

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ ІЗ ТЕСТУВАННЯ МЕДИЧНИХ СТАНДАРТІВ В ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ (Київ, 2006)

Загальна редакція: Росс Грета (Великобританія), Степаненко А.В. (Україна), Новічкова О.М. (Російська Федерація)

Авторський колектив: Добреля І.М.; Дудіна О.О., канд. мед. наук; Коваленко О.С., д-р мед. наук; Лещук Н.М.; Ліщишина О.М., канд. мед. наук; Степаненко А.В., д-р мед. наук; Слабкий Г.О., д-р мед. наук; Плещ А.І.; Лисак М.П.; Мехедько О.А.; Шуляк В.І.

Підготовлено в рамках реалізації проекту TACIS в Україні «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» — «Support to the Development of a System of Medical Standards: Ukraine» (Contract Ukraine EuropeAid — NI-CO No. 2003/065-429)

Проект фінансується Європейським Союзом
This Project is funded by the European Union

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ.....	26
ВСТУП	27
1. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ ТЕСТУВАННЯ МС	28
1.1. Створення команд впровадження МС.....	28
1.2. Збір даних (паперові та електронні форми)	30
2. ІНФОРМАЦІЙНА ПІДТРИМКА ПРОЦЕСУ ТЕСТУВАННЯ МС, РОЗРОБЛЕНИХ ПІД ЧАС РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЕКТУ TACIS	31
2.1. Програмне забезпечення та регіональні локальні мережі	31
2.2. Формування електронних документальних форм для проведення аналізу результатів тестування МС.....	33
3. ТЕХНОЛОГІЯ ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕСТУВАННЯ МС.....	33
4. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТУ ТЕСТУВАННЯ МС У ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ	33
4.1. Результат тестування МС в пілотних закладах Харківської області.....	34
4.2. Результат тестування МС в пілотних закладах Житомирської області	38
4.3. Результат тестування МС в пілотних закладах Полтавської області.....	40
5. ВИСНОВКИ.....	42

ПОДЯКА

Українському інституту громадського здоров'я МОЗ України за здійснення обробки отриманих з регіонів даних та проведення їх аналізу (директор — Пономаренко В.М., д-р мед. наук, проф.);

Обласним управлінням охорони здоров'я за сприяння проведення тестування:

Харківської обласної державної адміністрації (начальник управління — Волос Б.О., заступник начальника — Сіроштан Г.М.);

Житомирської обласної державної адміністрації (начальник управління — Толстанов О.К., заступник начальника — Торбас О.М.);

Полтавської обласної державної адміністрації (начальник управління — Лисак В.П., заступник начальника — Бредіхіна А.М.).

Головним лікарям Центральних районних лікарень (ЦРЛ) за сприяння і безпосередню участь у проведенні тестування:

Місюрову А.Ю. — Житомирська ЦРЛ Житомирської області;

Катаржнову Е.В. — Зміївська ЦРЛ Харківської області;

Ткаченку В.В. — Полтавська ЦРЛ Полтавської області.

Головним лікарям медичних закладів за сприяння у проведенні тестування:

Скалянському Є.В. — Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського;

Лукашенку В.М. — Полтавський обласний онкологічний диспансер ;

Березці М.І. — Харківська обласна клінічна лікарня;

Федченку Ю.Г. — Харківський обласний онкологічний диспансер;

Борщинському М.І. — Житомирська обласна клінічна лікарня;

Дімовій В.Ф. — Житомирський обласний лікувально-діагностичний центр.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АГ	— артеріальна гіпертензія
АЗПСМ	— амбулаторія загальної практики — сімейної медицини
БД	— база даних
ВОТ	— внутрішньоочний тиск
ВРВ	— варикозне розширення вен
ВЧТр	— внутрішньочерепна травма
Гл	— глаукома
Гон	— гонартроз
ГЦ	— гострий цистит
ДЕ	— депресивний епізод
Дисп	— диспепсія
ІТ	— інформаційні технології

Ішін	– ішемічний інсульт
Кар	– карієс
КР	– клінічні рекомендації
КТ	– комп'ютерна томографія
ЛКП	– локальний клінічний протокол
ЛПЗ	– лікувально-профілактичний заклад
ЛФК	– лікувальна фізкультура
МРТ	– магнітно-резонансна томографія
МС	– медичний стандарт
ПЗ	– поле зору
ПШД	– пункт швидкої допомоги
РМЗ	– рак молочної залози
Ст	– стабільна стенокардія
СУБД	– системне управління базою даних
ТВНК	– трофічна виразка нижньої кінцівки
УІГЗ	– Український інститут громадського здоров'я
ФАП	– фельдшерсько-акушерський пункт
ХОЗЛ	– хронічні обструктивні захворювання легенів
ЦД-II т	– цукровий діабет 2-го типу
ЦРЛ	– центральна районна лікарня

ВСТУП

Однією з головних цілей проекту TACIS «Підтримка розвитку системи медичних стандартів (МС) в Україні» (далі — Проект) було створення методики з розробки медичних стандартів в Україні. Концептуальні положення цієї методики представлені у «Посібнику для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів», 2006. Керуючись даними методичними принципами, було розроблено стандарти медичної допомоги на первинному і вторинному рівнях медичної допомоги, а саме: для первинної медичної допомоги — при артеріальній гіпертензії (I10), при депресії (легкий та помірний депресивні епізоди без соматичного синдрому та з соматичним синдромом) (F32.0–F32.1), при диспепсії (K22), при цукровому діабеті 2-го типу (E11), при карієсі зубів у дорослих (K02), при остеоартрозі колінного суглоба (M17), при стабільній стенокардії (I20), при хронічних виразках нижніх кінцівок (I83), при хронічних обструктивних захворюваннях легенів (J44), при гострому циститі (N30.0); для вторинної медичної допомоги — при первинній глаукомі (відкритокутової) (H40.0, H40.1), при ішемічному інсульті (I63), при раку молочної залози (C50), при внутрішньочерепній травмі (S06), при хронічних виразках нижніх кінцівок (I83).

МС створені на принципах доказової медицини (*Evidence-Based Medicine*) і включають вивчення, порівняння, аналіз і широке впровадження найкращих доказів з систематичних досліджень в медичну практику, які повинні застосовуватися на користь пацієнта.

Інформаційним джерелом для створення МС були клінічні рекомендації (КР), розроблені провідними світовими закладами на принципах доказової медицини (*Clinical Practice Guidelines*) і адаптовані до системи охорони здоров'я України.

Розроблені МС передбачають оптимізацію якості медичної допомоги з огляду на її безпеку, ефективність та вартість.

Основною метою створення МС стало удосконалення діяльності системи охорони здоров'я в країні та підвищення ефективності процесу надання медичної допомоги на основі клінічної практики, що ґрунтується на даних доказової медицини.

Тестування розроблених МС було здійснено в медичних закладах Житомирської, Полтавської та Харківської областей, оскільки повний цикл адаптації

КР, розробки МС та в подальшому ЛКП) включають і процес тестування цих документів.

У Зміївському районі Харківської області в тестуванні брали участь:

- Зміївська ЦРЛ (об'єднане хірургічне відділення з 10 офтальмологічними ліжками, об'єднане терапевтичне відділення з 30 неврологічними ліжками, травматологічне відділення, відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії, онкологічний кабінет поліклініки)

- Зміївська поліклініка
- Комсомольська поліклініка
- Лиманська амбулаторія загальної практики — сімейної медицини
- Харківська обласна клінічна лікарня
- Харківський обласний онкологічний диспансер

У Полтавському районі Полтавської області в тестуванні брали участь:

- Полтавська ЦРЛ (хірургічне, терапевтичне, неврологічне відділення, поліклінічне і приймальне відділення)

- Куликівська дільнична лікарня
- Степнянська амбулаторія загальної практики — сімейної медицини
- Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського (офтальмологічне відділення)
- Полтавський обласний онкологічний диспансер

У Житомирському районі Житомирської області в тестуванні брали участь:

- Житомирська ЦРЛ
- Вересівська амбулаторія загальної практики — сімейної медицини
- Глибочицька амбулаторія загальної практики — сімейної медицини
- Житомирська обласна клінічна лікарня
- Житомирський обласний лікувально-діагностичний центр

Для тестування по кожному з діагнозів було підготовлено і передано до ЛПЗ пакет документів, який включав:

- 1) адаптовані клінічні рекомендації;
- 2) медичні стандарти;
- 3) алгоритми діагностики і лікування;
- 4) листи індикаторів якості;
- 5) перелік медичних послуг.

В ЛПЗ на основі МС розробляли клінічні локальні протоколи лікування.

Процес тестування МС в регіонах тривав з 15 квітня по 30 липня 2006 р. Основні завдання тестування були такими:

1. Вивчення можливостей застосування в системі охорони здоров'я України МС, що наближені до міжнародних (без попередньої організаційної підготовки системи надання медичної допомоги в Україні в цілому і в пілотних областях зокрема).

2. Аналіз результатів і можливих причин (об'єктивних і суб'єктивних), що слугують перешкодою для виконання МС.

3. Апробація тренінгових програм з ІТ-технологій та КР/МС для медичного персоналу ЛПЗ, який брав участь у тестуванні.

4. Створення ЛКП для медичних закладів пілотних регіонів та апробація освітньої програми для лікарів щодо розробки цього документа.

5. Експертна оцінка даних щодо критеріїв та індикаторів якості у МС.

6. Корекція при необхідності після проведеного тестування МС (критеріїв якості, індикаторів як частини стандарту).

7. Підготовка рекомендацій для МОЗ України щодо впровадження МС, які розроблені на підставі даних доказової медицини.

8. Підготовка рекомендацій для регіонів, які брали участь у тестуванні, з подолання перешкод, що можуть ускладнити процес тестування.

Представлений звіт включає конкретні фактичні дані результатів тестування, їх аналіз, опис технологій проведення тестування і висновки. Необхідно підкреслити, що подібний звіт із тестування стандартів медичної допомоги оприлюднюється вперше.

1. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ ТЕСТУВАННЯ МС

Підготовчий період для тестування МС в пілотних регіонах включав такі етапи:

1. Забезпечення нормативно-правової основи для адміністративного регулювання проведення тестування КР/МС. Процес впровадження був регламентований на обласному та локальному рівнях відповідними наказами обласних управлінь охорони здоров'я та безпосередньо медичних установ.

2. Визначення структурних підрозділів, медичних працівників, залучених до забезпечення тестування.

3. Створення робочої групи.

4. Проведення навчання медичного персоналу з використання представлених адаптованих КР/МС.

5. Навчання медичного персоналу навичкам роботи з комп'ютером.

6. Опрацювання медичним персоналом представлених Проектом КР/МС.

7. Матеріально-технічне забезпечення пілотних медичних установ (медичним обладнанням, персональними комп'ютерами, локальними комп'ютерними мережами тощо).

8. Проведення широкомасштабної інформаційної кампанії на початку тестування (прес-конференції, круглі столи в області і районі) за участю ЗМІ, громадськості.

1.1. Створення команд впровадження МС

У кожній пілотній області було визначено лідера команди — лікаря-експерта Проекту для забезпечення організаційної і методичної підтримки тестування, проведення тренінгів з медичним персоналом тощо.

Лідер формував команду впровадження, яка включала:

- системних адміністраторів (1–2 особи);
- місцевих експертів Проекту (1–2 особи);

• лікарів загальної практики — сімейних лікарів (1–3 особи);

- лікарів стаціонару (до 10 осіб);
- середній медичний персонал (до 10 осіб);
- районних спеціалістів (залежно від діагнозу);
- економістів (за потребою).

За рекомендацією Проекту у всіх пілотних регіонах команда впровадження включала також представника обласного управління охорони здоров'я та головного лікаря ЛПЗ.

Для команд впровадження в центральній офісі Проекту було розроблено спеціальну «Інструкцію з проведення процесу тестування».

Перед командами впровадження на початку тестування поставили такі завдання:

• опрацювання представлених Проектом адаптованих КР/МС, внесення доповнень, змін до рекомендацій МС

• участь у семінарах і тренінгах, які проводить Проект

• розробка ЛКП

• представлення ЛКП для обговорення та корекції іншому медичному персоналу ЛПЗ щодо можливості їх використання в місцевих умовах

• аналіз пропозицій та внесення доповнень до ЛКП після їх рецензування експертами Проекту

• навчання медичного персоналу на місцях (проведення теоретичних, практичних індивідуальних занять).

Для розробки ЛКП в медичних установах було необхідно:

• визначити структурні підрозділи, що будуть задіяні в цьому процесі, їх особливості;

• оцінити матеріально-технічну базу ЛПЗ (наявність необхідного обладнання, можливість проведення лабораторних, функціональних, інструментальних досліджень);

• встановити комп'ютерну техніку в структурних підрозділах;

• визначити напрямки взаємодії з іншими ЛПЗ щодо обсягів і видів медичної допомоги, яка в разі необхідності буде надана в інших медичних закладах області.

Роль ЛКП полягає у забезпеченні в найбільш повному обсязі надання медичної допомоги згідно з КР/МС та визначенні найоптимальніших етапів надання медичної допомоги пацієнту в даному медичному закладі.

До розробки і впровадження ЛКП на основі КР були залучені:

- медичний персонал ЛПЗ пілотних регіонів;
- працівники медико-соціальних служб;
- радіологи і рентгенологи;
- фармацевти;
- персонал по фізіотерапії, в тому числі по ЛФК;

• логопеди;

• дієтологи;

• стоматологи;

• професорсько-викладацький склад медичних та інших професійних навчальних закладів, які зацікавлені у впровадженні даних КР;

• представники громадських організацій, які зацікавлені у впровадженні КР.

ЛКП, розроблені в медичних закладах пілотних регіонів, були затверджені в ЛПЗ керівниками лікувально-профілактичних закладів і були обов'язковими для виконання.

ЛКП є деталізованим документом, своєрідною інструкцією з надання медичної допомоги, яка відповідає на запитання: хто, коли, де, на якому обладнанні, яким маршрутом і т.п. надає допомогу певній категорії пацієнтів. Іншими словами, на якому з етапів маршруту пацієнта в даному ЛПЗ виконується те чи інше положення МС. ЛКП безпосередньо пов'язані з організаційною структурою медичного закладу, зі станом матеріально-технічного забезпечення і фінансовими можливостями закладів охорони здоров'я регіону, відповідають потребам МС. На рис. 1.1 представлено ЛКП пацієнтів з внутрішньочерепною травмою, створений у Зміївській ЦРЛ Харківської області.

Обсяг медичної допомоги, зазначений в ЛКП, не може бути нижчим від рівня, який гарантує надання всіх необхідних видів допомоги пацієнту при умові досягнення тих критеріїв якості, що вказані в МС.

Важливим етапом тестування була розробка ЛКП ведення пацієнтів в ЛПЗ. ЛКП відрізняються один від одного залежно від регіону, насамперед від можливостей ЛПЗ, регіональних особливостей фінансування системи охорони здоров'я і соціального забезпечення, кадрового потенціалу та інших можливостей медичної та соціальної служб.

ЛКП відрізняються організацією процесу надання медичної допомоги пацієнтам з певною патологією, проте вони об'єднані єдиною задачею — забезпечення певного рівня якості ведення пацієнта незалежно від місця отримання допомоги, що і вимагає МС.

Ефективне проведення тестування неможливе без проведення освітніх, тренінгових програм для медичного персоналу. Навчання персоналу представляло

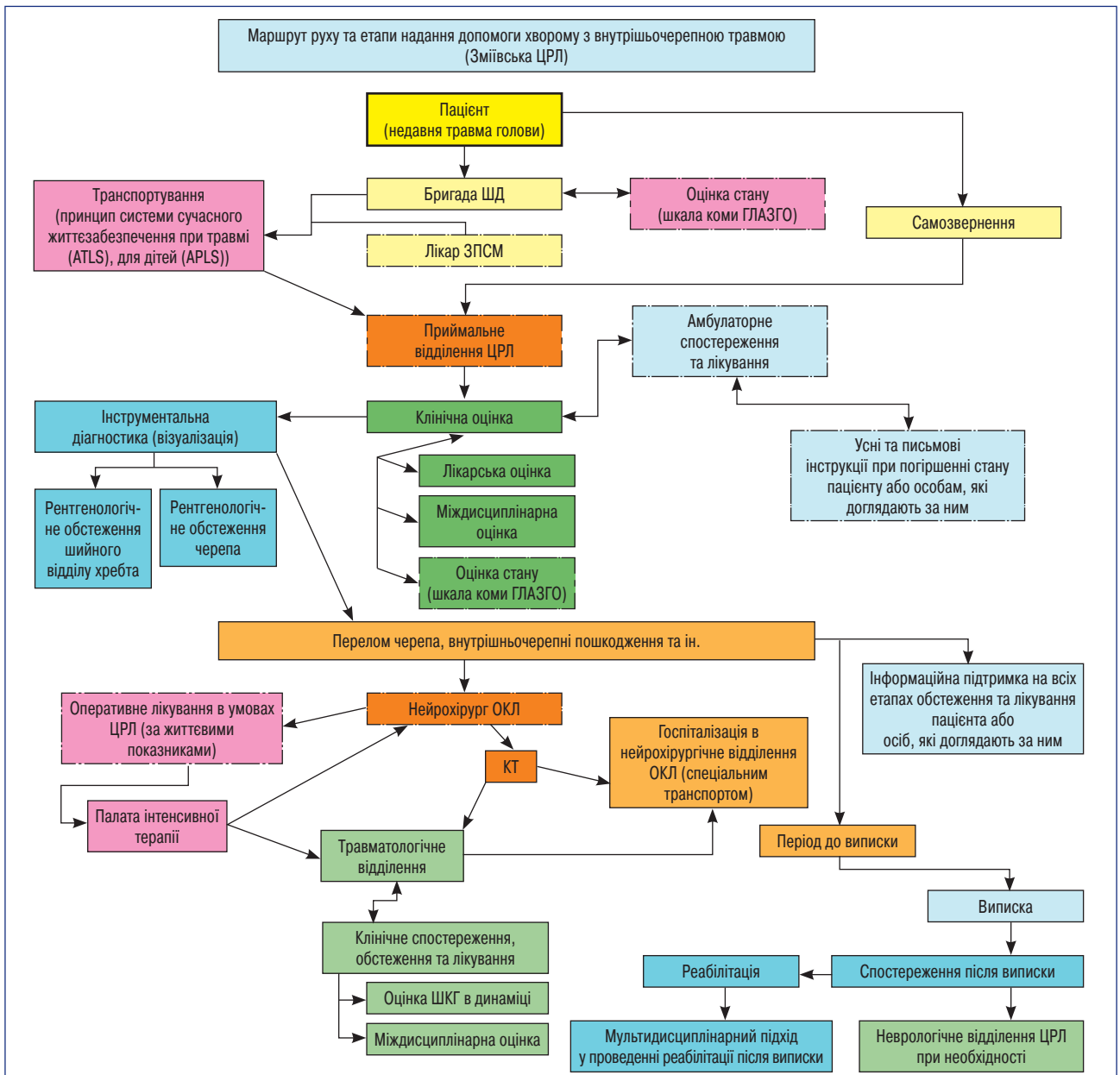


Рис. 1.1. ЛКП надання медичної допомоги пацієнтам з внутрішньочерепною травмою



Рис. 1.2. Потоки формування і передачі звітності під час тестування КР/МС у Зміївському районі Харківської області

собою отримання нових знань щодо певних джерел інформації — КР та інших супутніх документів, які використовувалися під час тестування.

Заняття для учасників тестування включали:

- проведення семінарів-тренінгів, практичних занять для робочої групи, експертів Проекту в Києві;
- проведення тренінгів, індивідуальних занять в пілотних ЛПЗ з лікарями, середнім медичним персоналом щодо процесу виконання протоколу лікування, взаємодії всіх членів команди, заповнення листів індикаторів якості, звітності тощо;

- навчання медичного персоналу навичкам роботи з комп'ютерною технікою, програмним забезпеченням;

- самостійне вивчення КР та МС медичним персоналом.

У процесі тестування у всіх пілотних регіонах забезпечено продовження інформаційної кампанії. Крім того, проводилися тренінги міжнародними й українськими експертами з медичним персоналом, який розпочав тестування щодо проблемних питань та шляхів їх вирішення. Продовжувалася робота щодо створення бази даних пацієнтів пілотних районів та удосконалювалася локальна комп'ютерна мережа. На робочому місці лікаря проводилась індивідуальна робота з проблемних питань тестування (виконання обсягу МС, заповнення звітних форм).

Команди впровадження МС брали участь в семінарах у Полтавській, Житомирській, Зміївській ЦРЛ з питань удосконалення процесу тестування та обміну досвідом.

За попередніми результатами тестування проведено міжрегіональну конференцію в МОЗ України.

1.2. Збір даних (паперові та електронні форми)

Збір даних здійснювався на паперових та електронних носіях. Відповідальність за збір даних було покладено на лікарів — лідерів команд впровадження.

Процес тестування супроводжувався відповідним документообігом, який включав:

- 1) облікові форми;
 - журнал реєстрації хворих;

- медична карта стаціонарного хворого;
- медична карта амбулаторного хворого;
- медична карта стоматологічного хворого;
- медична карта хворого на цукровий діабет;
- медична карта хворого денного стаціонару.

2) звітні форми:

- карта вибулого із стаціонару;
- листи індикаторів якості;
- періодичні звіти лідерів команди впровадження (раз на тиждень звіти формувалися в медичному закладі, раз на два тижні — в регіональному офісі Проекту; з періодичністю один раз на місяць звіт готувався для головного офісу Проекту).

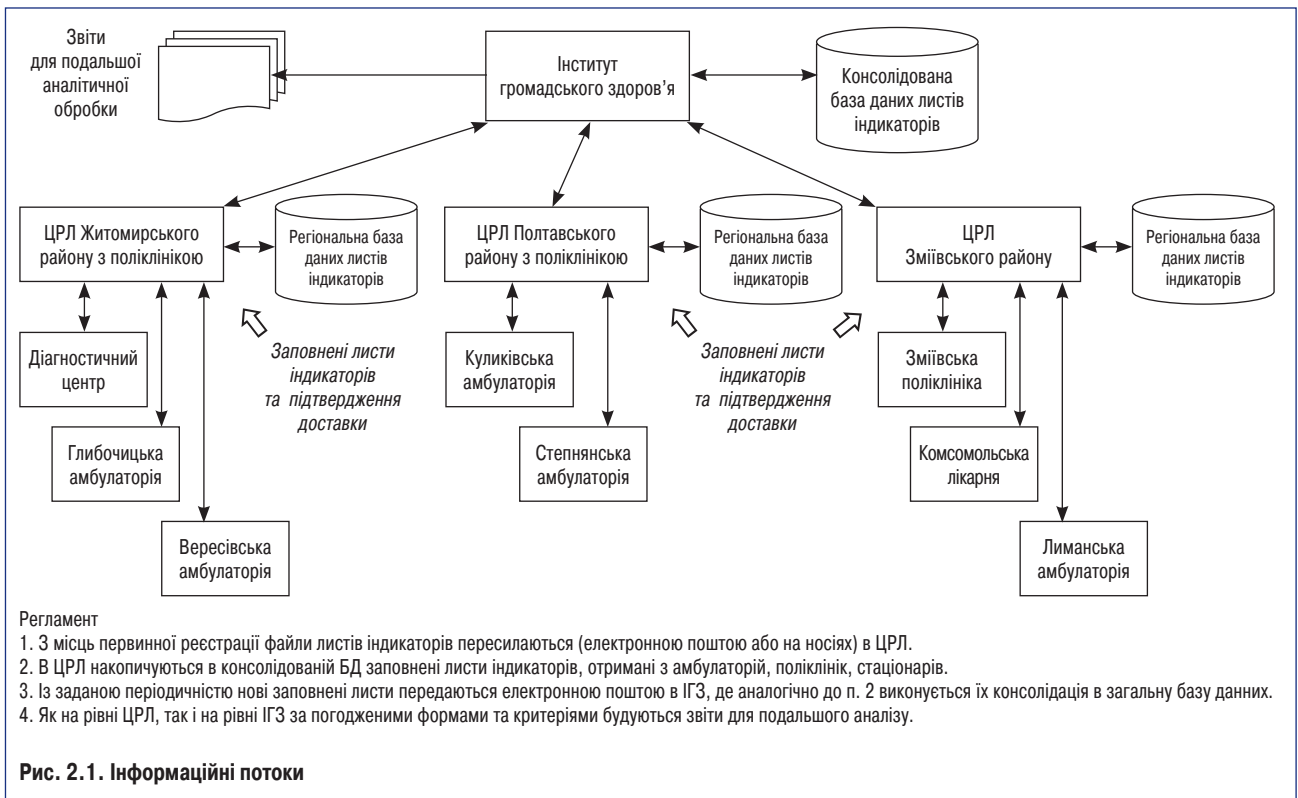
Формування звітності про тестування здійснювалося на рівні медичних закладів — сімейних амбулаторій, ЦРЛ. Звітність включала дані про щотижневу кількість випадків тестування і направлялася в обласні управління охорони здоров'я та головний офіс Проекту. На рис. 1.2 представлені потоки формування та передачі звітності до головного офісу.

Проміжні звіти:

- 5 червня 2006 р. — звіт за 2 тижня квітня і травень;
- 4 липня 2006 р. — звіт за червень;
- 18 липня 2006 р. — звіт за перші 2 тижня липня;
- 2 серпня 2006 р. — звіт за останні 2 тижня липня, заключний звіт за весь період тестування.

Вимоги до звітів з пілотних регіонів передбачали отримання письмової достовірної задокументованої інформації за спеціальною формою, придатної для подальшого аналізу:

- кількість пацієнтів, які поступили на лікування і фактично його отримали по кожному діагнозу;
- кількість відхилень від ЛКП;
- список відхилень від ЛКП;
- список причин відхилення від ЛКП (невиконання молодшим медичним працівником, медичною сестрою, лікарем, відсутність ліків, недоступність діагностичної методики, проблеми менеджменту тощо);
- перелік невідповідностей в КР та МС, які потребують доопрацювання;
- перелік проблем, що виникли протягом звітного періоду (організаційних питань, конфліктів, ситуацій, пов'язаних з інформаційною підтримкою, та ін.);



▪ пакет заповнених листків індикаторів з усіх діагнозів, включених до тестування (ця вимога тривала до переходу на електронну форму обліку).

Командами впровадження подавалися в офіс Проєкту заповнені лікарями листи індикаторів якості, переліки медичних послуг та текстовий звіт. Під час тестування робоча група здійснювала:

- формування заключного звіту за весь період тестування;
- підготовку та участь в об'єднаному регіональному семінарі та зустрічі, присвячені наступним крокам реалізації останньої фази Проєкту;
- спільно з експертами Проєкту та УІГЗ проведення аналізу тестування;
- завершення формування локальної мережі, остаточне встановлення програмного забезпечення, формування БД, автоматизації робочих місць лікарів.

Відповідно до специфікації на створення інформаційно-програмного забезпечення для підтримки впровадження МС було розроблено спеціальні звітні форми у вигляді електронних документів, за допомогою яких здійснювався контроль якості виконання МС в ЛПЗ пілотних регіонів.

Звітні документи були сформовані у вигляді листів індикаторів якості, в яких зазначені положення, що характеризують якість виконання МС. Листи індикаторів якості були розроблені для кожного МС з урахуванням специфіки певної нозологічної форми. Іншим документом, з яким працювали лікарі, був перелік медичних послуг для кожного діагнозу. Заповнення форм здійснювалося на робочих місцях з використанням програмного комплексу.

Таким чином, збір даних здійснювали лікарі, які працювали в ЛПЗ первинного і вторинного рівнів. Для цього була створена БД листів індикаторів якості і

переліків медичних послуг, що зберігається на сервері ЛПЗ. Структура цієї бази відповідає наведеним звітним формам. По закінченні лікування пацієнта закінчувався і процес заповнення цих документів. При цьому програмне забезпечення передбачало запит лікарю про підтвердження закінчення роботи з документом, при позитивній відповіді документ закривався і відправлявся у БД. Після цього внесення змін у документ не було можливим.

2. ІНФОРМАЦІЙНА ПІДТРИМКА ПРОЦЕСУ ТЕСТУВАННЯ МС, РОЗРОБЛЕНИХ ПІД ЧАС РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЄКТУ TACIS

2.1. Програмне забезпечення та регіональні локальні мережі

Відповідно до технічного завдання інформаційно-програмне забезпечення створювалося для «підтримки сучасного рівня управління процесом надання якісної медичної допомоги у пілотних регіонах і підтримки прийняття рішень на всіх рівнях системи охорони здоров'я, що стосується впровадження медичних стандартів», що і обумовило його структуру.

Таким чином, інформаційна система повинна була виконувати низку функцій, зокрема:

- збирання даних про пролікованих пацієнтів, які стосуються технологічних аспектів роботи з пацієнтом та призначення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів;
- формування листів індикаторів якості та переліку медичних послуг, базуючись на введених медичних даних;

- формування звітних документів у табличному і графічному вигляді для повноцінного аналізу проведених заходів із впровадження МС у пілотних регіонах.

Інформаційні потоки, які були сформовані в пілотних регіонах під час тестування, представлені на рис. 2.1. Вся інформація з амбулаторій лікаря загальної практики — сімейного лікаря, з робочих місць лікарів поліклінік і стаціонарних відділень зберігалася в БД. Доступ до неї можна було отримати, тільки ввівши пароль і в режимі перегляду. Необхідно зазначити, що персоніфіковані дані про пацієнтів зберігалися виключно на рівні ЦРЛ на центральному сервері. Потік інформації мав ієрархічний характер.

Таким чином, аналіз впровадження МС здійснювався на рівні конкретного пацієнта і лікаря, у якого проходило лікування, а також на рівні всього медичного закладу.

На інший, більш високий рівень (обласний) інформація для аналізу має надходити конфіденційно (не персоніфіковано). Під час тестування цей рівень обробки інформації був запроєктований, реально не працював, а неперсоніфікована інформація з усіх пілотних регіонів надходила до УІГЗ МОЗ України для подальшого аналізу. Саме тут формувалася центральна база даних (ЦБД) листів індикаторів якості і переліку медичних послуг. На рівні УІГЗ здійснювався аналіз медичної інформації і формувалися звітні форми.

Структура зв'язку між медичними закладами Зміївського району Харківської області представлена на рис. 2.2.

У Зміївській ЦРЛ організована локальна комп'ютерна мережа. Електронні записи передаються на сервер, де формується ЦБД. Зв'язок мережі ЦРЛ та поліклініки забезпечується в режимі on-line (через зовнішню мережу провайдера). Синхронізація даних Лиманської амбулаторії та Комсомольської лікарні забезпечувалася на зовнішніх носіях один раз на тиждень. На робочих місцях лікарів встановлене програмне забезпечення MedReg. В інформаційно-аналітичному відділі встановлено програмне забезпечення MedControl. Ці інформаційні системи мають внутрішню синхронізацію даних для обміну довідниками, даними про пацієнтів, генерування статистичних талонів та ін. Завдяки програмі MedControl адміністрація лікарні має можливість постійно отримувати оперативну звітність. Медичні заклади мають вихід до мережі Інтернет, можливі електронний обмін інформацією та передача пакета даних до офісу Проекту, УІГЗ та інших медичних закладів. До кінця 2006 р. планувалося завершити формування електронної БД пацієнтів району, удосконалити та розширити локальну мережу.

Функціональність інформаційно-програмного забезпечення визначила його структуру, основою якої став електронний медичний документ. Такий електронний документ був сформований з використанням затверджених в Україні облікових медичних форм — Ф-025/о «Медична карта амбулаторного хворого» і Ф-003/о «Медична карта стаціонарного хворого». Це дозволило дотримуватися вимог МОЗ України та Міністерства статистики України щодо облікової статистичної доку-

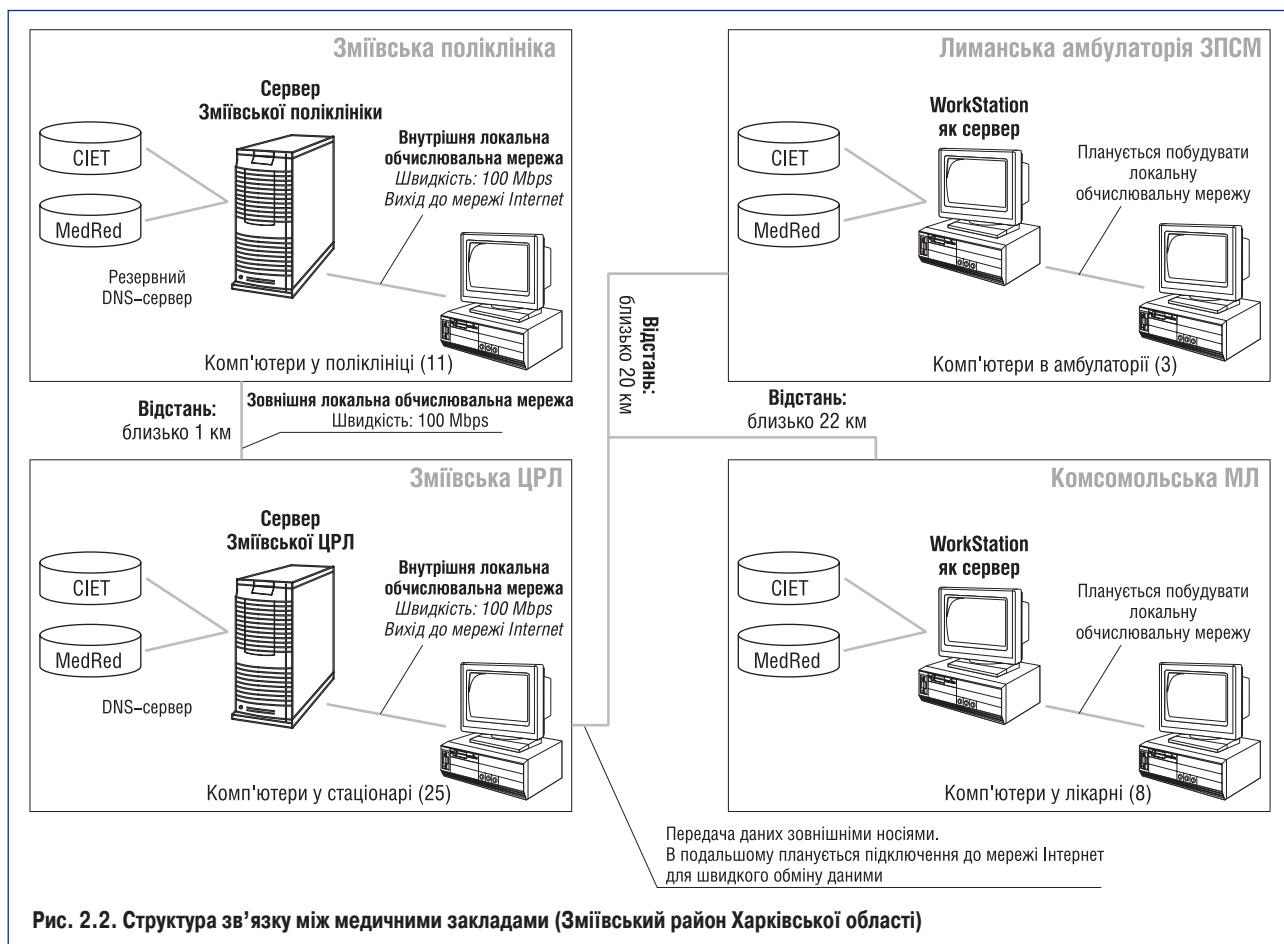


Рис. 2.2. Структура зв'язку між медичними закладами (Зміївський район Харківської області)

ментації, а також найповніше відобразити технологічний процес роботи лікарів з пацієнтом, які брали участь у тестуванні. Також це дозволило надати електронному документу форму, яка знайома кожному лікарю.

Структура електронного документа мала такий вигляд:

- ідентифікаційні дані пацієнта — ідентифікаційний номер пацієнта (у нашому випадку номер облікового документа), прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, дата народження, адреса проживання, соціальний статус і належність до соціальної групи;

- дані опитування та огляду пацієнта;

- дані інструментальних і лабораторних досліджень;

- дані про лікування захворювання — лікарські призначення та їх виконання;

- дані про профілактичні та реабілітаційні заходи.

Одним з основних інформаційних блоків є блок виконання МС. До нього входять такі блоки: КР, алгоритми, МС і ЛКП.

У кожній області, де здійснювалося тестування МС, були створені локальні комп'ютерні мережі.

2.2. Формування електронних документальних форм для проведення аналізу результатів тестування МС

Для отримання звітів з якості впровадження МС розроблені спеціальні облікові форми, а саме листи індикаторів якості та перелік медичних послуг.

Листи індикаторів якості в електронному вигляді були включені як окремий блок в інформаційно-програмний комплекс. Лікар, працюючи з програмою занесення медичних даних пацієнта, паралельно працює і з листом індикаторів якості, відмічаючи в ньому досягнуті чи не досягнуті показники з причинами невиконання). Формування листів індикаторів відбувається згідно з діагнозом, включеним до тестування. Таким чином формується БД листів індикаторів. Заповнені листи від лікарів надходять по каналах зв'язку до БД медичного закладу, в якій листи індикаторів структуруються відповідно до лікарів та діагнозів.

З БД медичного закладу листи (без ідентифікаційної інформації) надходять до УІГЗ, де формується загальна БД листів індикаторів по всіх пілотних регіонах. З метою спрощення аналізу зібраної інформації програмне забезпечення дозволяє формувати низку звітів в табличному і графічному вигляді. Звіти за допомогою спеціального генератора звітів можна отримати і на рівні медичного закладу для проведення аналізу роботи лікарів в період тестування.

Такі ж можливості забезпечено для збирання та аналізу даних про переліки медичних послуг.

3. ТЕХНОЛОГІЯ ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕСТУВАННЯ МС

Для обробки результатів тестування використання МС в пілотних регіонах були використані ІТ. Процес складався з кількох етапів.

Перший етап — введення і зберігання даних. Для цього в інформаційно-програмному комплексі MedReg сформована БД на основі СУБД MS SQL, куди

вносили дані з документів «Лист індикаторів якості» і «Перелік медичних послуг». Для внесення інформації в ці БД в інформаційно-програмному комплексі передбачено спеціальний блок з електронними формами вищезазначених документів. Лікар або медична сестра на робочому місці вносять відповідні дані в електронні форми і створюють таким чином БД. У зв'язку з технічними труднощами на початковому етапі тестування (1–2 тиж) в пілотних регіонах листи індикаторів якості і перелік медичних послуг заповнювали на паперових носіях. Потім документи передавали до УІГЗ для введення в БД.

Наступним етапом обробки результатів тестування є формування звітів відповідно до затверджених форм звітності. Ці форми створюються автоматично в інформаційно-програмному комплексі MedReg. Крім того, в MedReg передбачено формування звітів за допомогою генератора звітів. Така можливість необхідна для керівників медичних закладів пілотних регіонів при проведенні аналізу результатів процесу впровадження МС. Завдяки генератору звітів, керівник може отримувати звітну інформацію про діяльність медичного персоналу і його активність в процесі впровадження.

Аналіз отриманих даних на паперових носіях показав, що існують дефекти заповнення форм лікарями причин невиконання індикаторів якості, які не завжди були зазначені. Через це аналіз отриманих даних має певні труднощі, оскільки логічний контроль введення даних з документів в інформаційно-програмний комплекс не передбачено. Для отримання графічної інформації про результати тестування в MedReg передбачено експорт даних в програму Excel. Це дає можливість отримати графічну інформацію різного виду: кругові, стовпчикові діаграми та ін. Як вже зазначалось у звіті, для медичного персоналу проводилися відповідні тренінги з навчання введення даних.

4. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТУ ТЕСТУВАННЯ МС У ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

Тестування МС проводили в ЛПЗ першого та другого рівнів надання медичної допомоги в трьох пілотних регіонах проекту TACIS в Харківській, Житомирській та Полтавській областях. Ці регіони є типовими для України за рівнями соціально-економічного розвитку, зайнятості населення, забезпеченості населення медичними послугами, у тому числі первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини. У цих регіонах проживає 5,7 млн населення, що становить 12,2% загальної кількості населення України. В Харківській, Житомирській і Полтавській областях функціонує достатньо розвинена мережа закладів сімейної медицини. В цих регіонах працює 1200 сімейних лікарів, що становить 32,8% загальної кількості сімейних лікарів України. В середньому один сімейний лікар припадає на 3,8 тис. населення в Харківській області, на 4,8 тис. — в Житомирській і 5,0 тис. — в Полтавській областях при середньому показнику по Україні — 1 лікар на 12,8 тис. населення.

У процесі тестування взяли участь 1633 пацієнти, у тому числі в Харківській області — 856, Житомирській — 425 і Полтавській — 352 (рис. 4.1).

Найбільш численними були групи пацієнтів з карієсом — 396 (24% загальної кількості пацієнтів), артеріальною гіпертензією — 370 (23%). Від 4,5 до 14,8% загальної чисельності пацієнтів становили хворі

з гонартрозом, цукровим діабетом, ХОЗЛ, стабільною стенокардією та диспепсією (табл. 4.1).

Пацієнти з карієсом посіли перше рангове місце серед загальної кількості пацієнтів в Харківській і Полтавській областях, в Житомирській — друге місце. Найбільша кількість пацієнтів з артеріальною гіпертензією, стабільною стенокардією, карієсом, гострим циститом, цукровим діабетом, ішемічним інсультом була в Харківській області, з внутрішньочерепною травмою, варикозним розширенням вен — в Полтавській області, з гонартрозом, диспепсією, раком молочної залози та ТВНК — в Житомирській. В цілому структура пацієнтів, в яких здійснили тестування медичної документації, більше відповідала загальній структурі захворюваності в Харківській області.

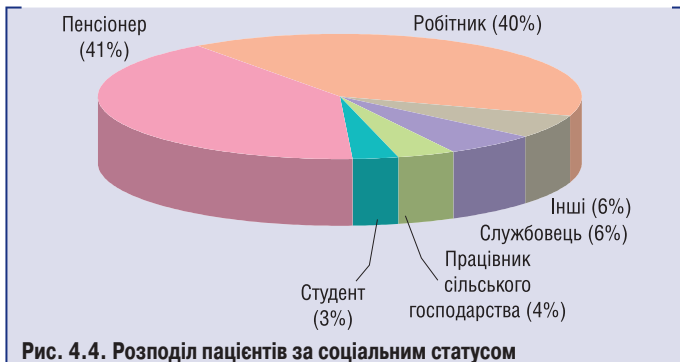
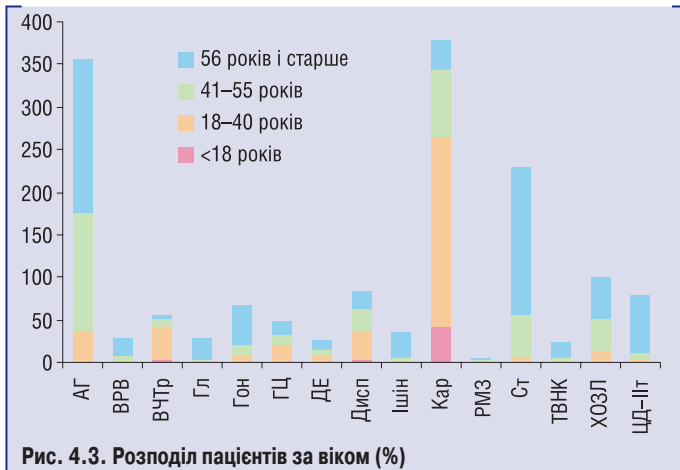
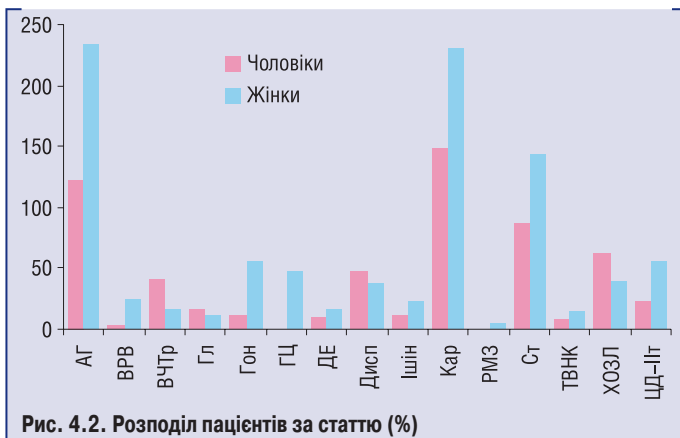
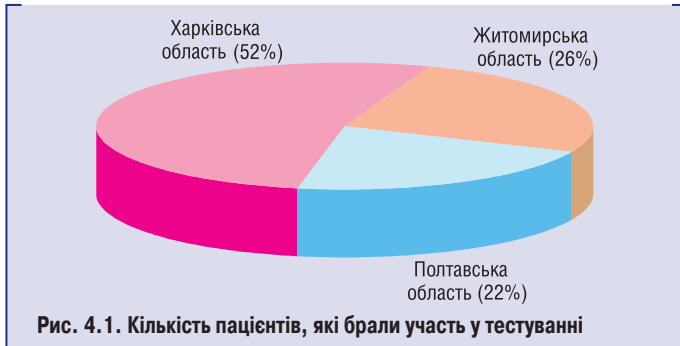
Із 1633 пацієнтів, листи індикаторів яких були проаналізовані, переважали особи жіночої статі (61,8%) (рис. 4.2). Жінки переважно зверталися з приводу артеріальної гіпертензії, варикозного розширення вен, гонартрозу, гострого циститу, депресивного епізоду, карієсу, стабільної стенокардії, цукрового діабету, особи чоловічої статі становили більшість серед пацієнтів з глаукомою, ХОЗЛ, внутрішньочерепною травмою, диспепсією. За віковими категоріями перші рангові місця займають особи передпенсійного і пенсійного віку (56 років і старші) — 45,2%, віком 41–55 років — 26,6% (рис. 4.3).

При цьому особи передпенсійного і пенсійного віку переважали (більше 50%) серед пацієнтів з глаукомою, гонартрозом, стабільною стенокардією, ТВНК, ХОЗЛ, особи віком 18–40 років — серед пацієнтів з внутрішньочерепною травмою, диспепсією, карієсом, що в цілому відповідає віковій структурі даної патології серед загальної популяції дорослого населення. Розподіл пацієнтів за соціальним статусом відповідає структурі невеликих міст. Найбільш чисельні групи були представлені пенсіонерами (39,8%) та робітниками (39,3%) (рис. 4.4). Незважаючи на те що Полтавська і Житомирська області належать до регіонів з переважною зайнятістю населення сільським господарством, працівники сільського господарства в загальній структурі пацієнтів становили лише 4,3%. Ще менш чисельною була група студентів.

При цьому за даними усіх регіонів у пенсіонерів Харківської області найчастіше відзначали глаукому, гонартроз, ішемічний інсульт, ТВНК та цукровий діабет, артеріальну гіпертензію. Диспепсію і карієс відзначали серед робітників усіх регіонів, стабільну стенокардію — серед робітників Полтавської і серед пенсіонерів Харківської областей. Серед пацієнтів Харківської і Житомирської областей з ХОЗЛ з однаковою частотою зустрічалися робітники і пенсіонери, а серед пацієнтів Полтавської області переважали робітники. Внутрішньочерепна травма переважала у робітників сільського господарства в Житомирській області і з однаковою частотою її відзначали у пенсіонерів і робітників пілотних закладів Харківської і Полтавської областей.

4.1. Результат тестування МС в пілотних закладах Харківської області

Харківська область, де проводилося тестування впровадження МС, має типову для України розвине-



Таблиця 4.1

Кількість пацієнтів в регіонах, які отримали медичну допомогу, з певними захворюваннями

№ з/п	Діагноз	Регіон						Всього	
		Житомирська		Полтавська		Харківська		Абс.	%
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
1	Артеріальна гіпертензія	64	17,30%	63	17,03%	243	65,68%	370	22,66%
2	Варикозне розширення вен	10	35,71%	16	57,14%	2	7,14%	28	1,71%
3	Внутрішньочерепна травма	13	20,63%	24	38,10%	26	41,27%	63	3,86%
7	Глаукома	4	13,79%	12	41,38%	13	44,83%	29	1,78%
5	Гонартроз	34	46,58%	19	26,03%	20	27,40%	73	4,47%
6	Гострий цистит	18	35,29%	7	13,73%	26	50,98%	51	3,12%
7	Депресивний епізод	14	46,67%	6	20,00%	10	33,33%	30	1,84%
8	Диспепсія	41	42,27%	12	12,37%	44	45,36%	97	5,94%
9	Ішемічний інсульт	8	21,62%	3	8,11%	26	70,27%	37	2,27%
10	Карієс	78	19,70%	102	25,76%	216	54,55%	396	24,25%
11	Рак молочної залози	3	42,86%	1	14,29%	3	42,86%	7	0,43%
12	Стабільна стенокардія	59	24,38%	31	12,81%	152	62,81%	242	14,82%
13	Трофічна виразка нижньої кінцівки	15	62,50%	3	12,50%	6	25,00%	24	1,47%
14	Хронічні обструктивні захворювання легень	41	39,05%	28	26,67%	36	34,29%	105	6,43%
15	Цукровий діабет II типу	23	28,40%	25	30,86%	33	40,74%	81	4,96%
ВСЬОГО		425	26,03%	352	21,56%	856	52,42%	1633	100,00%

ну інфраструктуру установ охорони здоров'я всіх рівнів і достатню забезпеченість кваліфікованим медичним персоналом.

В області широко впроваджується медичне забезпечення населення за принципом сімейної практики. За станом на 01.01.2006 р. в області працювало 735 сімейних лікарів, що становить 20,1% від загальної кількості сімейних лікарів в Україні. Тому виявлені при проведенні моніторингу впровадження МС закономірності можуть бути екстрапольовані на інші регіони України.

Зміївський район розташований в центральній частині Харківської області. Загальна площа території становить 1364,7 км², або 4,3 % площі території області.

Мережа лікувально-профілактичних закладів району представлена:

- ЦРЛ на 190 ліжок з поліклінічним відділенням на 225 відвідувань у зміну;
- міською лікарнею на 110 ліжок з поліклінічним відділенням на 150 відвідувань у зміну;
- 2 дільничними лікарнями по 10 ліжок в кожній;
- 16 амбулаторіями загальної практики сімейної медицини;
- 19 ФАПами.

Медичні працівники району обслуговують 76 600 жителів, з них 41 600 жителів села (54%), 39 420 жінок (51,5%) та 9806 дітей (12,8%).

Надання медичної допомоги жителям району забезпечують 145 лікарів, з них 34 (23%) лікарі загальної практики та 437 середніх медичних працівників, з них 72 (16,5%) медичні сестри загальної практики. Забезпеченість лікарськими кадрами становить 96%, середнім медичним персоналом 99 %.

Протягом останніх трьох років проведено оптимізацію закладів первинної медико-санітарної допомоги, перепрофільовано 2 дільничні лікарні в амбулаторії загальної практики — сімейної медицини з денними стаціонарами та пунктами невідкладної медичної допомоги вдома, на базі 9 ФАП відкриті амбулаторії загальної практики — сімейної медицини, які забезпечені необхідним медичним обладнанням та санітарним транспортом.

У структурі ЦРЛ функціонує об'єднане терапевтичне відділення на 75 ліжок, об'єднане хірургічне відділення — 59 ліжок, травматологічне відділення — 30 ліжок, дитяче відділення — 20 ліжок, відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії — 6 ліжок, клініко-діагностична лабораторія.

У тестуванні на первинному рівні брали участь:

- Зміївська поліклініка
- Комсомольська поліклініка
- Лиманська амбулаторія загальної практики — сімейної медицини

У тестуванні на рівні вторинної медичної допомоги брали участь:

- об'єднане хірургічне відділення з 10 офтальмологічними ліжками
- об'єднане терапевтичне відділення з 30 неврологічними ліжками
- травматологічне відділення
- відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії
- онкологічний кабінет поліклініки

Під час тестування МС була досліджена медична документація 879 пацієнтів з різною патологією. Аналізу піддано 1007 облікових форм, у тому числі 534 медичні карти амбулаторного хворого (ф. 025/о), 299 медичних карт стоматологічного хворого (ф. 043/о), 39 карт хворих на цукровий діабет (ф. 132/о), 65 карт хворого денного стаціонару (ф. 003-2/о), 70 медичних карт стаціонарного хворого (ф. 003/о). Дані облікової медичної документації вносилися в спеціально розроблені листи індикаторів (електронні форми і паперові носії).

З загальної кількості пацієнтів, листи індикаторів яких аналізувалися, переважну більшість становили особи жіночої статі — 512, або 59,8% загальної кількості пацієнтів (рис 4.5). Жінки становили також більшість пацієнтів з артеріальною гіпертензією, гонартрозом, диспепсією, ішемічним інсультом, карієсом, стабільною стенокардією, трофічними виразками кінцівок та цукровим діабетом. Пацієнтами з гострим циститом та раком молочної залози були лише жінки. Більшість осіб чоловічої статі було лише серед пацієнтів з внутрішньочерепною травмою, глаукомою та хронічними обструктивними захворюваннями легень.

За віком пацієнти розподілилися таким чином: 49,2% становили пацієнти від 56 років, 23,8% — віком від 18 до 40 років, віком до 18 років було лише 5,2% пацієнтів (рис. 4.6). Більше половини пацієнтів віком від 56 років відзначено серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією, стабільною стенокардією, ХОЗЛ, глаукомою, ішемічним інсультом та цукровим діабетом, що в основному відповідає повіковій структурі захворюваності на дану патологію. В осіб більш молодого віку частіше відзначали такі хвороби, як карієс, цистит, внутрішньочерепна травма.

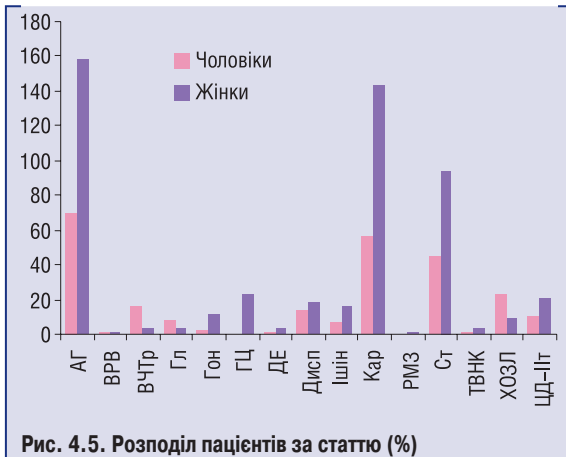


Рис. 4.5. Розподіл пацієнтів за статтю (%)

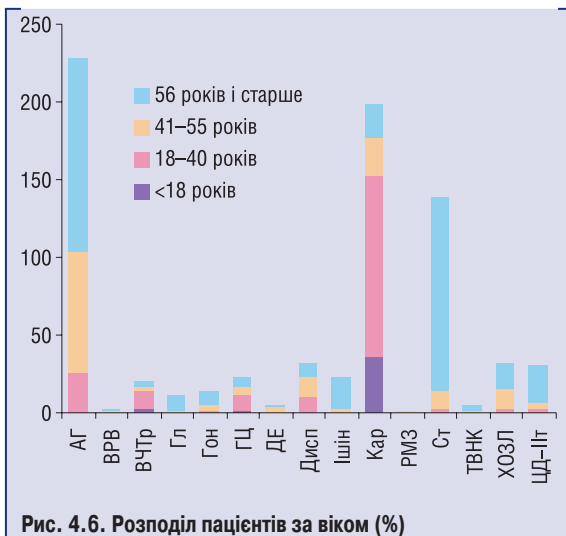


Рис. 4.6. Розподіл пацієнтів за віком (%)

За соціальним статусом серед пацієнтів були в основному пенсіонери (43,7%) і робітники (34,5%) і лише 7,8% становили службовці (рис. 4.7). Такий розподіл вірогідно зумовлений тим, що моніторинг впровадження МС здійснювався в сільській місцевості і поселеннях міського типу, де практично відсутні учні навчальних закладів III–IV рівнів акредитації.

З 15 нозологічних форм хвороб, за якими здійснювався моніторинг впровадження МС, найбільшу кількість становили пацієнти з артеріальною гіпертензією — 243 (28,4%), карієсом — 216 (25,2%), стабільною стенокардією — 152 (17,5%). ≤10% пацієнтів було з диспепсією, ХОЗЛ, цукровим діабетом, глаукомою, внутрішньочерепною травмою, гонартрозом, депресивним епізодом, варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, раком молочної залози (рис. 4.8). Ці

дані відповідають структурі захворюваності дорослого населення.

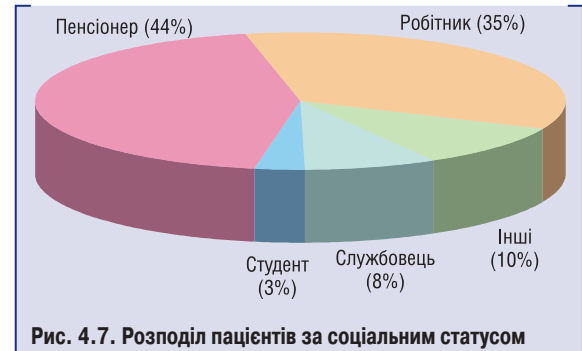


Рис. 4.7. Розподіл пацієнтів за соціальним статусом

Враховуючи велике значення для ухвалення організаційних рішень щодо забезпечення якісної, такої, що відповідає міжнародним стандартам, медичної допомоги, нами було проведено аналіз відхилень виконання стандартів в розрізі діагнозів і видів послуг. При цьому види послуг були розділені на діагностичні (збір анамнезу, призначення, обстеження), організаційні, які включали наявність клінічних протоколів, медикаментів, ведення медичної документації та лікувальні (види лікування).

Кількість індикаторів, за якими проводили оцінку повноти і причин невиконання МС, розрізнялася залежно від діагнозів і коливалася від 15–24 індикаторів при гострому циститі, диспепсії, хронічних обструктивних захворюваннях легень, глаукомі, ВЧТр до 31–48 при депресії та стабільній стенокардії. В цілому при всіх захворюваннях відхилення від виконання МС становили 30,9% і коливалися від 15,4% при виконанні лікувальних заходів до 33,8% при виконанні діагностичних та організаційних заходів. При різних захворюваннях частота невиконання індикаторів мала істотні відмінності і коливалася від 15–20% при веденні пацієнтів з глаукомою, карієсом, варикозним розширенням вен та при внутрішньочерепній травмі до 40,0–42,4% при стабільній стенокардії, ТВНК, депресії.

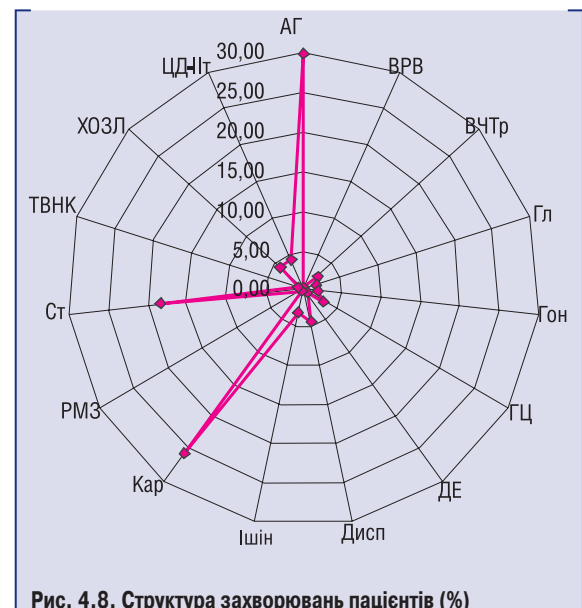


Рис. 4.8. Структура захворювань пацієнтів (%)

Виявлено відмінності і в частоті відхилень виконання МС по групах індикаторів залежно від діагнозу пацієнта. Так, у групі індикаторів, що характеризують призначення діагностичних втручань, частота невиконання коливалася від 7,5–16,7% у пацієнтів з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, ХОЗЛ до 33% у пацієнтів з ВЧТр, а також до 43,5–53,7% у пацієнтів з ТВНК, інсультом, депресією та гострим циститом. Низька частота виконання цієї групи індикаторів у пацієнтів з ТВНК обумовлена незабезпеченням у 62% консультацій вузьких фахівців — судинного хірурга, кардіолога, ендокринолога, дерматолога, онколога внаслідок суб'єктивної думки лікаря. Пацієнтам із стабільною стенокардією не було надано консультацію кардіолога обласної лікарні і ЦРЛ в 34% випадків через суб'єктивну думку лікаря та відмову пацієнта, зумовлену віддаленістю місця консультації та віком пацієнта, не призначалися ліпідознижувальні препарати, антагоністи кальцієвих каналів, клопідогрел, рідко (в 40%) застосовувалися статини. Пацієнтам з цукровим діабетом у 30% не надано консультацію вузьких фахівців.

Найбільшу кількість відхилень від виконання МС виявили в групі індикаторів, що характеризують організаційні технології впровадження МС — 36,8%. При цьому $\geq 1/3$ організаційних технологій не було виконано у пацієнтів з депресивним епізодом, диспепсією, цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією, ВЧТр, ХОЗЛ, більше половини — у пацієнтів із стабільною стенокардією.

У 95% випадків пацієнтам з диспепсією проводили амбулаторне лікування, у 20% родичі пацієнтів з депресивним епізодом не залучалися для участі в корекції чинників ризику. У 34% випадків медсестри загальної практики не змогли забезпечити роботу з пацієнтами щодо корекції факторів ризику і участі в лікуванні з причини відсутності достатнього часу для виконання цих заходів.

65% пацієнтів з ВЧТр було надано консультацію нейрохірурга ОКБ, 58% були госпіталізовані в нейрохірургічне відділення ОКЛ спеціалізованим транспортом.

Незважаючи на те що фінансування галузі охорони здоров'я, у тому числі і медикаментозного забезпечення пацієнтів, на всіх рівнях надання медичної

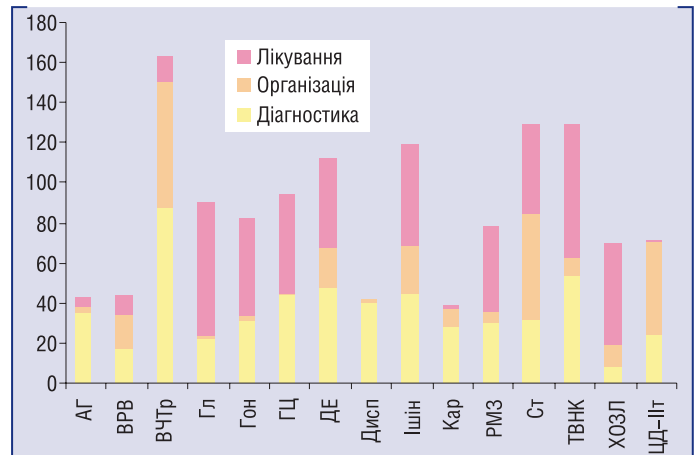


Рис. 4.9. Частота відхилень індикаторів впровадження МС в Харківській області (%)

допомоги вкрай обмежене, частота відхилень виконання індикаторів, що характеризують лікувальні заходи, значно нижча, ніж індикаторів діагностичних і організаційних заходів (23,4%). Менше 10% становить невиконання індикаторів лікувальних заходів у пацієнтів з диспепсією, карієсом, цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією.

У той же час більше 60% становили відхилення індикаторів лікувальних заходів у пацієнтів з ТВНК, глаукомою, а близько 50% — у пацієнтів з гонартрозом, гострим циститом, ХОЗЛ, інсультом.

Основними причинами неповного виконання МС пацієнтів лікувально-профілактичних закладів Харківської області були: відсутність послуг в ЛПЗ (64,9%), суб'єктивна думка лікаря (12,2%), відмова пацієнта, зумовлена високою вартістю послуг (11,5%) (рис. 4.10). Відсутність послуг в ЛПЗ була основною причиною неповного виконання МС у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, стабільною стенокардією, карієсом, цукровим діабетом, ВЧТр, інсультом, суб'єктивна думка лікаря — у пацієнтів з глаукомою, диспепсією, ХОЗЛ. Крім того, причиною неповного виконання МС була відсутність консультанта за фахом, необхідних витратних матеріалів та своєчасного доступу до послуг.

Таким чином, більш повне виконання МС в ЛПЗ першого і другого рівнів надання медичної допомоги

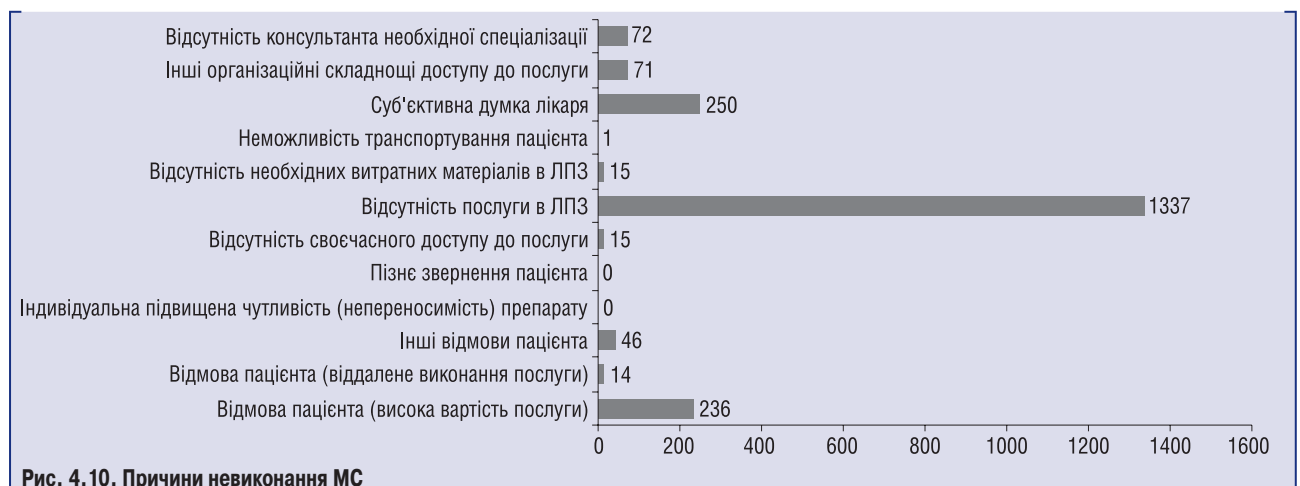


Рис. 4.10. Причини невиконання МС

Харківської області можливе при умові покращання матеріально-технічного оснащення ЛПЗ сучасною лікувально-діагностичною апаратурою, забезпечення спеціалізованим санітарним автотранспортом, вирішення проблеми бездефіцитного регулярного фінансування галузі охорони здоров'я в цілому і закладів першого та другого рівнів надання медичної допомоги зокрема. Створення в ЦРЛ функції внутрішнього аудиту по дотриманню рекомендованих обсягів МС, особливо в контексті застосування лікарських засобів без доказової бази.

Необхідно зазначити важливість підготовки медичних працівників з основ доказової медицини та впровадження медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю та сучасною доказовою базою, особливо на курсах тематичного удосконалення, передатестаційних циклах в закладах післядипломної освіти.

4.2. Результат тестування МС в пілотних закладах Житомирської області

Житомирська область має розвинену інфраструктуру закладів сімейної медицини. Так, в Житомирському районі працює 26 сімейних лікарів.

Для проведення тестування МС в Житомирському пілотному регіоні були вибрані Житомирська ЦРЛ, Глибочицька амбулаторія загальної практики — сімейної медицини та Вересівська амбулаторія загальної практики — сімейної медицини.

Житомирська ЦРЛ має стаціонар на 190 ліжок, поліклініку на 930 відвідувань за зміну та денний стаціонар на 30 ліжок, у штаті 59 лікарів, 158 середніх працівників та інший персонал.

У стаціонарі Житомирської ЦРЛ функціонують:

1. Терапевтичне відділення на 80 ліжок (в тому числі 50 — терапевтичних, 30 — неврологічних).
2. Хірургічне відділення на 60 ліжок, в складі якого 30 ліжок хірургічних, 20 травматологічних, 10 урологічних.
3. Гінекологічне відділення на 20 ліжок.
4. Дитяче відділення на 30 ліжок.
5. Відділення анестезіології та інтенсивної терапії на 6 ліжок.
6. Приймально-діагностичне відділення до складу якого входить:
 - приймальне відділення;
 - кабінет ендоскопічних досліджень;
 - кабінет функціональної діагностики;
 - кабінет ультразвукових досліджень.
7. Відділення швидкої допомоги (цілодобово працюють 4 виїзні бригади, з них 1 лікарська, 3 фельдшерських).
8. Фізіотерапевтичне відділення з кабінетами водолікування, низькочастотної терапії, парафіно-, озокеритолікування, електро-, світлолікування, високочастотної терапії, ЛФК, масажу, інгаляторієм.
9. Рентгенологічне відділення у своєму складі має:
 - рентгенкабінет поліклініки;
 - рентгенкабінет стаціонару;
 - флюорографічний кабінет.

10. Клініко-діагностична лабораторія має такі відділи:

- клінічний;
- біохімічний;
- бактеріологічний.

Глибочицька амбулаторія загальної практики сімейної медицини обслуговує дільницю з населенням 3852 чоловік. В амбулаторії працює 2 лікарі загальної практики, 8 середніх медичних працівників.

Вересівська амбулаторія загальної практики сімейної медицини обслуговує дільницю з населенням 1250 чоловік. В амбулаторії працює 1 сімейний лікар та 5 середніх медичних працівників.

Під час проведення тестування МС в закладах сімейної медицини та ЦРЛ проаналізовано 518 одиниць облікової медичної документації, в тому числі 315 медичних карт амбулаторного хворого, 87 медичних карт стоматологічного хворого, 26 карт хворих на цукровий діабет, 41 карта хворого денного стаціонару, 49 медичних карт стаціонарного хворого.

Із цієї кількості листів індикаторів 18,4% становили пацієнти з карієсом, 15,18% — артеріальною гіпертензією, 13,9% із стабільною стенокардією 9,7–8,0% — із диспепсією, ХОЗЛ, гонартрозом (рис. 4.11).

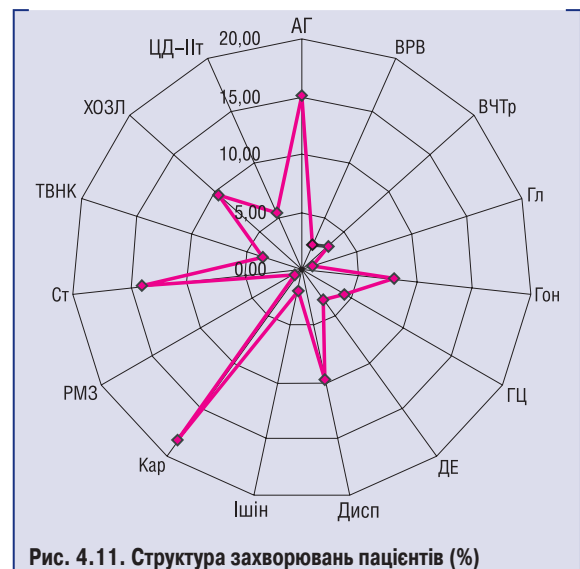


Рис. 4.11. Структура захворювань пацієнтів (%)

За статтю переважну більшість (54,1%) пацієнтів становили жінки, що відповідає розподілу за статтю в загальній популяції дорослого населення регіону. При цьому пацієнти з артеріальною гіпертензією, депресивним епізодом, стабільною стенокардією за статтю розподілялися рівномірно. Серед пацієнтів з диспепсією, карієсом, ХОЗЛ, внутрішньочерепною травмою переважали особи чоловічої статі, а серед пацієнтів з варикозним розширенням вен, гонартрозом, гострим циститом, цукровим діабетом — особи жіночої статі (рис. 4.12).

При аналізі пацієнтів за віковими групами встановлено, що найбільшу кількість становили особи віком ≥56 років, однакова кількість (28%) була осіб віком 18–44 років та 41–55 років, віком до 18 років було всього 2 пацієнти (рис. 4.13). Більше половини осіб віком ≥56 років було серед пацієнтів з гонартрозом,

ішемічним інсультом, стабільною стенокардією, ТВНК. Карієс, внутрішньочерепну травму та диспепсію частіше відмічали у пацієнтів молодого віку (18–40 років).

За соціальним статусом приблизно з однаковою частотою (37,8 та 42,5%) розподілялися пенсіонери та робітники. Незважаючи на те що в області основним видом господарювання є сільське господарство, працівники села склали лише 7,3% загальної кількості пацієнтів (рис. 4.14).

Встановлено, що артеріальну гіпертензію, диспепсію, депресію, карієс, стабільну стенокардію, ХОЗЛ частіше відзначали у робітників, глаукому, гонартроз, стабільну стенокардію, ТВНК — у пенсіонерів. У працівників сільського господарства найбільш часто виявляли карієс (32,2%), ХОЗЛ та внутрішньочерепну травму (17%).

Аналіз повноти виконання індикаторів моніторингу МС засвідчив, що в цілому в лікувально-профілактичних закладах області не виконувалась частина індикаторів. Частіше відзначали невиконання діагностичних індикаторів (30,1%). Майже повністю, при відхиленні в 1,9%, виконували діагностичні критерії лише у пацієнтів з раком молочної залози.

Задовільним можна вважати виконання діагностичних процедур у хворих на цукровий діабет та глаукому (повнота охоплення 91,3 і 88,1% відповідно). У той же час відхилення від виконання індикаторів МС більше 40% було відзначено у пацієнтів з гонартрозом, депресивним епізодом, диспепсією, гострим циститом і 87,1% у пацієнтів з внутрішньочерепною травмою (рис. 4.15).

Частота відхилень у виконанні індикаторів організаційних заходів в цілому становила 24,3% і коливалася від 0,9–7,3% при організації лікування пацієнтів з гонартрозом, диспепсією, карієсом, гострим циститом, ХОЗЛ, артеріальною гіпертензією до 34,1–40% — пацієнтів із ТВНК і цукровим діабетом та 62,4% — пацієнтів із внутрішньочерепною травмою.

Менше 10% становили відхилення у виконанні індикаторів лікувальних процедур лише у пацієнтів з карієсом та артеріальною гіпертензією при середньому показнику відхилень по групі 21,6%. Незадовільно виконувалися лікувальні заходи (відхилення 41,7–58,3%) у пацієнтів з гонартрозом, цукровим діабетом, інсультом, гострим циститом і особливо у хворих на рак молочної залози (відхилення виконання індикаторів — 62,4%).

Загалом відхилення у виконанні всіх індикаторів коливалися від 13,5%, 14,9% у хворих на глаукому і карієс до 70,5% — у пацієнтів із внутрішньочерепною травмою. Третя частина індикаторів не була виконана у пацієнтів з гонартрозом, депресивним епізодом, диспепсією, гострим циститом.

Для ЛПЗ першого і другого рівнів надання медичної допомоги Житомирського регіону характерними причинами невиконання індикаторів МС були організаційні труднощі доступу до послуг, суб'єктивна думка лікаря, відсутність послуги в ЛПЗ, відмови пацієнтів від виконання призначень (рис. 4.16).

При цьому лише в поодиноких випадках невиконання технологій МС було зумовлено відсутністю консультантів за фахом, витратних матеріалів, відмови пацієнтів

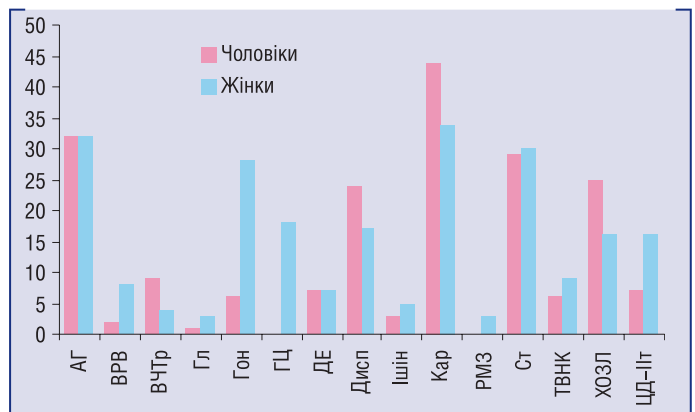


Рис. 4.12. Розподіл пацієнтів за статтю (%)

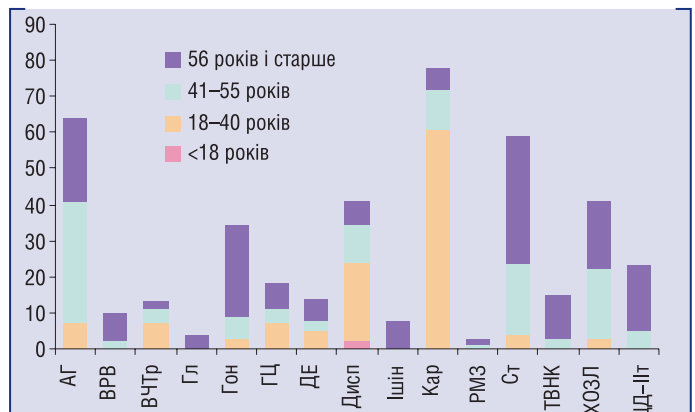


Рис. 4.13. Розподіл пацієнтів за віком (%)

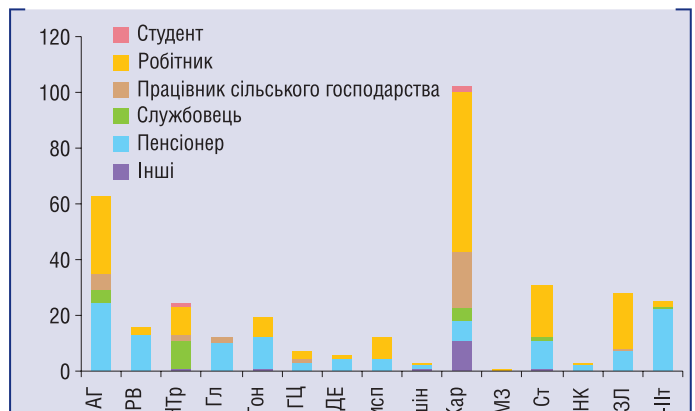


Рис. 4.14. Розподіл пацієнтів за соціальним статусом (%)

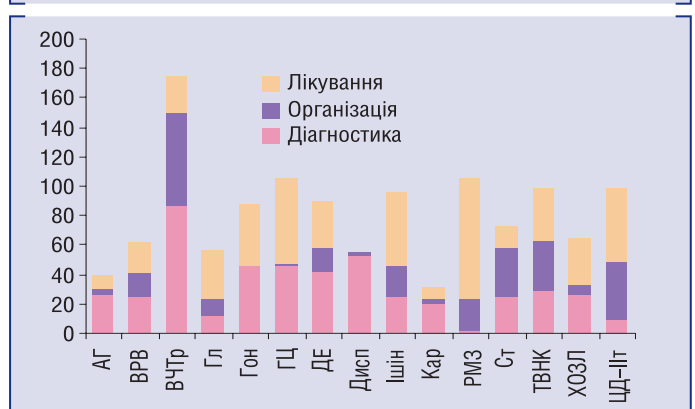


Рис. 4.15. Частота відхилень виконання МС (%)



Рис. 4.16. Причини невиконання технологій МС

від призначень лікаря внаслідок високої вартості послуг. Відсутність послуг в ЛПЗ частіше була причиною неповного виконання МС у пацієнтів з карієсом і ТВНК, суб'єктивна думка лікаря — у пацієнтів з внутрішньочерепною травмою, глаукомою, ішемічним інсультом, організаційні складнощі доступу до послуг — у пацієнтів з глаукомою, диспепсією, ішемічним інсультом, артеріальною гіпертензією. Ймовірно, для більш повного виконання технологій, запропонованих МС в ЛПЗ Житомирського регіону, доцільно дооснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, більш широке застосування медичних послуг з доведеною ефективністю шляхом підвищення рівня знань медперсоналу з питань доказової медицини.

4.3. Результат тестування МС в пілотних закладах Полтавської області

Полтавська область нараховує 1 554 859 жителів, займає площу 28,8 тис. км². Область належить до регіонів з помірно розвиненою мережею закладів сімейної медицини. Наразі в області працює 309 сімейних лікарів, що становить 8,4% загальної кількості сімейних лікарів в Україні, або один лікар на 5 тис. населення.

Загальна площа Полтавського району — 1260 км² (4,4% загальної площі області). Медичними працівниками району обслуговується 66 076 жителів, із них 32 501 жінка (49,2%) та 8261 дитина (12,5%). Надання медичної допомоги жителям району забезпечують

175 лікарів, із них 20 (11,4%) — лікарі загальної практики та 298 середніх медичних працівників, з яких 25 (8,4%) медичні сестри загальної практики.

Протягом останніх трьох років змінено профіль 8 ЛПЗ району в АЗПСМ.

Мережа ЛПЗ району представлена:

- ЦРЛ на 200 ліжок (терапевтичне відділення — 50, хірургічне відділення — 40, гінекологічне відділення — 30, пологове відділення — 25, дитяче відділення — 25, неврологічне відділення — 30) та поліклініка з розрахунком на прийом 600–800 хворих за робочий день, ПШД (цілодобово працюють три виїзних бригади, з них одна лікарська та три фельдшерських);
- 5 дільничними лікарнями на 80 ліжок;
- 17 амбулаторіями;
- 35 ФАП.

3 22 ЛПЗ району 12 (54,5%) функціонує на засадах загальної практики — сімейної медицини.

У процесі тестування на первинному рівні брали участь:

- Куликівська дільнична лікарня, яка обслуговує дільницю з населенням 1778 чоловік. В амбулаторії працює 1 лікар загальної практики — сімейної медицини, 1 лікар-стоматолог.
- Степнянська АЗПСМ, яка обслуговує дільницю з населенням 1830 чоловік. Працює 1 лікар загальної практики — сімейної медицини, 1 лікар-стоматолог.

На вторинному рівні брали участь:

- хірургічне відділення;
- неврологічне відділення;
- терапевтичне відділення;
- поліклінічне відділення;
- приймальне відділення.

Також були залучені Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер та Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського.

Для забезпечення повноти проведення аналізу та оцінки впровадження МС аналізом охоплено 429 одиниць облікових форм, у тому числі 204 медичні карти амбулаторного хворого (ф. 025/о), 115 медичних карт стоматологічного хворого (ф. 043/о), 28 карт хворих на цукровий діабет (ф. 132/о), 34 карти хворого денного стаціонару (ф. 003-2/о) та 48 медичних карт стаціонарного хворого (ф. 003/о).

Найбільше отримували медичну допомогу пацієнти з карієсом (28,9%) та артеріальною гіпертензією (17,9%). Від 5,4 до 8,8% пацієнтів зверталися за медичною допомогою з приводу гонартрозу, внутрішньочерепної травми, цукрового діабету, ХОЗЛ, стабільної стенокардії (рис. 4.17). Малочисельними були групи пацієнтів (до 10 осіб) з раком молочної залози, ТВНК, ішемічним інсультом, депресивним епізодом та гострим циститом.

Серед пацієнтів, листи індикаторів яких були відібрані для аналізу і оцінки, особи жіночої статі становили 59,9% (рис. 4.18). Кількість жінок переважала серед пацієнтів із артеріальною гіпертензією, варикозним розширенням вен, гонартрозом, гострим циститом, депресивним епізодом, стабільною стенокардією і цукровим діабетом. Рівномірний розподіл за статтю характерний для пацієнтів з карієсом, ХОЗЛ, ішемічним інсультом.

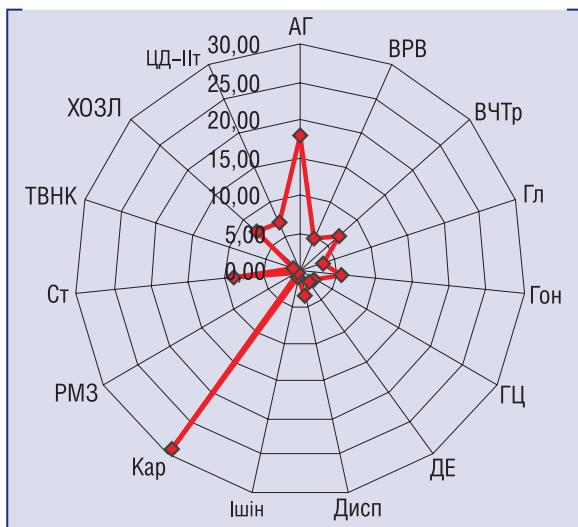


Рис. 4.17. Структура захворювань пацієнтів (%)

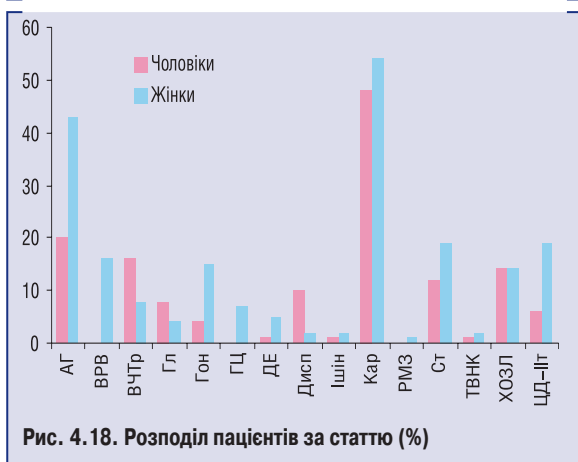


Рис. 4.18. Розподіл пацієнтів за статтю (%)

Розподіл пацієнтів за віковими групами в цілому співпадає з таким в загальній популяції дорослого населення області. Так, особи віком від 56 років становили 39,4%, 41–55 років – 34,7% і 18–40 років – 23,6% (рис. 4.19).

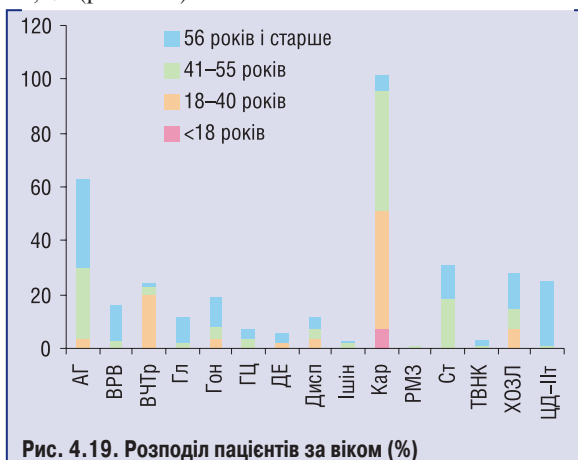


Рис. 4.19. Розподіл пацієнтів за віком (%)

Особи передпенсійного і пенсійного віку становили більше 50% пацієнтів з артеріальною гіпертензією, варикозним розширенням вен, гонартрозом, депресивним епізодом, ХОЗЛ та цукровим діабетом.

Розподіл пацієнтів за соціальним статусом (рис. 4.20) аналогічний такому в Житомирській облас-

ті: 46,0% становили робітники, 33,5% — пенсіонери, 9% — працівники сільського господарства.

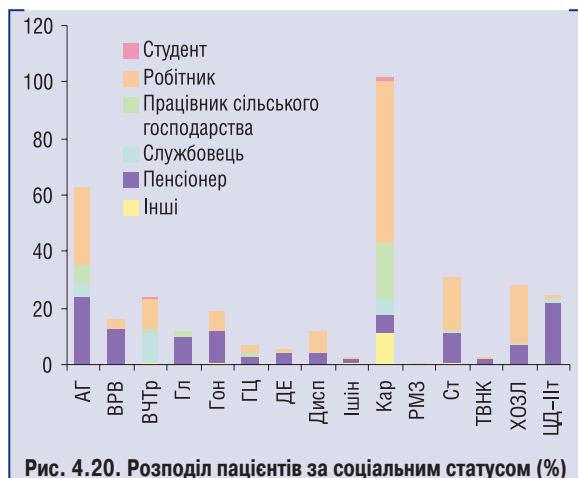


Рис. 4.20. Розподіл пацієнтів за соціальним статусом (%)

Більше половини робітників було серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією, диспепсією, карієсом, стабільною стенокардією, ХОЗЛ. Варикозне розширення вен, глаукому, гонартроз і цукровий діабет найчастіше відзначали у пенсіонерів, а внутрішньочерепну травму з однаковою частотою у службовців і робітників.

У працівників сільського господарства найчастіше відмічали карієс, у службовців — глаукому, артеріальну гіпертензію і карієс.

Аналіз повноти виконання індикаторів МС свідчить, що в цілому серед пацієнтів регіону відхилення у виконанні становлять 37,2% і коливаються від 18,9% при виконанні індикаторів лікувальних заходів до 36,2% при виконанні організаційних заходів і 45,7% при виконанні діагностичних заходів (рис. 4.21). Найбільша кількість індикаторів за всіма хворобами, за винятком гонартрозу, аналізувалася в групі діагностичних процедур. Характерно, що в цій групі індикаторів відхилення менше 10% відзначали лише у пацієнтів з глаукомою. У більшості випадків не виконувалися діагностичні процедури у пацієнтів з диспепсією, гострим циститом, стабільною стенокардією і у 89,3% випадків у пацієнтів із внутрішньочерепною травмою. Задовільними, при відхиленні 11–12%, можна вважати обсяги діагностики лише у пацієнтів з раком молочної залози, цукровим діабетом і хорошими — у пацієнтів з глаукомою.

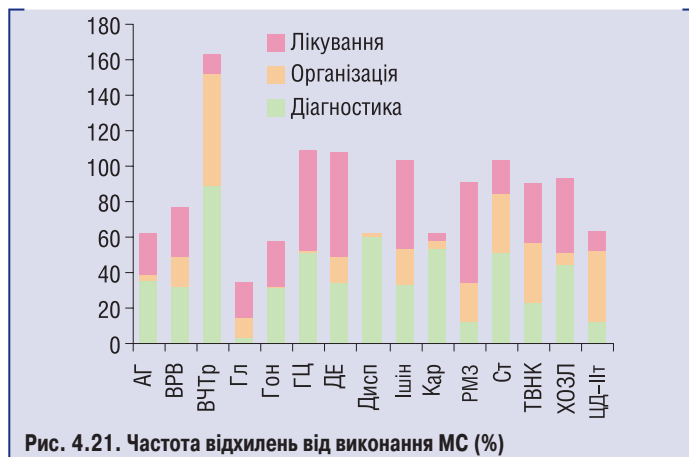


Рис. 4.21. Частота відхилень від виконання МС (%)



Рис. 4.22. Причини невиконання МС

Організаційні заходи в більш повному обсязі виконувались у пацієнтів з диспепсією, гонартрозом, гострим циститом, артеріальною гіпертензією, глаукомою, ТВНК та раком молочної залози. В той же час близько половини організаційних заходів не виконувалась у пацієнтів з цукровим діабетом, стабільною стенокардією та внутрішньочерепною травмою.

Характерно, що в усіх регіонах, де здійснювався аналіз, у тому числі і в Полтавській області, найменша частка відхилень виявлена у виконанні індикаторів лікувальних заходів. Однак при середньому показнику відхилення виконання індикаторів лікувальних заходів 18,7% близько половини названих заходів не виконується у пацієнтів з депресивним епізодом, гострим циститом, ХОЗЛ, інсультом, раком молочної залози.

В цілому загальна частота відхилень виконання індикаторів МС становить 37,2%. Обсяг виконання МС можна вважати хорошим у пацієнтів з глаукомою (відхилення виконання індикаторів — 4,7%), прийнятним — у пацієнтів з ТВНК, раком молочної залози, інсультом, цукровим діабетом та гонартрозом (відхилення до 25%) і таким, що не відповідає потребам, — у пацієнтів з внутрішньочерепною травмою, стабільною стенокардією, гострим циститом, карієсом, диспепсією, депресивним епізодом.

Основні причини неповного виконання регламентованих МС технологій — суб'єктивна думка лікаря, відсутність послуг в ЛПЗ, відмова пацієнтів від запропонованих лікарем втручань (рис. 4.22).

Крім того, менш вагомими причинами неповного виконання МС в ЛПЗ області були: пізнє звернення пацієнтів за медичною допомогою, відсутність в закладі витратних матеріалів, відмова пацієнтів від послуг, що рекомендуються внаслідок віддалення їх від місця проживання пацієнтів та високої вартості послуг. При цьому суб'єктивна думка лікаря була основною причиною неповного виконання медичних втручань у пацієнтів з гонартрозом, артеріальною гіпертензією, відсутність послуг в ЛПЗ — у пацієнтів з карієсом, диспепсією, стабільною стенокардією, варикозним розширенням вен, відмови пацієнтів від послуг, що пропонувались лікарем, — у пацієнтів з внутрішньочерепною травмою. Особливості причин неповного виконання медичних стандартів в регіоні свідчать про необхідність посилення навчання медичних працівни-

ків в цілому і зокрема стосовно впровадження медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах, посилення освітньої роботи серед пацієнтів, дооснащення ЛПЗ лікувально-діагностичною апаратурою.

5. ВИСНОВКИ

В результаті проведеного тестування в медичних закладах пілотних регіонів МС та інших документів, що безпосередньо стосуються стандарту (15.04.06—30.07.06), зафіксовано 856 пацієнтів в Харківській області, 425 — в Житомирській, 352 — в Полтавській.

Результати аналізу впровадження МС, розроблених на основі адаптованих КР, які створені з використанням принципів доказової медицини (за сприянням проекту TACIS) показали в цілому можливість їх виконання. Відхилення від МС за всіма індикаторами становило 31,24% (рис. 5.1).

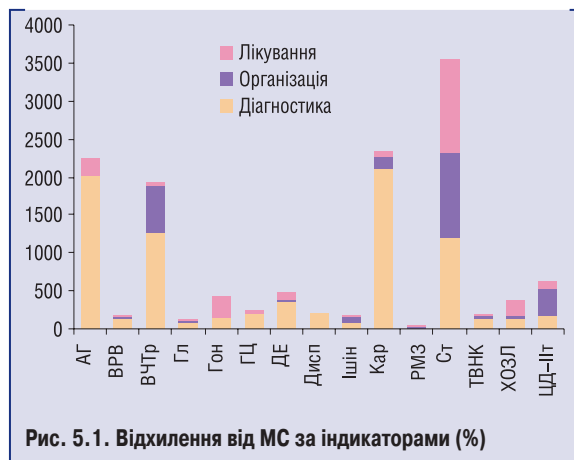


Рис. 5.1. Відхилення від МС за індикаторами (%)

При цьому прийнятним відхиленням (невиконання індикаторів не перевищують 25%) можна вважати виконання МС у пацієнтів з глаукомою, раком молочної залози, карієсом, варикозним розширенням вен, артеріальною гіпертензією і ХОЗЛ. Прийнятне виконання індикаторів МС щодо глаукоми і раку молочної залози було у всіх регіонах; карієсу, артеріальної гіпертензії, венозного розширення вен, ХОЗЛ — лише в пілотних закладах Харківської і Житомирської областей. Недостатнє охоплення виконання індикаторів, що не може задовольняти потреби пацієнтів (відхилен-

ня більше 35%), виявлено у пацієнтів з депресивним епізодом, стабільною стенокардією і внутрішньочерепною травмою у всіх регіонах.

Під час аналітичного дослідження встановлено, що найбільш висока частота відхилень від виконання індикаторів МС була при проведенні діагностичних процедур — 36,6%. Найбільш висока частота невиконання цієї групи індикаторів виявлена в Полтавській області — 45,8%. Перше рангове місце в структурі відхилень від виконання МС за групами індикаторів займали діагностичні тести в Житомирській і Полтавській областях, в Харківській — діагностичні тести і організаційні заходи. Прийнятним можна вважати виконання діагностичних заходів у пацієнтів з глаукомою та цукровим діабетом у всіх регіонах, в яких здійснювався моніторинг виконання МС та раком молочної залози в пілотних закладах Житомирської і Полтавської областей. Більше 40% проаналізованих індикаторів, що характеризують діагностичні тести, не виконано у пацієнтів з гострим циститом (в усіх пілотних регіонах), 30% — у пацієнтів з внутрішньочерепною травмою і понад 40% — у пацієнтів з депресивним епізодом в Житомирській і Полтавській областях. Ймовірно, що недостатнє виконання діагностичних заходів при цих захворюваннях зумовлено недостатнім оснащенням ЛПЗ діагностичною апаратурою (зокрема КТ та МРТ) та реактивами.

Організаційні заходи МС в цілому не виконувались на 31,6% (в Харківській і Полтавській областях цей показник становить 33,8–36,2%, в Житомирській — 24,3%). Майже в повному обсязі були виконані організаційні технології (відхилення до 10%) у пацієнтів всіх регіонів з диспепсією, гонартрозом, карієсом, гострим циститом, артеріальною гіпертензією, глаукомою та у пацієнтів з ХОЗЛ в Житомирській області, ТВНК — в Харківській і Полтавській областях. Суттєві розбіжності у виконанні організаційних заходів у пацієнтів з ТВНК в Житомирській області (відхилення 34,1%) та Полтавській і Харківській областях (відхилення 3,7 та 8,9% відповідно) вірогідно зумовлені неповним виконанням медичним персоналом ЛПЗ Житомирської області функціональних обов'язків щодо оцінки результатів лікування, проведення бесід та навчання пацієнтів методам компресійної терапії. Не відповідають потребам пацієнтів з цукровим діабетом всіх регіонів обсяги проведених організаційних заходів.

Найбільш низька частота відхилень від технологій МС характерна для групи індикаторів лікувальних заходів. У цілому відхилення у виконанні цієї групи індикаторів становлять 21,9% і коливаються від 18,7% в Полтавській до 23,4% в Харківській областях. Однак хорошим і прийнятним можна вважати виконання індикаторів цієї групи лише у пацієнтів усіх регіонів з карієсом, артеріальною гіпертензією та внутрішньочерепною травмою, у пацієнтів Харківської та Житомирської областей — з варикозним розширенням вен, у пацієнтів Харківської та Полтавської областей — з цукровим діабетом, у пацієнтів Житомирської та Полтавської областей — із стабільною стенокардією. Значною мірою не були задоволені потреби в лікуванні пацієнтів усіх регіонів з гострим циститом, інсультом, раком молочної залози, в Харківській і Полтавській областях — з депресивним епізодом і ХОЗЛ, в Харківській

і Житомирській областях — з глаукомою, в Харківській — з ТВНК, гонартрозом і стабільною стенокардією, в Житомирській — з гонартрозом. Враховуючи обмеженість і нестабільність фінансування галузі охорони здоров'я у всіх регіонах, задоволення потреб у лікуванні окремих категорій пацієнтів можна пояснити лише вмінням керівників ЛПЗ залучати позабюджетні кошти для надання медичних послуг та/або оплатою лікування за рахунок пацієнтів.

Результати аналізу виявлених причин неповного виконання МС свідчать, що основними з них є: відсутність послуг в ЛПЗ (48%), суб'єктивна думка лікаря (23%), відмова пацієнта з різних причин від медичних послуг (17%) (рис. 5.2).



При цьому в структурі причин неповного виконання медико-організаційних технологій МС перше рангове місце в Полтавській і Житомирській областях займає суб'єктивна думка лікаря, а в Харківській — відсутність послуги в ЛПЗ, друге — відсутність послуги в ЛПЗ у Полтавській області, суб'єктивна думка лікаря — в Харківській, інші організаційні труднощі доступу до послуг — в Житомирській області.

Виходячи із зазначеного, можна вважати, що неповне виконання МС зумовлено в основному недостатнім забезпеченням ЛПЗ лікувально-діагностичним обладнанням та медикаментами. Так, за розрахунковими даними 2005 р. фактична середня вартість медикаментів на один ліжко-день в ЦРЛ становила 2,28 грн., що вкрай недостатньо для забезпечення лікування відповідно до всесвітньо визнаних стандартів з доведеною ефективністю. Так, орієнтовна потреба в лікуванні пацієнтів з глаукомою з розрахунку на один ліжко-день, без урахування витрат на оперативне втручання, становить 7,9 грн., пацієнтів з інсультом — 18,39 грн., з внутрішньочерепною травмою — 55,46 грн.

Другою, не менш важливою причиною є неготовність як медичних працівників, так і населення до впровадження медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах. Суттєве значення мають і такі причини, як неспроможність пацієнтів до оплати запропонованих медичних послуг, віддаленість деяких

спеціалізованих послуг від місця проживання пацієнта тощо. Реальними шляхами забезпечення достатнього обсягу виконання МС, створених з використанням міжнародного досвіду та сучасної доказової бази, можуть бути забезпечення стабільного бездефіцитного фінансування галузі охорони здоров'я, розробка і впровадження системи до- і післядипломної підготовки спеціалістів з питань науково обгрунтованої практики.

Адреса для листування:

Степаненко Алла Василівна
01033, Київ, вул. Саксаганського, 75
Інститут медицини праці АМН України
Офіційний сайт проекту TACIS
«Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні»
<http://www.medstandards.com>

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Акарбоза в профілактике сахарного діабета, артеріальної гіпертензії і серцево-судинних захворювань у пацієнтів з порушенням толерантності к глюкозе: дослідження по предотвращению развития инсулиннезависимого сахарного діабета (stop-NIDDM)

Chiasson J.L. (2006) Acarbose for the prevention of diabetes, hypertension, and cardiovascular disease in subjects with impaired glucose tolerance: the study to prevent non-insulin-dependent diabetes mellitus (stop-NIDDM) trial. Endocr. Pract., 12(Suppl. 1): 25–30.

ЦЕЛЬ. Оценить влияние акарбозы на заболеваемость сахарным диабетом, артериальной гипертензией и сердечно-сосудистыми заболеваниями у пациентов с нарушением толерантности к глюкозе. **МЕТОДЫ.** Испытание STOP-NIDDM (The Study to Prevent Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus) — международное мультицентровое двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование — проводилось в 9 странах в период с декабря 1995 г. по август 2001 г. Пациенты были рандомизированы для получения плацебо (n=715) или акарбозы в дозе по 100 мг 3 раза в сутки (n=714); длительность последующего наблюдения составила в среднем 3,3 года. 61 пациент (4%) был исключен из испытания из-за отсутствия нарушения толерантности к глюкозе или данных после рандомизации; таким образом в анализ в соответствии с намерением применить вмешательство (intention-to-treat analysis) включили 1368 пациентов. Использовали такие оценки исходов: развитие сахарного диабета (по данным однократной пероральной пробы на толерантность к глюкозе), развитие гипертензии (140/90 мм рт. ст.), развитие серьезных сердечно-сосудистых событий, включая ишемическую болезнь сердца, сердечно-сосудистую смерть, инсульт и болезни периферических сосудов. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Вмешательства у 211 пациентов, получавших акарбозу, и 130 пациентов из группы плацебо были преждевременно прекращены, однако их продолжали наблюдать для оценки конечных точек. Применение акарбозы привело к 25% снижению относительного риска развития сахарного диабета 2-го типа (отношение рисков (ОР) [hazards ratio/HR] — 0,75, 95% доверительный интервал (ДИ) — 0,63–0,90; p=0,0015), к 34% снижению риска развития новых случаев артериальной гипертензии (ОР — 0,66; 95% ДИ — 0,49–0,89; p=0,0059) и 49% снижению риска развития сердечно-сосудистых событий (ОР — 0,51; 95% ДИ — 0,28–0,95; p=0,03). Post hoc анализ стоимость/эффективность показал экономическую эффективность

применения акарбозы при ведении пациентов с нарушением толерантности к глюкозе. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Испытание STOP-NIDDM показало, что у пациентов с нарушением толерантности к глюкозе применение акарбозы эффективно снижает риск развития сахарного диабета 2-го типа. Результаты испытания, кроме этого, позволяют предположить, что применение акарбозы способствует снижению риска развития артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний.

Мнение члена этического комитета зависит от его взаимоотношений со спонсором исследования

По материалам «The New England Journal of Medicine»

В номере «The New England Journal of Medicine» от 30 ноября опубликованы результаты опроса членов этических комитетов при 1000 академических институтах США. 893 респондента, выбранные случайным образом, ответили на вопросы, связанные с деятельностью в этическом комитете и получением финансового вознаграждения от фармацевтических компаний (заработной платы, платы за участие в различных советах, за консультации, лекции). 36% респондентов как минимум 1 раз за предыдущий год получали подобный вид вознаграждения. При этом 85,5% опрошенных считают, что подобное сотрудничество в принципе не может повлиять на решение члена этического комитета, 11,9% считают, что это возможно только в самых редких случаях, 2,4% — что это иногда случается и 0,2% утверждает, что это случается часто. 15,1% респондентов вспомнили как минимум 1 случай за последний год, когда при рассмотрении протокола был отмечен конфликт интересов (поскольку член этического комитета имел финансовые взаимоотношения с компанией, подавшей протокол на рассмотрение, или с ее конкурентом), при этом 57,7% посчитали нужным сообщить об этом комитету в официальной форме, 19,2% сообщали изредка и 23,1% скрыли это. При конфликте интересов 64,54% членов, имеющих право голоса, предпочитали не участвовать в голосовании, 16,1% голосовали иногда и 19,4% — всегда. На основании полученных данных авторы сделали заключение о необходимости пересмотра существующих в США правил, с тем чтобы исключить влияние конфликта интересов на решение членов этических комитетов.

Литература

Campbell E.G., Weissman J.S., Vogeli C., Clarridge B.R., Abraham M., Marder J.E., Koski G. (2006) Financial relationships between institutional review board members and industry. N. Engl. J. Med., 355(22): 2321–2329.