

DOI: 10.31636/prmd.v8i2.3

Автономність пацієнтів у контексті відеокапсульного дослідження: проблеми та перспективи

Яковенко В. О.^{1,2}¹ НМУ ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна² Медичний центр «Універсальна клініка "Оберіг"»

Резюме

Мета: Оцінити автономність пацієнтів у виборі відеокапсульної ендоскопії (ВКЕ) в Україні, порівняти її доступність із практиками Європи та США, обґрунтувати доцільність негайного проведення ВКЕ після негативних ЕГДС і КС у пацієнтів зі скаргами та надати політичні пропозиції для впровадження.

Матеріали та методи: Виконано політико-правовий аналіз чинних документів МОЗ України та пакетів НСЗУ щодо ендоскопічної допомоги; огляд міжнародних настанов ESGE, ACG та ASGE щодо показань до ВКЕ; порівняльний аналіз моделей фінансування; узагальнено власну серію з понад 100 ВКЕ у групі пацієнтів із болями в животі та негативними результатами ЕГДС і КС.

Результати: ВКЕ сертифікована в Україні, але фактично не інтегрована у фінансовані пакети НСЗУ й обмежена у виконанні в приватному секторі, що знижує автономність пацієнтів. На противагу, в ЄС та США ВКЕ включена до протоколів і дозволена як протокольна або самостійно оплачувана опція. У власній серії понад 100 ВКЕ діагностично значущі знахідки виявлені більш ніж у половині випадків (дивертикули, запальні процеси, гельмінтози та інші ураження).

Висновки: Доцільно виключити ВКЕ з категорії «медична допомога» та включити її до переліку сертифікованих технологій, що не потребують окремого обґрунтування. Це покращить автономність пацієнтів, вирівняє українську практику з міжнародними стандартами та підвищить діагностичну ефективність у складних клінічних випадках.

Ключові слова: відеокапсульна ендоскопія; автономність пацієнта; НСЗУ; тонка кишка; клінічні протоколи.

Вступ

Автономність пацієнта — ключовий етичний та правовий принцип сучасної медицини, що передбачає право людини брати участь у виборі діагностичних та лікувальних стратегій на основі поінформованої згоди. Відеокапсульна ендоскопія (ВКЕ) стала стандартною технологією для обстеження тонкої кишки, особливо у випадках, коли ЕГДС та колоноскопія не виявили патології, а клінічні скарги зберігаються. Міжнародні настанови ESGE та ACG описують широкий спектр показань до ВКЕ та допускають її виконання за власні кошти пацієнта в умовах відсутності відшкодування, якщо метод безпечний і обґрунтований клінічною ситуацією.

У цьому дослідженні ми аналізуємо українські нормативні умови, показуємо розрив між клінічною необхідністю та фактичною доступністю ВКЕ, порівнюємо з практикою ЄС та США і пропонуємо політичні кроки для відновлення автономності пацієнтів.

Матеріали та методи

1. Політико-правовий аналіз: огляд документів МОЗ України щодо застосування міжнародних настанов та чинних фінансових пакетів НСЗУ з ендоскопічних досліджень.
2. Огляд міжнародних настанов: аналіз рекомендацій ESGE (включно з оновленнями), ACG та ASGE стосовно показань, діагностичної цінності та безпеки ВКЕ.
3. Порівняльний аналіз доступності: моделі відшкодування та можливості самостійної оплати в країнах ЄС і США.

4. Клінічна серія автора: узагальнення >100 послідовних ВКЕ у пацієнтів з болями в животі та негативними ЕГДС і КС, призначених як «негайна капсула»; опис частоти знахідок та їхнього спектра.

Результати

Регуляторний контекст в Україні

Україна декларує використання доказових протоколів, але капсульне дослідження не інтегроване у фінансовані пакети НСЗУ, залишаючи пацієнтів без реалістичної опції доступу в публічному секторі. У приватному сегменті виконання ВКЕ часто стримується нормативно-адміністративними бар'єрами, що практично позбавляє пацієнта можливості скористатися безпечною ефективною технологією за власні кошти. На цьому тлі широко доступні та комерціалізовані дослідження, що мають обмежену клінічну корисність у низці сценаріїв (наприклад, довільне тестування онкомаркерів), створюють економічний та етичний дисбаланс.

Власна клінічна серія автора

У групі пацієнтів із болями в животі та негативними результатами ЕГДС і КС було виконано понад 100 ВКЕ як «негайну капсулу».

1. Частота знахідок: клінічно значущі ураження виявлені більш ніж у половині випадків.
2. Спектр патології:
 - дивертикули тонкої кишки (див. Рис. 1),
 - лімфангієктазія тонкої кишки (див. Рис. 2),
 - запальні зміни слизової (див. Рис. 3),
 - гельмінтози (див. Рис. 4),
 - утворення (див. Рис. 5)

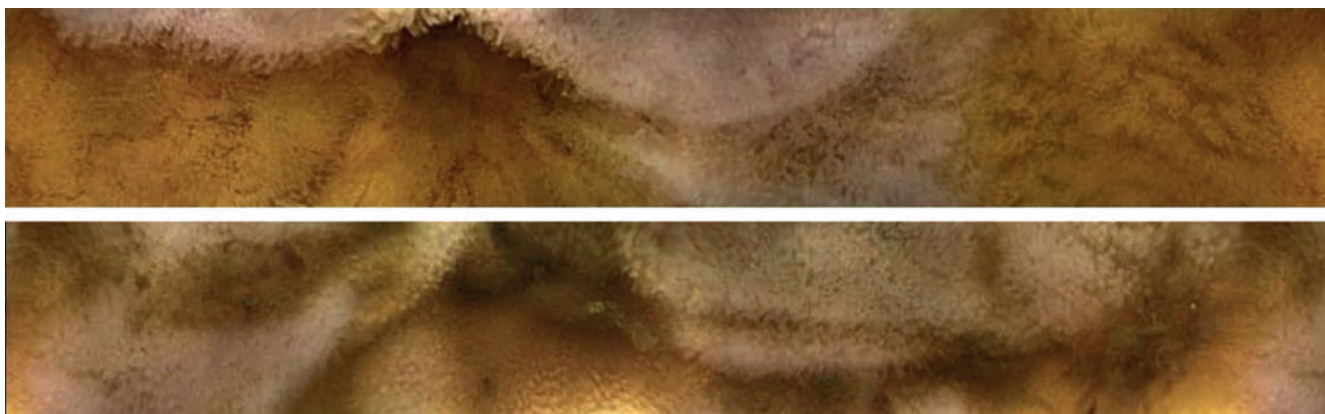


Рис. 1. Ендофото: дивертикули тонкої кишки

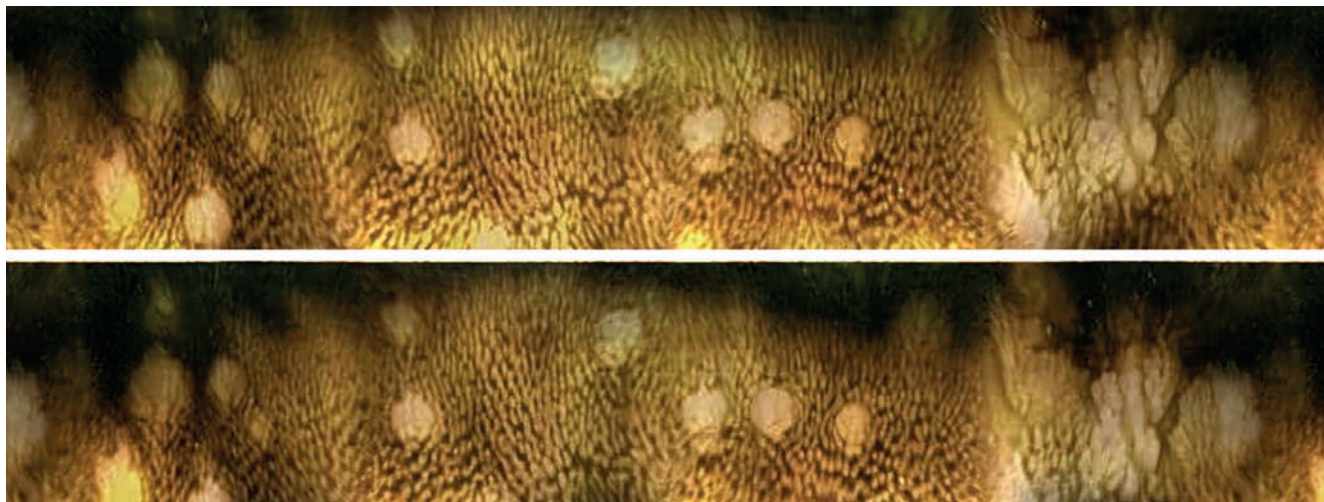


Рис. 2. Ендофото: лімфангіектазія слизової тонкої кишки

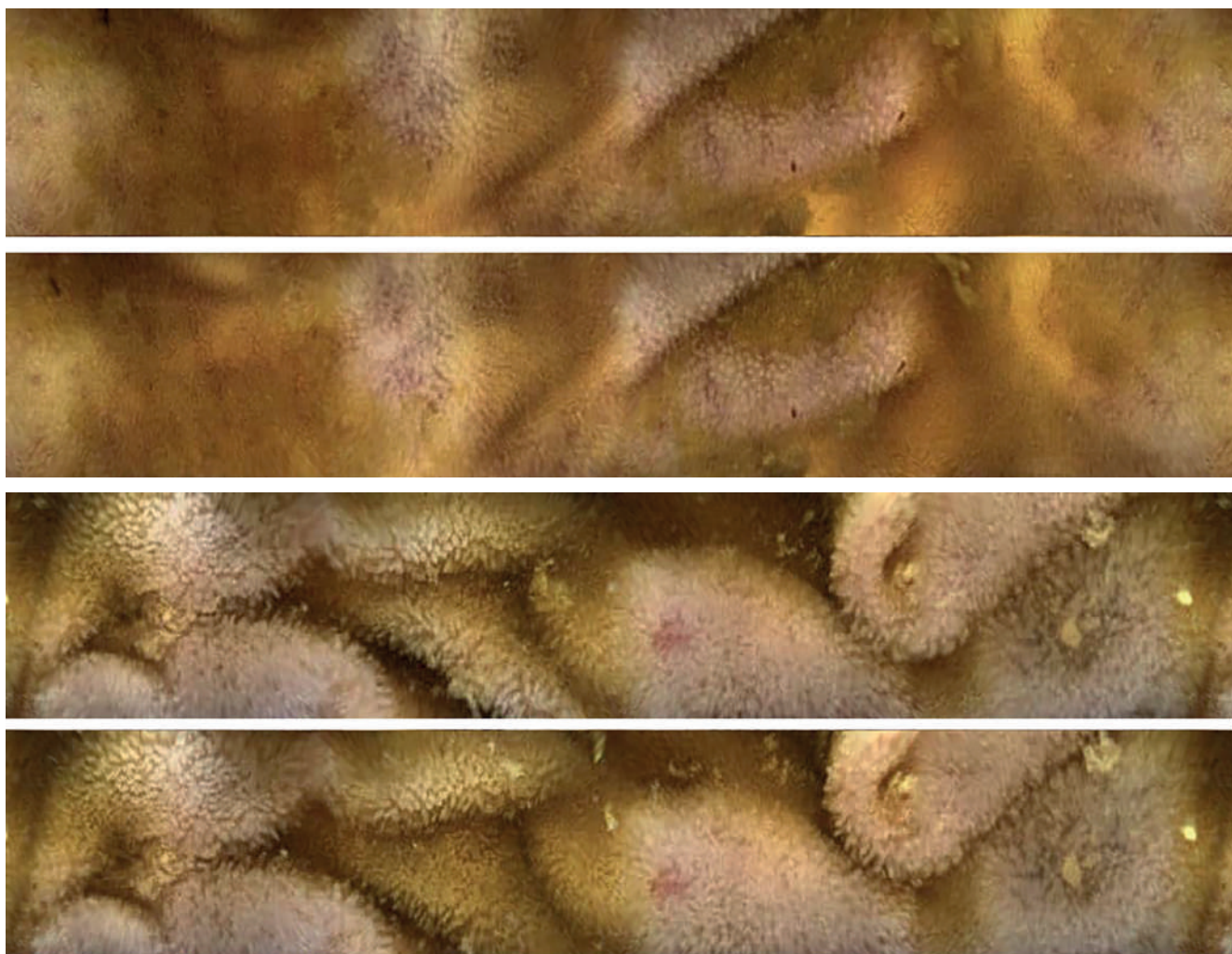


Рис. 3. Ендофото: ерозії і виразки тонкої кишки

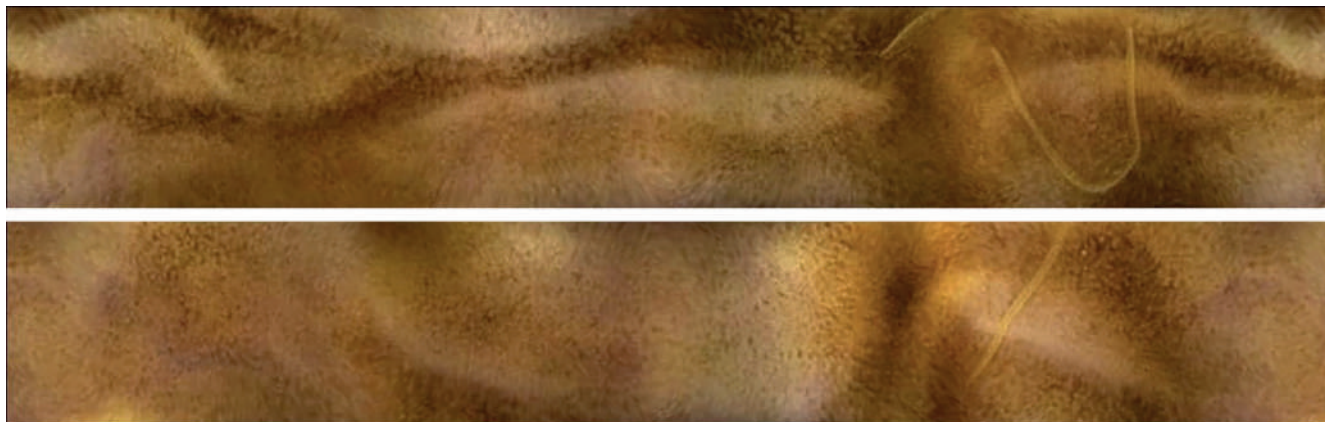


Рис. 4. Схема: гельмінтоз тонкої кишки



Рис. 5. Ендофото: ліпоми тонкої кишки

Практика ЄС та США

Міжнародні настанови визнають ВКЕ як ключову технологію для візуалізації тонкої кишки у випадках підозри на кровотечі, запальні процеси, новоутворення та інші ураження. У країнах ЄС (під егідою ESGE) та США (ACG/ASGE) ВКЕ може виконуватися як частина протоколів за умов страхового покриття або як самостійно оплачуваний метод у разі відсутності відшкодування, за умови її безпечності та клінічної доцільності. Це безпосередньо підтримує автономність пацієнтів і клінічну гнучкість лікаря.

Обговорення

Українська система охорони здоров'я формально апелює до доказовості, але реальна структура фінансування та регуляторні обмеження унеможливають доступ до ВКЕ, у тому числі для мотивованих пацієнтів,

готових оплатити дослідження. Це суперечить принципам автономності та підриває якість маршрутизації пацієнта, особливо у сценаріях «негативні ЕГДС/КС + персистуючі скарги». Враховуючи високу частоту діагностичних знахідок у наведеній серії, затримка або відмова у ВКЕ має клінічні наслідки: пропуск уражень тонкої кишки, затягування діагностики, підвищення витрат через неефективні альтернативні тести.

Міжнародний досвід демонструє збалансовану модель: протокольний доступ при показаннях і можливість самостійної оплати за відсутності відшкодування. Саме така модель мінімізує регуляторний тиск на клінічні рішення та підтримує право пацієнта на обґрунтований вибір.

Не варто жорстко обмежувати доступність відеокапсульної ендоскопії лише формальними «показаннями»; доцільніша модель — поєднання клінічних критеріїв пріоритетності з правом пацієнта на

self-pay за сертифіковану процедуру, під контролем акредитації та єдиних національних лекал.

Аргументи за обмеження

Обмеження доступу на підставі чітких клінічних показань виправдані з позиції раціонального розподілу обмежених ресурсів та уникнення надмірного використання дорогих технологій. Клінічні настанови ESGE і ACG визначають показання для капсульного обстеження (кровотечі, підозра на запальні чи новоутворення тонкої кишки тощо) і підкреслюють важливість пріоритизації пацієнтів з високою ймовірністю патології.

Аргументи проти жорстких заборон

Проте абсолютні заборони або адміністративні блоки (коли пацієнт не може оплатити процедуру самостійно) підривають автономність пацієнта і клінічну гнучкість лікаря. Міжнародні настанови допускають виконання капсули як self-pay-опції у разі відсутності відшкодування, якщо процедура безпечна і клінічно обґрунтована. Практичний досвід (серії >100 випадків) показує, що негайна капсула після негативних ЕГДС/КС дає діагностичні знахідки у >50 % випадків (дивертикули, запалення, гельмінтози тощо), отже, заборона призводить до пропуску діагнозів і неефективних витрат на інші тести.

Баланс безпеки та доступності

Безпека ВКЕ підтверджена міжнародними рекомендаціями, але це не означає, що доступ має бути безконтрольним; потрібен баланс: критерії пріоритетності + право на оплату процедури пацієнтом при наявності інформованої згоди і клінічного обґрунтування з урахуванням (наявного досвіду).

Політичні пропозиції

1. Рефреймінг статусу ВКЕ: виключити ВКЕ з категорії «медична допомога» та включити до переліку сертифікованих медичних технологій, доступних без окремого обґрунтування у разі клінічної доцільності.
2. Доступ у приватному секторі: дозволити виконання ВКЕ в акредитованих приватних клініках як самостійно оплачувану послугу при наявності показань та інформованої згоди.
3. Маршрутизація та протоколи: інтегрувати алгоритм «негайна капсула після негативних ЕГДС і КС у симптомних пацієнтів» у національні настанови.

4. Етичний комплаєнс: закріпити право пацієнта на вибір сертифікованої технології з прозорим інформуванням про ризики, альтернативи та вартість.

Висновки

ВКЕ — безпечна, сертифікована та ефективна технологія з високою діагностичною цінністю у пацієнтів із симптомами та негативними результатами стандартних ендоскопій. Поточні українські регуляторні та фінансові рамки обмежують автономність пацієнтів і суперечать доказовій практиці, що контрастує з ЄС та США. Переведення ВКЕ до переліку сертифікованих технологій без вимоги окремого обґрунтування і дозвіл на self-pay — реалістичні кроки для швидкого вирівнювання доступності та якості допомоги.

References

1. Pennazio M, Spada C, Eliakim R, et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: ESGE Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2015;47(4):352–386.
2. Rondonotti E, Pennazio M, Spada C, et al. Small-bowel capsule endoscopy update: ESGE Guideline. *Endoscopy*. 2023;55(5):429–456.
3. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(9):1265–1287.
4. ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2017;85(1):22–31.
5. Міністерство охорони здоров'я України. Клінічні настанови та стандарти [Internet]. Available from: <https://guidelines.moz.gov.ua/>
6. Національна служба здоров'я України. Програми медичних гарантій та пакети послуг [Internet]. Available from: <https://nszu.gov.ua/>

Patient autonomy in capsule endoscopy: problems and perspectives

Yakovenko V. O.^{1,2}

¹⁾ Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²⁾ Medical Center “Universal Clinic ‘Oberig’”, Kyiv, Ukraine

Abstract

Objective: To evaluate patient autonomy in choosing capsule endoscopy (CE) in Ukraine, compare access with European and US practice, justify immediate CE after negative EGD and colonoscopy in symptomatic patients, and provide policy proposals for implementation.

Methods: Policy review of Ukrainian MoH documents and NHSU packages; appraisal of ESGE, ACG, and ASGE guidelines for CE indications; comparative analysis of financing models; synthesis of an author's series of >100 CE in patients with abdominal pain and negative EGD/colonoscopy.

Results: CE is certified in Ukraine but not integrated into NHSU-funded packages and constrained in private practice, reducing patient autonomy. In the EU and US, CE is included in protocols and allowed as both reimbursed and self-funded options. In the author's >100-case series, clinically meaningful findings were present in over half of cases (diverticula, inflammatory lesions, helminthiasis, and others).

Conclusions: CE should be excluded from the category of “medical assistance” and included as a certified technology requiring no separate justification. This would enhance patient autonomy, align Ukrainian practice with international standards, and improve diagnostic yield in challenging cases.

Keywords: capsule endoscopy; patient autonomy; NHSU; small bowel; clinical guidelines.