



# Wiadomości Lekarskie

Czasopismo Polskiego Towarzystwa Lekarskiego



Pamięci  
dra Władysława  
Biegańskiego

TOM LXX, 2017, Nr 3 cz I

Rok założenia 1928

---

Senat RP ustanowił rok 2017 rokiem Władysława Biegańskiego

**National scientific and practical conference with international participation  
"Organizational and legal optimization bases  
of the healthcare system in Ukraine and abroad in modern conditions"**

25 - 26 of May 2017, Poltava, Ukraine

Editors of issue:

Vyacheslav Zhdan MD, professor,  
rector of Higher State Educational Establishment of Ukraine  
"Ukrainian Medical Stomatological Academy"  
Honored doctor Ukraine

Irina Golovanova MD, professor,  
Head of the Department of Social Medicine, Organization and Health Economics,  
Higher State Educational Establishment of Ukraine  
"Ukrainian Medical Stomatological Academy"

  
Aluna Publishing



# Wiadomości Lekarskie

## Redaktor naczelny

Prof. dr hab. med. Władysław Pierzchała  
(SUM Katowice)

## Zastępca redaktora naczelnego

Prof. zw. dr hab. med. Aleksander Sieroń  
(SUM Katowice)

## Redaktorzy wydania:

Vyacheslav Zhdan MD, professor, Poltava, Ukraine  
Irina Golovanova MD, professor, Poltava, Ukraine

## Redaktor statystyczny

dr n. med. Lesia Rudenko

## Rada naukowa

Redaktorzy tematyczni:

### Chirurgia

Prof. dr hab. med. Krzysztof Bielecki  
(CMKP Warszawa)

Prof. dr hab. med. Stanisław Czudek  
(Onkologiczne Centrum J.G. Mendla Czechy)

Prof. dr hab. med. Marek Rudnicki  
(University of Illinois USA)

### Choroby wewnętrzne

Prof. dr hab. med. Ryszarda Chazan, pneumonologia i alergologia  
(UM Warszawa)

Prof. dr hab. med. Jacek Dubiel, kardiologia  
(CM UJ Kraków)

Prof. dr hab. med. Zbigniew Gąsior, kardiologia  
(SUM Katowice)

Prof. dr hab. med. Marek Hartleb, gastroenterologia  
(SUM Katowice)

Prof. dr hab. med. Jerzy Korewicki, kardiologia  
(Instytut Kardiologii Warszawa)

Dr hab. med. Krzysztof Łabuzek, farmakologia kliniczna, diabetologia  
(SUM Katowice)

Prof. dr hab. med. Tadeusz Plusa, pneumonologia i alergologia  
(WIM Warszawa)

Dr hab. med. Antoni Wystrychowski, nefrologia  
(SUM Katowice)

### Choroby zakaźne

Prof. dr hab. med. Andrzej Gładysz  
(UM Wrocław)

### Epidemiologia

Prof. dr hab. med. Jan Zejda  
(SUM Katowice)

### Neurologia i neurochirurgia

Prof. dr hab. med. Henryk Majchrzak, neurochirurgia  
(SUM Katowice)

Prof. dr hab. med. Krystyna Pierzchała, neurologia  
(SUM Katowice)

## Pediatria

Prof. dr hab. med. Ewa Małecka-Tendera  
(SUM Katowice)

Dr hab. med. Tomasz Szczepański  
(SUM Katowice)

## Położnictwo i ginekologia

Prof. dr hab. med. Jan Kotarski  
(UM Lublin)

Prof. dr hab. med. Andrzej Witek  
(SUM Katowice)

## Stomatologia

Prof. dr hab. Maria Kleinrok  
(UM Lublin)

## Polskie Towarzystwo Lekarskie

Prof. dr hab. med. Waldemar Kostewicz  
(Prezes ZG PTL)

Prof. dr hab. med. Jerzy Woy-Wojciechowski  
(Prezes Honorowy PTL)

Prof. emerytowany dr hab. med. Tadeusz Petelcz  
(O. Katowicki PTL)

## Koordynator projektu

Agnieszka Rosa  
tel. 694 778 068  
amarosa@wp.pl

## Redakcja zagraniczna

dr n. med. Lesia Rudenko  
l.rudenko@wydawnictwo-aluna.pl

## Wydawca

Wydawnictwo Aluna  
ul. Przesmyckiego 29  
05-510 Konstancin-Jeziorna  
www.aluna.waw.pl

## Prenumerata

prenumerata@wydawnictwo-aluna.pl  
www.wiadomoscilekarskie.pl/prenumerata

## Opracowanie graficzne

Grzegorz Sztank www.red-studio.eu

Nakład do 6 tys. egz

© Copyright by Aluna Publishing

Wydanie czasopisma Wiadomości Lekarskie w formie papierowej jest wersją pierwotną (referencyjną). Redakcja wdraża procedurę zabezpieczającą oryginalność prac naukowych oraz przestrzega zasad recenzowania zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Czasopismo indeksowane w:

PubMed/Medline, EBSCO, MNISW (11-pk),  
Index Copernicus, PBL, Scopus

## ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

## PECULIARITIES OF PRIMARY HEALTH CARE ORGANIZATION FOR PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE JOINTLY WITH CORONARY HEART DISEASE

Любов Й. Власик, Ганна Я. Ступницька, Анастасія Л. Сухолотюк

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ «БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ», ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА

### РЕЗЮМЕ

**Вступ.** Поєднання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) зумовлює певні труднощі діагностики та призначення комплексного диференційованого лікування, збільшує ризик виникнення ускладнень та ймовірних побічних явищ від прийому ліків.

**Мета.** Встановити особливості організації надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) хворим на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та удосконалити тактику ведення таких пацієнтів для покращання ранньої діагностики зазначеної поєднаної патології, своєчасного призначення адекватних лікувально-профілактичних засобів.

**Матеріал і методи.** Проаналізована захворюваність на ХОЗЛ та ІХС у Чернівецькій області та поширеність ІХС у 955 стаціонарних хворих на ХОЗЛ. Проведено опитування 241 пацієнта старше 40 років із застосуванням опитувальника для первинного скринінгу ХОЗЛ в амбулаторних умовах.

**Результати.** У 2015 році спостерігалось зменшення виявлення ХОЗЛ (-15,7%) та зниження захворюваності на ІХС (-7,7%). Збільшився первинний вихід на інвалідність серед населення працездатного віку у зв'язку з хворобами органів дихання на 28,2%. Аналіз поширеності куріння та перших проявів ХОЗЛ у 241 чоловіка старше 40 років показав, що 97 (40,2%) осіб є курцями. Ризик виникнення симптомів ХОЗЛ у чоловіків після 45 років, які курять, у порівнянні з тими, хто не курить, був вищим більш, ніж у 6 разів. У хворих на ХОЗЛ віком 40-59, які курять, ІХС трапляється достовірно частіше (72,5%), ніж у чоловіків хворих на ХОЗЛ, які не курять (48,7%).

**Висновки.** Особливостями організації надання ПМСД хворим на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС є обов'язкове проведення первинного скринінгу ХОЗЛ у групах ризику, своєчасна діагностика ІХС на первинному рівні надання медичної допомоги. Важливим є також удосконалення тактики ведення хворих з поєднанням ХОЗЛ та ІХС на всіх рівнях надання медичної допомоги населенню.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, первинна медико-санітарна допомога, захворюваність, поширеність.

### ABSTRACT

**Introduction.** Combination of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and coronary heart disease (CHD) leads to some difficulties for diagnostics and for prescription of complex differential treatment as well as increasing risk of complications from the illness and drug's side effects.

**Aim.** To develop peculiarities of Primary Health Care (PHC) organization for patients suffering from COPD jointly with CHD; and to improve the patients surveillance for optimization of early diagnosis of named joint pathology and well-timed prescription of appropriate health-promoting treatment.

**Materials and Methods.** The COPD and CHD morbidity in Chernivtsi region and prevalence of CHD in 955 hospital cases were analyzed. Health survey of 241 patients of age more than 40 years was conducted according to Questionnaire for COPD primary monitoring on an outpatient basis.

**Results.** The decreasing of COPD detection (-15%) and decreasing of CHD morbidity (-7,7%) were observed in 2015. Primary disablement due to pulmonary diseases across the employable population increased on 28,8%. Analyses of smoking prevalence across the man older 40 years show that 97 (40,2%) of persons are smokers. Risk of COPD symptoms appearance in man older 40 was in more than 6 times bigger for smokers in comparison with non-smoking persons. CHD happens reliably more often (72,5%) in patients suffering from COPD of age 49-50 who smoke comparatively to non-smoking patients (48,7%).

**Conclusions.** An obligatory COPD primary monitoring in population risk groups and well-timed CHD diagnosis are main peculiarities of PHC organization for patients suffering from COPD jointly with CHD on primary health care level. Improvement of the surveillance for patients suffering from COPD jointly with CHD is also important on all population's health care levels.

**KEY WORDS:** chronic obstructive pulmonary disease (COPD), coronary heart disease (CHD), Primary Health Care (PHC), morbidity, prevalence.

**ВСТУП**

За визначенням ВООЗ, хвороби органів дихання, серця і судин є найбільш соціально значущою неінфекційною патологією [1]. Зокрема, це стосується хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС), які часто поєднуються [2,3]. Відомо, що тютюнокуріння та забруднене повітря призводять не тільки до ураження органів дихання, а також є однією з причин розвитку атеросклерозу судин. Зазначена поєднана патологія зумовлює певні труднощі діагностики та призначення комплексного диференційованого лікування, збільшує ризик виникнення ускладнень та ймовірних побічних явищ від прийому ліків.

Складність діагностики пов'язана з тим, що більше 50 % пацієнтів звертаються до фахівців на пізніх стадіях захворювання. Причиною цього є низька поінформованість населення, недостатня настороженість лікарів первинної ланки щодо пацієнтів з ранніми симптомами і чинниками ризику розвитку ХОЗЛ [4]. Особливо це стосується субклінічного періоду ХОЗЛ, який зазвичай виникає у 35-річному віці і може продовжуватися до 10 років. Оскільки хворий у цей період за медичною допомогою не звертається, він «випадає» з поля зору лікарів за одночасного продовження впливу факторів ризику [5].

Згідно з існуючими стандартами надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), такі пацієнти повинні виявлятися на цьому рівні надання медичної допомоги та спостерігатися як групи підвищеного ризику щодо розвитку ХОЗЛ. Одночасно необхідно проводити визначення ризику розвитку серцево-судинних захворювань, особливо у чоловіків старших за 40 років та у жінок старших за 50 років [6]. Дотримання даного алгоритму ведення хворих із зазначеною поєднаною патологією забезпечує своєчасну діагностику ХОЗЛ та ІХС у пацієнтів працездатного віку із спільними факторами ризику.

Нерідко коморбідність стає причиною тривалих і частих госпіталізацій та інвалідності [7]. Зважаючи на те, що уніфіковані клінічні протоколи розроблені окремо для кожної нозології, сімейному лікарю інколи доводиться імпровізувати при призначенні лікування, щоб врахувати всі можливі аспекти взаємообтяження.

**МЕТА**

Встановити особливості організації надання первинної медико-санітарної допомоги хворим на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та удосконалити тактику ведення таких пацієнтів для покращання ранньої діагностики зазначеної поєднаної патології, своєчасного призначення адекватних лікувально-профілактичних засобів у рамках рекомендованих уніфікованих клінічних протоколів та адаптованих клінічних настанов для лікаря первинної ланки.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ**

Проаналізована захворюваність на ХОЗЛ та ІХС у Чернівецькій області, що розташована на південному заході України, займає 1,3% її території, населення

якої складає 2% від загальної популяції. Розрахунок та аналіз показників популяційного здоров'я проводився для дорослого населення працездатного віку (чоловіки від 18 до 60 років, жінки від 18 до 55 років), що дало можливість оцінити стан діагностики основних неінфекційних захворювань у цій віковій категорії. Матеріалами вивчення слугували дані викопіювання із «Звітів про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування закладу» (ф.№12) за 2011-2015 роки і статистично-довідкових матеріалів Чернівецького обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики. Статистичній обробці, аналізу та оцінці підлягали інтенсивні показники (на 1 000 працездатного віку) захворювань на ІХС (I20-I25), інфаркт міокарду (I21-I22), хронічні бронхіти (J40-J42) та ХОЗЛ (J44); аналіз динамічних рядів; екстенсивні показники первинної захворюваності, інвалідності, смертності, зокрема, що стосується хвороб органів кровообігу та хвороб органів дихання. Водночас, брались до уваги опитування 241 пацієнта старше 40 років у комунальній медичній установі «Міська поліклініка № 1» із застосуванням опитувальника для первинного скринінгу ХОЗЛ (оцінювали статус куріння, скарги на кашель зранку, відкашлювання мокротиння та задишку). Для встановлення достовірності різниці показників використовувався критерій t за Ст'юдентом для відносних величин. Значущими вважалися відмінності між групами при  $p < 0,05$ . Поширеність ІХС у хворих на ХОЗЛ вивчалася на підставі 955 медичних карт стаціонарних хворих (ф.№003/о) пульмонологічного відділення обласної клінічної лікарні за 2013-2015 роки. Проведена медико-соціальна характеристика госпіталізованих хворих за статтю, показник поширеності ІХС стандартизований за віком. Розрахунок відношення шансів з 95% довірчим інтервалом для порівняння частоти ІХС проведений для двох груп хворих на ХОЗЛ, чоловіків віком 40-59 років в залежності від статусу куріння.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Результати дослідження показали, що первинна захворюваність населення працездатного віку в 2015 році становила 572,0 на 1000 осіб, що на 5% перевищує загальноукраїнські показники. Лідуючі позиції у структурі захворюваності займали хвороби органів дихання (36,0%) та хвороби системи кровообігу (6,6%). Хоча п'ятирічний аналіз динаміки показників захворюваності свідчить про їх рівномірне зниження (середній темп приросту становить (- 4,0%) для хвороб системи кровообігу та (- 3,8%) для хвороб органів дихання). За даними 2015 року, у порівнянні з 2014 роком серед нозологій даних класів спостерігалось збільшення захворюваності на хронічний бронхіт (+14,2%) при зменшенні виявлення ХОЗЛ (-15,7%) та зниження захворюваності на ІХС (-7,7%) при зростанні захворюваності на гострі і повторні інфаркти міокарду

**Таблиця I.** Ризик появи діагностичних ознак ХОЗЛ у чоловіків старше 45 років у залежності від статусу куріння за результатами первинного скринінгу

Групи пацієнтів старше 45 років	Є діагностичні ознаки ХОЗЛ	Нема	Всього
Курять	35	45	80
Не курять	13	107	120
Всього	48	152	200

**Таблиця II.** Ризик захворюти на ІХС для чоловіків хворих на ХОЗЛ в залежності від статусу куріння

Групи хворих ХОЗЛ 40-59 років	Є ІХС	Нема ІХС	Всього
Курять (основна)	50	19	69
Не курять (контрольна)	34	33	67
Всього	84	52	136

(+ 30,9%). Це свідчить про збільшення кількості осіб потенційної групи ризику щодо виникнення ХОЗЛ і необхідність активного виявлення у них перших симптомів хвороби, а також про зростання частоти гострих ускладнень серцево-судинних захворювань.

Отримані дані спонукають звернути особливу увагу медичних працівників на всіх рівнях надання медичної допомоги населенню області на своєчасне виявлення зазначеної поєднаної патології, що можна досягнути тільки шляхом підвищеної настороженості щодо неї при будь-якому зверненні пацієнта у лікувально-профілактичний заклад.

Важливим є показник первинного виходу на інвалідність серед населення працездатного віку у зв'язку з хворобами органів дихання (у період з 2013 по 2015 роки зріс на 28,2%). Встановлено, що частка даного класу у структурі всіх захворювань становить 3,7%, а його частка серед причин смертності – 3,6%. Водночас, серед причин первинного виходу на інвалідність та смертності хвороби системи кровообігу становлять 20,0% і 29,9% відповідно. Отже, зважаючи на ці дані, актуальною є необхідність покращання виявлення ХОЗЛ та ІХС серед населення Чернівецької області.

У роботі лікаря первинної ланки важливу роль відіграють засоби первинної та вторинної профілактики хвороб внутрішніх органів, насамперед серед осіб груп ризику. Зокрема, щодо хронічного обструктивного захворювання легень таку групу складають пацієнти, які палять багато років (у т.ч. пасивно), підлягають впливу пилу та інших агентів, контактують із побутовими шкідливими викидами, мають сімейний анамнез захворювання. У переліку індикаторів якості надання медичної допомоги, які наведені в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації: «Хронічне обструктивне захворювання легень» цій групі населення слід приділити більшу увагу.

Аналіз поширеності куріння та перших діагностичних ознак ХОЗЛ у 241 чоловіка старше 40 років показав, що 97 (40,2%) осіб є курцями. У більшості

пацієнтів після 45 років одночасно виявлені скарги на кашель з виділенням мокротиння та задишку. Серед курців відсоток таких хворих (43,8%) був достовірно більшим ( $t=5,284$ ;  $p<0,001$ ), ніж у тих, хто не курить (10,8%). Ризик виникнення симптомів ХОЗЛ (табл. I) у чоловіків після 45 років, які курять, у порівнянні з тими, хто не курить, був вищим більш, ніж у 6 разів (ВШ (OR) 6,402 95% ДІ (СІ) (3.099-13.226)). Ізольовані скарги на кашель без виділення мокротиння або задишку достовірних відмінностей серед курців і тих, які не вживають тютюнових виробів не мали.

Отже, при формуванні групи ризику щодо ХОЗЛ на рівні ПМСД необхідно враховувати вік пацієнтів та результати первинного скринінгу. Індикатором якості роботи зі своєчасної діагностики ХОЗЛ міг би стати відсоток пацієнтів з групи ризику старше 45 років (або молодшого віку за умови позитивного первинного скринінгу), яким було проведено спірометричне дослідження.

Для вивчення особливостей поширення коморбідної патології та обґрунтування шляхів її попередження нами проведена медико-соціальна характеристика 955 хворих спеціалізованого відділення. Серед проаналізованої когорти хворих переважали жителі районів області (788; 82,5%) та чоловіки (565; 59,2%), серед яких працездатного віку було 332 особи (58,8%), у т. ч. 100 (30,1%) працюючих і 64 (19,3%) інвалідів. Серед працюючих чоловіків переважали робочі професії, пов'язані з пилом різного генезу (53%) та офісним пилом (16%). Медичні працівники склали 10%.

Крім того, серед хворих на ХОЗЛ було 390 жінок, 239 (61,3%) з яких працездатного віку (до 60 років), у т. ч. працюючих було 68 (28,5%) осіб, і інвалідів - 37 (15,5%) осіб. Найбільше жінок (15,2%) були пов'язані з офісним та паперовим пилом (бухгалтери, бібліотекари, працівники кадрів, листоноші і т. і.), 12 (17,6%) жінок – вчителі та 13 (19,1%) жінок – медичні працівники.

Поширеність ІХС за стандартизованими по віку показниками складала 55,5% у чоловіків та 52,0% у жінок хворих на ХОЗЛ. Реєструвати ІХС починають у 40 річних, у 50-59 років це вже 62,5% чоловіків та 65,4% жінок. У хворих на ХОЗЛ віком 40-59 років, які курять, ІХС трапляється до-

стовірно частіше (72,5%), ніж у чоловіків хворих на ХОЗЛ, які не курять (48,7%) ( $t=2,9$ ;  $p < 0,01$ ). Ризик захворіти на ІХС для чоловіків-курців, хворих на ХОЗЛ у віці 40-59 років у 2,5 рази більший, ніж у тих, хто не курить (табл. II).

Отже, припинення куріння хворих на ХОЗЛ може призупинити розвиток коморбідних станів. Активну діагностику ІХС потрібно проводити після 40 років, звертаючи особливу увагу на осіб, які курять та мають супутнє ХОЗЛ. Оскільки перші прояви ХОЗЛ в осіб з певним стажем куріння можна розпізнати, починаючи з 35-40 років, наприклад шляхом проведення первинного скринінгу, а ІХС приєднується найчастіше після 40-45 років, то «вікно» між маніфестацією обох захворювань необхідно максимально розширити: осіб груп ризику при підозрі на ХОЗЛ своєчасно скерувати з рівня ПМСД на вторинний рівень (згідно з Уніфікованим клінічним протоколом). Водночас у разі відсутності проявів серцево-судинної патології у хворих на ХОЗЛ сімейному лікарю слід прикласти максимум зусиль щодо попередження розвитку ІХС.

## ВИСНОВКИ

- Особливостями організації надання первинної медико-санітарної допомоги хворим на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС є обов'язкове проведення первинного скринінгу ХОЗЛ у групах ризику за наявності додаткових шкідливих професійних чи побутових чинників шляхом застосування опитувальника щодо статусу куріння, наявності скарг на кашель, виділення мокротиння та задишки.
- Зважаючи на те, що поширеність ІХС у хворих на ХОЗЛ складає 55,5% у чоловіків та 52,0% у жінок, а у курців старше 40 років з ХОЗЛ ризик захворіти на ІХС у працездатному віці зростає у 2,5 рази, важливою є також своєчасна діагностика даної патології на первинному рівні надання медичної допомоги.

- Удосконалення тактики ведення хворих з поєднанням ХОЗЛ та ІХС на всіх рівнях надання медичної допомоги населенню Чернівецької області дозволить покращити ранню діагностику, а також своєчасно призначити адекватні лікувально-профілактичні заходи у рамках рекомендованих уніфікованих клінічних протоколів та адаптованих клінічних настанов для лікаря первинної ланки, зокрема щодо підвищення мотивації пацієнтів з ХОЗЛ, які продовжують курити до припинення шкідливої звички та надання їм посиленої допомоги у цьому.

## ЛІТЕРАТУРА

- Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020, WHO, Geneva, 2014, 107 p.
- Müllerova H., Agusti A., Erqou S., Mapel D. W.: Cardiovascular Comorbidity in COPD: Systematic Literature Review, Chest, 2013, V. 4(144), P. 1163-1178.
- Chen W., Thomas J., Sadatsafavi M., FitzGerald J. M.: Risk of cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis, Nhe Lancet, 2015, V 8 (3), P.631-639.
- Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень», Київ, 2013, 146 с.
- Шмелев Е.И.: Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания, Пульмонология, 2007, 2, С.5-9.
- Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань», Київ, 2016, 50 с.
- Керс Б., Урожаева Ю., Хенер Ш.: Лечение пациентов множественными хроническими заболеваниями, Вестник McKinsey Теория и практика управления, 2015, 32, С.17-31.

*Дана робота є фрагментом НДР «Вивчення процесів соціально значущої патології та обґрунтування технологій її профілактики» 616.1/9-058-07-084*

## АДРЕСА ДЛЯ КОРЕСПОНДЕНЦІЇ

Власик Любов Йосипівна

Пл. Театральна, 2

58000 Чернівці, Україна,

тел.: +0380507471015

e-mail: lyubov.vlasyk@gmail.com

Nadesłano: 20.04.2017

Zaakceptowano: 20.05.2017