сімейних лікарів, яке проводилося методом онлайн-опитування. Відповіді українських сімейних лікарів надходили у процесі анонімного анкетування у форматі Google-форм з листопаду до грудня 2020 року.

**Результати.** Під час аналізу доповідей міжнародних експертів і даних анкетування вітчизняних лікарів виявлено схожі риси у стратегіях лікування, діагностики і стратегіях контролю за одужанням пацієнтів на рівні ПМСД; оцінювання стану пацієнта за допомогою пульсоксиметрії, визначення частоти дихання, проведення телефонного та відеоконсультації тощо. Однак певні напрямки у вітчизняній рутинній медичній практиці суттєво відрізнялися від таких у веденні пацієнтів сімейними лікарями в світі. Адже широке використання антибіотиків, антикоагулянтів, а також багатьох інших додаткових засобів, часте необґрунтоване застосування КТ лікарями на первинній ланці при COVID-19 широко проводиться українськими колегами на рівні ПМСД.

**Заключення.** Порівняльний аналіз діагностики та лікування виявив як схожі (методи діагностики, оцінювання стану пацієнтів), так і відмінні риси (гіпердіагностика і поліпрагмазія) у веденні COVID-19 в Україні порівняно зі світовими стратегіями.

**Ключові слова:** COVID-19, в Україні, у світі.

## Management of patients with COVID-19 at the level OF PMC in Ukraine: analysis of the results of the survey of family doctors in comparison with worldwide

О.В. Ільков, П.О. Колесник

The emergence of the new infectious agent SARS COVID-19 quickly led to an epidemic and later a pandemic in 2020. Currently, the world has accumulated enough descriptive data on the management of patients with COVID-19, but many countries have not yet clearly developed evidence protocols for different levels medical care. Therefore, it is actual to conduct a comparative analysis of the management of patients with coronavirus infection at the level of PMC in different countries.

**The objective:** to conduct a comparative analysis of the management of COVID-19 patients at the level of PMC in different countries and in Ukraine.

**Materials and methods.** Data from family physicians from 9 countries on the management of COVID-19 patients at the PMC level (which were presented in the form of reports with answers to 5 questions at the international conference «Hot topic: COVID-19 and comorbid conditions in primary care» 3–5 December 2020). The results of a survey of Ukrainian family doctors conducted by an online survey were also evaluated. The answers of Ukrainian family doctors were received in the process of anonymous questionnaires in the format of Google-forms from November to December 2020.

**Results.** The analysis of reports of international experts and survey data of domestic doctors revealed similar features in treatment strategies, diagnosis and control strategies for recovery of patients at the level of PMC: for example, assessment of the patient's condition by pulse oximetry, respiratory rate, telephone and video triage etc. However, certain directions in the domestic routine medical practice differed significantly from those in the management of patients by family physicians in the world (for example, the widespread use of antibiotics, anticoagulants and many other additional means, frequent unjustified use of CT by primary care physicians colleagues at the PMC level).

**Conclusions.** A comparative analysis of diagnosis and treatment revealed both similar (diagnostic methods, assessment of patients' condition) and distinctive features (hyperdiagnosis and over-treatment) in the management of COVID-19 in Ukraine, compared to global strategies.

**Keywords:** COVID-19, in Ukraine, in the world.

## Менеджмент пациентов с COVID-19 на уровне ПМСД в Украине: анализ результатов анкетирования семейных врачей по сравнению с мировыми стратегиями

О.В. Ільков, П.О. Колесник

Появление нового возбудителя инфекционных болезней SARS COVID-19 повлекло возникновение эпидемии, а впоследствии и пандемии в 2020 году. Сейчас в мире накоплено достаточно описательных данных по менеджменту пациентов с COVID-19, однако во многих странах мира еще нечетко разработаны доказательные протоколы для различных уровней медицинской помощи. Поэтому актуальным является проведение сравнительного анализа по ведению пациентов с коронавирусной инфекцией на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСД) в разных странах.

**Цель исследования:** проведение сравнительного анализа по менеджменту пациентов COVID-19 на уровне ПМСД в разных странах мира и в Украине.

**Матеріали та методи.** В статті представлені дані експертів – сімейних лікарів із 9 країн світу по веденню хворих COVID-19 на рівні ПМСД (які були представлені в формі доповідей з відповідями на 5 запитань на міжнародній конференції «Гаряча тема: COVID-19 і коморбідні стани в первинній медичній допомозі» 3–5 грудня 2020 року). Також оцінювалися результати анкетування українських сімейних лікарів, яке проводилося методом онлайн-опитування. Відповіді українських сімейних лікарів поступали в процесі анонімного анкетування в форматі Google-форм с 11 листопада по грудень 2020 року.

**Результати.** Аналіз доповідей міжнародних експертів і даних анкетування українських сімейних лікарів продемонстрував схожі риси в стратегіях лікування, діагностики та стратегіях контролю за выздоровленням пацієнтів на рівні ПМСД: оцінка стану пацієнта з допомогою пульсоксиметрії, визначення частоти дихання, проведення телефонних та відеоконсультацій. Однак визначені напрямки в оточеній рутинній медичній практиці суттєво відрізнялися від таких у веденні пацієнтів сімейними лікарями в Україні. В Україні широке використання антибіотиків, антикоагулянтів, а також багатьох інших додаткових засобів, часте необґрунтоване використання КТ лікарями на первинному рівні при COVID-19 широко проводиться українськими колегами на рівні ПМСД.

**Висновок.** Порівняльний аналіз діагностики та лікування виявив як схожі (метод діагностики, оцінка стану пацієнтів), так і відмінні риси (гіпердіагностика і поліпрагмація) в веденні COVID-19 в Україні порівняно з міжнародними стратегіями.

**Ключові слова:** COVID-19, в Україні, в світі.

Поява нового збудника інфекційних хвороб SARS-CoVID-19 швидко спричинила виникнення епідемії, а згодом і пандемії у 2020. Наразі у світі накопичено достатньо описових даних щодо менеджменту пацієнтів з COVID-19, проте у багатьох країнах світу ще не чітко розроблено доказові протоколи для різних рівнів медичної допомоги. Тому актуальним є проведення порівняльного аналізу щодо ведення пацієнтів із коронавірусною інфекцією на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у різних країнах.

Протоколи ведення пацієнтів із коронавірусною інфекцією неодноразово змінювалися. Наприклад, в Іспанії розроблено близько 20 різних протоколів ведення пацієнтів із COVID-19 для кожного регіону країни. А у Франції [2] і Швеції [3] лікарям ПМСД близько 20 разів особисто розсилалися електронні листи з повідомленнями про зміни в уніфікованих протоколах, де було чітко окреслено стратегію для лікарів даної ланки, сформульовано на рівні міністерства охорони здоров'я. Аналогічні протоколи було сформульовано для ПМСД в Ізраїлі, Іспанії, Португалії. Натомість у Британії, як і в Україні немає окремо розроблених протоколів для лікарів первинної ланки [4–6].

Слід зазначити, що у вітчизняні українські протоколи з менеджменту коронавірусної інфекції корективи вносилися вже 12 разів, але ще й досі настанови є не зовсім чіткими, в них не виокремлені підходи для первинної ланки, що може створювати непорозуміння і відсутність чіткого розмежування дій лікарями різних рівнів [1].

Аналіз досвіду різних країн світу щодо ведення пацієнтів із коронавірусною інфекцією на рівні ПМСД може дати можливість сформулювати нові чіткі вітчизняні настанови для українських лікарів, виявити спільні риси і відмінності у менеджменті хворих COVID-19 на первинній ланці.

**Мета дослідження:** проведення порівняльного аналізу щодо менеджменту пацієнтів із COVID-19 на рівні ПМСД у 9 країнах світу: США, Великої Британії, Ізраїлю, Швеції, Франції, Португалії, Іспанії, Чехії та в Україні.

#### Завдання

1. Визначити позитивні і негативні моменти з досвіду ведення пацієнтів COVID-19 сімейними лікарями у зазначених вище країнах.

2. Оцінити схожі і відмінні риси у плані діагностики, часу ізоляції й оцінювання одужання пацієнтів сімейними лікарями на рівні ПМСД у цих країнах.

3. Знайти схожі і відмінні риси у плані лікування пацієнтів із COVID-19 на рівні ПМСД (зокрема, призначення антибіотиків та антикоагулянтів) у 9 країнах світу.

4. Провести порівняльний аналіз отриманих даних з результатами анкетування сімейних лікарів в Україні.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дані сімейних лікарів з 9 країн світу: США, Великої Британії, Ізраїлю, Швеції, Франції, Португалії, Іспанії, Чехії та України щодо ведення хворих на COVID-19 на рівні ПМСД,

що були представлені під час доповідей на міжнародній конференції «Гаряча тема: COVID-19 і коморбідні стани в первинній медичній допомозі» 3–5 грудня 2020 року, порівнювалися з результатами анкетування українських сімейних лікарів, яке проводилося методом онлайн-опитування

Експертам із 9 країн світу, які є практикуючими сімейними лікарями і викладачами сімейної медицини, більшість з яких є також і національними координаторами Європейської асоціації науковців у галузі сімейної медицини (EGPRN) або європейської академії викладачів сімейної медицини (EURACT), було запропоновано висвітлити стратегії менеджменту пацієнтів із COVID-19 на рівні ПМСД у формі відповідей на 5 однакових запитань (додаток 2).

Відповіді на аналогічні запитання було запропоновано сімейним лікарям, членам Української асоціації сімейних лікарів (додаток 1). Опитування українських сімейних лікарів проводилося шляхом анонімного анкетування у форматі Google-форм з листопу до грудня 2020 року. Після розроблення анкети авторами статті, до початку анкетування, проводилося її пілотування серед 10 сімейних лікарів м. Ужгорода, під час якого з'ясувалася зрозумілість у формулюванні запитань і вносилися відповідні корективи. Після повторного пілотування відкориговано варіант анкети, її було розіслано у вигляді Google-форми сімейним лікарям, членам Української асоціації сімейної медицини (УАСМ).

Анкети було відправлено електронною поштою 1 тис. українських лікарів, що були вибрані випадковим чином із загального списку 5 тис. членів УАСМ. На запитання анкети відповіло 297 (29,7%) респондентів. Результати аналізу анкетування лікарів України було представлено О.В. Ільков на міжнародній онлайн-конференції «Гаряча тема COVID-19 і коморбідні стани в первинній медичній допомозі» 3–5 грудня 2020 року разом з доповідями міжнародних експертів (<https://drive.google.com/file/d/1ydKdj69NdLsKyDinUcHk1NWqjdV0Pg4/view?usp=sharing>) [6].

#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Опис стратегій менеджменту пацієнтів із COVID-19 у дев'яти країнах світу представлено у даному розділі у формі відповідей міжнародних експертів на запропоновані запитання. Дані міжнародних експертів подано порівняно з результатами анкетування українських лікарів.

##### **Запитання № 1. «Що було добре організовано у менеджменті COVID-19 у Вашій країні?»**

В Англії лікарі ЗПСМ швидко перейшли на телефонні або відеоконсультації («тріаж») для більшості пацієнтів, що доказово зменшує ризик для лікарів і знижує ймовірність поширення внутрішньоамбулаторної інфекції, не зменшуючи якості спостереження за станом пацієнта, порівняно з очними візитами. Світова практика засвідчила, що більшість амбулаторних пацієнтів із COVID-19 можна вести шляхом теле- чи відеоконсультацій, лише деяких пацієнтів є сенс оглядати особисто. Було створено «гарячі зони» у багатьох

Таблиця 1

**Захворюваність і летальність від COVID-19 та частота тестування населення різних країн (станом на 22.11.2020 р.)**

**Статистика по країнах (станом на 22.11.2020)**

Країна	Населення (млн)	Нові випадки	Заг. к-ть випадків	Нові летальні випадки	Заг. летальність	Активні випадки	Нові випадки / 1М нас	Загальна к-ть випадків / 1М нас	Нові летальні випадки / 1М нас	Летальність / 1М нас	Тести / 1М нас
Італія	60.43	28,337	1,408,868	562	49,823	805,947	469	23,315	9.30	825	337,410
ВБ	68.03	18,662	1,512,045	398	55,024	N/A	274	22,227	5.85	809	591,923
США	331.76	114,054	12,566,088	764	262,562	4,858,559	344	37,877	2.30	791	543,716
Швеція	10.12	N/A	208,295	N/A	6,406	N/A	N/A	20,574	N/A	633	287,840
Словенія	2.08	1,024	65,308	26	1,052	20,119	492	31,412	12.50	506	229,565
Ізраїль	9.2	649	328,397	13	2,757	8,469	71	35,705	1.41	300	569,401
Україна	43.63	12,079	624,774	138	10,951	286,917	277	14,319	3.16	251	95,219
Словаччина	5.46	984	96,241	27	671	49,687	180	17,624	4.95	123	186,062
Пд. Корея	51.29	330	30,733	2	505	3,762	6	599	0.04	10	56,718

амбулаторіях світу для прийому пацієнтів з імовірним чи діагностованим COVID-19, у низці країн також функціонує національна телефонна довідкова лінія лікарів загальної практики для пацієнтів з імовірним COVID-19.

У Португалії було створено ізольовані пункти надання допомоги пацієнтам із COVID-19 та розроблено мобільний додаток «TRACE-COVID-19».

У Франції актуальна централізована медична інформація від МОЗ регулярно надсилається електронною поштою всім медичним працівникам (щонайменше 60 електронних листів було надіслано з березня 2020 року!).

В Іспанії оновлені клінічні протоколи швидко формуються і поширюються. Після першої хвилі пандемії COVID-19 лікарі ПМСД отримали повний доступ до діагностичних тестів ПЛР на коронавірус з можливістю отримання результатів через 24 год, а також було створено «трекери» здоров'я для відслідковування контактів інфікованих пацієнтів.

В Ізраїлі на рівні МОЗ діє консультативний комітет з менеджменту COVID-19, громадські служби для надання амбулаторної допомоги. У деяких ізраїльських готелях створено медичні пункти – «інтернати» для пацієнтів похилого віку, що потребують догляду. Це дозволило значно зекономити ліжковий фонд. Було сформульовано чіткі протоколи, створені спеціальні відділи ПМСД, що окреслювали дії сімейних лікарів на ПМСД. Масковий режим був строго обов'язковим поза будинком, машиною у цій країні.

У Швеції на національному рівні планування менеджменту COVID-19 здійснюють суто науково кваліфіковані особи, політики у цьому процесі участі не брали. Цікаво, що у країні не вводили локдаун, проте мешканці строго виконували режимні обмеження. Було створено офіси для прийому інфікованих пацієнтів в АЗПСМ: спеціальний вхід для всіх людей із симптомами COVID-19. Експертом зі Швеції було зазначено, що лікарі з початку пандемії були добре забезпечені засобами індивідуального захисту. Пацієнти мали обов'язково проходити скринінг на наявність інфекції перед відвідуванням амбулаторії.

Експерт із США зауважив, що попри низьку роль уряду у формуванні стратегій ведення пацієнтів із COVID-19, місцеві органи самоврядування (штатів і міст) успішно взяли на себе цю місію. Клініки ПМСД успішно проводили скринінг, навчання та тестування на COVID-19.

Серед позитивних моментів менеджменту COVID-19 в Україні лікарі відзначили:

- доступність методів діагностики (ПЛР, ІФА, КТ, рентгенологічної діагностики, експрес-тестувань, лабораторних обстежень);
- гарне забезпечення засобами захисту лікарів та пацієнтів;
- відкриття окремих входів до сімейних амбулаторій для потенційно інфікованих коронавірусом;
- безконтактне вимірювання температури тіла;
- проведення карантинних заходів та спостереження за контактними особами;
- ведення пацієнтів на відстані (виїзні бригади, телефонні консультації, відкриття листків непрацездатності);
- можливість госпіталізації та доступ до оксигенотерапії;
- доступ до протоколів;
- можливість дистанційного навчання.

Порівняльні дані щодо тестування хворих на Covid-19 наведено у табл. 1.

**Запитання № 2. «Що можна було покращити у менеджменті COVID-19 на рівні ПМСД у Вашій країні?»**

Експертом із США було критично оцінено особисте втручання президента у планування напрямків медичного менеджменту пацієнтів із COVID-19, а саме: популізм, що спричинило дезорганізацію діяльності системи охорони здоров'я. Зокрема, прези-

дент США на початку пандемії через економічні міркування заперечував небезпеку від поширення хвороби у ЗМІ, було закрито офіс Глобальної охорони здоров'я (GHSА), який був необхідний для координації роботи кількох медичних відомств. Президент перешкодив роботі Центру контролю за хворобами (CDC) у запровадженні масштабного тестування і особисто демонстративно відмовився носити маску, у результаті чого був інфікований COVID-19. США тривалий час не мали власного загального національного керівництва дій лікарів при коронавірусній інфекції.

Експертом з Великої Британії було відзначено недостатнє забезпечення сімейних лікарів засобами індивідуального захисту (ЗІЗ). Крім того, через те що пацієнти з іншими хронічними станами рідше зверталися до сімейного лікаря через страх зараження COVID-19 в амбулаторіях, нерідко інші серйозні діагнози (рак, інфаркт тощо) почали встановлюватися і лікуватися відтерміновано.

В Іспанії було зазначено складність у проведенні відеоконсультації пацієнтів через перевантажені телефонні лінії, поганій зв'язок, відсутність доступу пацієнтів до мережі Інтернет. Протоколи для лікарів в Іспанії потребували значного вдосконалення. Стала очевидною нестача медичних кадрів, психологічний стрес у персоналу. Відзначено нестачу ЗІЗ на початку пандемії. Страх пацієнтів відвідувати амбулаторії став обмеженням у наданні допомоги хронічно хворим.

Сімейним лікарем із Франції було зазначено, що рекомендації щодо тестування потребували уточнення, наголошувалося на необхідності швидкого та надійного експрес-тестування слини, можливості призначення O<sub>2</sub> вдома для пацієнтів із COVID-19.

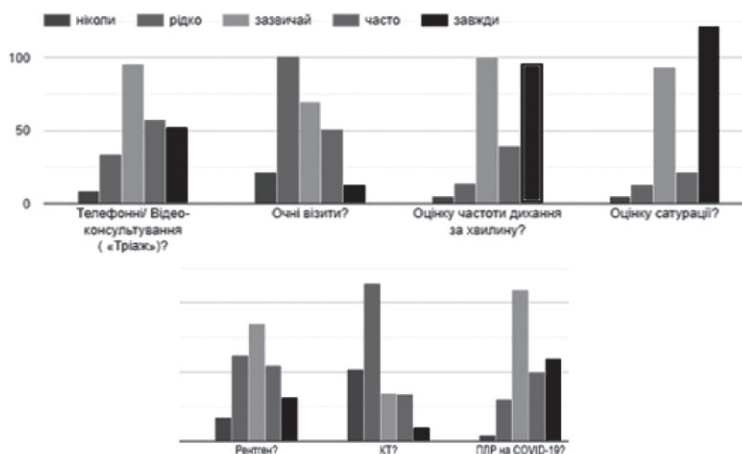
В Ізраїлі пацієнти із груп високого ризику щодня спостерігалися медсестрами (з метою оцінювання симптомів, лихоманки та гіпоксії), що створювало значне навантаження на медичний персонал. Лише з липня 2020 року стала зрозумілою недоцільність повторного тестування за допомогою ПЛР, що спричинило значні державні фінансові втрати до цього часу. Також експерт зазначив тривалий інтервал між отриманням нової інформації та оновленням протоколів лікування.

Експертом із Швеції наголошено на необхідності збільшення обсягу тестування, покращення організації догляду в будинках для людей літнього віку, удосконалення рекомендацій щодо паліативної допомоги та підтримки пацієнтів.

За результатами опитування лікарів в Україні серед основних проблем було наголошено на значному поширенні випадків поліпрагмазії і гіпердіагностики, акцентовано увагу на необхідності забезпечення контролю за вільним продажем антибіотиків; збільшення кількості медперсоналу; інформування і навчання пацієнтів з доказових підходів до ведення COVID-19; доступ до психологічної допомоги. Респондентами зазначалася необхідність створення належних

## Діагностика COVID-19 на рівні ПМСД в Україні: результати анкетування лікарів

Таблиця 2



Ільков О.В., Микита І.М., Колесник П.О. Ведення пацієнтів з COVID-19. Результати анкетування українських лікарів // Науково-практична онлайн-конференція з міжнародною участю «Гаряча тема COVID-19 і коморбідні стани в первинній медичній допомозі»

умов для здорових осіб в амбулаторіях; зменшення кількості очних прийомів; забезпечення медикаментами, обладнанням та підвищення заробітної плати медикам.

### Запитання № 3. «Який план діагностики на рівні ПМСД та роль сімейного лікаря у веденні COVID-19 у Вашій країні?»

Більшість експертів з різних країн світу зазначили широке впровадження відеоконсультації пацієнтів і моніторинг за телефоном з або без відеозв'язку. Особистий контакт був доцільним лише в окремих випадках в разі нагальної необхідності. КТ і рентген при COVID-19 не проводився лікарями на первинній ланці в жодній із країн світу, оскільки ступінь ураження легень на КТ не змінює тактику лікування. Оцінювання життєвих показників, зокрема пульсоксиметрія, а не КТ, є вирішальною у виборі тактики ведення пацієнта: сатурація <93% (<89–91% – дані відрізнялися в різних країнах) вважається граничною, пацієнт із сатурацією ≤93% потребує госпіталізації.

В Ізраїлі всі пацієнти з групи високого ризику отримували домашні пульсоксиметри за рахунок держави. Частота дихання >24 за 1 хв може бути ознакою, що свідчить про небезпеку, проте даний показник визнано не дуже точним. Частота дихання >30 за 1 хв еквівалентна сатурації  $O_2$  <93% і вважається критичною. Також серед ознак небезпеки визначено: кривава діарея та недовість антипіретиків при фебрильній температурі. Аналіз методом ПЛР, антиген-тест або тест на антитіла проводиться або в амбулаторіях, або окремими підрозділами. ПЛР найкраще проводити через 3 дні від початку захворювання, слід пам'ятати, що його чутливість не є 100% та залежить від низки факторів. Тест на антиген COVID-19 є швидким, але менш точним, а тест на антитіла потрібен лише для ретроспективної діагностики щодо попереднього зараження. Результати опитування українських лікарів наведено у табл. 2.

### Запитання № 4. «Який план лікування на рівні ПМСД та яка роль сімейного лікаря у веденні пацієнтів із COVID-19 у Вашій країні?»

Як було зазначено всіма експертами, близько 85% пацієнтів потребували мінімального лікування на амбулаторному етапі, близько 10% потребували інтенсивної терапії, і лише близько 5% важких пацієнтів потребували ШВЛ, тривалої госпіталізації. У світі вже є відповідь щодо недоцільності різних способів лікування у більшості амбулаторних випадків (антибіотики, протівірусні засоби, протизапальні та імуномодифікуючі засоби): амбулаторні пацієнти одужують самостійно без призначення додаткового лікування. Необхідними є лише пероральна регідратація та призначення антипіретиків за потреби: парацетамол (до 3 г/добу) чи ібупрофен (до 1200 мг/добу). Ізоляція пацієнтів запобігає поширенню інфекції.

Додаткова оксигенація за допомогою портативних кисневих концентраторів є корисною для пацієнтів зі зниженою сатурацією і стабільним станом для ведення їх у домашніх умовах або для певних груп пацієнтів після виписки зі стаціонарів.

Стероїди не призначають амбулаторним пацієнтам. Це питання залишається дискусійним лише щодо пацієнтів у будинках для літніх людей [7].

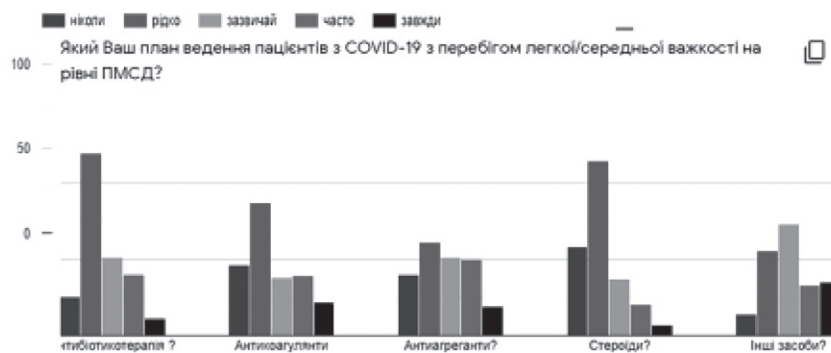
Міжнародними експертами одностайно наголошувалося на недоцільності призначення антибіотиків при веденні амбулаторних хворих на COVID-19. Необхідність призначення антибіотиків є низькою навіть у госпіталізованих осіб: за даними ізраїльського експерта, потреба в антибіотиках виникала лише у 10% пацієнтів. На рівні ПМСД антибіотики лікарями у розвинутих країнах світу не призначалися.

За даними міжнародних експертів, антикоагулянти також не призначалися амбулаторним пацієнтам із COVID-19. На думку шведського експерта, виключення може бути зроблено лише для пацієнтів у будинках для літніх людей, лежачим хворим, пацієнтам із сукупністю факторів ризику і тим, хто приймав антикоагулянти.

На думку іноземних колег, пацієнтам не рекомендована будь-яка специфічна протівірусна або імуномодулююча терапія. Вітамін D не мають достатньо доказів, роль вітаміну D не є доведеною. Дані щодо використання ремдесивіру на рівні ПМСД є неостатніми. Реконвалесцентну плазму не-

### Лікування пацієнтів із COVID-19 на рівні ПМСД в Україні: результати анкетування лікарів

Таблиця 3



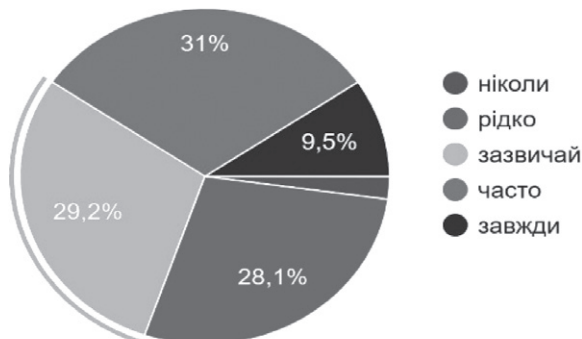
Ільков О.В., Микита І.М., Колесник П.О. Ведення пацієнтів з COVID-19. Результати анкетування українських лікарів // Науково-практична онлайн-конференція з міжнародною участю «Гаряча тема COVID-19 і коморбідні стани в первинній медичній допомозі»

Таблиця 4

## Частота призначення КТ/ рентгену ОГК на рівні ПМСД в Україні

## Проведення рентгену ОГК/КТ?

274 відповіді



часто застосовують у стаціонарі, оскільки це дорого. Інші ліки не мають доказової ефективності для пацієнтів на рівні ПМСД. Наразі тривають дослідження щодо лікування моноклональними антитілами (тоцилізумаб), проте цей препарат застосовують виключно на госпітальному етапі.

Результати анкетування українських лікарів з даного питання представлено у табл. 3. Отже, близько 70% лікарів, які брали участь в опитуванні, застосовують антибіотики (макроліди, фторхінолони, захищені пеніциліни, цефалоспорины 3 і 4 покоління, карбопенеми) при COVID-19, що слід сприймати як поліпрагмазію. Близько 54% респондентів застосовують антикоагулянти чи антиагреганти (низькомолекулярні гепарини, клопидогрель, аспірин тощо). Близько 61% лікарів застосовують інші засоби недоведеної ефективності, серед яких: вітаміни D, С, цинк, муколітики та протикашльові, метаболічна терапія, пробіотики, противірусні та препарати інтерферону, противірусні, гепатопротектори, седативні, снодійні засоби.

#### Запитання №5. «Який подальший план спостереження за пацієнтами з COVID-19?»

За даними міжнародних експертів, час ізоляції пацієнта становив 10–14 днів (більше 10 днів з моменту появи симптомів за відсутності підвищеної температури тіла протягом 24 год без жарознижувальних засобів та інших симптомів).

Час ізоляції контактних осіб становив 10 днів від дати контакту. Фахівцями наголошувалося на недоцільності призначення повторного рентгену грудної клітки або КТ під час подальшого спостереження реконвалесцентів.

ПЛР-тест вже не є обов'язковим методом контролю одужання пацієнта, але може використовуватися для обстеження контактних осіб.

Слід відзначити, що результати анкетування українських лікарів суттєво відрізнялися від світових стратегій. Українські лікарі широко використовували додаткові обстеження для контролю за станом пацієнтів із COVID-19: ЗАК, С-РБ, D-димер, прокальцитонін, рівень глюкози, ІФА, ЗАС, печінкові проби, феритин, БАК, ЕКГ, КТ, ЕКГ, ниркові проби. Даний факт слід розцінювати як гіпердіагностику. Реконвалесцентів широко обстежували за допомогою КТ і рентгенів, часто застосовували повторні ПЛР-тести для контролю одужання.

Світ уже перетнув межу 1 млн смертей від коронавірусу. Але чи жертви пандемії – лише хворі на COVID-19? Сьогодні експерти говорять про «синдром»: коли максимальна увага фахівців спрямована на боротьбу з коронавірусом, у

той час, як прогнозована кількість жертв від хронічних неінфекційних хвороб, що залишаються поза увагою медичної спільноти, зростає. Рівень вакцинації від інших хвороб значно знизився. Чи скринінг хронічних неінфекційних хвороб – вже не пріоритетна задача медичної служби? В українських реаліях слід прогнозувати значну кількість жертв від поліпрагмазії на різних рівнях медичної служби.

Отже, за результатами анонімного анкетування лікарів ЗПСМ в Україні, яке було представлено на міжнародній конференції УАСМ у грудні 2020 р., було встановлено критичну ситуацію щодо поліпрагмазії (зокрема масове призначення антибіотиків, антикоагулянтів) без очевидних показань «ex juvantibus» та гіпердіагностики (недоцільне обстеження пацієнтів шляхом проведення КТ, рентгену та лабораторних показників: D-димер, коагулограма, СРП тощо).

Порівняльний аналіз вітчизняних підходів та стратегій ведення пацієнтів на рівні ПМСД з легкою та середньою формою COVID-19 у 12 розвинутих країнах світу встановив невідповідність. Згідно з міжнародними рекомендаціями, антибіотикотерапія практично не застосовується при веденні пацієнтів на ПМСД, рутинне призначення КТ, коагулограми та дослідження інших показників також вважаються гіпердіагностикою на рівні ПМСД.

Виявлена тенденція спричинює значну частоту серйозних побічних реакцій, зокрема антибіотик-асоційованої діареї, почастішання випадків псевдомембранозного коліту тощо. Подальше необгрунтоване безконтрольне ведення пацієнтів за даними напрямками в Україні загрожує формуванню тотальної антибіотикорезистентності та інших проблем.

## ВИСНОВКИ

Порівняльний аналіз діагностики та лікування у веденні COVID-19 в Україні, порівняно зі стратегіями у світі, виявив схожі риси (методи діагностики, оцінювання стану пацієнтів) та відмінності (гіпердіагностика і поліпрагмазія).

За результатами проведеного аналізу вбачаємо за необхідне негайне проведення наступних кроків:

1. Лобювання питання негайного формування окремого протоколу для лікарів ПМСД щодо ведення пацієнтів з COVID-19, який не передбачає ризиків поліпрагмазії і гіпердіагностики. Під час формування протоколу для лікарів ПМСД в Україні необхідно взяти за основу стратегії і досвід високорозвинених країн світу, який було представлено на конференції і сформовано у вигляді резолюції УАСМ.

2. Використовувати досвід країн західної Європи і США щодо особистого інформування лікарів ПМСД шляхом розсилки електронних листів з оновленими рекомендаціями, сформованими на сучасних доказах.

3. Забезпечення контролю за призначеннями лікарів ЗПСМ на первинній ланці і необхідність чіткого обгрунтування призначень, зокрема антибіотикотерапії, яка має призначатися лише за наявності чітко визначених показань (зокрема, підвищених значень прокальцитоніну, який визнано одним із небагатьох чутливих тестів щодо виявлення суперінфекції).

4. Моніторинг стану пацієнтів на рівні ПМСД має проводитися лише за показниками пульсоксиметрії (або, в разі неможливості, за вимірюванням ЧДР), у випадку зниження показників менше критичного рівня лікар ЗПСМ повинен госпіталізувати пацієнта.

5. Необхідно спростити роботу з документацією на рівні ПМСД щодо ведення пацієнтів і сприяти адекватній госпіталізації пацієнтів за показаннями.

6. Заборонити масове рутинне використання повторних ПЛР-тестів наприкінці захворювання за наявності очевидної позитивної динаміки.

**Відомості про авторів**

**Льков Оксана Віталіївна** – Медичний факультет № 2 кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги Ужгородського національного університету, клініка «Гемо Медика Україна», 89421, с. Сторожниця, вул. Польова 2, тел.: (050) 026-08-17. *E-mail: oksane0115@gmail.com*

**Колесник Павло Олегович** – Медичний факультет № 2 кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги Ужгородського національного університету, тренінговий центр сімейної медицини та долікарської допомоги факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету, 88000, м. Ужгород, вул. Волошина, 17/2, тел.: (050) 977-90-96. *E-mail: dr.kolesnyk@gmail.com*

**Information about the author**

**Ilkov Oksana V.** – Department of Family Medicine and outpatient care, medical faculty 2 of Uzhhorod National University, «Hemo Medica Ukraine» clinic, 89421, Storozhnytsia, 2 Pol'ova Str; tel.: (050) 026-08-17. *E-mail: oksane0115@gmail.com*

**Kolesnyk Pavlo O.** – Department of Family Medicine and outpatient care, medical faculty 2 of Uzhhorod National University, of the family medicine and outpatient care training center, postgraduate faculty Uzhhorod National University, 88000, Uzhhorod, 17/2 Voloshyna Str; tel.: (050) 977-90-96. *E-mail: dr.kolesnyk@gmail.com*

**Сведения об авторах**

**Ильков Оксана Витальевна** – Медицинский факультет № 2 кафедры семейной медицины и амбулаторной помощи Ужгородского национального университета, клиника «Гемо Медика Украина», 89421, с. Сторожниця, ул. Полевая, 2; тел.: (050) 026-08-17. *E-mail: oksane0115@gmail.com*

**Колесник Павел Олегович** – Медицинский факультет № 2 кафедры семейной медицины и амбулаторной помощи Ужгородского национального университета, тренинговый центр семейной медицины и доврачебной помощи факультета последипломного образования Ужгородского национального университета, 88000, г. Ужгород, ул. Волошина, 17/2; тел.: (050) 977-90-96. *E-mail: dr.kolesnyk@gmail.com*

**ПОСИЛАННЯ**

1. «Pro vnesennia zmin do Standartiv medychnoi dopomohy «Koronavirusna khvoroba (COVID-19)» [Elektronnyi resurs]. Nakaz MOZ Ukrainy № 2438. 2710. Rezhym dostupu do resursu: [https://moz.gov.ua/uploads/5/28069-dn\\_3094\\_31\\_12\\_2020\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/5/28069-dn_3094_31_12_2020_dod.pdf).
2. La maladie et l'épidémie [Elektronnyi resurs] France. 2020. Rezhym dostupu do resursu: [https://www.lecmg.fr/coronacic-1-la-maladie-et-epidemie/#1H](https://lecmg.fr/coronacic-1-la-maladie-et-epidemie/#1H). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/triage-arbetsatt-varldcentral-covid19.pdf>
3. NICE Guidance [Elektronnyi resurs]. United Kingdom. 2020. Rezhym dostupu do resursu: <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/respiratory-conditions/covid19/products?ProductType=Guidance&Status=Public>. <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only>
4. Guidance COVID-19: long-term health effects [Elektronnyi resurs] Public Health England. 7 Rezhym dostupu do resursu: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-long-term-health-effects/covid-19-long-term-health-effects>
5. Triage/flöden och arbetsätt vid covid-19 [Elektronnyi resurs] Framtaget av Kunskapscentrum Katastrofmedicin, Karolinska Institutet på uppdrag av Socialstyrelsen. 2020. Rezhym dostupu do resursu: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/triage-arbetsatt-varldcentral-covid19.pdf>.
6. Naukovo-praktychna onlain konferentsia z mizhnarodnoiu uchastiu «Hariacha tema: COVID-19» i komorbidni stany v pervynni medychnii dopomozii [Elektronnyi resurs] / [PO Kolesnyk, Ya Miskin, OV Ilkov ta in.] m. Kyiv. 2020. Rezhym dostupu do resursu: <https://drive.google.com/file/d/1yDkdj69NdLsKyDinUcHk1NWqjv0Pg4/view?usp=sharing>
7. Coronavirus disease (COVID-19): Dexamethasone [Elektronnyi resurs] // WHO. 2020. Rezhym dostupu do resursu: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-dexamethasone>

Додаток 1

**Анкета, яку було запропоновано сімейним лікарям, членам Української асоціації сімейних лікарів**

The image shows a survey form titled "Анкетування лікарів ЗПСМ щодо ведення пацієнтів з COVID-19 на рівні ПМСД". The form is divided into several sections, each with a set of radio buttons for response options: "ніколи", "рідко", "іноді", "часто", and "завжди".

- Section 1:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД?"
- Section 2:** "Чи ведете Ви пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД?"
- Section 3:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 4:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 5:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 6:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 7:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 8:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 9:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 10:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 11:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 12:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 13:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 14:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 15:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 16:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 17:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 18:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 19:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"
- Section 20:** "Якщо Ви часто ведете пацієнтів з COVID-19 в первинній лінійній допомозі на рівні ПМСД, то як Ви це робите?"

## Питання, які були задані експертам

1. Що було добре організовано у менеджменті COVID-19 у Вашій країні?
2. Що можна було покращити у менеджменті COVID-19 на рівні ПМСД у Вашій країні?
3. Який діагностичний план для пацієнтів із COVID-19 на первинній ланці?
4. Яке лікування Ви призначаєте при наявному COVID-19 на рівні ПМСД? Чи застосовуєте антибіотики, антикоагулянти або інші засоби?
5. Який Ваш план після встановленого діагнозу COVID-19? Час ізоляції? Додаткові методи обстеження?

## ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ (ОДНА АБО ДЕКІЛЬКА ПРАВИЛЬНИХ ВІДПОВІДЕЙ)

**1. Які антибіотики рекомендовано застосовувати з позицій ВООЗ і МОЗ України у пацієнтів із COVID-19 на первинній ланці при ураженні легенів?**

- Пеніциліни
- Карбапенеми
- Макроліди
- Антибіотики не рекомендовані для рутинного застосування.

**2. В яких випадках показано проведення комп'ютерної томографії пацієнтам з COVID-19 на первинній ланці?**

- Показана всім пацієнтам при наявності сатурації нижче 92%
- Показана всім пацієнтам для контролю ураження легень за типом «матового скла»
- Показана лише пацієнтам із супутніми захворюваннями легенів
- Не показана для рутинного застосування пацієнтам на первинній ланці.

**3. В якому випадку пацієнтам із COVID-19 рекомендовано призначати антикоагулянти на рівні ПМСД згідно з міжнародними рекомендаціями?**

- Завжди потрібно призначати з метою тромбопрофілактики
- Лише пацієнтам з ліжковим режимом або схильним до тромбозів
- Пацієнтам після 60 років з ожирінням і глибокими тромбозами вен нижніх кінцівок
- Не показано застосовувати тромбопрофілактику пацієнтам із COVID-19 на рівні ПМСД, рекомендується оцінювати ризик тромбоутворення і рекомендувати підбір терапії на госпітальному рівні.

**4. Що з нижче перерахованого рекомендовано для рутинного контролю за станом пацієнтів із COVID-19:**

- ЗАК, С-РБ, D-димер
- Прокальцитоніновий тест
- Рівень глюкози, ЗАС, печінкові проби, феритин
- Рентгенографія/КТ легенів
- Контроль сатурації.

**5. Який доказовий менеджмент реконвалесцентів для контролю одужання згідно з міжнародними підходами на рівні ПМСД:**

- КТ чи рентгенографія легень в динаміці
- Обов'язковий повторний ПЛР тест на COVID-19 через 14 днів
- Усе перераховане вище
- Нічого з перерахованого вище.

**6. Які з лікарських засобів рекомендовано для рутинного вживання пацієнтам із COVID-19 при неускладнених формах при веденні на первинній ланці з позицій доказовості?**

- Антибіотики
- Антикоагулянти
- Вітамін D і цинк
- Симптоматична терапія
- Усе перераховане вище.

**7. Які проблеми ведення пацієнтів із COVID-19 є пріоритетними на рівні ПМСД в Україні?**

- Відсутність чітко розмежованих протоколів ведення пацієнтів лікарями на рівні ПМСД
- Гіпердіагностика
- Поліпрагмація
- Відсутній контроль за призначеннями лікарів
- Усе перераховане вище.

*Стаття надійшла до редакції 11.01.2021. – Дата першого рішення 15.01.2021. – Стаття подана до друку 26.02.2021*