УДК 616.36-036.1:612.354:614.253.1-027.553
DOI https://doi.org/10.32782/2786-7684/2025-4-26

Фейса Сніжана Василівна,
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри терапії та сімейної медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
ORCID ID: 0000-0002-5064-8222
Ужгород, Україна

Слабкий Геннадій Олексійович,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
ORCID ID: 0000-0003-2308-7869
Ужгород, Україна

ОБІЗНАНІСТЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ З ПРОБЛЕМОЮ МЕТАБОЛІЧНО-АСОЦІЙОВАНОЇ СТЕАТОТИЧНОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ (MASLD)

Вступ. Враховуючи високу ймовірність виникнення печінкових і позапечінкових ускладнень у пацієнтів із метаболічно-асоційованою стеатотичною хворобою печінки та беручи до уваги наявність у них підвищеного кардіоваскулярного ризику, актуальним є комплексний підхід до профілактики цих станів і запобігання розвитку коморбідних патологій. Провідна роль у цьому належить лікарям загальної практики – сімейної медицини.

Мета роботи: визначити рівень обізнаності лікарів загальної практики – сімейної медицини щодо діагностики, лікування, профілактики, можливих негативних наслідків і ускладнень метаболічно-асоційованої стеатотичної хвороби печінки.

Матеріали та методи. Для досягнення мети за допомогою спеціально розробленої анкети проведено опитування 136 лікарів загальної практики – сімейної медицини. Під час дослідження забезпечено конфіденційність даних респондентів. Отримані результати зібрано в таблиці Excel та статистично опрацьовано. У дослідженні використано такі методи: бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, а також метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Дані опитування свідчать про достатньо високий рівень загальної обізнаності лікарів загальної практики – сімейної медицини щодо існування MASLD, проте виявлено недостатній рівень практичних компетентностей у питаннях діагностики, профілактики та лікування цього захворювання.

Висновки. Для підвищення готовності лікарів загальної практики – сімейної медицини забезпечувати відповідність клінічної практики положенням MASLD-2024, сприяти ранньому виявленню стеатозу печінки та зменшенню тягаря метаболічних захворювань в Україні, існує потреба у створенні цільових освітніх програм для їх післядипломної професійної підготовки.

Ключові слова: лікарі загальної практики – сімейної медицини, метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки, рівень обізнаності.

Feysa Snizhana Vasylivna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Therapy and Family Medicine, Uzhhorod National University, ORCID ID: 0000-0002-5064-8222, Uzhhorod, Ukraine

Slabkiy Gennadiy Oleksiyovych, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Public Health, Uzhhorod National University, ORCID ID: 0000-0003-2308-7869, Uzhhorod, Ukraine

AWARENESS OF PRIMARY CARE PHYSICIANS REGARDING METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE (MASLD)

Introduction. Considering the high likelihood of hepatic and extrahepatic complications in individuals with metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD), as well as the elevated cardiovascular risk in these patients, a comprehensive approach to the prevention of such conditions and the mitigation of comorbidities is essential. General practitioners (GPs) – family doctors play a key role in ensuring the effectiveness of this approach.

Purpose of the work: to determine the level of awareness among general practitioners – family doctors regarding the diagnosis, treatment, prevention, possible adverse outcomes, and complications of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease.

Materials and methods. To achieve this objective, a survey of 136 general practitioners (family doctors) was conducted using a specially developed questionnaire. Confidentiality of respondents' data was ensured throughout the study. The obtained results were entered into an Excel spreadsheet and statistically analyzed. The following methods were used: bibliosemantic, sociological, medical-statistical, and structural-logical analysis.

Results. The obtained data indicate a sufficiently high level of general awareness among general practitioners, specifically family doctors, regarding the existence of MASLD; however, practical competence in diagnosis, prevention, and treatment remains low.

© Фейса С. В., Слабкий Г. О., 2025
Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Conclusions. To enhance the preparedness of general practitioners – family doctors to ensure that clinical practice aligns with the MASLD-2024 recommendations, promote early detection of liver steatosis, and reduce the burden of metabolic diseases in Ukraine, it is necessary to develop targeted educational programs to support their postgraduate professional training in these areas.

Key words: general practitioners – family doctors; metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease; level of awareness.

Вступ. Метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки (МАСХП, MASLD) – хвороба, що незмінно супроводжує ожиріння та виявляється у переважної більшості осіб з надлишковою масою тіла (НМТ) [1]. Враховуючи ймовірність виникнення печінкових та позапечінкових ускладнень у осіб із МАСХП та беручи до уваги наявність у них високого кардіо-васкулярного ризику (КВР) [1, 2, 3], актуальним є комплексний підхід до ефективної системи профілактики НМТ, виникнення стеатозу печінки та запобігання розвитку коморбідних станів. Лікар загальної практики – сімейної медицини відіграє ключову роль у ранньому виявленні пацієнтів із факторами ризику (ожиріння, цукровий діабет 2 типу, гіпертензія, дисліпідемія) та ініціюванні скринінгу на стеатоз і фіброз печінки, як це визначено сучасними настановами [4, 5]. Саме тому актуальним завданням сучасної системи охорони здоров'я є підвищення рівня обізнаності сімейних лікарів (СЛ) з проблемою МАСХП, забезпечення можливості вчасного інформування хворих щодо цього захворювання та його можливих ускладнень, а також створення мотивації для СЛ зберегти здоров'я своїх пацієнтів [6, 7].

Мета роботи: оцінити рівень сприйняття проблеми МАСХП лікарями загальної практики – сімейної медицини.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було проведено анкетування 136 сімейних лікарів. Анкета-опитувальник розроблена за допомогою Google-form, була анонімною та містила декілька змістовних блоків: загальні дані (вік, стать лікаря, стаж роботи); умови праці; обізнаність щодо епідеміологічних та етіо-патогенетичних аспектів МАСХ; обізнаність щодо діагностичних та лікувальних аспектів МАСХП; знання про можливі наслідки та ускладнення хвороби та про їх медико-соціальне значення. Отримані дані зведено у таблиці Excel та статистично опрацьовано. Роль первинної ланки у стратифікації пацієнтів з ризиком МАСХП підтверджена сучасними клінічними рекомендаціями MASLD-2024 [1, 8, 9].

Результати та їх обговорення: Проведене анкетування дозволило оцінити рівень обізнаності сімейних лікарів щодо ключових аспектів метаболічно-асоційованої стеатотичної хвороби печінки (МАСХП, MASLD). Незважаючи на загальне усвідомлення зв'язку між ожирінням і стеатозом печінки, знання лікарів про діагностику, профілактику та лікування МАСХП залишаються фрагментарними й часто не відповідають сучасним європейським настановам [1, 10]. Характеристика респондентів подана в таблиці 1.

Як видно із таблиці 1, серед опитаних переважали жінки (87,5%), а більшість респондентів мали вік від 30 до 50 років і стаж роботи до 10 років. Це свідчить про активну участь молодих спеціалістів, які працюють у межах сучасної системи первинної медичної допомоги. Згідно з настановою MASLD-2024, саме лікарям первинної ланки належить ключова роль у виявленні пацієнтів із метаболічними факторами ризику (ожиріння, діабет 2 типу, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія) та в ініціюванні скринінгу на стеатоз і фіброз печінки [1, 11].

Загальна професійна самооцінка сімейних лікарів подана в таблиці 2.

Відповідно до таблиці 2, більшість респондентів (86,8%) відзначили, що пацієнти звертаються у тяжчому стані, ніж раніше; серед причин – війна, вимушена міграція, економічні труднощі та низька мотивація населення до профілактики. Такі соціально-економічні чинники розглядаються в [1] як детермінанти зростання частоти ожиріння та метаболічних порушень, що формують основу розвитку MASLD.

Водночас лише 40,4% сімейних лікарів оцінили свої технічні можливості як достатні, що підкреслює обмежений доступ до неінвазивних методів діагностики (еластографія, стеатометрія, FIB-4, ELF-тест), рекомендованих для раннього виявлення фіброзу [1, 2].

Результати самооцінки сімейними лікарями своїх знань щодо обізнаності з питань епідеміологічних та етіопатогенетичних аспектів МАСХП відображені в таблиці 3.

Аналізуючи дані таблиці 3, варто виокремити деякі аспекти, що заслуговують на окрему увагу. Згідно із нашими даними, усі опитані лікарі знають про зв'язок ожиріння з МАСХП, проте лише 22,8% усвідомлюють, що стеатоз печінки є маркером системної метаболічної дисфункції і потребує мультидисциплінарного підходу із залученням ендокринолога, кардіолога, гастро-

Таблиця 1

Інформація про сімейних лікарів, які брали участь у дослідженні

Показник	Абс.	%
Стать		
– Чоловіча	17	12,5
– Жіноча	119	87,5
Вік		
– до 30 років	25	18,4
– 30–40 років	41	30,1
– 40–50 років	32	23,5
– 50–60 років	18	13,2
– старше 60 років	20	14,7
Стаж роботи сімейним лікарем		
– до 5 років	48	35,3
– 5–10 років	61	44,9
– 10–20 років	19	13,9
– більше 20 років	8	5,9
Кваліфікаційна категорія із спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина»		
– Вища	30	22,1
– Перша	26	19,1
– Друга	48	35,3
– Сертифікат лікаря	32	23,5

Таблиця 2

Загальна самооцінка професійної діяльності сімейних лікарів

Відповіді сімейних лікарів на питання анкети	Позитивна відповідь	
	Абс.	%
За останні роки стан здоров'я пацієнтів при їх первинному зверненні в амбулаторію/поліклініку змінився:	118	86,8±1,7
– більш тяжкий стан здоров'я	79	58,1±2,5
– більш занедбані форми захворювання	57	41,9±2,5
Причини погіршення стану здоров'я населення (можна обрати кілька варіантів):		
– недостатня увага пацієнтів до особистого здоров'я	65	47,8±2,5
– низький рівень самоосвіти	55	40,4±2,5
– погіршення економічного стану	60	44,1±2,5
– несвоєчасне звернення за медичною допомогою	50	36,8±2,4
– реформування системи охорони здоров'я	5	3,7±0,9
– обмежена доступність медичної допомоги із-за вимушеного переїзду пацієнта чи сімейного лікаря (ВПО, виїзд за кордон)	70	51,5±2,5
– відміна диспансеризації	10	7,4±1,3
– війна та пов'язані з нею переїзди, постійний стрес, незадовільні умови проживання	78	57,3±2,5
– попередня пандемія коронавірусної інфекції та пов'язаний з нею карантин	59	43,4±2,5
Технічні можливості сімейного лікаря в Закарпатській області:		
– достатні	55	40,4±2,5
– низькі	37	27,2±2,4
– незадовільні	10	7,4±1,3
– З відповіддю не визначився	34	25,0±2,2
Заробітна плата залежить від показників роботи:	125	92,6±1,3
– рівень заробітної плати змінився після початку реформи охорони здоров'я	101	74,3±2,2
– рівень заробітної плати змінився після початку війни	99	72,8±2,2

Таблиця 3

Оцінка обізнаності сімейних лікарів з питань МАСХП

Відповіді сімейних лікарів на питання анкети	Позитивна відповідь	
	абс	%
1	2	3
Знають, що у переважної більшості пацієнтів із ожирінням та надлишковою масою тіла є супутня метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки	136	100,0
Вважають, що стеатоз печінки є маркером можливих метаболічних розладів у організмі і вимагає більш детального обстеження пацієнта із залученням (за потреби) суміжних спеціалістів (ендокринолога, кардіолога, гастроентеролога)	31	22,8±2,1
Вважають, що найбільш інформативним для ранньої діагностики стеатозу печінки серед візуалізаційних інструментальних методів є:		
– ультразвукова діагностика	10	7,4±2,1
– комп'ютерна томографія	17	12,5±2,1
– МРТ	39	28,7±2,1
– еластографія печінки	16	11,8±2,1
– ультразвукова стеатометрія печінки	20	14,7±2,1
– фібро-тест на основі лабораторних аналізів	34	25,0±2,1
Вважать, що оптимальним методом для виявлення стеатозу печінки в умовах сімейної медицини за співвідношенням ціна/якість є:		
– ультразвукова діагностика	55	40,4±2,1
– комп'ютерна томографія	8	5,9±2,1
– МРТ	2	1,5±2,1
– еластографія печінки	27	19,9±2,1
– ультразвукова стеатометрія печінки	21	15,4±2,1
– фібро-тест на основі лабораторних аналізів	23	16,9±2,1
Вважають, що клініка МАСХП характеризується такими ознаками (обирали декілька варіантів відповідей):		
– різні прояви порушення роботи печінки (жовтяниця, цитоліз, холестаз тощо)	17	12,5±2,0
– клінічний перебіг найчастіше безсимптомний, ознаки ураження печінки проявляються лише на стадії стеатогепатиту	19	14,0±2,0

Продовження таблиці 3

1	2	3
– МАСХП виникає лише при надлишковій масі пацієнтів, у худих її немає	38	27,9±2,1
– у пацієнтів з МАСХП є розлади ліпідного та вуглеводного обміну	58	42,6±2,1
– розлади вуглеводного та ліпідного обміну не пов'язані із наявністю стеатозу печінки	25	18,4±2,1
– не готові відповісти на це питання	8	5,9±2,1
Оцінка сімейними лікарями можливих наслідків та ускладнень МАСХП:		
– ускладнення завжди пов'язані тільки із печінкою: запалення, фіброз, цироз, гепато-целюлярна карцинома	39	28,7±2,0
– можуть бути не тільки печінкові, а й позапечінкові ускладнення	35	25,7±2,0
– наслідки та ускладнення завжди пов'язані із розладами обміну ліпідів та вуглеводів, ведуть до розвитку ІХС, гіпертонії, цукрового діабету та їх ускладнень	40	29,4±2,1
Не готові відповісти на запитання про можливі наслідки та ускладнення МАСХП	22	16,2±2,1
Впевнені, що у пацієнтів із МАСХП вищий кардіо-васкулярний ризик (КВР), ніж у осіб без МАСХП	65	47,8±2,0
Знають, що схуднення пацієнтів з МАСХП на 5–10% приводить до зменшення КВР приблизно на 30%	50	36,8±2,0
Вид фізичної активності, який рекомендують опитані сімейні лікарі своїм пацієнтам із МАСХП з метою покращення обміну речовин та оптимального схуднення (обирали кілька варіантів відповідей):		
– ходьба швидким темпом щонайменше 60 хвилин щодня	25	18,4±2,0
– щонайменше 10 тисяч кроків щодня	12	8,8±2,0
– тренажерний зал щонайменше 3 рази на тиждень	21	15,4±2,1
– велоспорт або плавання 2–3 рази на добу	17	12,5±2,1
– достатньо ранкової зарядки 30 хв щодня та звичної роботи по господарству (прибирання будинку, «агро-фітнес» тощо)	23	16,9±2,1
– силові навантаження (гирі, гантелі, штанга)	20	14,7±2,1
– вважають, що надмірна фізична активність зашкодить серцю пацієнтів із МАСХП, оскільки в них підвищений КВР. Тому не рекомендують фізичні навантаження для цих хворих	18	13,2±2,1
– вважають, що схуднути можна тільки завдяки дієтичним обмеженням, без фізичних навантажень, тому не рекомендують фізичну активність	29	21,3±2,1
– вважають, що будь-які навантаження будуть корисними, тому рекомендують пацієнтам самостійно обирати фізичні активності	58	42,6±2,1
– не готові відповісти на це питання	14	10,3±2,1
Дієтичні рекомендації, які дають опитані сімейні лікарі своїм пацієнтам із МАСХП з метою покращення обміну речовин та оптимального схуднення:		
– середземноморська модель харчування	25	18,4±2,0
– скандинавська дієта	4	2,9±2,0
– гіпохолестеринова дієта	18	13,2±2,1
– інтервальні голодування	10	7,4±2,1
– звичний раціон із обмеженням лише об'єму порцій та кратності споживання їжі	35	25,7±2,1
– DASH дієта	20	14,7±2,1
– інша дієта (вказати яка)	2	1,5±2,1
– не мають компетентностей в дієтології, тому скеровують до дієтолога чи нутриціолога або рекомендують скористатися пошуком інформації в інтернет-мережі	39	28,7±2,1
– вважають, що схуднути можна без дієтичних обмежень, тому рекомендують лише фізичні навантаження	17	12,5±2,1
– не можуть відповісти на це запитання	9	6,6±2,1
Щодо призначень пацієнтам із МАСХП медикаментозного лікування:		
– призначають відповідно до діючих протоколів та рекомендацій вузьких спеціалістів	24	17,6±2,0
– призначають за потреби, без скерування до вузьких спеціалістів	59	43,4±2,0
– не призначають медикаменти, бо основне при МАСХП – немедикаментозні методи (дієта та фізичні навантаження)	32	23,5±2,1
– не призначають, бо не вважають МАСХП пріоритетною проблемою	21	15,4±2,1

ентеролога. Відповідно до сучасних даних, стеатоз печінки – це не лише гепатологічна проблема, а маніфестація системних метаболічних порушень, які слід оцінювати комплексно [MASLD 2024].

Щодо діагностики, найбільш інформативним методом 28,7% опитаних сімейних лікарів назвали МРТ, тоді як лише 11,8% – еластографію та 14,7% – ультразвукову стеатометрію. Це свідчить про переоцінку ролі високовартісних методів і недостатнє знання щодо застосування послідовного алгоритму скринінгу (спершу FIB-4, далі еластографія), який на даний час визнано оптимальним [1, 2]. Близько 27,9% респондентів помилково вважають, що МАСХП виникає лише при надмірній масі тіла, хоча в настанові [1] описано феномен «lean MASLD» – стеатоз у пацієнтів із нормальним ІМТ за наявності інсулінорезистентності чи дисліпідемії [1]. Лише 14% лікарів зазначили безсимптомний перебіг МАСХП, що суперечить сучасним уявленням про тривалий латентний період хвороби [1].

Щодо ускладнень та наслідків МАСХП, то майже половина опитаних сімейних лікарів (47,8%) розуміють підвищений кардіо-васкулярний ризик при МАСХП, проте лише 36,8% знають, що зниження маси тіла на 5–10% зменшує КВР приблизно на 30% [1, 3]. Водночас 16,2% не змогли відповісти на питання щодо можливих ускладнень, що вказує на брак знань про позапечінкові наслідки – цукровий діабет, ішемічну хворобу серця, артеріальну гіпертензію, хронічну ниркову хворобу, ризик онкопатології [1, 2].

Опитування виявило й недостатність знань щодо рекомендацій з корекції способу життя пацієнтів, що мають стеатоз печінки. Відповідно до отриманих нами даних, лише 18,4% лікарів рекомендують пацієнтам ходьбу швидким темпом ≥ 60 хв щодня, тоді як 21,3% вважають, що схуднути можна без рухової активності. Це суперечить сучасним поглядам на проблему жирової хвороби печінки, оскільки доведено, що 150–300 хв аеробних навантажень середньої інтенсивності на тиждень та силові вправи 2–3 рази на тиждень є базовим компонентом лікування [1]. Щодо дієт, лише 18,4% лікарів радять середземноморську модель харчування, рекомендовану як оптимальну для профілактики та лікування MASLD [1, 4, 5], тоді як 28,7% направляють пацієнтів до нутриціолога або пропонують самостійний пошук інформації, що свідчить про низьку дієтологічну компетентність на первинній ланці.

Щодо медикаментозного лікування, то тільки 17,6% лікарів призначають терапію відповідно до протоколів або за рекомендаціями вузьких спеціалістів. Водночас 43,4% зазначили, що призначають медикаменти «за потреби», а 23,5% – утримуються від фармакотерапії, вважаючи головними немедикаментозні заходи. Міжнародні настанови рекомендують медикаменти лише при MASH з фіброзом ≥F2, зокрема: GLP-1 агоністи, SGLT-2 інгібітори, піоглітазон, ресметіром (за наявності дозволу) [1, 2, 11]. Таким чином, більшість лікарів не знайомі з актуальними підходами та не мають чітких критеріїв для призначення лікування.

Отримані нами дані щодо організаційних аспектів роботи сімейних лікарів із пацієнтами, що страждають на МАСХП, викладені в таблиці 4.

Таблиця 4

Організаційні аспекти роботи сімейних лікарів із пацієнтами, що мають МАСХП

Відповіді сімейних лікарів на питання анкети	Позитивна відповідь	
	Абс.	%
1	2	3
Мають можливість безперешкодно забезпечити пацієнтам з МАСХП консультацію вузького спеціаліста (ендокринолога, кардіолога, гастроентеролога), якщо в цьому є клінічна потреба	31	22,6±2,1
Проводять антропометричні дослідження (зважування, зріст, обвід талії та стегон, індекс маси тіла) пацієнтів із МАСХП:		
– завжди проводять	7	5,1±2,1
– частіше так, ніж ні	12	8,8±2,1
– не проводять, бо не вистачає часу на це	38	27,9±2,1
– не проводять, бо не бачать потреби в цьому	5	3,7±2,1
– це робить медична сестра	31	22,8±2,1
– вимагають, щоб пацієнти робили це самостійно	43	31,6±2,1
Проводять із пацієнтами з МАСХП інформаційні бесіди щодо лікування й профілактики хвороби, запобігання ускладнень з боку серця та судин та ролі модифікації способу життя для успішного подолання проблеми?		
– завжди проводять	14	10,3±2,1
– частіше так, ніж ні	29	21,3±2,1
– не проводять, бо не вистачає часу на це	38	27,9±2,1
– не проводять, бо вважають ці бесіди неефективними	7	5,1±2,1
– це робить медична сестра	8	5,9±2,1
– не проводять, бо вважають, що пацієнти мають бути зацікавлені в тому, щоб самостійно знайти потрібну інформацію	40	29,4
Користуються в своїй роботі із пацієнтами з МАСХП інфографікою (друкованою чи в цифровому вигляді):		
– завжди ілюструють певні твердження інфографікою	10	7,4±2,1

Продовження таблиці 4

1	2	3
– не завжди, бо бракує часу	31	22,8±2,1
– не користуються, бо не мають надійних джерел	75	55,1±2,1
– не користуються, бо вважають, що це не потрібно	20	14,7±2,1
Користуються в своїй роботі із пацієнтами з МАСХП анкетами-опитувальниками:		
– завжди користуюся, з метою уточнення діагнозу та наявності супутніх розладів	15	11,0±2,1
– інколи використовують психологічні тестування (коли підозрюють схильність до депресії чи тривожності)	21	15,4±2,1
– не завжди, бо бракує часу	61	44,9±2,1
– не користуються, бо не мають анкет-опитувальників	25	18,4±2,1
– не користуються, бо вважають, що це не потрібно	14	10,3±2,1
Надають своїм пацієнтам із МАСХП інформацію із клінічної настанови чи клінічного протоколу по ожирінню, яка призначена саме для пацієнтів:		
– завжди надають	19	14,0±2,1
– не завжди, бо бракує часу	85	62,5±2,1
– не надають, бо вважають, що пацієнти здатні знайти потрібну їм інформацію самостійно	21	15,4±2,1
– не надають, бо вважають, що це не потрібно, оскільки ні на що не впливає	11	8,1±2,1
Скеровують пацієнтів із МАСХП на консультації вузьких спеціалістів (ендокринолога, кардіолога, гастроентеролога):		
– завжди скеровують	16	11,8±2,1
– лише якщо вважають за потрібне	59	43,4±2,1
– скеровують при бажанні пацієнта (навіть якщо не бачать в цьому потреби)	34	25,0±2,1
– не скеровують – завжди ведуть таких пацієнтів самостійно	27	19,9±2,1
Скеровують пацієнтів із МАСХП на консультацію лікаря фізичної реабілітаційної медицини (ФРМ) для підбору оптимального об’єму та виду фізичних навантажень:		
– завжди скеровують	4	2,9±2,1
– лише якщо вважають за потрібне	17	12,5±2,1
– скеровують при бажанні пацієнта (навіть якщо не бачать в цьому потреби)	12	8,8±2,1
– не скеровують – самостійно підбирають фізичні навантаження для своїх пацієнтів	36	26,5±2,1
– не скеровують, бо вважають це зайвим та непотрібним – пацієнт може справитися з цим самостійно	67	49,3±2,1
Можливість безперешкодно забезпечити пацієнтам із МАСХП проведення необхідних лабораторних тестів для виявлення ймовірних розладів обміну речовин:		
– безперешкодно в межах гарантованих послуг НСЗУ	5	3,7±2,1
– наголошуючи на необхідність оплати тих із них, які не гарантуються НСЗУ	73	53,7±2,1
– не мають такої можливості	13	9,6
– скеровують до вузьких фахівців, щоб ті визначали необхідний об’єм лабораторних тестів	45	33,1±2,1
Можливість забезпечити пацієнтам проведення візуалізаційних інструментальних досліджень для діагностики МАСХП в закладі, де працює респондент:		
– скеровують на УЗД черевної порожнини	43	31,6±2,1
– можуть скерувати на КТ чи МРТ	2	1,5±2,1
– можуть скерувати на мультипараметричне УЗД печінки (із еластографією, стеатометрією та доплером)	1	0,7±2,1
– проводять УЗД черевної порожнини самостійно	33	24,3±2,1
– не мають такої можливості взагалі	7	5,1±2,1
– не завжди мають можливість скерувати пацієнта на інструментальну діагностику МАСХП	8	5,9±2,1
– мають можливість, але не скеровують, бо вважають, що цим пацієнтам інструментальна діагностика стеатозу не потрібна	18	13,2±2,1
– не можуть відповісти на це запитання	24	17,6±2,1
Наявність у закладі, в якому працює респондент, ультразвукового апарату із можливістю проведення стеатометрії печінки:		
– УЗ-апарат наявний та працює	1	0,7±2,1
– у закладі немає такого апарату	83	61,0±2,1
– точно не знають та не можуть відповісти на це запитання	52	38,2±2,1

Як видно із даних таблиці 4, тільки 22,6% респондентів мають доступ до вільного скерування пацієнтів до вузьких спеціалістів, що суперечить принципу мультидисциплінарного підходу, описаному в MASLD-2024 [1], де підкреслюється необхідність **мультидисциплінарного підходу** та налагодженої маршрутизації між рівнями надання медичної допомоги. Недостатня координація між сімейним лікарем, ендокринологом, кардіологом і гастроентерологом залишається одним із головних бар'єрів у впровадженні доказових рекомендацій з ведення МАСХП. Доступ до інструментальної діагностики є обмеженим, що пояснює низький рівень впровадження стратифікації ризику, рекомендованої сучасними гайдлайнами [1, 2].

Також нами вивчалася задоволеність та мотивація сімейних лікарів при роботі з пацієнтами, що страждають на МАСХП – дані проілюстровані таблицею 5.

Як видно із таблиці 5, лише 38,2% респондентів вважають рівень діагностики МАСХП у своєму закладі задовільним, ще 24,3% вважають задовільним рівень надання допомоги пацієнтам, яким уже діагностовано МАСХП. Обидві цифри свідчать про системний дефіцит ресурсів і процесів на первинній ланці. Це узгоджується з попередніми таблицями щодо обмеженого доступу до інструментальних і лабораторних можливостей, а також низької маршрутизації. З позиції настанови MASLD-2024, первинна ланка має виконувати стандартизований послідовний скринінг і стратифікацію ризику (FIB-4 → еластографія) у пацієнтів із метаболічними факторами ризику. Відсутність задоволення лікарів результатами діагностики вказує на розрив між рекомендаціями та реально доступними інструментами і маршрутами.

При оцінці відповідей на запитання анкети «Чи знижує скринінг стеатозу й ранні втручання серцево-судинну смертність?» звертає на себе увагу, що лише 21,3% респондентів відповіли «так», ще 44,1% – «частково», тоді як 10,3% вважають скринінг непотрібним, а 11,0% – що КВР не залежить від МАСХП; 13,2% не визначилися. Це демонструє недостатню усвідомленість ключового факту: основною причиною смерті при МАСХП є кардіо-васкулярні події, а отже, рання ідентифікація ризику та ранні втручання (зміни способу життя, контроль метаболічних факторів, скерування до суміжних спеціалістів) – критично важливі. MASLD-2024 підкреслює пріоритет управління кардіометаболічним ризиком у пацієнтів зі стеатозом печінки. Переважання відповідей «частково/ні/не знаю» у сумі понад половину респондентів пояснює слабку клінічну імплементацію кардіопревенції в рутині ПМД.

З даних таблиці 5 видно, що про покращення якості допомоги за період реформи повідомили 41,9% («незначно»), 2,9% – про погіршення; 42,6% не бачать змін або не можуть відповісти. Такий розподіл підкреслює, що на рівні ПМД ще не відбулося системної інтеграції маршруту для МАСХП (алгоритм скринінгу → стратифікація → мультидисциплінарні консультації), як того вимагають сучасні керівництва. Для позитивних змін потрібні локальні протоколи, електронні підказки (автоматичний розрахунок FIB-4), договірні

Таблиця 5

Задоволеність та мотивація сімейних лікарів при роботі з пацієнтами, хворими на МАСХП

Відповіді сімейних лікарів на питання анкети	Позитивна відповідь	
	Абс.	%
Вважають, що рівень діагностики МАСХП в закладі, де працює лікар, є задовільним	52	38,2±2,0
Вважають, що рівень надання медичної допомоги пацієнтам з діагностованою МАСХП в закладі, де працює лікар, є задовільним	33	24,3±2,3
Чи можуть скринінг стеатозу печінки та своєчасно розпочаті терапевтичні інтервенції знизити рівень смертності від гострих серцево-судинних хвороб?		
– так, може. Скринінг стеатозу печінки та ранній початок лікування допомагає знизити ризик ускладнень з боку серцево-судинної системи	29	21,3±2,1
– так, частково.	60	44,1±2,2
– скринінг стеатозу взагалі непотрібний, оскільки немає методів його лікування	14	10,3±2,2
– ні, не може, бо кардіо-васкулярний ризик не залежить від наявності у пацієнта МАСХП	15	11,0±2,1
– не можуть відповісти на це запитання	18	13,2±2,1
Відмічають, що якість медичної допомоги при МАСХП за період реформи охорони здоров'я		
– значно покращилася	0	0
– незначно покращилася	57	41,9±1,2
– погіршилася	4	2,9±2,1
– не змінилася	17	12,5±2,1
– не знають, не можуть відповісти на це запитання	58	42,6±2,1
Зацікавленість сімейного лікаря в повному одужанні своїх пацієнтів із МАСХП:		
– зацікавлені в одужанні	24	17,6±2,1
– не зацікавлені. Вважають, що одужання пацієнта з МАСХП не є важливим для лікаря, оскільки заробітна плата лікаря не залежить від результату лікування таких пацієнтів	79	58,1±2,1
– не можуть відповісти на це запитання	33	24,3±2,1

механізми із вторинною ланкою та ширший доступ до ультразвукової еластографії/стеатометрії печінки.

Із таблиці 5 бачимо й своєрідний тривожний сигнал: лише 17,6% опитаних сімейних лікарів заявляють про особисту зацікавленість у повному одужанні пацієнтів з МАСХП, тоді як 58,1% вважають, що результат лікування не впливає на оплату праці лікаря, тому «не є важливим для лікаря». Це вказує на відсутність системних стимулів, що суперечить рекомендаціям щодо впровадження результат-орієнтованих підходів [1], а також пояснює низьку інтенсивність консультування, недостатню комунікацію щодо способу життя та слабку маршрутизацію. MASLD-2024 акцентує, що ефективне ведення МАСХП – це командна робота та тривале управління поведінковими змінами, чого неможливо досягти без внутрішньої мотивації лікаря та зовнішніх стимулів системи (наприклад, включення результат-орієнтованих показників (скринінг високого ризику, досягнута втрата маси тіла ≥5–10%, контроль АТ/ліпідів/глікемії) в оплату за послугу ПМД).

Аналіз таблиці 5 показав ключове протиріччя «знання ↔ дія». Навіть якщо частина лікарів декларує розуміння зв'язку МАСХП і кардіо-васкулярного ризику, це не трансформується у впевненість щодо користі раннього скринінгу та втручань, а відтак – у стале застосування алгоритмів MASLD-2024 у практиці ПМД. Отже, необхідні цільові освітні модулі, спрощені маршрути пацієнтів і цифрові підказки (калькулятор FIB-4 у медІС), а також організаційні стимули до профілактичної роботи (інформування, інфографіка, опитувальники, міждисциплінарні скерування).

Результати свідчать, що м'який скепсис щодо впливу скринінгу на кардіо-васкулярну смертність, низька внутрішня мотивація та відсутність фінансових стимулів для досягнення клінічних цілей разом формують «вузьке горлечко» імплементації MASLD-2024 на первинній ланці. Усунення бар'єрів можливе шляхом:

– інтеграції стандартизованих маршрутів (FIB-4→еластографія);

– обов'язкового консультування пацієнтів про кардіометаболічний ризик і роль зниження маси тіла/активності;

– доступу до інструментів візуалізації/лабораторії відповідно до MASLD-2024.

Висновки. Отримані дані свідчать про високий рівень загального інформування лікарів щодо існування МАСХП, але низький рівень практичної компетентності у питаннях діагностики, профілактики та лікування. Зокрема, виявлено такі основні проблеми:

1. Обмежене розуміння системного характеру МАСХП та її зв'язку з метаболічним синдромом.
2. Недостатня обізнаність із сучасними алгоритмами неінвазивної діагностики (FIB-4, еластографія).
3. Низька прихильність до рекомендацій щодо способу життя (фізична активність, середземноморська дієта).
4. Відсутність належної взаємодії між рівнями медичної допомоги та технічних можливостей на первинній ланці.
5. Брак післядипломної освіти з питань ведення пацієнтів із МАСХП.

Усе це визначає необхідність створення цільових освітніх програм для сімейних лікарів, які мають забезпечити відповідність клінічної практики положенням MASLD-2024 [1], сприяти ранньому виявленню стеатозу печінки та зниженню тягаря метаболічних хвороб в Україні.

REFERENCES

1. European Association for the Study of the Liver (EASL); European Association for the Study of Diabetes (EASD); European Association for the Study of Obesity (EASO). Clinical Practice Guidelines on the management of MASLD. J Hepatol. 2024;81(2):405–462. doi:10.1016/j.jhep.2024.06.022

2. Pons M, Augustin S, Scheiner B, Guillaume M, Rosselli M, Rodrigues SG, Stefanescu H, Ma MM, Mandorfer M, Mergeay-Fabre M, Procopet B, Schwabl P, Ferlitsch A, Semmler G, Berzigotti A, Tsochatzis E, Bureau C, Reiberger T, Bosch J, Abraldes JG, Genescà J. Noninvasive Diagnosis of Portal Hypertension in Patients With Compensated Advanced Chronic Liver Disease. Am J Gastroenterol. 2021 Apr;116(4):723-732. doi: 10.14309/ajg.0000000000000994. PMID: 33982942.

3. Mózes FE, Lee JA, Selvaraj EA, Jayaswal ANA, Trauner M, Boursier J, Fournier C, Staufer K, Stauber RE, Bugianesi E, Younes R, Gaia S, Lupșor-Platon M, Petta S, Shima T, Okanoue T, Mahadeva S, Chan WK, Eddowes PJ, Hirschfield GM, Newsome PN, Wong VW, de Ledinghen V, Fan J, Shen F, Cobbold JF, Sumida Y, Okajima A, Schattenberg JM, Labenz C, Kim W, Lee MS, Wiegand J, Karlas T, Yılmaz Y, Aithal GP, Palaniyappan N, Cassinotto C, Aggarwal S, Garg H, Ooi GJ, Nakajima A, Yoneda M, Ziol M, Barget N, Geier A, Tuthill T, Brosnan MJ, Anstee QM, Neubauer S, Harrison SA, Bossuyt PM, Pavlides M; LITMUS Investigators. Diagnostic accuracy of non-invasive tests for advanced fibrosis in patients with NAFLD: an individual patient data meta-analysis. Gut. 2022 May;71(5):1006-1019. doi: 10.1136/gutjnl-2021-324243. Epub 2021 May 17. PMID: 34001645; PMCID: PMC8995830.

4. Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Caldwell SH, Loomba R, Sanyal AJ, AASLD Practice Guidance Committee. AASLD practice guidance on the clinical assessment and management of NAFLD. Hepatology. 2023;77(5):1797–1835. doi:10.1016/j.jhep.2023.06.003

5. European Society of Cardiology. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227–3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484

6. Stefan N, Cusi K. A global view of the interplay between non-alcoholic fatty liver disease and diabetes. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022 Apr;10(4):284-296. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00003-1. Epub 2022 Feb 17. PMID: 35183303.

7. Harrison SA, Gawrieh S, Roberts K, Lisanti CJ, Schwope RB, Cebe KM, Paradis V, Bedossa P, Aldridge Whitehead JM, Labourdette A, Miette V, Neubauer S, Fournier C, Paredes AH, Alkhouri N. Prospective evaluation of the prevalence of

non-alcoholic fatty liver disease and steatohepatitis in a large middle-aged US cohort. J Hepatol. 2021 Aug;75(2):284-291. doi: 10.1016/j.jhep.2021.02.034. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33746083.

8. Schattenberg JM, Lazarus JV, Newsome PN, Serfaty L, Aghemo A, Augustin S, Tsochatzis E, de Ledinghen V, Bugianesi E, Romero-Gomez M, Bantel H, Ryder SD, Boursier J, Leroy V, Crespo J, Castera L, Floros L, Atella V, Mestre-Ferrandiz J, Elliott R, Kautz A, Morgan A, Sansom SL, Vasudevan S, Pezzullo L, Trylesinski A, Cure S, Higgins V, Ratziu V. Disease burden and economic impact of diagnosed non-alcoholic steatohepatitis in five European countries in 2018: A cost-of-illness analysis. Liver Int. 2021 Jun;41(6):1227-1242. doi: 10.1111/liv.14825. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33590598; PMCID: PMC8252761.

9. Simon TG, Roelstraete B, Khalili H, Hagström H, Ludvigsson JF. Mortality in biopsy-confirmed nonalcoholic fatty liver disease: results from a nationwide cohort. Gut. 2021 Jul;70(7):1375-1382. doi: 10.1136/gutjnl-2020-322786. Epub 2020 Oct 9. PMID: 33037056; PMCID: PMC8185553.

10. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Nakaz MOZ № 325 vid 27.03.2014 «Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry ozhyrinni». (In Ukrainian).

11. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1–S200. doi:10.2337/dc24-SINT

Дата надходження статті: 28.10.2025
Дата прийняття статті: 24.11.2025
Опубліковано: 30.12.2025