

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В МІСТІ ХАРКОВІ (ПІЛОТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Олена Грішина¹, Ольга Романенко², Андрій
Волянський¹, Олена Менкус¹,
Марина Давиденко¹

¹ДУ «Інститут мікробіології та імунології
ім. І.І. Мечникова Національної академії
медичних наук України»

²КНП «Міська багатопрофільна лікарня №18»

Вступ. Станом на 1 травня 2025 р. у Харкові зареєстровано майже 204,4 тисячі внутрішньо переміщених осіб (ВПО). За даними міськради, згідно з інформацією з Інтегрованої системи обліку ВПО, понад 199 тисяч осіб набули відповідного статусу після 24 лютого 2022 року [1]. ВПО мають такі самі права на медичне обслуговування, як і будь-які громадяни України. Однак, їм іноді буває нелегко орієнтуватися через психологічний стрес, процес адаптації, а подекуди й недостатню інформованість у цьому питанні. Наприклад, на сайті Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та його підрозділів, таких як Центр громадського здоров'я, можна знайти загальну інформацію про програму медичних гарантій, права ВПО на медичне обслуговування, а також періодичні звіти та рекомендації [2]. Важливим ресурсом для ВПО є гаряча лінія Національної служби здоров'я України НСЗУ [3].

Харківська обласна військова адміністрація та Харківська міська рада на своїх офіційних сайтах публікують програми соціального захисту, інформацію про допомогу ВПО, а також новини щодо медичних заходів, що проводяться для цієї категорії населення [4]. Місцеві медичні заклади (лікарні та поліклініки) та інші можуть містити інформацію про послуги, що надаються ВПО, та контакти для звернення [5].

Також допомогу надають Міжнародні та неурядові організації, наприклад: «Міжнародна організація з міграції» [6], благодійний фонд «Право на захист», Медики без кордонів, Червоний Хрест та інші.

І не зважаючи на все це, ВПО залишаються досить вразливою групою, допомогти яким в адаптації та соціалізації на новому місці є наше завдання.

Мета цієї роботи - оцінити деякі аспекти стану здоров'я ВПО порівняно з харків'янами.

Матеріали та методи

Пацієнтів обстежували в Комунальному закладі охорони здоров'я «Міська багатопрофільна лікарня №18» Харківської міської ради (КНП «МБЛ №18» ХМР).

Об'єктом дослідження були пацієнти віком старше 18 років, ВПО (група 1) та харків'яни (група 2), що постійно мешкають в Харкові (без епізодів міграції більш ніж 3 місяці протягом року).

Комплаєнтність досліджуваних осіб визначали за допомогою шкали - MMAS (4-item), що є клініко-психологічною тестовою методикою, яка призначена

для попередньої оцінки комплаєнтності і скринінгового виявлення недостатньо комплаєнтних осіб в рутинній лікарській практиці [7]. MMAS-4 та MMAS - 8 використовувались більш ніж в 200 міжнародних дослідженнях за останні 9 років [8, 9].

Для подальшого спостереження в межах Науково-дослідної роботи (НДР) у дослідження включали пацієнтів з індексом комплаєнтності ≥ 3 .

Аналіз лікування артеріальної гіпертензії (АГ) оцінювали на підставі оновлених рекомендацій Європейського товариства кардіологів 2024 р. [10]. У лікуванні дисліпідемії орієнтувалися на оновлені рекомендації Американської асоціації серця / / Американського коледжу кардіологів & Канадського кардіоваскулярного товариства [11].

Артеріальний тиск (АТ) оцінювали як середній за 1 тиждень за інформацією зі щоденника реєстрації АТ пацієнта.

Для оцінки коморбідності ми використовували індекс Чарлсона (CCI від англ. Charlson Comorbidity Index) [12].

Біохімічні дослідження виконувалися за допомогою автоматичного біохімічного аналізатору MINDRAY BS – 240 (КНР).

Ми використовували t-критерій незалежної вибірки, щоб порівняти середні значення двох безперервних змінних, частоти (відсотки) для опису категоріальних змінних і тест хі-квадрат для визначення асоціацій між групами. Усі тести були двосторонніми, а значення p, менше або рівне 0,05, вважалися статистично значущими.

Результати. Серед пацієнтів, які звернулися за терапевтичною медичною допомогою, провели бесіду зі 100 ВПО і зі 100 харків'янами. Було оцінено комплаєнтність пацієнтів. У групі ВПО було 47 комплаєнтних пацієнтів проти 63 у групі постійних мешканців Харкова, $p = 0,02$, яких і було відібрано для подальшого спостереження.

За однакової доступності медичної допомоги в м. Харків для ВПО і харків'ян, у перших часто виникали складнощі, пов'язані з розгубленістю та адаптацією на новому місці (до якого лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) звертатися, як переоформити декларацію з лікарем, де здати аналізи безоплатно), цих проблем не було у харків'ян.

Інший аспект цієї проблеми - використання можливостей додатків і месенджерів для зв'язку з лікарем. Так, додатком HELSI (медична інформаційна система) користувалися 8 (17 %) пацієнтів у групі 1 і 41 (65,1 %) пацієнт у групі 2, $p = 0,0001$. Месенджери для зв'язку з лікарем використовували 14 (22,2 %) пацієнтів у групі 2 і жоден у групі 1. А ось програмою «Доступні ліки» частіше користувалися пацієнти в групі 1 - 21 (44,7 %) проти 8 (12,7 %) у групі 2, $p = 0,0002$. Водночас сайтами аптек для замовлення ліків зі знижкою користувалися 19 (40,4 %) осіб у групі 1 і 52 (82,5 %) у групі 2, $p < 0,0001$. Заради справедливості слід зазначити, що частина харків'ян для замовлення препаратів користувалися допомогою родичів. В таблиці 1 представлена клініко-демографічна характеристика обстежених пацієнтів.

Таблиця 1 - Клініко-демографічна характеристика обстежених пацієнтів

Показники	Група 1 n = 47	Група 2 n = 63	p 1-2
Вік, років (M ± SD)	55,4 ± 29,6	54,2 ± 27,3	0,8
Стать, n (%), Ж/Ч	31 / 16 (65,9 %) / (34,1 %)	41 / 22 (65,1 %) / (34,9 %)	0,9
Вакцинація до COVID-19, n (%)	17 (36,2 %)	54 (85,7 %)	< 0,0001
Інші вакцинації після 18 років, n (%)	5 (10,6 %)	17 (27 %)	0,03
Індекс маси тіла (ІМТ), кг/м ² (M ± SD)	29,1 ± 8,6	25,9 ± 7,1	0,04
Надмірне вживання алкоголю, n (%)	4 (8,5 %)	7 (11,1 %)	0,6
Куріння, n (%) Жінки, n (%) Чоловіки, n (%)	32 (68,1 %) 5 (10,6 %) 27 (57,4 %)	32 (51 %) 10 (15,9 %) 22 (34,9 %)	0,07 0,4 0,02
Повна вища освіта, n (%)	11 (23,4 %)	31 (49,2 %)	0,006
Фахова передвища освіта, n (%)	10 (21,3 %)	26 (41,3 %)	0,03
Астма/хронічні обструктивні захворювання легень (ХОБЛ), n (%)	5 (10,6 %)	8 (12,7 %)	0,7
Цукровий діабет (ЦД), n (%)	8 (17 %)	9 (14,3 %)	0,7
Ішемічна хвороба серця (ІХС), n (%)	9 (19,1 %)	14 (22,2 %)	0,7
Артеріальна гіпертензія (АГ), n (%)	24 (51,1 %)	32 (50,8 %)	0,97
Середні цифри АТ, мм рт.ст Систолічне, (M ± SD) Діастолічне, (M ± SD)	151 ± 27,8 92 ± 17,3	139 ± 22,4 85 ± 12,8	0,01 0,04
Серцева недостатність (СН), n (%)	8 (17 %)	11 (17,5 %)	0,9
Хронічні хвороби нирок) ХХН III-IV ст., n (%)	7 (14,9 %)	9 (14,3 %)	0,9

Пацієнти обох груп не розрізнялися за статтю і віком, зловживанням алкоголю. Загалом, однакове число їх було курцями. Однак у групі 2 чоловіків, які курять, було достовірно більше, ніж у групі 1. Група 2 відрізнялася від групи 1 достовірно вищим освітнім цензом.

Рівень вакцинації від COVID був достовірно вищим у групі 2, так само як і від інших інфекцій. Поширеність таких захворювань, як астма/ХОБЛ, ЦД, ІХС, АГ достовірно не відрізнялася між групами. Однак, рівень АТ у групі ВПО контролювався гірше і був достовірно вищим. Це стосувалося, як систолічного, так і діастолічного тиску. ІМТ у ВПО був достовірно вищим. СН та ХХН III-IV ст також достовірно не різнилися між групами.

ССІ не різнився між групами в цілому $4,5 \pm 1,8$ vs $4,2 \pm 1,9$ ($p = 0,4$). Однак при оцінці показника за

віковими категоріями ми побачили, що він був достовірно вищим у групах 50 - 59 і 60 - 69 років. У групі 70 - 79 років ці відмінності нівелювалися. Ця тенденція може свідчити про більш ранній початок враховуваних для розрахунку ССІ захворювань, при тому, що захворюваність в цілому значущим чином не відрізнялася (таблиця 2).

Аналіз рутинних лабораторних даних (табл. 3) продемонстрував, що рівні глутамілтранспептидази (ГГТП), загального холестерину (Хс), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), глюкози крові, креатиніну і швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) були достовірно гіршими в групі ВПО.

За співставності ССІ це, найімовірніше, пов'язано з гіршим контролем, що підтверджується подальшим аналізом лікування, проведеного на прикладі АГ.

Таблиця 2. Розподіл ССІ по вікових групах

Показники	Кількість пацієнтів		Кількість захворювань (Ме, ранги)		ССІ (М ± SD)		
Вікові групи	Група 1 (n = 47)	Група 2 (n = 63)	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	p 1-2
< 50	11	15	3 (2 - 4)	3 (1 - 4)	3,1 ± 1,1	2,9 ± 0,98	0,3
50 - 59 років	21	27	4 (3 - 5)	3 (2 - 4)	3,5 ± 1,2	2,9 ± 0,89	0,03
60 – 69 років	10	13	4 (3 - 6)	4 (3 - 6)	4,9 ± 1,7	4,1 ± 1,2	0,005
70 – 79 років	5	7	5 (4 - 7)	5 (3 - 7)	5,2 ± 1,8	4,8 ± 1,7	0,3
> 80	0	1	0	6	-	8	-

Таблиця 3. Аналіз рутинних лабораторних даних

Показники	Група 1	Група 2	p 1-2	Референтні значення
Білірубін, мкмоль/л	14,9 ± 5,1	15,3 ± 5,7	0,7	3,80 - 21,00
Аспартатаміно-трансфераза, Од/л	28,7 ± 8,4	26,5 ± 7,8	0,2	0,0 - 31,0
Аланінаміно-трансфераза, Од/л	29,1 ± 8,9	26,3 ± 8,1	0,1	0,0 - 34,0
ГГТП Од/л	35,4 ± 9,6	30,2 ± 8,5	0,03	7 - 32
Глюкоза, ммоль/л	6,7 ± 2,9	5,8 ± 1,7	0,04	3,55 - 6,40
Загальний білок, г/л	72,3 ± 20,8	75,1 ± 19,7	0,5	66,0 - 83,0
Креатинін, мкмоль/л	91,4 ± 23,7	82,3 ± 18,9	0,03	53,0 - 97,0
ШКФ, мл/хв/1,73м ² (MDRD)	70,2 ± 20,4	83,6 ± 21,5	0,001	≥ 90 мл/хв/1,73м ²
Хс, ммоль/л	6,1 ± 2,3	5,2 ± 1,8	0,02	3 - 5,2
Тригліцериди, ммоль/л	1,3 ± 0,72	1,1 ± 0,84	0,19	0,00 - 2,30
Ліпопротеїди високої щільності, ммоль/л	1,6 ± 0,59	1,7 ± 0,61	0,4	1,20 - 7,00
ЛПНЩ ммоль/л	3,6 ± 1,47	3,0 ± 0,98	0,01	0,00 - 3,37

Так, у групі 1 монотерапію АГ одержували 8 (33,3 %) vs 1 (3,1 %) у групі 2, p = 0,003, терапію 2-ма препаратами - 11 (45,8 %) в групі 1 vs 16 (50 %) у групі 2, p = 0,8, три препарати приймали 3 (12,5 %) у групі 1 та 10 (31,2 %) у групі 2, p = 0,01, чотири препарати - 2 пацієнти у групі 2 (8,3 %) і 5 (15,6 %) у групі 2, p = 0,4. Комбінованими антигіпертензивними препаратами користувалися 12 (50 %) пацієнтів у групі 1 і 26 (81,3 %) пацієнтів у групі 2, p = 0,01.

Корекція лікування знадобилася 17 особам (70,8 %) у групі 1 і 7 (21,9 %) у групі 2 p = 0,0003. Індивідуальні тонометри мали 11 (45,8 %) осіб у групі 1 і 28 (87,5 %) у групі 2, p = 0,0009.

Аналіз дисліпідемії показав, що з 17 пацієнтів у групі 1 це стало випадковою знахідкою в 9 (52,9 %) осіб, порівняно з 4 пацієнтами із 21 (19,1 %) у групі 2,

p = 0,03. Відповідно, адекватне лікування отримували 3 (17,6 %) особи в групі 1 проти 15 (71,4 %) пацієнтів у групі 2, p = 0,001.

Дискусія. Результати проведеної роботи показують, що в Харкові проводиться велика робота для підтримки ВПО. Наприклад, Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб та Харківська міська рада провели перший захід в одному з гуртожитків для переселенців в Індустріальному районі. За допомогою анкетування виявляли наявні фактори ризику для розвитку найбільш розповсюджених неінфекційних захворювань, таких як ЦД та АГ. Всі охочі мали можливість поміряти АТ, рівень кисню та цукру в крові. Проводилось обстеження на туберкульоз,

обстеження у терапевта та педіатра, щеплення від дифтерії, правця та COVID [13].

Однак, іноді людям треба давати не рибу, а вудочку. На нашу думку, було б корисно влаштувати невеликі групи для навчання роботи з різноманітними додатками, що суттєво могли б заощадити час і полегшити виконання завдання. Ще один аспект - фармакоекономічний, який можна легко проілюструвати прикладами лікування АГ. Переконавши доведено перевагу антигіпертензивних препаратів із фіксованою дозою (АГПФД), що спрощують схеми призначення та покращують прихильність до лікування [14].

В дослідженні Edel T O'Hagan et al. [15] було показано, що вартість і доступність були найпоширенішими бар'єрами для призначення АГПФД у країнах з високим і низьким рівнем доходу. При цьому освітня підтримка лікарів сприймалася як головний потенційний фактор сприяння використанню АГПФД.

Наші ВПО прагнули знизити вартість лікування за рахунок використання більш дешевих препаратів самостійно підібраних комбінацій і доз. Це можна вважати фактором незадовільного контролю АТ. Найчастіше на прийомі у лікаря немає часу для роз'яснення користі використання АГПФД. У вирішенні таких питань могли б допомогти освітні заняття при поліклініках для груп пацієнтів з різними захворюваннями. Це стосується не тільки АГ.

Обмеження. Це дослідження охоплювало тільки комплаєнтних пацієнтів (в обох групах) і, відповідно, не може відображати багато популяційних аспектів.

Опитувальник MMAS-4 не валідизований для України. Використовувався переклад авторами з зіставленням із перекладом III.

Висновки

1. ВПО не обмежені в праві отримання медичної допомоги, що надається громадянам України, порівняно з харків'янами. Ба більше, обласна та міська адміністрації, різні фонди надають їм усіляку підтримку. Отримання цієї допомоги може бути ускладнене у зв'язку з розгубленістю та адаптацією на новому місці. Інший аспект цієї проблеми - недостатня інформованість ВПО можливостями застосунків і месенджерів, що могло б істотно спростити координацію послуг.

2. CCI не різнився між ВПО і харків'янами загалом. Однак, при оцінці показника за віковими категоріями ми побачили, що він був достовірно вищим у групах 50 - 59 і 60 - 69 років. У групі 70 - 79 років ці відмінності нівелювалися. Ця тенденція може свідчити про більш ранній початок враховуваних для розрахунку CCI захворювань.

3. ВПО достовірно рідше були прихильні до стандартів лікування АГ і дисліпідемії і, як наслідок, мали гірший контроль АТ і рівня ліпідів.

Етика. Інформована згода була складена відповідно до Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003-6/о "Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та проведення операції та знеболення", МОЗ

України № 110 від 14.02.2012 "Про затвердження використовуються в установах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування" [16] та схвалено комітетом з біологічної та медичної етики (протокол засідання №1 від 18.01.2024).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Фінансування. Роботу виконано в рамках теми «Визначення ендотипів синдрому LongCovid серед різних груп цивільного населення у воєнний та повоєнний час», шифр НАМН 178/2024, No держреєстрації 0124U000144, фінансується НАМН України.

Перспективи подальших досліджень. Дане дослідження може розглядатися, як пілотне для подальших широкомасштабних проєктів у цьому напрямку з метою вироблення рекомендацій для практичної охорони здоров'я.

Some aspects of the health status of internally displaced persons in the city of Kharkiv (Pilot study) Olena Grishina, Olga Romanenko, Andriy Volyansky, Olena Menkus, Marina Davydenko

The purpose of this study was to assess some aspects of the health status of internally displaced persons (IDPs) compared to residents of Kharkiv. **Materials and Methods.** Patients were examined at the Municipal Non-Profit Enterprise "City Multiprofile Hospital №18" of the Kharkiv City Council. The compliance of the subjects was determined using the Morisky Medication-Taking Adherence Scale – MMAS (4-item). The Charlson Comorbidity Index (CCI) was used to assess comorbidity. **Results.** In the IDP group (Group 1), there were significantly fewer compliant patients: 47 vs 63 permanent residents of Kharkiv (Group 2), $p = 0,02$. The HELSI application was used by 8 (17%) patients in Group 1 and 41 (65,1 %) patients in Group 2, $p = 0,0001$. Messengers for communication with a doctor were used by 14 (22,2 %) patients in Group 2 and none in Group 1. Patients in both groups did not differ by sex, age, or alcohol abuse. Overall, an equal number of them were smokers. However, in Group 2, there were significantly more male smokers than in Group 1. Group 2 differed from Group 1 by a significantly higher educational level (11 (23,4 %) vs 31 (49,2 %) had higher education, $p = 0,006$). CCI did not differ between the groups overall ($4,5 \pm 1,8$ vs $4,2 \pm 1,9$ ($p = 0,4$)). However, when evaluating the indicator by age categories, we observed an earlier onset of diseases included in the CCI calculation. Blood pressure levels were significantly higher in Group 1 than in Group 2: systolic $151 \pm 27,8$ mmHg vs $139 \pm 22,4$ mmHg, $p = 0,01$; diastolic $92 \pm 17,3$ mmHg vs $85 \pm 12,8$ mmHg, $p = 0,01$. Dyslipidemia analysis showed that out of 17 patients in Group 1, it was an incidental finding in 9 (52,9%) individuals, compared to 4 patients out of 21 (19,1 %) in Group 2, $p = 0,03$. **Conclusions.** Access to medical care for IDPs may be complicated due to disorientation and adaptation in a new place, as well as insufficient awareness of IDPs regarding the possibilities

of applications and messengers. CCI did not differ between IDPs and Kharkiv residents overall. However, when evaluating the indicator by age categories, we observed an earlier onset of diseases included in the CCI calculation. IDPs were significantly less adherent to the standards of treatment for hypertension and dyslipidemia and, as a result, had worse control of blood pressure and lipid levels

Key words. Internally displaced persons, adaptation, health status, comorbidity,

References:

1. Opinion Google News. 2025
URL: <https://dumka.media/rus/war/1746428912-stalo-izvestno-skolko-pereselentsev-prozhivaet-v-harkove>;
2. Ministry of Health of Ukraine. 2025.
URL: <https://moz.gov.ua/> <https://phc.org.ua/>;
3. Electronic healthcare system in Ukraine. 2025
URL: <https://ehealth.gov.ua/>;
4. Kharkiv Regional Military Administration.2025.
URL: <https://kharkivoda.gov.ua/> <https://soczahist.kh.ua/>;
5. NP "City Clinical Hospital No. 8. 2025
URL: <https://hgkb8.com.ua/> <https://11pol.city.kharkiv.ua/>;
6. IOM. Report on internal displacement in Ukraine general population survey round 6. 2022
URL: <https://dtm.iom.int>;
7. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986. Vol. 24(1). P. 67–74.
8. Raj J., Kuriakose S.. Comparative Study to Assess the Effectiveness and Safety of Etoricoxib & Aceclofenac in Osteoarthritis Patients. *ResearchGate*.2024. Vol.13 (01). P. 12-22 DOI: 10.36347/sajp.2024.v13i01.002
9. Baigozhina A., Umbetzhanova A., Derbissalina G. et al. Patient Medication Adherence Assessment Tools for Primary Healthcare Physicians in Research and Practice. *Journal of Health Development*. 2023. Vol. 50(1). P. 35-44. DOI: 10.32921/2225-9929-2023-1-50-35-44
10. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension.ESC. 2024. URL: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Elevated-Blood-Pressure-and-Hypertension>
11. Taher Z., Taher A., Radi S. An Update on Dyslipidemia Management and Medications: A Review. *PubMed*. 2024. Vol. 16; 16(3):e56255.
Doi: 10.7759/cureus.56255
12. Charlson M., Pompei P., Ales K. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J. Chronic Dis*. 1987. Vol. 40. P.373–383. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171-8
13. Kharkiv Regional Central Committee for Internally Displaced Persons. Health Day for Internally Displaced Persons was held in Kharkiv. 2025.
URL: <https://kh.cdc.gov.ua/news/den-zdorov-ya-dlya-vnutrishno-peremishhenyh-osib-projshov-u-harkovi/>
14. Heaton J., Johal A., Alshami A. et al. Effect of Combination Antihypertensive Pills on Blood Pressure Control.AHA/ASA Jurnals. 2024. Vol.13. No.23.
Doi.org/10.1161/JAHA.124.036046
15. O'HAGAN E., MCINTYRE D., NGUYEN T. et al. A Cross-Sectional Survey of Fixed-Dose Combination Antihypertensive Medicine Prescribing in TwentyFour Countries, Including Qualitative Insights. *Global Heart*. 2024. DOI: 10.5334/gh.1353
16. Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 110 dated February 14, 2012 "On approval of forms of primary accounting documentation and instructions for their completion, used in healthcare institutions regardless of the form of ownership and subordination."
URL:
https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120214_110.htm
1