

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
Київ, Україна

Мета: дослідити стан організації діяльності мультидисциплінарних команд з надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози та запропонувати підходи до її удосконалення.

Матеріали і методи: форми № 003/о за 2019 рік (1208 од.); установчі й розпорядчі документи по закладу, положення про відділення, посадові інструкції, клінічні маршрути пацієнтів (усього 15 од.). База дослідження: КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр». Методи: системного підходу; медико-статистичний; медико-географічний; контент-аналізу; графічний.

Результати. Пацієнти відділення ендокриної хірургії представляли майже всі регіони України. Направлені лікарем загальної практики-сімейним лікарем 3,5% пацієнтів, лікарем-ендокринологом – 55,7%, самостійно звернулись – 40,1%. Злоякісне новоутворення щитоподібної залози виявлено у 33,9% пацієнтів, нетоксичний багатовузловий зоб – у 25,2%, доброякісне новоутворення – у 16,3%. У 448 (37,1%) хворих виявлені 687 супутніх захворювань та ускладнень, з них 40,0% – хвороби системи кровообігу, 3,1% – ока, 2,0% – нервової системи. З метою задоволення потреб пацієнтів проведені інструментальні та лабораторні дослідження, консультативні огляди, консилиуми та оперативні утручання. Виявлено низький рівень комунікацій лікарів стаціонару з лікарями амбулаторної ланки, що обумовило надмірний термін перебування на ліжку – $12,6 \pm 2,7$ днів, та відокремлену участь лікарів-спеціалістів у супроводі пацієнтів в стаціонарі. Запропоновано надання офіційного статусу та розробку типового положення про мультидисциплінарну команду спеціалістів; сумісне обговорення, дискусії, обмін даними всередині команди та з лікарями амбулаторної ланки; забезпечення діяльності команди корпоративною інформацією та координація роботи уповноваженими працівниками.

Висновки. Підвищення ефективності діяльності мультидисциплінарних команд можливо шляхом посилення співпраці всередині команди та комунікацій з лікарями амбулаторної ланки.

Ключові слова: міждисциплінарна команда, пацієнт, медичні працівники, співпраця, хірургічна допомога.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота відповідає загальному напрямку науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я», № державної реєстрації 01200U101680.

Вступ. Патологія щитоподібної залози часто потребує хірургічного втручання. Тіреоїдна хірургія в своєму історичному розвитку з часом набула статусу окремої галузі клінічної хірургії. Але самостійний шлях її становлення, започаткований ще в 1646 р. Wilhelm Fabricius, який виконав першу в світі струмектомію, постійно гальмувався високим ризиком інтра- та післяопераційних ускладнень, актуальність яких не втрачається і сьогодні. За даними вітчизняних авторів [1], відсоток післяопераційних ускладнень внаслідок хірургічних утручань на щитоподібній залозі дорівнює від 1,8 до 4,5 і вище в окремих випадках.

Сучасна ендокринна хірургія, зокрема, тіреоїдна, характеризується активним впровадженням нових діагностичних і лікувальних технологій: тонкоголкової пункційної аспіраційної біопсії під контролем ультразвукового дослідження з молекулярно-біологічним і генетичним дослідженням цитологічного матеріалу; лабораторної діагностики з визначенням концентрації тиреоїдних гормонів і тиреотропного гормону гіпофіза; комп'ютерної томографії з високоточною топічною діагностикою новоутворів, рецепторної скінтіграфії, позитронної емісійної томографії (ПЕТ) та їх поєднань; щадних органозберігаючих технологій оперативних утручань з мінімальною травматичністю [2-5].

Для пацієнтів з патологією щитоподібної залози характерна коморбідна патологія, найчастіше – це хвороби системи кровообігу, нервової системи, ока та інші [6-8].

Усе вищезазначене потребує високопрофесійної підготовки й сумісної роботи лікарів різних клінічних спеціальностей і організаторів охорони здоров'я. Такий підхід у світовій медицині, зокрема, онкохірургії, знайшов своє втілення у функціонуванні мультидисциплінарних команд спеціалістів, на противагу традиційному лікуванню пацієнта одним лікарем [9].

Кардинальний перехід до структурованої багато профільної допомоги хворим з онкологічною патологією на основі оптимальної координації діяльності різних структурних підрозділів і спеціалістів для лікування конкретного пацієнта був включений до Європейської програми «Партнерство за боротьбу з раком» ще на початку 2000-х років [10]. На сьогодні ефективність міждисциплінарного підходу як золотого стандарту організації медичної допомоги хворим з онкологічною патологією не викликає сумнівів, про що свідчать дані численних досліджень [11-14].

Однак є дослідження з висновками про те, що концепція міждисциплінарного підходу в реальних умовах часто виглядає як функціонування групи фахівців, які працюють незалежно один від одного й лише іноді підтримують професійні зв'язки [15], недостатньо використовують технологічні та інформаційні системи, що негативно впливає на прийняття клінічних рішень [16].

В Україні функціонування мультидисциплінарних команд, до складу яких входять медичні працівники, на законодавчому рівні задекларовано для сфери соціальних послуг [17, 18]. В сфері охорони здоров'я започатковано надання медичної допомоги мультидисциплінарними командами пацієнтам, які перебувають у невідкладних станах, зокрема за напрямками «ендокринологія», «хірургія» [19], реабілітаційної допомоги – пацієнтам у гострому, післягострому та довготривалому періоді різних захворювань [20], психіатричної допомоги [21], а також радіологічне та хіміотерапевтичне лікування й супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних і амбулаторних умовах за Програмою медичних гарантій-2021 [22].

Однак форми і методи організації роботи цих команд, канали і способи комунікацій спеціалістів у нормативних документах не деталізовані, що потребує подальших наукових розробок і обумовлює, таким чином, актуальність даного дослідження.

Мета роботи: дослідити стан організації діяльності мультидисциплінарних команд спеціалістів з надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози та запропонувати підходи до її удосконалення.

Матеріал та методи дослідження. В якості матеріалів дослідження з метою визначення потреб хворих з патологією щитоподібної залози у

хірургічній допомозі використані форми № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» відділення ендокринної хірургії Комунального неприбуткового підприємства (КНП) «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» за 2019 рік в кількості 1208 од., що складало 78,9% медичних карт усіх пролікованих пацієнтів (1532 особи). Дослідження регламентування та організації діяльності мультидисциплінарних команд проводилось на основі контент-аналізу установчих та розпорядчих документів по закладу (2 од.), положення про відділення ендокринної хірургії, посадових інструкцій працівників (4 од.), локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів), що використовуються у відділенні (8 од.). Обсяг діяльності закладу визначався за даними статистичних матеріалів офіційного вебсайту КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» (<http://kmkes.com.ua/blog/news/107-kiyivskomu-mskomu-centru-hirurg-ta-reabltac-hvorih-z-patologeyeu-schitovidnozalozi-25-rokv.html>).

КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» обрано базою дослідження як заклад охорони здоров'я, де здійснюється найбільша кількість оперативних утручань на ендокринній системі серед закладів охорони здоров'я м. Києва (89,3% від загальної кількості у 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»).

Застосовувались методи: системного підходу; медико-статистичний за допомогою ліцензованого програмного забезпечення з використанням пакету описової статистики Microsoft Office Excel 10; медико-географічний; контент-аналізу документів; графічний.

Результати дослідження. Медико-географічні характеристики пацієнтів засвідчили, що із 1208 госпіталізованих 1205 пацієнтів були жителями України (99,8%), 3 пацієнта (0,2%) – іноземцями. Пацієнти надходили до відділення ендокринної хірургії з усіх адміністративно-територіальних одиниць України, крім Харківської області та м. Севастополь. Проживали в містах 910 пацієнтів - жителів України (75,3% від усього числа жителів України), з них 426 осіб були киянами, 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).

За демографічними характеристиками переважну чисельність вибірки склали жінки – 1049 осіб, або 86,8%; чоловіків нараховувалось 159 осіб, або 13,2% від усієї кількості пацієнтів. Середній вік усіх хворих складав 48,1±13,1 років; зокрема, чоловіків – 45,9±13,2 років, жінок – 48,4±13,0 років. Більш старший вік жінок підтверджено на статистично значущому рівні ($t=0,029750252$ при $p \leq 0,05$).

Встановлено, що усі хворі госпіталізовані в плановому порядку, з них 1131 пацієнт (93,6%) – вперше, 77 пацієнтів – повторно (6,4%).

Шляхи надходження пацієнтів на стаціонарне лікування до відділення ендокринної хірургії представлені в **табл. 1**.

Таблиця 1 – Шляхи надходження пацієнтів з патологією щитоподібної залози до відділення ендокринної хірургії у 2019 році

Ким направлений	Абсолютна кількість пацієнтів	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

Нозологічна структура пацієнтів за основними діагнозами за класами хвороб МКХ-10 представлена в **табл. 2**.

Крім основного, у 448 (37,1%) пацієнтів виявлені 687 супутніх захворювань та ускладнень основного захворювання, або 1,5 патологій на кожного із зазначених хворих. Нозологічна структура цих захворювань відображена у **табл. 3**.

Виявлено, що з метою задоволення потреб пацієнтів у медичній допомозі в установчих документах закладу задекларована командна професіональна співпраця усіх фахівців, а клінічними маршрутами пацієнтів передбачено: госпіталізація хворих за направленням лікарів-ендокринологів закладів охорони здоров'я України після консультативного огляду лікаря/ів КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр»; в день госпіталізації обов'язкові огляди пацієнтів лікуючим лікарем, ендокринологом, анестезіологом,

Таблиця 2 – Нозологічна структура хворих, госпіталізованих до відділення ендокринної хірургії в 2019 році (за основними діагнозами)

Рубрики, підрубрики, нозології	Абсолютна кількість пацієнтів	Відсоток від загальної кількості госпіталізованих (%)
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 паращитоподібної залози (аденома)	22	1,8
E04.1 Нетоксичний одновузловий зоб	18	1,5
E05.1 Тиреотоксикоз з токсичним одновузловим зобом	14	1,2
E06.3 Аутоімунний тиреоїдит	13	1,0
Разом	1208	100,0

завідувачем відділення, за показаннями – консультації інших спеціалістів; доопераційне ведення хворого покладається на медичний персонал відділень ендокринної хірургії, анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії та реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози; проведення хірургічного втручання покладається на лікарів та медичний персонал відділень ендокринної хірургії, анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії та операційного блоку, а післяопераційне ведення – на лікарів та медичний персонал відділення ендокринної хірургії; виписка здійснюється під нагляд онколога, ендокринолога, якого обирає пацієнт.

Записи лікарів у формах № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» засвідчили про дотримання вимог локальних документів на кожному крокові клінічного маршруту пацієнта. Консультативні огляди лікарями-спеціалістами проведені 1140 хворим (94,4% від усієї кількості пацієнтів), зокрема, ендокринологом оглянуті усі пацієнти, кардіологом – 76 хворих (6,7% від усього числа пацієнтів, яким призначені консультації спеціалістів), ортопедом-травматологом – 22 пацієнта (1,9%),

Таблиця 3 – Нозологічна структура супутніх захворювань та ускладнень основного захворювання у пацієнтів відділення ендокринної хірургії в 2019 році

Рубрики, підрубрики, нозології	Абсолютна кількість супутніх хвороб та ускладнень основної патології	Відсоток від загальної кількості супутніх хвороб та ускладнень основної патології (%)
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	
Ураження слізозового 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 щитоподібної залози	12	
D35.1 Доброякісне новоутворення паращитоподібної залози	4	
Хвороби нервової системи	14	2,0
G20 Хвороба Паркінсона	1	
G31.9 Дегенеративна хвороба нервової системи, не уточнена	9	
G40.9 Епілепсія, не уточнена	2	
G45.9 Транзиторна церебральна ішемічна атака, не уточнена	1	
G63.3 Полінейропатія при інших ендокринних хворобах та порушеннях обміну речовин	1	
Інші хвороби	12	1,8
Разом	687	100,0

офтальмологом – 21 (1,8%), невропатологом – 15 (1,3%), судинним хірургом оглянутий один пацієнт.

Консиліуми у складі хірурга, анестезіолога, ендокринолога, невропатолога, кардіолога проведені 72 пацієнтам (6,0% від загальної чисельності вибірки) у зв'язку з важкістю стану та складністю патології.

Оперативне лікування отримали 1205 пацієнтів (99,8% від усієї кількості пацієнтів вибірки), троє хворих проліковані консервативним способом. Оперативне втручання забезпечувалось лікарями-хірургами, анестезіологами, персоналом зі спеціальною медичною освітою відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії та операційного блоку.

В цілому, відповідно до консультативних записів лікарів та результатів досліджень, представлених у формах № 003/о, до ведення пацієнтів відділення дотичні, крім лікуючого лікаря і лікарів-спеціалістів, лікарі з функціональної діагностики, ультразвукової діагностики, лікарі-лаборанти, патологоанатом (в частині проведення патогістологічних досліджень під час оперативного втручання).

За результатами лікування виписані під амбулаторний нагляд лікарів-спеціалістів закладів вторинної медичної допомоги: з повним одужанням 858 пацієнтів (71,0% від усієї вибірки), з покращанням – 345 осіб (28,6%), без змін – 5 хворих (0,4%).

Обговорення отриманих результатів. Результати дослідження засвідчили, що в закладі,

обраному базою дослідження, на організаційному рівні запроваджені базові умови для забезпечення мультидисциплінарного 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 і кадрових ресурсів.

Разом з тим, за окремими позиціями організація діяльності лікарів та медичного персоналу у відділенні ендокринної хірургії та загалом по закладу стосовно забезпечення їх ефективної співпраці може бути удосконалена.

Так, аналізуючи шляхи надходження пацієнтів з патологією щитоподібної залози до відділення ендокринної хірургії в 2019 році, слід звернути увагу на 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 представляють всю Україну, це свідчить про низку проблем, які існують в цілому в сфері охорони здоров'я та віддзеркалюють її слабку пацієнторієнтованість: низький рівень довіри та/або комунікацій між пацієнтами, з одного боку, та лікарями первинної ланки, лікарями-спеціалістами (ендокринологами) закладів вторинної медичної допомоги, з іншого. Як наслідок, госпіталізація за самозверненням пацієнта перекладає частину обсягу медичної допомоги на догоспітальному етапі (рутинні обстеження) на стаціонар, що є ризиком подовження тривалості дороговартісного цілодобового перебування хворого на ліжку. Даний ризик реалізований на рівні відділення, що підтверджується середньою тривалістю перебування хворого на ліжку – $12,6 \pm 2,7$ днів у 2019 році. За статистичними даними КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр», у 2015-2018 роках цей показник також був високим і коливався від 12,3 до 13,0 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. Тобто, налагодження більш тісної взаємодії КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» з лікарями загальної практики-сімейної медицини та спеціалістами закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги, а також усіх зазначених закладів з пацієнтами може сприяти скороченню тривалості перебування хворого на

ліжку, а отже, більш ефективному використанню ліжкового фонду.

Важливо, що в 2019 році в Україні лише стартувала Програма медичних гарантій. На сьогодні вона є потужним регулятором наступності в роботі закладів охорони здоров'я різних видів медичної допомоги, оскільки за умови скерування пацієнта до стаціонару лікарем загальної практики-сімейним лікарем або лікарем-спеціалістом забезпечується фінансова доступність пацієнтів до діагностики і лікування, в тому числі, до хірургічних утручань. При плановій госпіталізації, яка практикується у КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр», налагодження ефективної співпраці з лікарями амбулаторної ланки медичної допомоги стане свідоцтвом втілення принципів пацієнтцентричності та раціонального використання ресурсів як характеристик якості медичної допомоги.

Зроблені висновки відповідають завданням, представленим висококваліфікованими експертами – головними позаштатними ендокринологами областей України, щодо подолання бар'єрів не ефективної взаємодії лікарів-ендокринологів з лікарями загальної практики-сімейної медицини з метою забезпечення безперервного спостереження та надання медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози [23].

Наступна позиція, що заслуговує обговорення, стосується механізмів внутрішньої взаємодії між лікарями-спеціалістами, дотичними до ведення хворих. Незважаючи на залучення до лікувально-діагностичного процесу фахівців різних спеціальностей, відповідно до медичних потреб хворих, що задекларовано у розпорядчих документах по закладу, записи в формах № 003/о свідчать про збереження традиційної форми відокремленої участі лікарів шляхом консультативного огляду пацієнта та/або проведення досліджень. Частина останніх здійснюється або при безпосередньому контакті спеціаліста з пацієнтом, або з його біологічним матеріалом. Тобто, між фахівцями, дотичними до лікування й обстеження конкретного хворого, відсутній безпосередній діалог, дискусія, практика сумісного обговорення й прийняття клінічного рішення. Дані форми співпраці мають місце лише під час проведення консилиумів, які охоплювали 6,7% пацієнтів, та під час оперативних утручань, які виконуються обмеженим переліком спеціалістів.

Виписка пацієнтів здійснюється під диспансерний нагляд лікарів-спеціалістів (онколога, ендокринолога). Роль і значення лікаря загальної практики-сімейної медицини у спостереженні пацієнта після оперативного лікування патології щитоподібної залози, таким чином, недооцінюється.

У той же час, світові наукові дослідження на рівні доказової практики сучасного менеджменту свідчать про важливість ретельного спілкування між фахівцями різних спеціальностей, об'єднання їх зусиль, інтеграції діяльності різних структурних підрозділів, що займаються лікуванням конкретного хворого, через налагоджений інформаційний потік на усіх етапах надання медичної допомоги – доопераційному, інтра- та після операційному. Збір даних, їх візуалізація, обмін між фахівцями в режимі реального часу та дискусія щодо вибору найкращих доказових практик для конкретного хворого можуть покращити координацію догляду за пацієнтами, а також слугувати інструментом підвищення кваліфікації на робочому місці [24-26].

Світова практика містить дані про ефективність щотижневих зустрічей членів мультидисциплінарних команд за умови організації цих зустрічей та попереднього забезпечення інформаційними матеріалами спеціально вповноваженою особою – координатором, яким може бути працівник із спеціальною медичною освітою [27].

На думку авторів, реальними кроками на шляху поліпшення організації діяльності КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» на основі міждисциплінарного підходу мають бути прийняті управлінські рішення щодо надання офіційного статусу мультидисциплінарним командам спеціалістів, як функціонально-структурним елементам закладу, з формуванням їх складу відповідно до потреб пацієнтів. Необхідно розробити типові положення про мультидисциплінарну команду спеціалістів закладу, на основі якого працюватимуть такі об'єднання у кожному відділенні для надання медичної допомоги конкретному пацієнту. Формою роботи мультидисциплінарної команди має бути ділова зустріч, а метою зустрічі – прийняття клінічного рішення стосовно лікувально-діагностичних та профілактичних утручань, а також організації ведення пацієнта. Останнім бажано передбачити вихід роботи команди або діяльності її окремих учасників за межі закладу з метою налагодження безперервності спостереження пацієнта на амбулаторному етапі після виписки із стаціонару.

Комунікаційними ресурсами для забезпечення роботи команди мають стати цифрові технології, а саме, електронні медичні карти стаціонарних хворих, доступні до кожного робочого місця спеціаліста – учасника команди, та сучасні доказові бази даних медичних технологій за спеціальностями учасників команди з розробленими міждисциплінарними локальними клінічними протоколами медичної допомоги.

Комунікації як всередині команди, так і з лікарями амбулаторного етапу можуть здійснюватися за допомогою дистанційних технологій, а регулю-

вання дати, часу, кількості і тривалості зустрічей – за графіками, складеними спеціально уповноваженими координаторами з попереднім інформуванням учасників команди та забезпеченням їх необхідними матеріалами або посиланнями на їх сховища. Це потребує, в свою чергу, розробки, впровадження і підтримки функціонування корпоративної бази даних з інформацією про пацієнтів, освітніми, науковими ресурсами, директивними вказівками, контактною, довідковою, обліковою та іншою інформацією, необхідною для ефективних комунікацій і підтримки прийняття клінічних і організаційних рішень.

Висновки

1. У напрямку удосконалення медичної допомоги хворим з різними клінічними потребами в Україні поступово запроваджується міждисциплінарний підхід, який знайшов своє втілення як на законодавчому рівні, так і в практиці діяльності закладів охорони здоров'я.
2. 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 патологічних станів пацієнта, ризиків периопераційних ускладнень, необхідності забезпечення широкого спектру діагностичних утручань.
3. Виявлені резерви для подальшого удосконалення міждисциплінарного підходу в організації хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози: надання офіційного статусу та розробка типового положення по закладу про мультидисциплінарну команду спеціалістів; посилення комунікаційної складової функціонування команди з виходом за межі установи з використанням цифрових технологій, що забезпечить тісну співпрацю всередині команди та з лікарями закладів первинної і вторинної допомоги; забезпечення діяльності команди корпоративною інформацією для підтримки прийняття клінічних рішень; координація роботи команди уповноваженими працівниками.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку автори вбачають у вивченні психологічної складової діяльності мультидисциплінарних команд спеціалістів та розробки заходів з удосконалення регулювання рольових позицій учасників команд.

Подяка

Автори висловлюють свою глибоку повагу і подяку керівництву КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» за представлені матеріали та підтримку при проведенні дослідження

References

1. Shidlovskiy OV, Shidlovskiy VO, Dyvak AM. Bezpechnist khirurhichnykh vtruchan na shchytopodibnii zalozi [Safety of thyroid surgery]. *Klinichna endokrynolohiia ta endokrynna khirurhiia*. 2019; 3 (67): 79-80. [Ukrainian]
2. Palamarchuk AV, Vlasenko MV. Diahnostyka vuzlovkykh utvoren shchytopodibnoi zalozy [Diagnosis of nodules of the thyroid gland]. *Praktykuiuchy likar*. 2018; 7(4): 46-52. [Ukrainian]
3. Iwen A. Schilddrüsenultraschall – Schritt für Schritt [Ultrasound Examination of the Thyroid Gland - Step by Step]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2020 Feb; 145(4): 260-267. [German]. PMID: 32069494. doi: 10.1055/a-0674-7845.
4. National Guideline Centre (UK). Thyroid disease: assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019 Nov. [Internet]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng145>
5. Sharma R, Verma N, Kaushal V, Sharma DR, Sharma D. Diagnostic accuracy of fine-needle aspiration cytology of thyroid gland lesions: A study of 200 cases in Himalayan belt. *J Cancer Res Ther*. 2017 Jul-Sep; 13(3): 451-455. doi: 10.4103/0973-1482.164702
6. Hernando VU, Eliana MS. Role of Thyroid Hormones in Different Aspects of Cardiovascular System. *Endocrinol Metab Syndr*. 2015; 4: 166. doi: 10.4172/2161-1017.1000166
7. Baksi S, Pradhan A. Thyroid hormone: sex-dependent role in nervous system regulation and disease. *Biol Sex Differ*. 2021; 12(1): 25. PMID: 33685490. PMCID: PMC7971120. doi: 10.1186/s13293-021-00367-2
8. 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): 225-236. PMID: 28093992. doi: 10.2174/1389200218666170116112407
9. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Front Oncol*. 2020; 10: 85. PMID: 32266126. PMCID: PMC7100151. doi: 10.3389/fonc.2020.00085
10. European Partnership Action Against Cancer consensus group, Borrás JM, Albrecht T, Audisio R, Briens E, Casali P, Esperou H, et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur J Cancer*. 2014; 50(3): 475-80. PMID: 24321260. doi: 10.1016/j.ejca.2013.11.012
11. Filetti S, Durante C, Hartl D, Leboulleux S, Locati LD, Newbold K, et al. On behalf of the ESMO Guidelines Committee Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2019; 30: 1856–1883. PMID: 31549998. doi: 10.1093/annonc/mdz400
12. Viola D, Elisei R. Management of Medullary Thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Mar; 48(1): 285-301. PMID: 30717909. doi: 10.1016/j.ecl.2018.11.006
13. Brito JP, Hay ID. Management of Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Mar; 48(1): 199-213. PMID: 30717902. doi: 10.1016/j.ecl.2018.10.006
14. Asa SL, Mete O. Endocrine pathology: past, present and future. *Pathology*. 2018 Jan; 50(1): 111-118. PMID: 29132721. doi: 10.1016/j.pathol.2017.09.003
15. Soukup T, Lamb BW, Arora S, Darzi A, Sevdalis N, Green JS. 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 Jan 19; 11: 49-61. PMID: 29403284. PMCID: PMC5783021. doi: 10.2147/JMDH.S117945
16. Janssen A, Robinson T, Brunner M, Harnett P, Museth KE, 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 Jun 13; 18(1): 444. PMID: 29898716. PMCID: PMC6001028. doi: 10.1186/s12913-018-3242-3
17. Nakaz Ministerstva sotsialnoi polityky Ukrainy vid 26.12.2011 № 568. Pro Poriadok orhanizatsii multydystryplinarneho pidkhodu z nadannia sotsialnykh posluh u terytorialnomu tsentri sotsialnoho obsluhovuvannia (nadannia sotsialnykh posluh) [About the Procedure for organizing a multidisciplinary approach to the provision of social services in the territorial center of social services (provision of social services)]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0354-12#Text>
18. Nakaz Ministerstva sotsialnoi polityky Ukrainy vid 31.03.2016. Pro zatverdzhennia Derzhavnogo standartu sotsialnoho suprovodu simei (osib), yaki perebuvaui u skladnykh zhyttievykh obstavynakh [About the statement of the State standard of social support of families (persons) who are in difficult life circumstances]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: https://ips.ligazakon.net/document/re28751?an=1&ed=2016_03_31
19. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 19.10.2018 r. № 1881. Pro zatverdzhennia Obiemu nadannia vtorynnoi (spetsializovanoi) medychnoi dopomohy, shcho povynen zabezpechuvatysia bahatoprofilnymy

- likarniamy intensyvnoho likuvannia pershoho ta druhooho rivnia, ta Zmin do Poriadku rehionalizatsii perynatalnoi dopomohy [On approval of the Volume of secondary (specialized) medical care to be provided by multidisciplinary hospitals of intensive care of the first and second level, and Amendments to the Procedure for regionalization of perinatal care]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#Text>
20. Zakon Ukrainy vid 3 hrudnia 2020 roku № 1053-IX. Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia [About rehabilitation in the field of health care]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
 21. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. Z lypnia v Ukraini rozpochnut robotu mobilni komandy z nadannia psykhiatrychnoi dopomohy [Mobile psychiatric teams will start working in Ukraine in July]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: <https://nszu.gov.ua/novini/z-lipnya-v-ukrayini-rozpochnut-robotu-mobilni-komandi-z-nada-526>
 22. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. Vymohy Prohramy medychnykh harantii – 2021 [Requirements of the Medical Guarantees Program - 2021]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>
 23. Rezoliutsiia seminaru-narady holovnykh pozashtatnykh endokrynolohiv oblastei Ukrainy. Uzahalneni vidomosti roboty endokrynolohichnoi sluzhby 9-ty oblastei Ukrainy [Resolution of the seminar-meeting of the chief free-lance endocrinologists of the regions of Ukraine. Generalized information on the work of the endocrinology service of 9 regions of Ukraine]. *Probl Endokp Patol.* 2018; 2: 108–116. [Ukrainian]
 24. Boisen AS, Balslev NE. [Multidisciplinary teams in cancer care]. *Ugeskr Laeger.* 2016 Aug 1; 178(31): V10150792. [Danish]
 25. Doubleday A, Sippel RS. Surgical options for thyroid cancer and post-surgical management. *Expert Rev Endocrinol Metab.* 2018 May; 13(3): 137-148. PMID: 30058897. doi: 10.1080/17446651.2018.1464910
 26. Eddy K, Jordan Z, Stephenson M. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2016; 14(4): 96-137. PMID: 27532314. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-1843
 27. Rankin NM, 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 Feb; 14(1): 74-83. PMID: 28949100. doi: 10.1111/ajco.12765

УДК 614.2:616-082

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клименко И. А., Толстанов А. К.

Резюме. Цель: исследовать состояние организации деятельности мультидисциплинарных команд по оказанию хирургической помощи больным с патологией щитовидной железы и предложить подходы к ее совершенствованию.

Материалы и методы: формы № 003/у за 2019 год (1208 ед.), учредительные и распорядительные документы по учреждению, положение об отделении, должностные инструкции, клинические маршруты пациентов (всего 15 ед.). База исследования: КНП «Киевский городской клинический эндокринологический центр». Методы: системного подхода; медико-статистический; медико-географический; контент-анализа; графический.

Результаты. Пациенты отделения эндокринной хирургии представляли почти все регионы Украины. Направлены врачом общей практики 3,5% пациентов, врачом-эндокринологом – 55,7%, самостоятельно обратились – 40,1%. Злокачественное новообразование щитовидной железы выявлено у 33,9% пациентов, нетоксичный многоузловой зоб – у 25,2%, доброкачественное новообразование – у 16,3%. У 448 (37,1%) больных выявлены 687 сопутствующих заболеваний и осложнений, из них 40,0% – болезни системы кровообращения, 3,1% – глаз, 2,0% – нервной системы. С целью удовлетворения потребностей пациентов проведены инструментальные и лабораторные исследования, консультативные осмотры, консилиумы и оперативные вмешательства. Выявлено низкий уровень коммуникаций врачей стационара с врачами амбулаторного звена, что обусловило избыточную длительность пребывания на койке – $12,6 \pm 2,7$ дней, и обособленное участие врачей-специалистов в сопровождении пациентов в стационаре. Предложено формализовать официальный статус и разработать типичное положение о мультидисциплинарной команде специалистов; совместное обсуждение, дискуссии, обмен данными внутри команды и с врачами амбулаторного звена; обеспечение деятельности команды корпоративной информацией и координация работы уполномоченными работниками.

Выводы. Повышение эффективности деятельности мультидисциплинарных команд возможно путем усиления сотрудничества внутри команды и коммуникаций с врачами амбулаторного звена.

Ключевые слова: мультидисциплинарная команда, пациент, медицинские работники, сотрудничество, хирургическая помощь.

UDC 614.2:616-082

Interdisciplinary Approach to Improving the Organization of Surgical Care for Patients with Thyroid Pathology**Klimenko I. A., Tolstanov O. K.**

Abstract. The interdisciplinary approach is recognized as the gold standard for organizing medical care for patients with oncological pathology. It is declared at the normative level in Ukraine, but the forms and methods of work, channels and methods of communication of specialists are not detailed. This requires further research, in particular, when providing surgical care to patients with thyroid pathology.

The purpose of the study was to investigate the state of activity organization of multidisciplinary teams in the provision of surgical care to patients with thyroid pathology and to propose approaches for its improvement.

Materials and methods: accounting forms No. 003 for 2019 (1208 units), constituent and administrative documents for the institution, department regulations, job descriptions, clinical pathway of patients (15 units in total). The base of research was communal non-profit enterprise «Kiev City Clinical Endocrinological Center». The methods, which were used, are systematic approach, medical and statistical, medical and geographical methods, content analysis, graphic.

Results and discussion. Patients of the Department of Endocrine Surgery were from almost all regions of Ukraine. 3.5% of patients were referred by a general practitioner, 55.7% - by an endocrinologist, 40.1% - independently applied. Malignant neoplasm of the thyroid gland was detected in 33.9% of patients, non-toxic multinodular goiter – in 25.2%, benign neoplasm – in 16.3%. In 448 (37.1%) patients, 687 concomitant diseases and complications were identified. Their structure consisted of diseases of the heart and circulatory system – 40.0%, eye diseases – 3.1%, diseases of the nervous system – 2.0%. In order to meet the needs of patients, instrumental and laboratory studies, consultative examinations, consultations and surgical interventions were carried out. The low level of communication between inpatient doctors and outpatient doctors has been shown. This was the reason for the excessive length of stay in bed – 12.6 ± 2.7 days. There is a separate participation of specialist doctors in accompanying patients in the hospital. It was proposed to formalize the official status and develop a typical provision for a multidisciplinary team of specialists; joint discussion, debate, data exchange within the team and with outpatient doctors; afford access to corporate information for the team and coordinate the work of authorized employees.

Conclusion. Improving the efficiency of multidisciplinary teams is possible by strengthening collaboration within the team and communication with outpatient doctors.

Keywords: multidisciplinary team, patient, healthcare professionals, collaboration, surgical care.

ORCID and contributionship:Igor A. Klymenko : 0000-0002-1506-036X ^{A,B,C,D}Olexandr K. Tolstanov : 0000-0002-7459-8629 ^{E,F}

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis,
C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article,
E – Critical review, F – Final approval of the article

CORRESPONDING AUTHOR**Igor A. Klymenko**

Shupik National Healthcare University of Ukraine,
Department of Health Care Management and Public Administration,
9, Dorohozhytska Str., Kyiv 04112, Ukraine
tel: +38044 205 49 90, +38044 205 49 93, e-mail: klymenko8175@gmail.com

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 07.09.2021 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування