

# Інтегральна оцінка якості надання медичної допомоги на первинному рівні хворим на хронічні дерматози лікарями загальної практики - сімейної медицини

Л.В. Черкашина

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Із застосуванням інформаційно-ентропійного аналізу виконана інтегральна оцінка якості (ІОЯ) надання медичної допомоги хворим на хронічні дерматози (ХД) лікарями загальної практики-сімейної медицини. Доведено, що рівень адекватності (повноти) застосування клініко-анамнестичного обстеження хворих на ХД коливається у межах від  $62,7 \pm 4,3\%$  до  $59,1 \pm 3,6\%$ , а ІОЯ цієї компоненти діагностичного процесу – у межах  $3,543 \div 4,349$  біт з наявним резервом покращення без додаткових матеріальних витрат (за рахунок стандартизації анамнестичного обстеження). Визначено, що адекватність застосування діагностичного клініко-лабораторного обстеження хворих на ХД коливається у межах від  $58,3 \pm 4,4\%$  до  $68,0 \pm 5,3\%$  з наявним резервом покращення, насамперед за рахунок простих і доступних для первинної ланки лабораторно-діагностичних процедур.

Продемонстровано, що найбільш значущий вклад щодо надання допомоги хворим на ХД має фармакотерапевтична корекція: при псоріатичній хворобі –  $60,5 \pm 3,4\%$ , при хронічній екземі –  $53,9 \pm 2,3\%$ , тоді як застосування немедикаментозних засобів у період між загостреннями ХД характеризується недостатніми рівнями та є додатковим резервом удосконалення медичної допомоги на первинному рівні.

**Ключові слова:** первинна медико-санітарна допомога, загальна практика-сімейна медицина, хронічні дерматози, якість лікувально-профілактичного процесу.

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).

Розвиток загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) як наукової спеціальності і практичної діяльності та структуризація медичної допомоги за рівнями її надання характеризується зміщенням акцентів щодо довготривалого нагляду за хворими на хронічні дерматози (ХД) на рівень первинної медичної допомоги (ПМД) [7, 10]. Особливої актуальності набуває ця проблема у зв'язку з подальшим реформуванням галузі та потребою у координації медичних маршрутів хворих на ХД і міжфаховий (лікар ЗПСМ – лікарі інших спеціальностей) співпраці щодо забезпечення ефективності [5, 7, 11]. Водночас нормативними документами передбачається, що лікар ЗПСМ має забезпечувати лікувально-профілактичний комплаєнс з пацієнтом та формувати у хворого прихильність до довготривалого лікування, зокрема у період між загостреннями ХД. Недостатньо вивченими ас-

пектами цієї проблеми є забезпечення лікувально-профілактичного процесу та його якості як компоненту діяльності лікаря ЗПСМ [2, 3, 6–9].

**Мета дослідження:** проведення порівняльного аналізу якості надання медичної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини пацієнтам із різними нозологічними формами ХД за інтегральними багатокомпонентними показниками.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Порівняльний аналіз показників інтегральної оцінки якості (ІОЯ) на етапі ПМД виконано серед 110 пацієнтів з псоріатичною хворобою (ПХ) та 75 хворих хронічною екземою (ХЕ) з урахуванням тяжкості перебігу захворювань. Для вивчення частоти використання тих чи інших ЛПЗ попередньо було складено карту експертного оцінювання, яка містить дані з амбулаторних карт (ф.025/о) чи/та історії хвороби (ф.003/о) хворих на ХД. Розглядаючи процес забезпечення якості лікувально-профілактичного процесу (ЛПП) як багатокомпонентну систему, нами визначено вибір методології системного підходу, оцінювання та аналізу. У зазначеному контексті, як відомо з теорії та практики функціонування багатокомпонентних систем, важливе значення має рівень впорядкованості системи, яка є кількісною характеристикою її якісного стану [1, 5, 12, 13]. Саме тому задля отримання ІОЯ ЛПП використано показники впорядкованості системи, для чого було розраховано показник ентропії ( $h$ , біт) кожного із індикаторів для кожної із клінічних груп хворих. При цьому ентропійне значення індикатора якості ( $h$ , біт) визначали за формулою

$$h = -k \times \log_2 k,$$

де  $k$  – частота використання конкретного виду ЛПЗ.

Значення узагальненого показника якості ( $H$ , біт) для кожної із двох груп ЛПЗ визначали за формулою

$$H = n - (h_1 + h_2 + h_3 + \dots + h_n),$$

де  $n$  – кількість індикаторів оцінки у відповідній компоненті [1].

Індикаторами оцінки клініко-анамнестичної компоненти якості медичної допомоги на первинному рівні визначені:

- $КАЗ_1$  – анамнестичне з'ясування характерних скарг,
- $КАЗ_2$  – анамнез (сезонність, провокуючі фактори),
- $КАЗ_3$  – оцінка сімейного анамнезу за диспластикозалежної патології та ХД,
- $КАЗ_4$  – психологічний стан, аналіз індукуючих стресчинників,
- $КАЗ_5$  – клініко-морфологічна оцінка висипів (PASI / IASI),
- $КАЗ_6$  – оцінка стану дериватів шкіри (мікроелементоз, авітаміноз),
- $КАЗ_7$  – аналіз елімінаційної поведінки та перебігу ХД,
- $КАЗ_8$  – реєстрація наявних конституційно-біологічних маркерів ХД,

## ПЕРВИЧНА ПОМОЩЬ

Таблиця 1

**Інформативність (біт) окремих індикаторів інтегральної оцінки якості медичної допомоги хворим хронічними дерматозами на первинному рівні**

ІЯ	Хворі на псоріаз				Хворі на екзему				P <sub>зд</sub>
	Л	С	З	p <sub>n</sub> <	Л	С	З	p <sub>ε</sub> <	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
КАЗ <sub>1</sub>	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000		
КАЗ <sub>2</sub>	0,171	0,060	0,113*		0,325	0,495	0,366	<0,05	<0,05
КАЗ <sub>3</sub>	0,347	0,378	0,360*		0,525	0,473	0,468		<0,05
КАЗ <sub>4</sub>	0,496	0,430	0,472		0,298	0,484	0,341*	<0,05	<0,05
КАЗ <sub>5</sub>	0,503	0,459	0,487		0,519	0,519	0,497		
КАЗ <sub>6</sub>	0,510	0,513	0,530*	<0,05	0,342	0,379	0,388		<0,05
КАЗ <sub>7</sub>	0,502	0,435	0,479		0,525	0,520	0,530		-
КАЗ <sub>8</sub>	0,401	0,435	0,416		0,492	0,475	0,502		
КАЗ <sub>9</sub>	0,456	0,490	0,472		0,473	0,490	0,502		-
КАЗ <sub>10</sub>	0,440	0,344	0,405		0,525	0,513	0,497*		<0,05
<b>КАЗ<sub>1-10</sub></b>	<b>3,826</b>	<b>3,543</b>	<b>3,734</b>	<b>-</b>	<b>4,025</b>	<b>4,349</b>	<b>4,091</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
КЛЗ <sub>1</sub>	0,045	0,060	0,051		0,037	0,347	0,319		
КЛЗ <sub>2</sub>	0,331	0,172	0,268	<0,05	0,177	0,214	0,328*	<0,05	<0,05
КЛЗ <sub>3</sub>	0,451	0,248	0,377	<0,05	0,419	0,478	0,452		
КЛЗ <sub>4</sub>	0,510	0,430	0,482		0,511	0,454	0,388		
КЛЗ <sub>5</sub>	0,530	0,396	0,508		0,375	0,347	0,344*	<0,05	<0,05
КЛЗ <sub>6</sub>	0,515	0,505	0,511	<0,05	0,525	0,520	0,509	<0,05	
КЛЗ <sub>7</sub>	0,529	0,513	0,524	<0,05	0,531	0,478	0,438	<0,05	
КЛЗ <sub>8</sub>	0,522	0,459	0,526	<0,05	0,492	0,000	0,000		
КЛЗ <sub>9</sub>	0,526	0,530	0,530		0,529	0,510	0,514		
КЛЗ <sub>10</sub>	0,209	0,344	0,275		0,224	0,112	0,211		
<b>КЛЗ<sub>1-10</sub></b>	<b>4,168</b>	<b>3,656</b>	<b>4,051</b>	<b>-</b>	<b>3,819</b>	<b>3,460</b>	<b>3,504</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
КІЗ <sub>1</sub>	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000		
КІЗ <sub>2</sub>	0,390	0,272	0,343		0,298	0,112	0,211*	<0,05	<0,05
КІЗ <sub>3</sub>	0,524	0,378	0,482*	<0,05	0,420	0,478	0,452		<0,05
КІЗ <sub>4</sub>	0,531	0,430	0,511	<0,05	0,419	0,214	0,328*	<0,05	<0,05
КІЗ <sub>5</sub>	0,440	0,513	0,479		0,492	0,520	0,509		
КІЗ <sub>6</sub>	0,421	0,457	0,438		0,518	0,510	0,514*		<0,05
КІЗ <sub>7</sub>	0,323	0,435	0,379		0,289	0,454	0,388		
КІЗ <sub>8</sub>	0,290	0,379	0,332		0,342	0,347	0,344		
КІЗ <sub>9</sub>	0,209	0,379	0,295		0,385	0,478	0,438*		<0,05
КІЗ <sub>10</sub>	0,253	0,194	0,229		0,289	0,347	0,319		
<b>КІЗ<sub>1-10</sub></b>	<b>3,381</b>	<b>3,435</b>	<b>3,488</b>	<b>-</b>	<b>3,452</b>	<b>3,460</b>	<b>3,504</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Примітка: \* – достовірно (при p<0,05) більш високий рівень якості діагностики під час порівняння груп хворих на ПХ та ХЕ; Л – легка форма ХД, С – середньої тяжкості, З – загалом по нозологічній групі.

– КАЗ<sub>9</sub> – реєстрація наявних вісцерально-функціональних маркерів ХД,  
– КАЗ<sub>10</sub> – аналіз факторів довкілля, умов помешкання і професії.

Індикаторами клініко-лабораторної компоненти якості медичної допомоги на первинному рівні (наявність обстежень) визначені:

– КЛЗ<sub>1</sub> – реакції мікропреципітації (МРП) / Вассермана (РВ),

– КЛЗ<sub>2</sub> – загальний клінічний аналіз крові (вкл. ШОЕ, тромбоцити),

– КЛЗ<sub>3</sub> – С-реактивний протеїн,

– КЛЗ<sub>4</sub> – аланін- (АлТ) та аспартат-амінотрансферази (АсТ) крові,

– КЛЗ<sub>5</sub> – глюкоза крові,

– КЛЗ<sub>6</sub> – ліпідний профіль (ЗХ, тригліцериди, ЛП),

– КЛЗ<sub>7</sub> – коагулограми,

– КЛЗ<sub>8</sub> – загальний білірубін,

– КЛЗ<sub>9</sub> – креатинін крові,

– КЛЗ<sub>10</sub> – дослідження мікро-, макроелементів крові / волосся / сечі.

Індикаторами клініко-інструментальної компоненти якості медичної допомоги на первинному рівні визначені:

– КІЗ<sub>1</sub> – флюорографія / рентгенографія органів грудної клітки,

– КІЗ<sub>2</sub> – діагностика стоматологічного статусу / діагностика ЛОР,

– КІЗ<sub>3</sub> – рентгенографія у двох проєкціях / УЗД суглобів,

– КІЗ<sub>4</sub> – ЕКГ та контроль АТ, оцінка рівня КВР,

– КІЗ<sub>5</sub> – променево дослідження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів,

– КІЗ<sub>6</sub> – променево дослідження нирок та сечовидільної системи,

– КІЗ<sub>7</sub> – кісткова денситометрія (рентгенографія, УЗД),

Результати оцінки адекватності діагностичної компоненти якості первинної медичної допомоги хворим на хронічні дерматози

Перелік компонентів діагностичного процесу	Групи хворих на хронічні дерматози					
	Псоріаз		Екзема		З, n=185	
	Л	С	Л	С	Псоріаз	Екзема
Клініко-анамнестична компонента якості	61,7±4,2	64,6±4,4	59,8±4,3	56,5±3,3	62,7±4,3	59,1±3,6
Клініко-лабораторна компонента якості	58,3±4,4	63,4±4,2	61,8±4,8	68,0±5,3 <sup>a</sup>	59,5±4,3	63,9±4,8
Клініко-інструментальна компонента якості МД	66,2±4,1	65,2±3,7	65,5±3,4	65,4±4,7	65,1±3,6	65,0±3,7
За тяжкість перебігу	62,1±1,3	64,5±1,2	62,3±1,2	63,3±1,4	-	-
За нозологією	62,4±1,2		62,7±1,2		-	-
Загалом	62,6±0,9					

Примітка: \* – достовірно (при  $p < 0,05$ ) більш високий рівень якості діагностики під час порівняння груп хворих на ПХ та ХЕ; Л – легка форма ХД, С – середньої тяжкості, З – загалом по нозологічній групі.

– КІЗ<sub>8</sub> – визначення респіраторних функцій,  
 – КІЗ<sub>9</sub> – інструментальна / таблична оцінка вегетативно-го статусу,  
 – КІЗ<sub>10</sub> – оцінка рівня больової чутливості шкіри (анестезіометрія).

Індикаторами лікувально-профілактичної компоненти якості медичної допомоги на первинному рівні визначені:

- ЛПА<sub>1</sub> – санація хронічних осередків інфекції,
- ЛПА<sub>2</sub> – усунення / елімінація впливу поведінкових ФР (пам'ятка),
- ЛПА<sub>3</sub> – гіпоалергенна дієта / індивідуальні харчові обмеження,
- ЛПА<sub>4</sub> – мазі на основі протизапальних фітопрепаратів,
- ЛПА<sub>5</sub> – зовнішні негормональні мазі,
- ЛПА<sub>6</sub> – седативні засоби (валеріана, пустирник, півонія),
- ЛПА<sub>7</sub> – адаптогени перед сезоном загострення: елеутерокок / лимонник,
- ЛПА<sub>8</sub> – фізіотерапевтичне лікування,
- ЛПА<sub>9</sub> – неспецифічна стимулююча терапія (алоє, автогемотерапія),
- ЛПА<sub>10</sub> – ЛФК/ аутотренінг/міорелаксація / холотропне дихання,
- ЛПА<sub>11</sub> – креми / мазі з кератолітичними засобами та преднізолоном,
- ЛПА<sub>12</sub> – вегетотропні засоби (25,0% сірчанокисла магnezія),
- ЛПА<sub>13</sub> – гепатопротектори (глутаргін, тіотриазолін),
- ЛПА<sub>14</sub> – вітаміни (А, Е, групи В, С),
- ЛПА<sub>15</sub> – антистресорні адаптогени,
- ЛПА<sub>16</sub> – засоби, що поліпшують мікроциркуляцію,
- ЛПА<sub>17</sub> – гіпосенсибілізуючі засоби,
- ЛПА<sub>18</sub> – сорбенти,
- ЛПА<sub>19</sub> – дезінтоксикаційні засоби,
- ЛПА<sub>20</sub> – магнійвімісні фармакотерапевтичні засоби.

Отже, індикаторами якості процесу ПМД визначені КАЗ<sub>1</sub>, КЛЗ<sub>1-10</sub>, КІЗ<sub>1-10</sub>, тоді як індикаторами якості лікувально-профілактичного процесу – ЛПЗ<sub>1-20</sub>. Групи пацієнтів характеризувалися однаковою кількістю індикаторів, що дозволяє користуватись абсолютними (а не відносними) показниками впорядкованості системи – показниками ентропії: чим вище показник, тим більшу неупорядкованість системи він маркує (табл. 1). Інформаційна сутність показника ентропії полягає в тому, що він здатний універсально характеризувати внесок будь-якої кількості (у нашому випадку – кожного з 50) індикаторів в інтегральну / узагальнену (та виражену одним

числом) кількісну оцінку впорядкованості (якості системи) як за рахунок відповідної компоненти, так і за інтегральним показником якості в цілому.

Під час статистичного аналізу застосовано клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи:

- анамнестичний кількісний аналіз,
- варіаційна статистика,
- імовірнісний розподіл ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [1, 4, 14].

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами дослідження компонентів діагностичного та лікувально-профілактичного процесу серед хворих на ХД отримано показники частоти використання тих чи інших діагностичних та лікувально-профілактичних заходів / процедур серед 110 хворих на ПХ та 75 хворих на ХЕ залежно від тяжкості перебігу ХД [8, 9]. Зазвичай групи пацієнтів відрізнялися за обсягами діагностичних обстежень та лікувально-профілактичних заходів, що пов'язано з індивідуальними та медико-організаційними факторами [14].

**Якість клініко-анамнестичної діагностики.** ІОЯ КАЗ серед 185 хворих на ХД коливається у межах 3,543±4,349 біт та серед хворих на псоріаз характеризується більшою (на 8,9%) впорядкованістю діагностичної підсистеми, ніж при екземі (3,734 біт та 4,091 біт відповідно). До того ж і при легкому перебігу (на 5,0%), і особливо при перебігу середньої тяжкості псоріазу пацієнти (на 18,6%) клініко-анамнестично обстежуються краще, ніж хворі на екзему за рахунок оцінки стану дериватів шкіри для виявлення мікроелементозів чи авітамінозу ( $p < 0,05$ ). За наявності екземи більш високої якості цієї компоненти досягнуто при тяжких формах перебігу ( $p < 0,05$ ) шляхом більш повного урахування сезонності і провокуючих загострення факторів (КАЗ<sub>2</sub>) та психологічного стану / аналізу індукуючих стрес-чинників (КАЗ<sub>4</sub>).

Під час порівняння ІОЯ клініко-анамнестичної компоненти між хворими на псоріаз та екзему з'ясовано, що більш високої якості клініко-анамнестичного обстеження у хворих на псоріаз досягнуто за рахунок КАЗ<sub>2</sub>, КАЗ<sub>3</sub>, КАЗ<sub>6</sub>, КАЗ<sub>10</sub>. Загалом адекватність КАЗ серед хворих груп порівняння не відрізнялась ( $p > 0,05$ ), коливаючись у межах від 56,5±3,3% до 64,6±4,4%, становлячи у середньому при псоріазі 62,7±4,3%, при екземі 59,1±3,6%.

**Якість клініко-лабораторної діагностики.** ІОЯ КЛД серед 185 хворих на ХД коливається у межах 3,504±4,168 біт та серед хворих на ПХ характеризується більшою (на 25,1%) впорядкованістю діагностичної підсистеми, ніж при ХЕ (3,504 біт

**Інформативність (біт) окремих показників інтегральної оцінки якості лікувально-профілактичного процесу хворих на хронічні дерматози на первинному рівні надання медичної допомоги**

ІЯ	Хворі на псоріаз				Хворі на екзему				Р <sub>хд</sub>
	Л	С	З	р <sub>п</sub> <	Л	С	З	р <sub>ε</sub> <	
ЛПА <sub>1</sub>	0,496	0,172	0,393	<0,05	0,263	0,245	0,242*		<0,05
ЛПА <sub>2</sub>	0,489	0,248	0,408	<0,05	0,466	0,214	0,354	<0,05	
ЛПА <sub>3</sub>	0,471	0,430	0,455		0,343	0,181	0,258*		<0,05
ЛПА <sub>4</sub>	0,503	0,484	0,496*		0,528	0,528	0,531*		<0,05
ЛПА <sub>5</sub>	0,529	0,473	0,514	<0,05	0,343	0,464	0,401*		<0,05
ЛПА <sub>6</sub>	0,456	0,396	0,530	<0,05	0,505	0,358	0,442*	<0,05	<0,05
ЛПА <sub>7</sub>	0,510	0,519	0,530	<0,05	0,494	0,426	0,460*		<0,05
ЛПА <sub>8</sub>	0,527	0,490	0,529	<0,05	0,527	0,523	0,524		
ЛПА <sub>9</sub>	0,516	0,526	0,521		0,449	0,516	0,484*		<0,05
ЛПА <sub>10</sub>	0,470	0,379	0,438		0,469	0,520	0,502		
ЛПА <sub>11-10</sub>	4,968	4,117	4,812	-	4,389	3,975	4,198	-	-
ЛПА <sub>11</sub>	0,416	0,430	0,422*	<0,05	0,525	0,426	0,491	<0,05	<0,05
ЛПА <sub>12</sub>	0,528	0,490	0,518		0,473	0,332	0,412	<0,05	
ЛПА <sub>13</sub>	0,403	0,338	0,377*		0,507	0,528	0,528		<0,05
ЛПА <sub>14</sub>	0,299	0,473	0,385	<0,05	0,298	0,528	0,451	<0,05	
ЛПА <sub>15</sub>	0,489	0,248	0,408*	<0,05	0,529	0,506	0,527		<0,05
ЛПА <sub>16</sub>	0,331	0,396	0,360		0,473	0,520	0,502		
ЛПА <sub>17</sub>	0,376	0,519	0,455		0,419	0,275	0,354*		<0,05
ЛПА <sub>18</sub>	0,451	0,495	0,472		0,500	0,464	0,484		
ЛПА <sub>19</sub>	0,529	0,475	0,526	<0,05	0,519	0,506	0,513		
ЛПА <sub>20</sub>	0,347	0,089	0,247		0,450	0,520	0,494		
ЛПА <sub>11-20</sub>	4,169	3,953	4,169		4,693	4,605	4,756		

Примітка: рε – у порівнянні за тяжкістю перебігу, рХД – у порівнянні між ХД; Л – легка форми ХД, С – середньої тяжкості, З – загалом по нозологічній групі.

та 4,051 біт відповідно). Окрім того, при легкому перебігу (на 9,1%) і при перебігу середньої тяжкості ПХ пацієнти (на 5,6%) клініко-лабораторно обстежуються краще, ніж хворі на ХЕ за рахунок більшої повноти виконання клінічних досліджень (КЛЗ<sub>2</sub>) та визначення рівня глюкози крові (КЛЗ<sub>3</sub>), р<0,05. При ХЕ більш високої якості цієї компоненти досягнуто при тяжких формах перебігу (р<0,05) шляхом більш повного обстеження:

- виконання клінічного аналізу крові (КЛЗ<sub>2</sub>),
- визначення глюкози крові (КЛЗ<sub>3</sub>),
- визначення ліпідного спектра крові (КЛЗ<sub>6</sub>),
- проведення алергопроб (КЛЗ<sub>7</sub>).

При порівнянні ІОЯ клініко-лабораторної компоненти діагностики між хворими на ПХ та ХЕ з'ясовано, що більш високої якості діагностичного обстеження у хворих на ПХ досягнуто за рахунок більшої повноти виконання клінічних досліджень (КЛЗ<sub>2</sub>) та визначення рівня глюкози крові (КЛЗ<sub>3</sub>). Загалом адекватність клініко-лабораторної компоненти діагностики серед хворих груп порівняння не відрізнялася (р>0,05), коливаючись у межах від 58,3±4,4% у хворих з легким перебігом псоріазу до 68,0±5,3% – у хворих із середньою тяжкістю перебігу ХЕ, становлячи у середньому при ПХ 59,5±4,3%, при ХЕ 63,9±4,8%.

**Якість клініко-інструментальної діагностики.** ІОЯ КІД серед 185 хворих на ХД коливається у межах 3,381±3,504 біт та серед 110 хворих на ПХ характеризується дещо більшою (на 1,5%) впорядкованістю діагностичної підсистеми, ніж у 75 хворих на ХЕ (3,488 біт та 3,504 біт відповідно). Окрім того, і при легкому перебігу (на 2,1%), і при перебігу середньої тяжкості (на 1,0%) хворі на ПХ клініко-інструментально обстежуються краще, ніж при ХЕ. При ХЕ більш високої якості цієї компоненти досягнуто шляхом більших обсягів (р<0,05) діагностики стоматологічного статусу (КІЗ<sub>2</sub>), виконання ЕКГ-досліджень та контролю артеріального тиску

з оцінкою рівня кардіоваскулярного ризику (КІЗ<sub>4</sub>), застосування променеви досліджень (рентгенографія, УЗД) нирок і сечовидільної системи (КІЗ<sub>6</sub>), а також інструментальної чи табличної оцінки вегетативного статусу (КІЗ<sub>9</sub>).

Під час порівняння ІОЯ клініко-інструментальної компоненти діагностики між хворими на ПХ та ХЕ з'ясовано, що більш високої якості клініко-інструментального обстеження у хворих на ПХ досягнуто за рахунок більшого обсягу (р<0,05) виконаних променеви методів дослідження суглобів (КІЗ<sub>3</sub>). Загалом адекватність клініко-інструментальної компоненти діагностики серед хворих груп порівняння не відрізнялася (р>0,05), коливаючись у межах від 65,0±3,7% до 66,2±4,1% і становлячи у середньому при ПХ 66,1±3,6%, при ХЕ 65,0±3,7%.

**Якість лікувально-профілактичного процесу: немедикаментозна складова.** ІОЯ ЛПА серед 185 хворих на ХД коливається у межах 4,968±3,975 біт та серед 110 хворих на ПХ (табл. 3) характеризується дещо більшою (на 14,6%) впорядкованістю цієї підсистеми, ніж серед 75 хворих на ХЕ (4,812 біт та 4,198 біт відповідно).

Крім того, і при легкому перебігу (на 13,2%) і при перебігу середньої тяжкості (на 3,5%) хворі на ПХ характеризуються меншим рівнем якості профілактичної активності із застосуванням немедикаментозних заходів, ніж при ХЕ. При ХЕ більш високої якості цієї компоненти досягнуто шляхом більших обсягів (р<0,05) лікування осередків хронічної інфекції (ЛПА<sub>1</sub>), більшої частоти усунення / елімінації впливу несприятливих чинників загострень захворювання (ЛПА<sub>2</sub>), індивідуальних харчових обмежень (ЛПА<sub>3</sub>), використання у період між загостреннями мазей на основі фітопрепаратів (ЛПА<sub>4</sub>), седативних засобів природного походження (ЛПА<sub>6</sub>) та засобів неспецифічної терапії (ЛПА<sub>9</sub>). Отже, ЛПА хворих на ХЕ є вищою.

**Результати оцінки адекватності лікувально-профілактичної компоненти якості первинної медичної допомоги хворим на хронічні дерматози**

Перелік компонентів лікувально-профілактичного процесу	Групи хворих на хронічні дерматози					
	Псоріаз		Екзема		Загалом	
	Л	С	Л	С	Псоріаз	Екзема
Немедикаментозна корекція	50,3±0,6	58,8±3,0	56,1±2,4	60,2±3,9	52,9±1,5	58,2±2,8
Фармакотерапевтична корекція	58,3±2,2	60,5±3,4	53,1±1,6	53,9±2,3	58,3±2,0	52,4±1,4
За тяжкістю перебігу	54,3±5,7	59,6±9,5	54,6±6,1	57,1±9,7	-	-
За нозологією	55,1±6,0		55,2±7,6		-	-
Загалом	55,1±6,7					

Примітка: Л – легкий перебіг, С – перебіг ХД середньої тяжкості.

Загалом адекватність цієї компоненти серед хворих груп порівняння, коливаючись у межах від 50,8±2,8% до 60,2±3,9%, становить у середньому при ПХ – 52,9±3,6%, при ХЕ – 58,2±2,8%, зареєстрована найвищою у групі хворих на ХЕ із середньою тяжкістю перебігу захворювання – у 60,2±3,9% осіб, найнижчою – у хворих на ПХ з легким перебігом – у 50,3±0,6% осіб (p<0,05).

**Якість лікувально-профілактичного процесу: медикаментозна складова.** ІОЯ ЛПА серед 185 хворих на ХД коливається у межах 3,953÷4,756 біт та серед 110 хворих на ПХ характеризується дещо більшою (на 14,1%) впорядкованістю цієї підсистеми, ніж серед 75 хворих на ХЕ (4,169 біт та 4,756 біт відповідно). І при легкому перебігу (на 12,5%), і при перебігу ХД середньої тяжкості (на 16,5%) хворі на ПХ, на відміну віх хворих на ХЕ, у період між загостреннями характеризуються більш високим рівнем комплексності застосування фармакотерапевтичних засобів.

При ХЕ більш високого рівня якості цієї компоненти досягнуто шляхом більшої частоти (p<0,05) використання кремів / мазей з кератолітичними засобами та преднізолоном (ЛПА<sub>11</sub>), фармакотерапевтичних засобів з гепатопротекторними властивостями (ЛПА<sub>13</sub>), антистресорних синтетичних адаптогенів (ЛПА<sub>15</sub>), а також гіпосенсибілізуючих / антигістамінних фармакотерапевтичних засобів (ЛПА<sub>17</sub>). У цілому адекватність фармакотерапевтичної корекції серед хворих груп порівняння не відрізнялась (p>0,05), коливаючись від 55,1±6,0% при ПХ та 55,2±7,6% при ХЕ.

**ВИСНОВКИ**

1. Аналіз питомого вкладу окремих компонентів, якими забезпечується якість діагностичного та лікувально-профілактичного процесу серед хворих на ХД, дозволив виявити їхню значущість в інтегральній оцінці якості та перспективні напрямки удосконалення підготовки та практичної діяльності лікарів загальної практики-сімейної медицини.

**Интегральная оценка качества медицинской помощи на первичном уровне больным хроническими дерматозами врачами общей практики-семейной медицины Л.В. Черкашина**

С применением информационно-энтропийного анализа выполнена интегральная оценка качества (ИОК) медицинской помощи больным хроническими дерматозами (ХД) врачами общей практики-семейной медицины. Доказано, что уровень адекватности применения клинико-анамнестического обследования при ХД колеблется в пределах от 62,7±4,3% до 59,1±3,6%, а ИОК этой компоненты диагностического процесса – в пределах 3,543÷4,349 бит с резервом улучшения без дополнительных материальных затрат

2. Рівень адекватності (повноти) застосування діагностичного клініко-анамнестичного обстеження хворих на ХД коливається від 62,7±4,3% до 59,1±3,6%, а ІОЯ цієї компоненти діагностичного процесу – у межах 3,543÷4,349 біт з наявним резервом покращення без додаткових матеріальних витрат (за рахунок стандартизації анамнестичного обстеження).

3. Рівень адекватності (повноти) застосування діагностичного клініко-лабораторного обстеження хворих на ХД коливається у межах від 58,3±4,4% до 68,0±5,3%, а ІОЯ цієї компоненти діагностичного процесу – у межах від 3,504÷4,051 біт з наявним резервом покращення, насамперед за рахунок простих і доступних для первинної ланки лабораторно-діагностичних процедур: визначення глюкози крові, виконання клінічного аналізу крові та визначення ліпідів крові серед пацієнтів усіх клінічних груп.

4. Рівень адекватності (повноти) застосування діагностичного клініко-інструментального обстеження хворих на ХД коливається від 65,1±3,6% до 65,0±3,7%, а ІОЯ цієї компоненти діагностичного процесу знаходиться у межах 3,381÷3,503 біт з наявним резервом покращення.

5. На жаль, найбільш значущим вкладом у якість допомоги хворим на ПХ характеризується фармакотерапевтична корекція (60,5±3,4%), хворим на ХЕ – 53,9±2,3%, тоді як застосування немедикаментозних засобів у період між загостреннями ХД характеризується явно недостатніми рівнями та є додатковим резервом удосконалення ПМД.

**Перспективи подальших досліджень** з проблеми забезпечення якості ПМД хворим на ХД пов'язані з обґрунтуванням освітніх програм на етапі післядипломної підготовки, інноваційного забезпечення типових задач діяльності лікарів загальної практики-сімейної медицини, а також удосконалення умов (інструментально-лабораторні засоби) надання допомоги та її доступності.

(за счет стандартизации анамнестического обследования). Определено, что адекватность применения клинико-лабораторного обследования больных ХД колеблется в пределах от 58,3±4,4% до 68,0±5,3% при наличии резервов улучшения, в первую очередь за счет простых и доступных для первичного звена лабораторно-диагностических процедур.

Продемонстрировано, что наибольший вклад в ИОК при ХД имеет фармакотерапевтическая коррекция: при псориатической болезни – 60,5±3,4%, при хронической экземе – 53,9±2,3%, тогда как использование немедикаментозных средств в период между обострениями ХД остается дополнительным резервом совершенствования медицинской помощи на первичном уровне ее оказания.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, общая практика-семейная медицина, хронические дерматозы, качество лечебно-профилактического процесса.

**Integrated assessment of the quality of medical care at the primary level in patients with chronic dermatoses by general practitioners-family medicine**  
**L. V. Cherkashina**

With the use of information-entropy analysis, an integrated quality assessment (IEC) of medical care for patients with chronic dermatosis (CD) was performed by general practitioners-family medicine. It is proved that the level of adequacy of the clinical and anamnestic examination for CD varies from 62.7±4.3% to 59.1±3.6%, and the IEC of this component of the diagnostic process is in the range of 3.543±4.349 bytes with an improvement reserve without additional

material costs (due to the standardization of anamnestic examination). It was determined that the adequacy of the use of clinical and laboratory examination of patients with CHD ranges from 58.3±4.4% to 68.0±5.3% if there are reserves of improvement, primarily due to simple and accessible for primary care laboratory diagnostic procedures. It has been demonstrated that pharmacotherapeutic correction has the greatest contribution to IPO in CD: with psoriatic disease – 60.5±3.4%, with chronic eczema – 53.9±2.3%, while the use of non-medicaments in the period between exacerbations of CD remains additional reserve of improvement of medical care at the primary level of its provision.

**Key words:** primary health care, general practice-family medicine, chronic dermatosis, quality of the treatment-and-prophylactic process.

**Сведения об авторе**

**Черкашина Лидия Владимировна** – Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, 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 прогнозуванні системної дисплазії сполучної тканини / Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Щербачов Ю.В., Черкашина Л.В., Рибачкова 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 Київ, 2013. 20 с.
6. Черкашина Л.В. Клініко-прогностичні аспекти діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини: хронічні дерматози, коморбідні з порушенням структурно-функціонального стану кісткової тканини. Укр. журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаява, 2018. № 1. С. 71–79.
7. Черкашина Л.В. Міжфахова кооперація та якість лікувально-профілактичного процесу у контексті розробки пацієнт-орієнтованої стратегії ведення хворих на хронічні дерматози на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаява, 2018. № 2. С. 55–63.
8. Черкашина Л.В. Дослідження факторів ризику, розробка критеріїв та обґрунтування алгоритму прогнозування псоріазу на етапі первинної медичної допомоги. Актуальні питання медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2018. Том 18. Випуск 3(63) С.147-152.
9. Черкашина Л.В. Дослідження факторів ризику, розробка критеріїв та обґрунтування алгоритму прогнозування екземи на етапі первинної медичної допомоги. Український журнал медицини, біології та спорту. 2018. Том 3. № 6 (15). С. 180–187.
10. Черкашина Л.В. Психосоціальне забезпечення пацієнтів з хронічними дерматозами: стратегія персоніфікації освітньо-поведінкової корекції та її реалізація на етапі первинної медичної допомоги. Вісник проблем біології та медицини. 2018. Випуск 3(145). С.194-199.
11. Черкашина Л.В. Розробка методики та досвід оцінки ефективності освітньо-поведінкової корекції хворих хронічними дерматозами на етапі надання первинної медичної допомоги. Вісник проблем біології та медицини. 2018. Випуск 4. Том 1 (146). С. 130–134.
12. Черкашина Л.В. Оцінка якості медичної допомоги на первинному етапі її надання хворим на псоріаз: дослідження обсягів та оцінка адекватності лікувально-профілактичних заходів. Вісник проблем біології та медицини. 2018. Випуск 4. Том 2 (147). С. 324–327.
13. Черкашина Л.В. Прогностичні технології та їх реалізація в пацієнт-орієнтованій стратегії ведення хворих на хронічні дерматози: інноваційне наповнення типових задач діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини. Український журнал медицини, біології та спорту, 2018. Том 3. № 7 (16). С. 170–177.
14. Шкляр С.П., Черкашина Л.В., Кривко М.В., Пустовойт М.П., Фролова Т.В. Пріоритетні напрямки розвитку та впровадження доказових технологій оцінки клінічної ефективності комплексної терапії із застосуванням методів народної та нетрадиційної медицини // Медицина І.... 2009. № 1 (23). С. 118–121.

Стаття поступила в редакцію 06.02.2019