

DOI 10.29254/2077-4214-2018-4-2-147-320-324

УДК 616-082:355.11-036.86(477)

¹Беляєва Н. М., ¹Куриленко І. В., ¹Яворовенко О. Б., ¹Гриневич Ю. Ф., ²Даниленко Ю. А.

ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

В УЧАСНИКІВ АТО З ІНВАЛІДНІСТЮ

¹НДІ реабілітації осіб з інвалідністю Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова (м. Вінниця)

²Центр медико-соціальної експертизи Вінницької області (м. Вінниця)

irinakurilenko18@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи «Розробити пропозиції з оптимізації системи медико-соціальної реабілітації інвалідів учасників антитерористичної операції», державний реєстраційний номер 0116U001419.

Вступ. З кожним роком війни на сході України зростає кількість учасників бойових дій з особливими потребами, інвалідністю внаслідок захворювань, травм, поранень, отриманих при захисті Батьківщини. Рання та комплексна реабілітація даного контингенту осіб є одним з пріоритетних завдань закладів медико-соціальної служби та держави в цілому [1]. З метою повноцінного функціонування цілісної системи реабілітації та реадaptaції учасників антитерористичної операції (АТО) до цивільного життя, протезування та забезпечення технічними засобами реабілітації, забезпечення житлом, а також створення умов для активного залучення до цього процесу органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, міжнародних та громадських організацій Розпорядженням КМУ від 12 липня 2017 р. № 475-р схвалено Концепцію Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції на період до 2022 року [2,3]. Разом з тим, статистичні дані за останні роки показали загальну тенденцію пролонгації інвалідності учасникам АТО та, відповідно, низькі показники ефективності реабілітації цього контингенту осіб [4,5]. Частково це пов'язано з наявними стійкими обмеженнями життєдіяльності, проте значна частка осіб з інвалідністю внаслідок АТО при звільненні з лав ЗСУ тривалий час залишаються психологічно дезадаптованими, що значно утруднює їх як медичну, так і соціальну та професійну реабілітації. З огляду на це, планування заходів при складанні індивідуальної програми реабілітації (ІПР) для даного контингенту осіб має ряд особливостей. Проте успішність реабілітаційних заходів буде залежати від первинної оцінки реабілітаційного потенціалу (РП) пацієнта, тобто можливості особи з інвалідністю-учасника АТО при певних умовах та сприянні реабілітаційних служб у відновленні обмежень життєдіяльності та соціальній адаптації. Однозначним виявляється, що лише комплексний підхід та детальне співставлення факторів дозволяє об'єктивно оцінити рівень РП у осіб з інвалідністю внаслідок АТО. Адекватна оцінка РП передбачає як оптимізацію обсягу реабілітаційних заходів, що плануються в ІПР, так

і забезпечує кінцевий результат – успішність програми реабілітації.

Мета дослідження: вивчити характеристики реабілітаційного потенціалу в учасників АТО з інвалідністю; з метою уточнення та формулювання уніфікованих параметрів РП провести дослідження природи існуючих зв'язків найбільшої сили узгодженості серед комплексу біологічних, клініко-фізіологічних, професійно-трудова, соціальних та медико-експертних критеріїв в математичній моделі.

Об'єкт і методи дослідження. Відповідно до мети дослідження в умовах клініки інституту було проведено не стаціонарне обстеження 250 учасників АТО з Центрального, Північного та Західного регіонів України в 2015, 2016 та 2017 рр. Усім хворим було здійснено комплексне клініко-експертне обстеження відповідно до стандартів надання медичної допомоги та уніфікованих клінічних протоколів високоспеціалізованої медичної допомоги та реабілітації при різних патологіях. Застосовані методи: загальнонаукові (аналіз, синтез, узагальнення, порівняння); контент-аналіз історій хвороб та медико-експертних справ хворих; клінічні; соціологічні (анкетування, бесіда); медико-біологічні; математичної статистики. Перед включенням в дослідження кожний хворий надав інформовану згоду на участь.

Дослідження проводилось за 48 факторами – біологічними, клініко-функціональними, професійно-трудова, соціальними, психологічними, експертними, реабілітаційними. У якості кінцевої точки використовували показник РП особи з інвалідністю. Ранжування показника РП відповідало класифікації, застосованій у валідній формі ІПР: високий, середній, низький [6].

При оцінці РП аналізувались наступні фактори: біологічні (вік, фізична підготовка пацієнта); соціальні (місце проживання, забезпеченість власним житлом, збереження основних соціальних навичок: мобільність, самообслуговування, побутове життя, сімейний стан, матеріальне забезпечення), професійно-трудова (освіту, участь в трудовій діяльності, раціональність працевлаштування, кваліфікацію, стаж роботи та зміну/втрату професії або кваліфікації у зв'язку із захворюванням, трудову спрямованість); психологічну картину захворювання (важкість екзогенно-органічного реєстр-синдрому, астенічного, тривожного/депресивного, когнітивного синдромів); клініко-функціональні (важкість функціональних порушень, що включало характер перебігу захворювання, ускладнення, супутню патологію); експертні (обмеження життєдіяльності: здатність до пересування, трудової

Таблиця 1.

Загальна характеристика учасників АТО з інвалідністю, що пройшли стаціонарне обстеження в клініці інституту в 2015-2016-2017 рр.

Загальна характеристика		Абсолютна кількість	%
Стать	Ч	248	99,2
	Ж	2	0,8
Вік, р	18-29	49	19,6
	30-39	81	32,4
	40-49	76	30,4
	50-59	44	17,6
	старші 60 років	0	0
Місце проживання	Місто	124	49,6
	Село	136	54,4
Порушення функцій організму	Кровообігу	126	50,4
	Статико-динамічної	72	28,8
	Дихання	9	3,6
	Травлення	8	3,2
	Виділення	4	1,6
	Кровотворення	1	0,4
	Обміну речовин/внутрішньої секреції	8	3,2
	Імунітету	0	0
	Психічні	11	4,4
	Мовні	0	0
	Сенсорні	8	3,2
Важкість груп інвалідності	Порушення, зумовлені фізичним каліцтвом	3	1,2
	I	3	1,2
	II	35	14
Обмеження життєдіяльності	III	212	84,8
	Здатність до пересування	232	92,8
	Трудової діяльності	250	100
	Самообслуговування	158	63,2
	Орієнтації	10	4
	Контролю поведінки	12	4,8
	Навчання	40	16
Потреба в заходах реабілітації	Спілкування	5	2
	Медичній	250	100
	Психолого-педагогічній	250	100
	Фізичній	128	51,2
	Професійній	130	52
	Трудовій	195	78
	Фізкультурно-спортивній	31	12,4
	Соціальній та побутовій	10	4
	Забезпечення технічними засобами реабілітації	96	38,4
Забезпечення виробами медичного призначення	31	12,4	

діяльності, самообслуговування, орієнтації, контролю поведінки, навчання, спілкування), реабілітаційні (потребу в заходах медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної та побутової реабілітації, забезпеченні технічними засобами реабілітації та виробами медичного призначення).

Відповідно до «Класифікації основних видів порушення функцій, основних критеріїв життєдіяльності та ступенів їх вираженості» [7] оцінювали наступні порушення функцій: кровообігу, дихання, травлення, виділення, кровотворення, обміну речовин і енергії, внутрішньої секреції, імунітету; статодинамічні (рухові функції голови, тулуба, кінцівок, статика, координація рухів); психічні (сприйняття, увага, пам'ять, мислення, інтелект, емоції, воля, свідомість, поведінка, психомоторні функції); мовні — порушення усної (ринолалія, дизартрія, заїкання, алалія, афазія), а також письмової (дисграфія, дислексія), вербальної і невербальної мови, порушення голосоутворення та інші; сенсорні (зір, слух, нюх, дотик, тактильна, больова, температурна та інші види чутливості); порушення, зумовлені фізичним каліцтвом (деформації обличчя, голови, тулуба, кінцівок, що призводять до зовнішньої потворності). Важкість функціональних порушень ранжували: «легке», «помірне», «виражене», «значно виражене».

Визначення ступеня обмеження життєдіяльності включало інтегровану клініко-функціональну характеристику стійких порушень функцій органів і систем організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм або дефектами, наведену у відповідності до критеріїв і параметрів оцінки зазначених порушень в Постанові КМУ №1317 від 03 грудня 2009 року «Питання медико-соціальної експертизи»: I ступеню, II ступеню, III ступеню [8].

Для оцінки показників біологічного, соціального та професійно-трудоного блоків була застосована бальна система. Критерії ранжувалися за схемою «найгірший-найкращий стан» від 0 до максимального балу кожного конкретного фактору.

Числовий матеріал було піддано варіаційній статистичній обробці за допомогою програмного пакету СКМ Maple 15. З метою виявлення пріоритетних показників, що мали прогностичне значення в досягнен-

ні кінцевої точки, проведено багатофакторний лінійний дискримінантний аналіз Фішера.

Узагальнений вигляд моделі багатофакторної регресії:

$$Y = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + \dots + a_{60}x_{60} + a_{61}x_{61} \quad (1)$$

де y – показник результативності інновацій;

$x_1, x_2, x_3, \dots, x_{60}, x_{61}$ – фактори, що впливають на результативний показник;

a_0 – постійний показник, який не залежить від впливу факторів;

$a_1, a_2, a_3, \dots, a_{60}, a_{61}$ – коефіцієнти багатофакторної регресії.

Результати досліджень та їх обговорення. Загальна характеристика обстеженого контингенту представлена в таблиці 1.

Таблиця 2.

Фактори оцінки реабілітаційного потенціалу в учасників АТО з інвалідністю

Досліджені блоки	Параметри	
Біологічний блок	Вік	X1
	Фізична підготовка	X2
Соціальний блок	Місце проживання	X3
	Забезпеченість власним житлом	X4
	<i>Збереження основних соціальних навичок</i>	
	Мобільність	X5
	Самообслуговування	X6
	Побутове життя	X7
	Сімейний стан	X8
	Матеріальне забезпечення	X9
Професійно-трудо- вий блок	Освітній рівень	X10
	Участь в трудовій діяльності	X11
	Раціональність працевлаштування	X12
	Кваліфікація праці	X13
	Стаж роботи за основною професією	X14
	Зміна (втрата) професії, кваліфікації у зв'язку з захворюванням, травмою	X15
	Трудова спрямованість	X16
Психологічний блок	Регістр-синдром екзогенно-органічний	X17
	Астенічний синдром	X18
	Тривожний/Депресивний синдром	X19
	Когнітивний синдром	X20
Клініко- функціональний блок	<i>Важкість порушення функцій організму</i>	
	Кровообігу	X21
	Статико-динамічної	X22
	Дихання	X23
	Травлення	X24
	Виділення	X25
	Кровотворення	X26
	Обміну речовин/внутрішньої секреції	X27
	Імунітету	X28
	Психічні	X29
	Мовні	X30
	Сенсорні	X31
	Порушення, зумовлені фізичним каліцтвом	X32
Експертний блок	<i>Обмеження життєдіяльності</i>	
	Здатність до пересування	X33
	Трудової діяльності	X34
	Самообслуговування	X35
	Орієнтації	X36
	Контролю поведінки	X37
	Навчання	X38
Спілкування	X39	
Реабілітаційний блок	<i>Потреба в заходах реабілітації</i>	
	Медичній	X40
	Психолого-педагогічній	X41
	Фізичній	X42
	Професійній	X43
	Трудовій	X44
	Фізкультурно-спортивній	X45
	Соціальній та побутовій	X46
	Забезпечення технічними засобами реабілітації	X47
Забезпечення виробами медичного призначення	X48	

Методом багатофакторного лінійного дискримінантного аналізу нами визначено вектор оцінок коефіцієнтів в регресії та створено лінійну регресійну модель щодо показника реабілітаційного потенціалу в учасників АТО з інвалідністю.

Згідно методу найменших квадратів, вектор $Y(x)$ отримали за формулою:

$$Y(x) = (X^T X)^{-1} (X^T Y) \quad (2)$$

Матриця X – початкові вхідні данні.

Матриця Y – результат обмеження життєдіяльності.

Лінійна регресійна модель щодо показника РП для учасника АТО з інвалідністю мала вигляд:

$$y = 0.05 - 4.52x_1 + 0.05x_2 + 0.72x_3 + 2.31x_4 + 0.98x_5 + 0.97x_6 + 0.88x_7 + 0.66x_8 + 2.01x_9 + 0.71x_{10} + 4.11x_{11} + 3.50x_{12} + 0.31x_{13} + 0.52x_{14} + 0.67x_{15} + 0.74x_{16} - 3.35x_{17} + 0.44x_{18} + 0.11x_{19} - 3.35x_{20} - 5.21x_{21} - 4.21x_{22} + 0.78x_{23} + 0.61x_{24} + 0.79x_{25} + 0.47x_{26} + 0.82x_{27} + 0.11x_{28} - 2.02x_{29} + 0.3x_{30} - 1.21x_{31} + 0.07x_{32} - 4.21x_{33} - 5.36x_{34} - 4.03x_{35} - 3.11x_{36} + 0.82x_{37} + 0.94x_{38} + 0.98x_{39} - 4.51x_{40} - 3.14x_{41} + 1.01x_{42} + 0.99x_{43} - 5.84x_{44} + 0.84x_{45} + 0.67x_{46} - 4.21x_{47} - 3.11x_{48}$$

На підставі проведеного дослідження нами виділені фактори, які були пріоритетними в формуванні рівня РП в учасників АТО з інвалідністю (таблиця 2).

Серед них найбільш питому вагу мали: вік (-4,52); важкість порушення функцій: кровообігу (-5,21), статико-динамічної (-4,21), психічних (-2,02), сенсорних (слуху та зору) розладів (-1,21); обмеження життєдіяльності, зокрема: здатності до трудової діяльності (-5,36), пересування (-4,21), самообслуговування (-4,03), орієнтації (-3,11). Серед вивчених критеріїв психологічного блоку найбільшу вагу склали когнітивні розлади та, відповідно, регістр-синдром за рахунок екзогенно-органічного (-3,35). Серед соціальних факторів найбільш впливовими стали: «забезпеченість власним житлом» та «матеріальне забезпечення» (+2,31 та +2,01, відповідно). Серед професійно-трудо-вих факторів найбільшу вагу склали: «участь в трудовій діяльності» (+4,11) та «раціональність працевлаштування» (+3,50). Серед потреб в заходах реабілітації найбільш суттєву роль прослідковано за потребою в «медичній реабілітації» (-4,51), «психолого-педагогічній реабілітації» (-3,14), «трудовій реабілітації» (-5,84), забезпеченні технічними засобами реабілітації (-4,21), виробами медичного призначення (-3,11).

Таким чином, кореляційний, множинний регресійний аналіз дозволив охарактеризувати природу існуючих зв'язків в математичній моделі, а саме визначити функціональну залежність величини РП (Y) від найбільш впливових на Y досліджуваних факторів (x_{1-48}). Отриманий в результаті перевірки придатності експрес-моде-

лі коефіцієнт валідності $R = 0,851$, значущість якого на рівні $p < 0,001$. Отже валідність експрес-моделі РП підтверджена за допомогою математично-статистичних методів. Практична значимість експрес-моделі визначення факторів РП полягала в тому, що вона враховувала комплекс інформативних показників, які застосовуються в медико-експертній практиці.

Отже, нами сформульовані складові, які формують реабілітаційний потенціал в учасників АТО з інвалідністю.

Висновки

1. Реабілітаційний потенціал в учасників АТО з інвалідністю є комплексним показником, що поєднує біологічні, соціальні, професійно-трудова, клініко-функціональні, психологічні, експертні та реабілітаційні фактори.

2. Лікарям-реабілітологам для діагностики реабілітаційного потенціалу в учасників АТО з інвалідністю при складанні індивідуальної програми реабілітації доцільно використовувати багатофакторну статистичну модель з урахуванням 48 основних характеристик.

3. Об'єктивна та рання оцінка реабілітаційного потенціалу сприятиме плануванню адекватних цілісних програм реабілітації для учасників АТО з інвалідністю, що сприятиме підвищенню рівня РП, відновленню звичайних видів життєдіяльності, працездатності та соціалізації, що в кінцевому результаті прогнозуватиме успішність реабілітаційних заходів.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні обсягів реабілітаційних заходів для учасників АТО з інвалідністю.

Література

1. Prioritetne zavdannya MSEK syogodni – kompleksna rehabilitaciya invalidiv, osoblivo uchasnikov ATO [Internet]. 2015.05.05. Dostupno: https://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20150505_f.html. [in Ukrainian].
2. Kontseptsiia Derzhavnoi tsilovoi prohramy z fizychnoi, medychnoi, psykhologichnoi reabilitatsii i sotsialnoi ta profesiinoi readaptatsii uchasnykiv antyterrorystychnoi operatsii na period do 2022 roku. Ofic. visn. Ukrainy. 2017;59:124;1809. [in Ukrainian].
3. Shevchuk VI, Beliaieva NM, Storozhuk LO, Yavorovenko OB, Semeniuk MV. Osnovni pokaznyky medyko-sotsialnoi reabilitatsii osib z invalidnistiu v Ukraini za 2017 rik: analityko-informatsiinyi dovidnyk. Vinnytsia: FOP Rogalska IO; 2018. 122 s. [in Ukrainian].
4. Cherniak SI, redactor. Osnovni pokaznyky invalidnosti ta diialnosti medyko-sotsialnykh ekspertnykh komisii Ukrainy: analitychno-informatsiinyi dovidnyk. Dnipropetrovsk: Accent PP; 2015-2017. 162 s. [in Ukrainian].
5. Osoblyvosti invalidnosti uchasnykiv antyterrorystychnoi operatsii ta yikh sotsialnoho zakhystu: metodychni rekomendatsii. Vinnytsia, 2017. 37 s. [in Ukrainian].
6. Nakaz MOZ Ukrainy Pro zatverdzhennia form indyvidualnoi prohramy reabilitatsii invalida, dytyny-invalida ta Poriadku yikh skladannia № 623 vid 08.10.2007 roku. Ofic. visn. Ukrainy. 2007 Listop 02;80:113;2996. [in Ukrainian].
7. Nakaz MOZ Ukrainy Pro zatverdzhennia Instruksii pro vstanovlennia hrup invalidnosti. Ofitsiinyi visnyk Ukrainy. 2011 Hrud 02;91:251;3319. [in Ukrainian].
8. Postanova KМУ Pytannia medyko-sotsialnoi ekspertyzy №1317 vid 03 hrudnia 2009 roku. Ofic. visn. Ukrainy. 2009 Hrud 18;95:52;3265. [in Ukrainian].

ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ В УЧАСНИКІВ АТО З ІНВАЛІДНІСТЮ

Беляєва Н. М., Куриленко І. В., Яворовенко О. Б., Гриневич Ю. Ф., Даниленко Ю. А.

Резюме. В роботі проведено вивчення факторів реабілітаційного потенціалу (РП) учасників антитерористичної операції (АТО) з інвалідністю. На підставі багатофакторного регресійного аналізу встановлено, що РП у осіб з інвалідністю внаслідок АТО представляє собою складний комплекс факторів: біологічних, соціальних, клініко-функціональних, психологічних, експертних, реабілітаційних. Для діагностики РП в учасників АТО з інвалідністю при складанні індивідуальної програми реабілітації (ІПР) доцільно використовувати багатофакторну статистичну модель з урахуванням 48 основних характеристик.

Ключові слова: учасники антитерористичної операції (АТО) з інвалідністю, реабілітаційний потенціал (РП), індивідуальна програма реабілітації (ІПР).

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У УЧАСТНИКОВ АТО С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Беляева Н. М., Куриленко И. В., Яворовенко О. Б., Гриневич Ю. Ф., Даниленко Ю. А.

Резюме. В работе проведено изучение факторов реабилитационного потенциала (РП) участников антитеррористической операции (АТО) с инвалидностью. На основании многофакторного регрессионного анализа установлено, что РП у лиц с инвалидностью вследствие АТО представляет собой сложный комплекс факторов: биологических, социальных, клинико-функциональных, психологических, экспертных, реабилитационных. Для диагностики РП у участников АТО с инвалидностью при составлении индивидуальной программы реабилитации (ИПР) целесообразно использовать многофакторную статистическую модель с учетом 48 основных характеристик.

Ключевые слова: участники антитеррористической операции (АТО) с инвалидностью, реабилитационный потенциал (РП), индивидуальная программа реабилитации (ИПР).

DETERMINATION OF REHABILITATION POTENTIAL IN DISABLED ATO PARTICIPANTS

Belyaeva N. M., Kurilenko I. V., Yavorovenko O. B., Hrynevych Yu. F., Danylenko Yu. A.

Abstract. Objective: to study characteristics of rehabilitation potential (RP) in disabled participants of anti-terrorist operation (ATO).

Object and methods of investigation. 250 ATO participants from central, northern and western regions of Ukraine were studied under inpatient treatment between 2015 and 2017. All patients underwent comprehensive clinical and expert examination according to the standards of medical care and unified clinical protocols of tertiary care and rehabilitation in different pathologies. The following investigation methods were used: general scientific methods

(analysis, synthesis, generalization, comparison); content analysis of medical records and medical expert cases of patients; clinical methods; sociological methods (questionnaire, conversation); medical and biological methods; methods of mathematical statistics. To be enrolled in the study, all patients gave their informed consent to participate.

Results. Priority factors in formation of rehabilitation potential level in disabled ATO participants were determined on the basis of multivariate regression analysis. The most significant of them were found to be age (-4.52); dysfunction severity of blood circulation (-5.21), static and dynamic dysfunction (-4.21), mental (-2.02), sensory (hearing and vision) disorders (-1.21); limitation in daily living activities, namely: capability for work-related activity (-5.36), mobility (-4.21), physical self-maintenance (-4.03), orientation (-3.11). Among major psychological criteria studied were cognitive disorders and, consequently, register-syndrome due to exogenous organic disorders (-3.35). Such social factors as "provision of housing" and "financial status" (+2.31 and +2.01, respectively) were of great value as well. "Participation in labor activity" (+4.11) and "rational employment" (+3.50) dominated among work-related factors. Disabled ATO participants required the following rehabilitation measures: "medical rehabilitation" (-4.51), "psychological and pedagogical rehabilitation" (-3.14), "work rehabilitation" (-5.84), provision of technical means of rehabilitation (-4.21) and medical products (-3.11).

Thus, correlation analysis and multiple regression analysis made it possible to specify the nature of existing relationships in the mathematical model, namely, to determine the functional dependence of RP value (Y) on major study factors (x1-48). Assessment of express model capability showed validity coefficient to be 0.851, the level of significance being $p < 0.001$. Express model proved to be of practical significance in determining RP factors, considering the indices used in medical expert practice.

Conclusions. RP in disabled ATO participants is a complex indicator which combines biological, social, occupational, clinical and functional, psychological, expert and rehabilitation factors. Objective early assessment of RP will lead to the development of adequate integral programs for disabled ATO participants.

Key words: disabled participants of anti-terrorist operation (ATO), rehabilitation potential (RP), individual rehabilitation program (IRP).

*Рецензент – проф. Голованова І. А.
Стаття надійшла 24.09.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-4-2-147-324-327

УДК 616.517-092: 616.1/8 - 036.12 - 06: 616.85:612.26.015.11

Черкашина Л. В.

ОЦІНКА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ ЕТАПІ ЇЇ НАДАННЯ ХВОРИМ НА ПСОРИАЗ: ДОСЛІДЖЕННЯ ОБСЯГІВ ТА ОЦІНКА АДЕКВАТНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

narodmed@med.edu.ua

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. 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).

Вступ. Нинішні тенденції розвитку загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ), як наукової спеціальності та практичної діяльності, та структуризація медичної допомоги за рівнями її надання, характеризуються зміщенням акцентів щодо довготривалого нагляду за хворими на хронічні дерматози (ХД) лікарем ЗПСМ [1-3]. Особливої актуальності набуває ця проблема в зв'язку з подальшим реформуванням галузі на принципах (ЗПСМ) та потребою у координації медичних маршрутів хворих на ХД і міжфаховий (лікар ЗПСМ – дерматовенеролог) співпраці по забезпеченню ефективних медичних маршрутів таких хворих [4]. Водночас, нормативними документами передбачається, що лікар ЗПСМ забезпечує комплаєнс з пацієнтом та формує прихильність хворого до довготривалого лікування, зокрема і в період між загостреннями ХД. Недостатньо вивченими аспектами цієї проблеми

є забезпечення лікувально-профілактичного процесу та його якості, як компоненту діяльності лікаря ЗПСМ [4]. Саме тому, у вказаному контексті, важливим є розробка методології оцінки якості лікувально-профілактичного процесу на етапі ПМСД стосовно хворих на псоріаз, вивчення обсягів лікувально-профілактичних заходів в період між загостреннями ХД [5-7].

Мета дослідження полягала у вивченні обсягів та адекватності використання лікувально-профілактичних заходів лікарями первинної ланки при наданні медичної допомоги хворим на псоріаз.

Об'єкт і методи досліджень. Аналіз обсягів та адекватності лікувально-профілактичних заходів (ЛПЗ) на етапі ПМСД виконано серед 110 хворих на псоріаз з урахуванням тяжкості перебігу ХД та немедикаментозної і фармакотерапевтичної компонент. Для вивчення частоти використання тих чи ЛПЗ, попередньо було складено карту експертної оцінки, до якої за результатами експертної оцінки внесено дані з амбулаторної карти (ф.025/о) чи / та історії хвороби (ф.003/о) хворих на ХД. Розглядаючи процес забезпечення якості лікувально-профілактичного процесу (ЛПП) як багатокомпонентну систему нами визначено вибір методології системного підходу, оцінки та аналізу. У вказаному контексті, як відомо із теорії та практики функціонування багатокомпонентних систем, важливе значення має рівень впорядкованості системи, яка є кількісною характеристикою її якісного стану [8-10]. Саме тому, задля отримання інтегральної оцінки