

С. В. ФЕЙСА, Г. О. СЛАБКІЙ

ОСВІТНІ ПРОГАЛИНИ ТА ПОТРЕБИ В НАВЧАННІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЩОДО МЕНЕДЖМЕНТУ МЕТАБОЛІЧНО-АСОЦІЙОВАНОЇ СТЕАТОТИЧНОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета: оцінити рівень поінформованості та освітні потреби лікарів загальної практики – сімейних лікарів щодо менеджменту метаболічно-асоційованої стеатотичної хвороби печінки (далі – МАСХП) на первинній ланці та визначити пріоритетні формати безперервного професійного розвитку (далі – БПР).

Матеріали та методи. Проведено соціологічне опитування 136 сімейних лікарів за анкетною, реалізованою за допомогою Google-form; застосовано медико-статистичні методи та описове моделювання.

Результати. 44,8 % респондентів не задоволені власними теоретичними знаннями з МАСХП, 35,6 % – частково задоволені; 14,7 % уважають рівень достатнім. Хоча більшість мають доступ до матеріалів, 69,8 % повідомили про дефіцит часу для їх опрацювання; 17,6 % – про недостатність матеріалів. Необхідність короткотривалих курсів тематичного удосконалення (далі – ТУ) підтримали 46,3 % (проти – 44,9 %), натомість 74,3 % відзначили потребу в практично орієнтованих семінарах / майстеркласах 1–2 дні. Перевагу віддають онлайн (55,9 %) і змішаним (27,2 %) форматам. Вибір заходів зумовлюють бали БПР (41,2 %) та актуальність теми (28,7 %).

Висновки. Виявлено суттєвий дефіцит знань і практичних навичок із МАСХП серед лікарів первинної ланки, що обґрунтовує потребу в коротких, практично спрямованих освітніх інтервенціях з перевагою дистанційних форматів і нарахуванням балів БПР; доцільно залучати інституційне / спонсорське фінансування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки; МАСХП; безперервний професійний розвиток; лікарі загальної практики – сімейні лікарі; первинна ланка.

Вступ. Метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки (далі – МАСХП) – захворювання, яке трапляється в більшості осіб, що страждають на ожиріння або мають надлишкову масу тіла (далі – НМТ) [1]. Перебіг МАСХП, як правило, характеризується коморбідністю, оскільки в пацієнтів часто спостерігаються супутні порушення вуглеводного обміну (предіабет, цукровий діабет (далі – ЦД) 2 типу), ліпідного обміну (атерогенна дисліпідемія, атеросклероз), гіпертонічна хвороба, розлади пуринового обміну (подагра), синдром полікістозних яєчників (далі – СПКЯ) та інші патологічні стани, одним зі спільних патогенетичних чинників яких є інсулінорезистентність (далі – ІР) [1; 2]. Підвищений кардіоваскулярний ризик пацієнтів із МАСХП вимагає мультидисциплінарного підходу та скоординованої взаємодії між сімейним лікарем (далі – СЛ) і вузькими спеціалістами [1].

Незважаючи на війну, в Україні триває трансформація системи охорони здоров'я з посиленням ролі первинної ланки та функції сімейного лікаря як координатора маршруту пацієнта.

Сучасна модель маршруту пацієнта в Україні [3] базується на:

- Законі України № 2168-VIII (2017) про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення (чинний) [4];
- Наказі МОЗ № 503 (2018) про порядок вибору СЛ та форму декларації (чинний) [5];
- постановах КМУ щодо реалізації Програми медичних гарантій (далі – ПМГ) для первинної допомоги [6].

Відповідно до пакету державних гарантій [4], планове звернення по спеціалізовану медичну допомогу має здійснюватися за направленням СЛ. Первинне звернення для отримання допомоги пацієнт здійснює до сімейного лікаря, з яким укладено декларацію [4; 5]. СЛ, формуючи маршрут пацієнта, визначає потребу в подальших скеруваннях до кардіолога, ендокринолога, гастроентеролога та інших фахівців на вторинній ланці (спеціалізована медична допомога) та створює для цього відповідні електронні скерування. Ураховуючи рекомендації фахівців вторинної ланки, лікар загальної

практики – сімейної медицини розробляє план ведення задекларованого ним пацієнта і здійснює в подальшому динамічне спостереження за його здоров'ям.

Отже, актуальним завданням сучасного менеджменту МАСХП [1] є наявність відповідних теоретичних та практичних компетентностей у лікарів загальної практики – сімейної медицини (далі – ЗП-СМ), а також постійне їх удосконалення, що можливе виключно за наявності якісних освітніх програм безперервного професійного розвитку фахівців.

Мета: установити рівень готовності лікарів загальної практики – сімейної медицини до ведення коморбідних пацієнтів із МАСХП та запропонувати ефективні підходи до підготовки сімейних лікарів для якісного надання допомоги на первинному рівні.

Матеріали та методи. Матеріалами слугували чинні законодавчі та нормативно-правові акти щодо реформування охорони здоров'я в Україні та результати соціологічного опитування 136 сімейних лікарів. Анкета охоплювала самооцінку теоретичних і практичних компетенцій щодо скринінгу, діагностики, профілактики та лікування МАСХП та метаболічно асоційованого стеатогепатиту (далі – МАСГ), а також оцінювала освітні потреби й переваги щодо форматів БПР. Застосовано соціологічний, медико-статистичний та метод описового моделювання.

Результати і обговорення. Відповідно до поставленої мети за допомогою соціологічного дослідження встановлено рівень самооцінки сімейними лікарями особистих теоретичних та практичних компетенцій щодо ведення пацієнтів із метаболічно асоційованою стеатотичною хворобою печінки. Отримані результати наведено в таблиці 1.

Наведені в табл.1 дані вказують на доволі низький рівень самооцінки сімейними лікарями особистих теоретичних компетенцій з питань МАСХП. Так, особистий рівень теоретичних

знань як незадовільний указали 16,2 % опитаних щодо скринінгу факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ), 20,6 % щодо скринінгу цукрового діабету 2 типу. Незадовільним вважають свій рівень знань щодо діагностики МАСХП 12,5 % респондентів, а щодо діагностики печінкових та позапечінкових ускладнень МАСХП – аж 39,7 %. Власні теоретичні знання про немедикаментозні та немедикаментозні методи лікування МАСХП оцінили як незадовільні 7,3 % опитаних сімейних лікарів, а свої знання про методи профілактики МАСХП оцінили як незадовільні 17,6 % респондентів. Тобто частка респондентів, незадоволених теоретичними знаннями, коливалася від 12,5 % (діагностика МАСХП) до 39,7 % (діагностика печінкових і позапечінкових ускладнень). Високий рівень (оцінка «1») найчастіше відзначали щодо діагностики МАСХП (35,3 %), рідше – для ускладнень (9,6 %).

Проаналізовано й рівень самооцінки сімейними лікарями особистих практичних компетенцій щодо ведення МАСХП. Отримані результати наведені в табл. 2.

Як видно з таблиці 2, особисті практичні компетенції щодо скринінгу ризику ССЗ оцінили як незадовільні 22,1 % опитаних сімейних лікарів, 28,7 % респондентів указали на незадовільний рівень практичних компетенцій щодо скринінгу цукрового діабету в пацієнтів з МАСХП. Практичні компетенції щодо діагностики МАСХП оцінили як незадовільні 14,7 % сімейних лікарів, а щодо діагностики ускладнень МАСХП (печінкових та позапечінкових) – 38,2 % СЛ. Незадовільний рівень практичних компетенцій щодо методів лікування (медикаментозних та немедикаментозних) мали 23,5 % респондентів, а щодо методів профілактики МАСХП – 21,3 % опитаних сімейних лікарів.

Порівняно із самооцінкою лікарями загальної практики – сімейними лікарями своїх теоретичних компетенцій з ведення МАЖХП (табл. 1), рівень самооцінки їхніх практичних компетенцій із

Таблиця 1
Рівень самооцінки сімейними лікарями особистих теоретичних компетенцій з питань ведення пацієнтів із метаболічно-асоційованою стеатотичною хворобою печінки, %

Компетенції з питань:	1	2	3	4
Скринінгу факторів ризику серцево-судинних захворювань	20 (14,7 %)	44 (32,3 %)	50 (36,8 %)	22 (16,2 %)
Скринінгу цукрового діабету 2-го типу	40 (29,4 %)	33 (24,3 %)	35 (25,7 %)	28 (20,6 %)
Діагностики МАСХП	48 (35,3 %)	50 (36,8 %)	21 (15,4 %)	17 (12,5 %)
Діагностика печінкових та позапечінкових ускладнень МАСХП	13 (9,6 %)	11 (8,0 %)	58 (42,6 %)	54 (39,7 %)
Немедикаментозних та медикаментозних методів лікування	47 (34,6 %)	45 (33,1 %)	34 (25 %)	10 (7,3 %)
Методів профілактики МАСХП	42 (30,9 %)	39 (28,7 %)	31 (22,8 %)	24 (17,6 %)

Примітка: 1 – відмінний, 2 – добрий, 3 – задовільний, 4 – недостатній.

цієї теми (табл. 2) виявився ще нижчим. Так, на відмінний рівень практичних компетенцій щодо скринінгу факторів ризику ССЗ вказало 11 % респондентів (рівень теоретичних компетенцій із цієї підтеми – 14,7 %); з питань скринінгу ЦД 2 типу рівень практичних компетенцій – 18,4 % (теоретичних – 29,4 %); щодо діагностики МАСХП практичні компетенції на відмінно оцінені 28,7 % респондентів (теоретичні компетенції із цього питання на відмінно в 35,3 % опитаних лікарів); стосовно діагностики печінкових та позапечінкових ускладнень МАСХП практичні компетенції на відмінно в 15,4 %, теоретичні – у 34,6 %. Щодо методів профілактики МАСХП – відмінні практичні компетенції в 20,6 % респондентів, тоді як теоретичні компетенції із цієї підтеми МАСХП оцінені на відмінно 30,9 % респондентами. Водночас частка респондентів, що оцінили свій рівень особистих практичних компетенцій як незадовільний (недостатній), за всіма підтемами МАСХП була вищою, ніж при оцінці теоретичних компетенцій за тими ж підтемами.

Отже, порівняно з теоретичними, практичні навички самооцінено нижче майже в усіх підтемах: незадовільні рівні від 14,7 % (діагностика МАСХП) до 38,2 % (діагностика ускладнень). Високі оцінки («1») коливалися від 8,0–28,7 % залежно від підтеми.

Отримані дані демонструють виражений розрив між теоретичними знаннями та практичними навичками у веденні МАСХП на первинному рівні з особливою вразливістю в діагностиці ускладнень і практичному менеджменті. Це корелює із сучасними міжнародними настановами, які підкреслюють роль первинної ланки в стратифікації ризику, скринінгу коморбідностей та маршрутизації до фіброзорієнтованої оцінки (наприклад, за шкалами FIB-4, ELF) й подальшого спостереження [1; 2; 7].

Аналіз отриманих даних став підґрунтям для вивчення освітніх потреб. При анкетуванні лікарів ЗП-СМ ставили такі запитання:

1. Чи задоволений лікар власним рівнем теоретичних знань про МАСХП?

2. Чи вистачає навчальних матеріалів для самостійного вивчення теми МАСХП?

3. Чи потрібні короткотривалі (1–2 тижні) курси тематичного удосконалення (ТУ) про МАСХП?

4. Чи потрібні такі короткотермінові заходи безперервного професійного розвитку (далі – БПР) як практичні семінари та майстеркласи тривалістю 1–2 дні, присвячені темі МАСХП?

5. Якій формі навчання віддаєте перевагу (онлайн чи офлайн)?

6. Якими критеріями керуєтеся при виборі освітнього заходу (тематичного семінару)?

7. Чи готовий лікар платити власні кошти за освітні заходи, присвячені темі метаболічно-асоційованої стеатотичної хвороби печінки?

Отримані результати щодо освітніх потреб лікарів загальної практики – сімейних лікарів наведено в табл. 3.

Як видно з таблиці 3, більшість опитаних лікарів продемонстрували недостатній рівень задоволеності власними знаннями із цієї проблеми: 44,8 % респондентів зазначили, що не задоволені своїми теоретичними знаннями, ще 35,6 % – що лише частково задоволені. Лише 14,7 % учасників опитування вважають свій рівень підготовки достатнім. Така структура відповідей свідчить про виражену потребу в поглибленні теоретичних знань та оновленні клінічних навичок з ведення пацієнтів із МАСХП.

Щодо забезпеченості навчальними матеріалами, більшість респондентів (69,8 %) відзначили, що матеріали з теми МАСХП доступні, але бракує часу для їх опрацювання, тоді як 17,6 % вважають їх недостатніми. Це підкреслює потребу в структурованих, стислих і доступних освітніх ресурсах, адаптованих до щільного робочого графіка лікарів первинної ланки.

У контексті клінічних оновлень перехід до міжнародних термінів MASLD/MASH [7]

Таблиця 2

Рівень самооцінки сімейними лікарями особистих практичних компетенцій щодо ведення пацієнтів з метаболічно асоційованою стеатотичною хворобою печінки, %

Компетенції з питань:	1	2	3	4
Скринінгу факторів ризику серцево-судинних захворювань	15 (11,0 %)	38 (27,9 %)	53 (39,0 %)	30 (22,1 %)
Скринінгу цукрового діабету 2 типу	25 (18,4 %)	30 (22,1 %)	42 (30,9 %)	39 (28,7 %)
Діагностики МАСХП	39 (28,7 %)	49 (36,0 %)	28 (20,6 %)	20 (14,7 %)
Діагностика печінкових та позапечінкових ускладнень МАСХП	11 (8,0 %)	16 (11,8 %)	57 (41,9 %)	52 (38,2 %)
Немедикаментозних та медикаментозних методів лікування	21 (15,4 %)	42 (30,9 %)	41 (30,1 %)	32 (23,5 %)
Методів профілактики МАСХП	28 (20,6 %)	44 (32,3 %)	35 (25,7 %)	29 (21,3 %)

Примітка: 1 – відмінний, 2 – добрий, 3 – задовільний, 4 – недостатній.

Таблиця 3

Освітні потреби лікарів загальної практики – сімейних лікарів щодо ведення хворих з метаболічно-асоційованою стеатотичною хворобою печінки

Показник	абс	%
<i>Задоволеність власним рівнем теоретичних знань про МАСХП:</i>		
Задоволені	20	14,7 %
Не задоволені	61	44,8 %
Частково задоволені	48	35,6 %
Не визначилися з відповіддю	7	5,1 %
<i>Забезпеченість навчальними матеріалами для самостійного вивчення МАСХП:</i>		
Матеріалів вистачає	12	8,8 %
Матеріалів є достатньо, проте не вистачає часу для їх опрацювання	95	69,8 %
Недостатньо навчальних матеріалів	24	17,6 %
Не визначилися з відповіддю	5	3,7 %
<i>Потреба в короткотривалих (1–2 тижні) курсах ТУ про метаболічно-асоційовану стеатотичну хворобу печінки:</i>		
ТУ потрібні	63	46,3 %
Курси ТУ про МАСХП не потрібні	61	44,9 %
Не визначилися із відповіддю	12	8,8 %
<i>Потреба в короткотермінових заходах (майстеркласи, семінари) безперервного професійного розвитку (1–2 дні), присвячених МАСХП:</i>		
Потрібні практичні семінари та майстеркласи з теми МАСХП	101	74,3 %
Семінари та майстеркласи з теми МАСХП не потрібні	32	23,5 %
Не визначилися з відповіддю	3	2,2 %
<i>У безперервному професійному розвитку з питань МАСХП віддають перевагу таким формам навчання:</i>		
Онлайн	76	55,9 %
Очній формі (офлайн)	23	16,9 %
Змішаній (очно з елементами онлайн)	37	27,2 %
<i>Критерії, якими передусім керуються лікарі при виборі освітнього заходу:</i>		
Обирають за важливістю та актуальністю теми	39	28,7 %
Обирають за іменами лекторів, які проводитимуть семінар	23	16,9 %
Обирають виключно за кількістю балів БПР, які можна отримати за цей захід	56	41,2 %
Обирають за ціною заходу	28	20,6 %
<i>Готовність лікарів платити власні кошти за освітні заходи щодо МАСХП:</i>		
Готові платити власні кошти	10	7,4 %
Готові оплатити з подальшою компенсацією від закладу, в якому працюють	31	22,8 %
Готові оплатити, з подальшою компенсацією від фармкомпаній	22	16,2 %
Не готові платити власних коштів, оскільки вважають, що освітні заходи мають бути повністю безоплатними для лікарів	28	20,6 %
Не готові платити власних коштів, оскільки вважають, що освітні заходи для лікарів взагалі не потрібні – лікар може самостійно знайти необхідну для нього інформацію в інтернеті	19	14,0 %
Не готові платити власних коштів за освітні заходи, присвячені темі МАСХП, бо вважають цю тему неактуальною	5	3,7 %
Готові оплатити частково	12	8,8 %
Готовність оплачувати освітній захід власними коштами залежить від того, які спікери (лектори) проводитимуть цей захід	9	6,6 %

стандартизує комунікацію та критерії відбору пацієнтів у дослідження / програми спостереження. Крім того, поява першої затвердженної фармакотерапії для MASH із фіброзом (resmetirom, 2024) [8] змінює освітній ландшафт: первинній ланці важливо розуміти, кого та коли направляти для спеціалізованої оцінки / терапії, навіть якщо призначення специфічних засобів здебільшого належить до компетенції вузьких спеціалістів. Це обґрунтовує акцент освітніх

програм на ризик-стратифікації, маршрутизації та коморбідному менеджменті (контроль метаболічних факторів ризику, модифікація способу життя, інтенсивування терапії ЦД 2 типу, дисліпідемії тощо).

Питання про необхідність проходження короткотермінових курсів тематичного удосконалення (далі – ТУ) з проблеми МАСХП викликало приблизно рівномірний розподіл відповідей: 46,3 % опитаних вважають такі курси доцільними, 44,9 %

не бачать у них потреби. Це може свідчити про наявність різного рівня мотивації та готовності лікарів до тривалих навчальних програм, водночас підтверджуючи наявність зацікавленої частки аудиторії, готової до системного навчання.

Натомість потреба в короткотермінових практичних заходах безперервного професійного розвитку (майстеркласи, семінари) виявилася більш вираженою: 74,3 % лікарів висловили зацікавленість у таких форматах. Отже, більшість респондентів віддають перевагу практично орієнтованим формам навчання, що дають змогу безпосередньо застосовувати здобуті знання в клінічній роботі. Ураховуючи домінуючий запит на короткі практичні формати та обмеження часу, оптимальними є модульні онлайн-програми з інтерактивними кейсами, алгоритмами (decision trees) та «мікронавчанням» (15–30 хв).

Щодо форми організації навчання, понад половина лікарів (55,9 %) віддала перевагу онлайн-формату, ще 27,2 % – змішаній формі (очно + онлайн), що свідчить про високу готовність до дистанційної освіти та прагнення до гнучких форматів, які можна поєднувати з роботою.

Серед критеріїв, якими керуються лікарі при виборі освітніх заходів, провідними виявилися кількість балів безперервного професійного розвитку (41,2 %) та актуальність теми (28,7 %), тоді як інші фактори, зокрема вартість (20,6 %) і відомість лекторів (16,9 %), мали менший вплив. Ці результати вказують на те, що мотивація до навчання має переважно практично-утилітарний характер, а не іміджевий чи фінансовий.

Щодо готовності фінансувати участь в освітніх заходах, більшість респондентів не готові оплачувати навчання власним коштом: лише 7,4 % висловили готовність до повної оплати, 22,8 % погодилися би на участь за умови компенсації від закладу, а 16,2 % – від фармацевтичних компаній. Близько п'ятої частини (20,6 %) вважають, що освітні заходи для лікарів повинні бути повністю безоплатними. Це підкреслює необхідність залучення зовнішніх джерел фінансування освітніх програм або використання механізмів підтримки з боку професійних асоціацій. З огляду на низьку готовність до самофінансування, доцільно передбачити інституційне або спонсорське покриття частини витрат, а також використовувати акредитацію з балами БПР як ключовий мотиваційний інструмент.

Загалом, результати опитування свідчать про високу зацікавленість сімейних лікарів у підвищенні кваліфікації з питань МАСХП, особливо у форматі коротких, доступних і практично спрямованих освітніх заходів. Водночас помітною є потреба підвищити мотивацію лікарів до безперервного навчання та розвитку сучасних компетенцій у сфері метаболічної медицини.

Висновки

1. Серед сімейних лікарів виявлено суттєвий дефіцит знань і практичних навичок щодо МАСХП/МАШ, особливо у сфері діагностики ускладнень та практичного менеджменту.

2. Найбільш затребувані короткі, практично спрямовані формати навчання (майстеркласи, семінари 1–2 дні) з перевагою онлайн- та змішаної форми.

3. Вибір заходів зумовлений переважно актуальністю теми та нарахуванням балів БПР, що необхідно враховувати під час планування програм.

4. Ефективність залучення до освітніх заходів підвищують бали БПР та чітка демонстрація клінічної застосовності (кейс-базовані алгоритми, маршрутизація, ризик-стратифікація).

5. З огляду на обмежену готовність лікарів оплачувати навчання, доцільно розглядати можливості спонсорської або інституційної підтримки для забезпечення безперервного професійного розвитку.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з необхідністю тісного залучення мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів з МАСХП та з упровадженням короткотермінових курсів, тематичних семінарів і майстеркласів, присвячених цій темі, що дасть змогу заповнити виявлені нами освітні прогалини в практичній підготовці сімейних лікарів та приведе до покращення загального рівня надання ними медичної допомоги пацієнтам із МАСХП на первинній ланці.

Інформація про фінансування: дослідження проведено за рахунок авторів статті.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування: програма і методи дослідження затверджені комісією з біоетики ДВНЗ «Ужгородський національний університет» від 5 березня 2025 року. Протокол № 3.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії: С.В. Фейса^{1,3,5,10}, Г.О. Слабкий^{2,6,8}

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів: конфлікт інтересів відсутній

Список літератури

1. EASL–EASD–EASO. Clinical practice guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *Journal of Hepatology*. 2024. Vol. 81(2). P. 405–462. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2024.06.022>.
2. Rinella M. E., Neuschwander-Tetri B. A., Caldwell S. H., Loomba R., Sanyal A. J., AASLD Practice Guidelines Committee. AASLD practice guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology*. 2023. Vol. 77(5). P. 1797–1835. <https://doi.org/10.1097/HEP.0000000000000323>.

3. Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років (41 с.). 2015. HealthSAG. URL: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf.
4. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України № 2168-VIII. 2017, жовтень 19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19>.
5. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ МОЗ № 503. 2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0347-18>.
6. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік : Постанова Кабінету Міністрів України № 407 від 25.04.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/407-2018-%D0%BF>.
7. Rinella M. E., Lazarus J. V., Ratziu V. et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Journal of Hepatology*. 2023. Vol. 79(6). P. 1231–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.06.003>.
8. U.S. Food and Drug Administration. (2024, March 14). FDA approves first treatment for patients with liver scarring due to fatty liver disease (Rezdiffra, resmetirom). URL: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-treatment-patients-liver-scarring-due-fatty-liver-disease>.

References

1. EASL–EASD–EASO. (2024). Clinical practice guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *Journal of Hepatology*, 81(2), 405–462. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2024.06.022>.
2. Rinella, M. E., Neuschwander-Tetri, B. A., Caldwell, S. H., Loomba, R., Sanyal, A. J., & AASLD Practice Guidelines Committee. (2023). AASLD practice guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology*, 77(5), 1797–1835. <https://doi.org/10.1097/HEP.0000000000000323>.
3. Stratehichna doradcha hrupa z pytan reformuvannya systemy okhorony zdorovya v Ukrayini (2015). Natsionalna stratehiya reformuvannya systemy okhorony zdorovya v Ukrayini na period 2015–2020 rokiv [Strategic Advisory Group on Healthcare Reform in Ukraine. National Strategy for Healthcare Reform in Ukraine for 2015–2020]. HealthSAG. healthsag.org.ua. Retrieved from: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf [in Ukrainian].
4. Verkhovna Rada Ukrayiny. (2017). Pro derzhavni finansovi harantiyi medychnoho obsluhovuvannya naseleniya: Zakon Ukrayiny № 2168-VIII [Verkhovna Rada of Ukraine. On state financial guarantees of medical care for the population: Law of Ukraine No. 2168-VIII]. [zakon.rada.gov.ua](https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19> [in Ukrainian].
5. Ministerstvo okhorony zdorovya Ukrayiny. (2018). Pro zatverdzhennya Poryadku vyboru likarya, yakyy nadaye pervynnu medychnu dopomohu, ta formy deklaratsiyi pro vybir likarya, yakyy nadaye pervynnu medychnu dopomohu: Nakaz № 503. [Ministry of Health of Ukraine. On approval of the Procedure for choosing a doctor who provides primary medical care and the form of a declaration on choosing a doctor who provides primary medical care: Order No. 503.]. [zakon.rada.gov.ua](https://zakon.rada.gov.ua/go/z0347-18). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0347-18> [in Ukrainian].
6. Kabinet Ministriv Ukrayiny. (2018). Pro zatverdzhennya Poryadku realizatsiyi derzhavnykh harantiy medychnoho obsluhovuvannya naselennya za prohramoyu medychnykh harantiy dlya pervynnoyi medychnoyi dopomohy na 2018 rik: Postanova № 407. [Cabinet of Ministers of Ukraine. On approval of the Procedure for the implementation of state guarantees of medical care for the population under the program of medical guarantees for primary medical care for 2018: Resolution No. 407]. [zakon.rada.gov.ua](https://zakon.rada.gov.ua/go/407-2018-%D0%BF). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/go/407-2018-%D0%BF>.
7. Rinella, M. E., Lazarus, J. V., Ratziu, V., Francque, S., Sanyal, A. J., Kanwal, F., Younossi, Z. M. (2023). A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Journal of Hepatology*, 79(6), 1231–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.06.003>.
8. U.S. Food and Drug Administration. (2024, March 14). FDA approves first treatment for patients with liver scarring due to fatty liver disease (Rezdiffra, resmetirom). Retrieved from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-treatment-patients-liver-scarring-due-fatty-liver-disease>.

EDUCATIONAL GAPS AND TRAINING NEEDS OF FAMILY PHYSICIANS IN THE MANAGEMENT OF MASLD AT THE PRIMARY CARE LEVEL

S. V. FEYSA, H. O. SLABKIY

State University “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Objective. To assess the level of awareness and educational needs of general practitioners – family physicians regarding the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) at the primary care level, and to identify priority formats for continuing professional development (CPD).

Materials and methods. A sociological survey of 136 family physicians was conducted using a structured questionnaire distributed via Google Forms. Medical-statistical methods and descriptive modeling were applied.

Results. A total of 44.8 % of respondents reported being dissatisfied with their theoretical knowledge of MASLD, 35.6 % were partially satisfied, and only 14.7 % considered their knowledge sufficient. Although most physicians had access to educational materials, 69.8 % cited a lack of time for their review and 17.6 % reported

an overall shortage of materials. The need for short-term thematic improvement courses (1–2 weeks) was supported by 46.3 % of respondents (44.9 % disagreed), whereas 74.3 % expressed interest in practical, short-duration workshops and seminars (1–2 days). Online (55.9 %) and blended (27.2 %) formats were preferred. The choice of educational events was primarily influenced by the number of CPD credits (41.2 %) and the relevance of the topic (28.7 %).

Conclusions. A considerable deficit of knowledge and practical skills related to MASLD was identified among primary care physicians, indicating the need for concise, practice-oriented educational interventions, preferably delivered through online or blended formats with accredited CPD credits. Institutional or sponsor-supported funding is recommended to improve accessibility of such programs.

KEY WORDS: metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD); continuing professional development; family physicians; general practice; primary care.

Рукопис надійшов до редакції 05.11.2025

Рукопис прийнято до публікації 25.11.2025

Рукопис опубліковано 31.12.2025

Відомості про авторів:

Фейса Сніжана Василівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри терапії та сімейної медицини ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5064-8222>.

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2308-7869>.

Електронна адреса для листування: snizhana.feysa@uzhnu.edu.ua