

# Оцінювання якості медичної допомоги на первинному етапі її надання: обсяги використання діагностичних заходів у хворих на псоріаз

Л.В. Черкашина

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Мета дослідження:** вивчення обсягів та адекватності використання діагностичних заходів лікарями первинної ланки при наданні медичної допомоги хворим на псоріаз з урахуванням анамнестичної, лабораторної та інструментальної компонент.

**Матеріали та методи.** Досліджено адекватність застосування діагностичних процедур на етапі первинної медичної допомоги 110 хворим на псоріаз з різною тяжкістю перебігу та з урахуванням клініко-анамнестичної, лабораторної та інструментальної компонент діагностичного процесу.

**Результати.** Виявлено, що повнота клініко-анамнестичного обстеження хворих на псоріаз лікарями загальної практики-сімейної медицини за узагальненим показником якості знаходиться на рівні 61,7÷64,5% та характеризується недоврахуванням конституційно-біологічних – у 71,0±4,9% випадках, сомато-вісцеральних маркерів недиференційованої дисплазії сполучної тканини – у 85,7±4,4%, впливу несприятливих регіонально-екологічних факторів умов проживання і професійної діяльності – у 82,5±4,8%, елімінаційної поведінки пацієнтів щодо провокуючих загострення факторів – у 74,6±5,5%.

**Заключення.** Адекватність клініко-лабораторного обстеження хворих на псоріаз на етапі первинної медичної допомоги (ПМД) за узагальненим показником якості знаходиться на рівні 58,3÷63,4% та характеризується низьким рівнем обстежень щодо можливих порушень мікроелементного гомеостазу та поєднаної патології. Повнота клініко-інструментального обстеження хворих на псоріаз на етапі ПМД за узагальненим показником якості знаходиться на рівні 65,1÷66,5% та характеризується низьким рівнем інструментальної діагностики стану вегетативного гомеостазу, проведення денситометрії, оцінювання індивідуального рівня больової чутливості шкіри.

**Ключові слова:** загальна практика-сімейна медицина, якість медичної допомоги, діагностика, хронічний дерматоз, псоріаз.

Дослідження виконано у межах науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування забезпечення доступності і якості первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини населенню регіону» (держ. реєстрація № 0100U004260), «Обґрунтування системи управління якістю та ефективністю ПМСД на засадах сімейної медицини сільському населенню» (держ. реєстрація № 0101u003582), кафедри сімейної медицини, народної і нетрадиційної медицини та санології (держ. реєстрація № 0108u005248).

Сучасні тенденції розвитку загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) як наукової спеціальності та практичної діяльності визначають потребу у розробленні простих та доступних на рівні ПМСД засобів діагностики та прогнозування загостреного перебігу хронічних дерматозів (ХД) з використанням лікарем ЗПСМ клініко-анамнестичних (КАЗ),

клініко-лабораторних (КЛЗ) та клініко-інструментальних (КІЗ) заходів [6, 7]. Особливої актуальності набуває ця проблема у зв'язку з подальшим реформуванням галузі на принципах ЗПСМ, потребою у координації медичних маршрутів хворих на ХД та міжфаховій співпраці [3, 5, 10, 11].

Недостатньо вивченими аспектами цієї співпраці лікаря ЗПСМ та дерматовенеролога є етапність обстеження, форми та методи тривалого спостереження за хворими на ХД, профілактичної діяльності лікаря ЗПСМ на рівні сім'ї задля забезпечення психосоціального благополуччя хворих на ХД, інше [8, 9]. Саме тому у зазначеному контексті важливим аспектом є розроблення методології оцінювання якості діагностичного та лікувально-профілактичного процесу на етапі ПМСД щодо хворих на псоріаз.

**Мета дослідження:** вивчення обсягів та адекватності використання діагностичних заходів лікарями первинної ланки при наданні медичної допомоги хворим на псоріаз з урахуванням анамнестичної, лабораторної та інструментальної компонент.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Аналіз адекватності застосування діагностичних процедур на етапі ПМД виконано у 110 хворих на псоріаз залежно від тяжкості перебігу ХД з урахуванням клініко-анамнестичної, лабораторної та інструментальної компонент діагностичного процесу. Для вивчення частоти використання тих чи інших діагностичних заходів/процедур попередньо було розроблено карту експертної оцінки, до якої за результатами експертної оцінки внесено дані з амбулаторної карти (ф.025/о) чи/та історії хвороби (ф.003/о) хворих на ХД. Розглядаючи процес забезпечення якості діагностичного процесу як багатоконпонентну систему (клініко-анамнестична, клініко-лабораторна, клініко-інструментальна компоненти), нами визначено вибір методології системного підходу, оцінювання та аналізу. У зазначеному контексті, як відомо з теорії та практики функціонування багатоконпонентних систем, важливе значення має рівень впорядкованості системи [1, 4]. Саме тому, задля отримання інтегральної оцінки якості діагностичного процесу використано показники впорядкованості системи діагностичних комплексів, для чого було розраховано показник ентропії ( $h$ , біт) кожного з індикаторів для кожної клінічної групи хворих. При цьому ентропійне значення індикатора якості ( $h$ , біт) визначали за формулою  $h = -k \times \log_2 k$ , де  $k$  – частота використання конкретного виду діагностичних заходів. Значення узагальненого показника якості ( $H$ , біт) для кожної з трьох груп діагностичних заходів визначали за формулою  $H = n \cdot (h_1 + h_2 + h_3 + \dots + h_n)$ , де  $n$  – кількість індикаторів оцінки у відповідній діагностичній компоненті [1, 2]. Під час статистичного аналізу були застосовані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз, варіаційна статистика, ймовір-

**Обсяги використання діагностичних заходів на етапі ПМД хворим на псоріаз залежно від тяжкості перебігу захворювання: клініко-анамнестична компонента адекватності діагностики**

Перелік клініко-анамнестичних діагностичних заходів та відповідні кваліметричні коефіцієнти	Групи хворих на псоріаз (L40)					
	Легкий перебіг		Перебіг середньої тяжкості		Усього, n=110	
	h, біт	P±m, %	h, біт	P±m, %	h, біт	P±m, %
КАЗ <sub>1</sub> : анамнестичне з'ясування характерних скарг	0,000	100,0	0,000	100,0	0,000	100,0
КАЗ <sub>2</sub> : анамнез (сезонність, провокуючі фактори)	0,171	87,3±4,2	0,060	95,7±2,9	0,113	91,8±2,6
КАЗ <sub>3</sub> : оцінювання сімейного анамнезу за ДЗП та ХД	0,347	71,4±5,7	0,378	68,1±6,8	0,360	70,0±4,4
КАЗ <sub>4</sub> : психологічний стан, аналіз індукуючих стрес-чинників	0,496	50,8±6,3	0,430	61,7±7,1	0,472	55,5±4,7
КАЗ <sub>5</sub> : клініко-морфологічне оцінювання висипів (PASI), оцінювання тріади	0,503	49,2±6,3	0,459	57,4±7,2	0,487	52,7±4,8
КАЗ <sub>6</sub> : оцінювання стану дериватів (мікроелементоз, авітаміноз)	0,510	27,0±5,6	0,513	46,8±7,3 <sup>a</sup>	0,530	35,5±4,9
КАЗ <sub>7</sub> : аналіз елімінаційної поведінки та перебігу ХД	0,502	25,4±5,5	0,435	17,0±5,5	0,479	21,8±3,9
КАЗ <sub>8</sub> : реєстрація наявних конституційно-біологічних маркерів	0,401	19,0±4,9	0,435	23,4±6,2	0,416	20,9±3,9
КАЗ <sub>9</sub> : реєстрація наявних вісцерально-функціональних маркерів	0,456	14,3±4,4	0,490	17,0±5,5	0,472	15,5±3,4
КАЗ <sub>10</sub> : аналіз впливу РЕФ, умов проживання і професії	0,440	17,5±4,8	0,344	10,6±4,5	0,405	14,5±3,4
H <sub>КАЗ</sub> , біт	6,174	-	6,457	-	6,266	-

Примітки: а – достовірна відмінність у частоті використання залежно від тяжкості дерматозу; h – ентропійне значення індикатора, біт; H<sub>КАЗ</sub> – показник якості клініко-анамнестичного обстеження, біт

**Обсяги використання діагностичних заходів на етапі ПМД хворим на псоріаз залежно від тяжкості перебігу захворювання: лабораторна компонента адекватності діагностики**

Перелік лабораторних діагностичних заходів та відповідні кваліметричні коефіцієнти	Групи хворих на псоріаз (L40)					
	Легкий перебіг		Перебіг середньої тяжкості		Усього, n=110	
	h, біт	P±m, %	h, біт	P±m, %	h, біт	P±m, %
КЛЗ <sub>1</sub> : реакції мікропреципітації (МРП) / Вассермана (РВ)	0,045	96,8±2,2	0,060	95,7±2,9	0,051	96,4±1,8
КЛЗ <sub>2</sub> : загальний клінічний аналіз крові (вкл. ШОЕ, тромбоцити)	0,331	73,0±5,6	0,172	87,2±4,9 <sup>a</sup>	0,268	79,1±3,9
КЛЗ <sub>3</sub> : С-реактивний протеїн	0,451	58,7±6,2	0,248	80,9±5,5 <sup>a</sup>	0,377	68,2±4,4
КЛЗ <sub>4</sub> : аланін- (АлТ) та аспартат-амінотрансферази (АсТ) крові	0,510	47,6±6,3	0,430	61,7±7,1	0,482	53,6±4,8
КЛЗ <sub>5</sub> : глюкоза крові	0,530	34,9±6,0	0,396	66,0±6,9 <sup>a</sup>	0,508	48,2±4,8
КЛЗ <sub>6</sub> : ліпідний профіль (ЗХ, тригліцериди, ЛП)	0,515	46,0±6,2	0,505	48,9±7,3	0,511	47,3±4,8
КЛЗ <sub>7</sub> : коагулограма	0,529	39,7±6,1	0,513	46,8±7,3	0,524	42,7±4,7
КЛЗ <sub>8</sub> : загальний білірубін	0,522	30,2±5,8	0,459	57,4±7,2 <sup>a</sup>	0,526	41,8±4,7
КЛЗ <sub>9</sub> : креатинін крові	0,526	31,7±5,9	0,530	38,3±7,1	0,530	34,5±4,9
КЛЗ <sub>10</sub> : дослідження мікро-, макроелементів крові / волосся / сечі	0,209	4,8±2,3	0,344	10,6±4,5	0,275	7,3±2,5
H <sub>КЛЗ</sub> , біт	5,832	-	6,344	-	5,949	-

Примітки: а – достовірна відмінність у частоті використання залежно від тяжкості дерматозу; h – ентропійне значення індикатора, біт;

H<sub>КЛЗ</sub> – показник якості клініко-лабораторного обстеження, біт.

ний розподіл ознак з оцінюванням достовірності одержаних результатів [1, 4, 12].

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з даними табл. 1, лікарями на етапі ПМД:

1. Виконано анамнестичне обстеження хворих на псоріаз для з'ясування характерних скарг (КАЗ<sub>1</sub>),

2. Зібрано анамнез (КАЗ<sub>2</sub>) щодо сезонності загострень псоріазу та провокуючих факторів у 91,8±2,6% пацієнтів:

- легкий перебіг – у 87,3±4,2%,
- перебіг середньої тяжкості – у 95,7±2,9% (p>0,05),

3. Зібрано анамнез (КАЗ<sub>3</sub>) щодо сімейності з диспластичної патології та ХД у 70,0±4,4% хворих:

- легкий перебіг – у 71,4±5,7%,
- перебіг середньої тяжкості – у 68,1±6,8% (p>0,05).

**Обсяги використання діагностичних заходів на етапі ПМД хворим на псоріаз залежно від тяжкості перебігу захворювання: клініко-інструментальна компонента адекватності діагностики**

Перелік клініко-інструментальних діагностичних заходів та відповідні кваліметричні коефіцієнти	Групи хворих на псоріаз (L40)					
	Легкий перебіг		Перебіг середньої тяжкості		Усього, n=110)	
	h, біт	P±m, %	h, біт	P±m, %	h, біт	P±m, %
KIЗ <sub>1</sub> : флюорографія / рентгенографія органів грудної клітки	0,000	100,0	0,000	100,0	0,000	100,0
KIЗ <sub>2</sub> : діагностика стоматологічного статусу / діагностика ЛОР	0,390	66,7±5,8	0,272	78,7±6,0	0,343	71,8±4,3
KIЗ <sub>3</sub> : рентгенографія у двох проекціях / УЗД суглобів	0,524	42,9±6,2	0,378	68,1±7,2 <sup>a</sup>	0,482	53,6±4,8
KIЗ <sub>4</sub> : ЕКГ та контроль АТ, оцінювання рівня КВР	0,531	36,5±6,1	0,430	61,7±7,1 <sup>a</sup>	0,511	47,3±4,8
KIЗ <sub>5</sub> : променеве дослідження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів	0,440	17,5±4,8	0,513	27,7±6,5	0,479	21,8±3,9
KIЗ <sub>6</sub> : променеве дослідження нирок та сечовидільної системи	0,421	15,9±4,7	0,457	19,1±5,7	0,438	17,3±3,6
KIЗ <sub>7</sub> : кісткова денситометрія (рентген-, УЗД)	0,323	9,5±3,7	0,435	17,0±5,5	0,379	12,7±3,2
KIЗ <sub>8</sub> : визначення респіраторних функцій	0,290	7,9±3,4	0,379	12,8±4,9	0,332	10,0±2,9
KIЗ <sub>9</sub> : інструментальна / таблична оцінка вегетативного статусу	0,209	4,8±2,3	0,379	12,8±4,9	0,295	8,2±2,4
KIЗ <sub>10</sub> : оцінювання рівня больової чутливості шкіри (анестезіометрія)	0,253	6,3±2,4	0,194	4,3±2,9	0,229	5,5±2,2
<b>H<sub>KIЗ</sub>, біт</b>	<b>6,619</b>	<b>-</b>	<b>6,565</b>	<b>-</b>	<b>6,512</b>	<b>-</b>

Примітка: а – достовірна відмінність у частоті використання залежно від тяжкості дерматозу; h – ентропійне значення індикатора, біт; H<sub>KIЗ</sub> – показник якості клініко-інструментального обстеження, біт

4. З'ясовано/проаналізовано стрес-індуковані чинники (КАЗ<sub>4</sub>) та оцінено психологічний стан лише у 55,5±4,7% хворих на псоріаз:

- легкий перебіг – у 50,8±6,7%,
- перебіг середньої тяжкості – у 61,7±7,1% (p>0,05).

5. Проведено клініко-морфологічне оцінювання висипів (за системою PASI) або оцінювання «псоріатичної» триади (КАЗ<sub>5</sub>) морфологічних висипів лише у 52,7±4,8% хворих.

6. Практично у третини пацієнтів (35,5±4,9%) було проведено клінічне оцінювання дериватів шкіри щодо наявності/відсутності ознак мікроелементозів чи авітамінозів. Достовірно більш повне клініко-анамнестичне оцінювання цієї ознаки (КАЗ<sub>6</sub>) проведено серед пацієнтів із середньою тяжкістю, ніж при його легких формах (46,8±7,3% та 27,0±5,6% відповідно; p<0,05).

7. Під час клініко-анамнестичного обстеження хворих низькими рівнями використання (на рівні 20% і нижче) виявили такі прогностично-діагностичні ознаки:

- аналіз елімінаційної поведінки/самоконтролю пацієнтом (КАЗ<sub>7</sub>) – у 21,8±3,9%,
- реєстрація наявних КБМ (КАЗ<sub>8</sub>) – у 20,9±3,9% та ВФМ (КАЗ<sub>9</sub>) – у 15,5±3,4%.

8. У 14,5±3,4% пацієнтів зафіксовано анамнестичні дані щодо впливу регіонально-екологічних факторів (КАЗ<sub>10</sub>) та умов проживання і професійної діяльності на перебіг ХД.

Аналіз використання лабораторних діагностичних процедур у хворих на псоріаз на етапі ПМД виконано залежно від тяжкості перебігу захворювання. Для вивчення частоти використання тих чи інших лабораторно-діагностичних процедур попередньо було складено карту експертного оцінювання даних (див. табл. 1), що внесені до амбулаторної карти (ф.025/о) та історії хвороби (ф.003/о) хворого на ХД. Дані табл. 2 свідчать, що лікарями ПМД практично усім хворим на псоріаз виконано реакцію мікропреципітації/Вассермана (КЛЗ<sub>1</sub>) – у 96,4±1,8% та в абсолютної більшості – загальний

розгорнутий клінічний аналіз крові (КЛЗ<sub>2</sub>; включаючи ШОЕ та визначення тромбоцитів) – у 79,1±3,9%, зокрема достовірно частіше серед хворих із середнім рівнем тяжкості захворювання, ніж при легкому (відповідно 87,2±4,9% та 73,0±5,6%; p<0,05).

Обстеження на С-реактивний протеїн (КЛЗ<sub>3</sub>) пройшли 68,2±4,4% хворих на псоріаз, достовірно частіше – хворі із середньої тяжкості, ніж при легкому перебігу захворювання (відповідно 58,7±6,2% та 80,9±5,5%; p<0,05). Аналогічно, біохімічне визначення аланін- (АлТ) та аспартат-амінотрансферази (АсТ) крові (КЛЗ<sub>4</sub>) забезпечено у 53,6±4,8% хворих на псоріаз, дещо частіше у пацієнтів із середньою тяжкістю захворювання (відповідно 61,7±7,1% та 47,6±6,3%; p>0,05). Практично з однаковою частотою (p>0,05) у програмах клініко-лабораторного обстеження хворих на псоріаз визначення глюкози крові (КЛЗ<sub>5</sub>), вивчення ліпідного профілю (КЛЗ<sub>6</sub>), коагулограми (КЛЗ<sub>7</sub>) та загального білірубину (КЛЗ<sub>8</sub>), відповідно серед 48,2±4,8%, 47,3±4,8%, 42,7±4,7% та 41,8±4,7% осіб. Зазначимо, що достовірно частіше дослідження глюкози крові та загального білірубину мало місце серед пацієнтів з більш тяжким перебігом псоріазу (p<0,05).

Під час клініко-лабораторного обстеження хворих на псоріаз низькими рівнями використання (на рівні 30% і нижче) застосовують (практично не враховують) такі лабораторно-діагностичні методики, як КЛЗ<sub>9</sub>: визначення рівня креатиніну (у 34,5±4,9% хворих) та КЛЗ<sub>10</sub>: дослідження мікро-, макроелементів крові / волосся / сечі – у 7,3±2,5%.

Аналіз обсягів використання інструментально-діагностичних методик на етапі ПМД хворим на псоріаз залежно від тяжкості перебігу захворювання дозволив визначитись щодо адекватності клініко-інструментальної компоненти (табл. 3). З'ясовано, що на етапі ПМД серед усіх хворих на псоріаз виконано KIЗ<sub>1</sub>: флюорографія / рентгенографія органів грудної клітки та у переважної більшості – KIЗ<sub>2</sub>: діагностика стоматологічного статусу або діагностика стану ЛОР-органів з визна-

ченням плану лікування – у  $71,8 \pm 4,3\%$  пацієнтів; дещо частіше ці інструментальні процедури застосовано серед хворих з більш тяжкими формами псоріазу (відповідно у  $78,7 \pm 6,0\%$  та  $66,7 \pm 5,8\%$ ;  $p > 0,05$ ).

Частота виконання рентгенологічного або УЗД суглобів у двох проекціях (КІЗ<sub>3</sub>) у середньому становила  $53,6 \pm 4,8\%$  та більш часто (практично в 1,5 рази частіше) застосовується за наявності більш тяжкого перебігу псоріазу (легкий перебіг – у  $42,9 \pm 6,2\%$ , середня тяжкість – у  $68,1 \pm 7,2\%$ ;  $p < 0,05$ ). ЕКГ дослідження та контроль АТ з оцінюванням персоналізованого рівня КВР (КІЗ<sub>4</sub>) зареєстровані у середньому на рівні  $47,3 \pm 4,8\%$  та більш часто (практично вдвічі частіше) застосовується за наявності більш тяжкого перебігу псоріазу (легкий перебіг – у  $36,5 \pm 6,1\%$ , середня тяжкість – у  $61,7 \pm 7,1\%$ ;  $p < 0,05$ ). У комплексному обстеженні у  $21,8 \pm 3,9\%$  пацієнтів, хворих на псоріаз, виконано променеве дослідження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів (КІЗ<sub>5</sub>). Частота цих обстежень збільшується зі зростанням тяжкості перебігу захворювання. Частота виконання променевих досліджень нирок (КІЗ<sub>6</sub>) становить  $17,3 \pm 3,6\%$  ( $p > 0,05$ ); при легкому перебігу – у  $15,9 \pm 4,7\%$ , при середній тяжкості – у  $19,1 \pm 5,7\%$  хворих.

Під час клініко-інструментальної діагностики серед хворих на псоріаз низькими рівнями використання (на рівні  $15,0\%$  і нижче) характеризуються (практично не використовуються) такі прогностично-діагностично значущі методики, як (КІЗ<sub>7</sub>) кісткова денситометрія (рентген-, УЗД), визначення респіраторних функцій (КІЗ<sub>8</sub>), інструментальна / таблицна оцінка вегетативного статусу (КІЗ<sub>9</sub>) та оцінювання рівня больової чутливості шкіри (КІЗ<sub>10</sub>): всі у межах від  $5,5 \pm 2,2\%$  до  $12,7 \pm 3,2\%$ .

**Оценка качества медицинской помощи на первичном этапе ее оказания: объемы использования диагностических мероприятий у больных псориазом**

**Л.В. Черкашина**

**Цель исследования:** изучение объемов и адекватности использования диагностических мероприятий врачами первичного звена при оказании медицинской помощи больным псориазом с учетом анамнестической, лабораторной и инструментальной компонент.

**Материалы и методы.** Изучена адекватность использования диагностических процедур на этапе первичной медицинской помощи 110 больным псориазом с различной тяжестью течения и с учетом клинико-анамнестической, лабораторной и инструментальной компонент диагностического процесса.

**Результаты.** Выявлено, что полнота клинико-анамнестического обследования врачами общей практики по обобщенному показателю качества находится на уровне  $61,7 \pm 64,5\%$  и характеризуется недостаточным учетом конституционально-биологических у  $71,0 \pm 4,9\%$  больных, соматовисцеральных маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани – у  $85,7 \pm 4,4\%$ , влияния неблагоприятных регионально-экологических факторов, условий проживания и профессии – у  $82,5 \pm 4,8\%$ , а также элиминационного поведения пациентов относительно провоцирующих обострение факторов – у  $74,6 \pm 5,5\%$  больных.

**Заключение.** Адекватность клинико-лабораторного обследования больных на этапе первичной медицинской помощи по обобщенному показателю качества находится на уровне  $58,3 \pm 63,4\%$  и характеризуется низким уровнем обследований относительно возможных нарушений микроэлементного гомеостаза и сочетанной патологии. Полнота клинико-инструментального обследования по обобщенному показателю качества находится на уровне  $65,1 \pm 66,5\%$  и характеризуется низким уровнем инструментальной диагностики вегетативного статуса, денситометрии, оценки индивидуального уровня болевой чувствительности.

**Ключевые слова:** общая практика-семейная медицина, качество медицинской помощи, диагностика, хронический дерматоз, псориаз.

**ВИСНОВКИ**

1. Адекватність/повнота клініко-анамнестичного обстеження хворих на псоріаз лікарями ЗПСМ за узагальненим показником якості знаходиться на рівні  $61,7 \pm 64,5\%$  та характеризується недоврахуванням конституційно-біологічних (у  $71,0 \pm 4,9\%$ ) та сомато-вісцеральних маркерів недиференційованої дисплазії сполучної тканини (у  $85,7 \pm 4,4\%$ ), впливу несприятливих регіонально-екологічних факторів умов проживання і професійної діяльності (у  $82,5 \pm 4,8\%$ ), а також елімінаційної поведінки пацієнтів щодо провокуючих загострення факторів (у  $74,6 \pm 5,5\%$ ).

2. Адекватність/повнота клініко-лабораторного обстеження хворих на псоріаз на етапі ПМД за узагальненим показником якості знаходиться на рівні  $58,3 \pm 63,4\%$  та характеризується низьким рівнем обстежень щодо діагностики порушень мікроелементного гомеостаза та поєднаної патології.

3. Адекватність/повнота клініко-інструментального обстеження хворих на псоріаз на етапі ПМД за узагальненим показником якості знаходиться на рівні  $65,1 \pm 66,5\%$  та характеризується низьким рівнем інструментальної діагностики стану вегетативного гомеостаза, денситометрії, анестезіометрії.

4. Залежно від тяжкості перебігу псоріазу виявлено відмінності в обсягах діагностичних заходів та, відповідно, у показниках якості діагностичного процесу: анамнестично та лабораторно відносно краще обстежуються хворі із середньою тяжкістю перебігу, а інструментально – з легким перебігом псоріазу.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням впливу якості діагностичного процесу на етапі ПМД на перебіг ХД та вивчення особливостей формування довготривалих відносин пацієнт-лікар ЗПСМ.

**Assessment of the quality of medical care at the primary stage of its delivery: the volume of use of diagnostic measures in patients with psoriasis**

**L.V. Cherkashina**

**The objective:** to study the volume and adequacy of the use of diagnostic measures by primary care physicians in the provision of medical care to patients with psoriasis, taking into account the anamnestic, laboratory and instrumental components.

**Materials and methods.** The adequacy of the use of diagnostic procedures at the stage of primary care of 110 patients with psoriasis with varying severity and taking into account the clinical-anamnestic, laboratory and instrumental component of the diagnostic process was studied.

**Results.** It was revealed that the completeness of clinical and anamnestic examination by general practitioners according to the generalized quality indicator is at the level of  $61.7 \pm 64.5\%$  and is characterized by insufficient consideration of constitutional and biological in  $71.0 \pm 4.9\%$  of patients, somatovisceral markers of undifferentiated connective tissue dysplasia – in  $85.7 \pm 4.4\%$ , the influence of adverse regional-ecological factors, living conditions and profession – in  $82.5 \pm 4.8\%$ , as well as in the elimination behavior of patients regarding aggravating factors – in  $74.6 \pm 5.5\%$  sick s.

**Conclusion** The adequacy of clinical and laboratory examination of patients at the stage of primary care in terms of a generalized quality indicator is at  $58.3 \pm 63.4\%$  and is characterized by a low level of examinations regarding possible disorders of microelement homeostasis and comorbidity. Completeness of the clinical and instrumental examination according to the generalized quality indicator is at the level of  $65.1 \pm 66.5\%$  and is characterized by a low level of instrumental diagnostics of the vegetative status, densitometry, assessment of the individual level of pain sensitivity.

**Key words:** general practice-family medicine, quality of medical care, diagnosis, chronic dermatosis, psoriasis.

Черкашина Лидия Владимировна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58. E-mail: narodmed@med.edu.ua

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. Ленинград: Медицина. 1990. 176 с.
2. Конституційно-біологічні фактори та стигми дисембріогенезу у прогнотизованій системній дисплазії сполучної тканини / Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Щербаків Ю.В., Черкашина Л.В., Рибаківа В.В., Шкляр С.П. // Методичні рекомендації МОЗ України. Київ, 2008. 16 с.
3. Методика оцінки ефективності медичних маршрутів пацієнтів в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини / Укладачі: С.П. Шкляр, І.М. Кравченко, Л.В. Черкашина // Методичні рекомендації МОЗ України Київ, 2013. 16 с.
4. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. Москаленко В.М., Вороненко Ю.В. / Підручник.-Тернопіль, 2002. С. 50–75.
5. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини / С.П. Шкляр, І.М. Кравченко, Л.В. Черкашина // Методичні рекомендації МОЗ України. – К., 2013. – 20 с.
6. Черкашина Л.В. Здоров'я у XXI столітті: перспективи розробки, апробації та впровадження доказових технологій оцінки ефективності лікування в клінічній дерматології // Збірка тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції «Здоров'я у XXI столітті» (23.01.2009). – К.: НМУ ім. О.О.Богомольця. – С. 58–59.
7. Черкашина Л.В. Клініко-анамнестичні особливості хворих на псоріаз: фактори клінічної маніфестації та ризику загострень // Сімейна медицина на шляху до високої якості ПМСД» науково-практ. конфер.– Харків (29–30.05.08 р.). – 2008. – С. 64.
8. Черкашина Л.В. Соматогенії серед пацієнтів дерматологічного профілю: інноваційне забезпечення діагностичних технологій // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. 2013. Вип. 2 (116). – С. 345–358.
9. Пат.40546 U, Україна, МПК (2009) А61В10/00. Спосіб оцінки рівня психосоціальної значимості дерматозу / Черкашина Л.В. (UA). ХМАПО (UA). Заявка Neu200814317; Заявл. 12.12.2008; Опубл. 10.04.2009, Бюл. № 7, 2009.
10. Постанова Кабінету Міністрів України № 53-09/5 від 01.07.2010 р. «Про затвердження паспорту спеціальності 14.01.38 – загальна практика-сімейна медицина.
11. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги. – Київ: МОЗ України., 2011. – 47 с.
12. Шкляр С.П., Черкашина Л.В., Кривко М.В., Пустовойт М.П., Фролова Т.В., Цоджікова О.А. Пріоритетні напрямки розвитку та впровадження доказових технологій оцінки клінічної ефективності комплексної терапії із застосуванням методів народної та нетрадиційної медицини // Медицина, 2009. № 1 (23). – С. 118–121.

Стаття постуила в редакцію 26.09.2018