

УДК 616.379-008.64:616.43-082-039.57-058.8:614.2:362.1

ТКАЧЕНКО В.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

АНАЛІЗ ЗМІН ЯКОСТІ ДІАБЕТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Резюме. У зв'язку з затвердженням уніфікованого клінічного протоколу з ведення цукрового діабету (ЦД) 2-го типу в 2012 році актуальною є оцінка результатів його впровадження та якості медичної допомоги при ЦД. **Мета** — провести аналіз якості медичної допомоги за 2003–2012–2014 рр. та результатів впровадження уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на ЦД 2-го типу (наказ МОЗ України № 1118 від 21 грудня 2012 р.) в Україні та Київській області.

Матеріали та методи. Нами було розроблено методику, що включає моніторинг індикаторів якості, аналіз даних статистичних звітів медичних закладів, які доповнювалися анкетуванням 543 лікарів і 92 пацієнтів із ЦД 2-го типу та аналізом їх амбулаторних карток.

Результати. Якість діабетологічної допомоги на ранніх стадіях впровадження є недостатньою. Рекомендований щорічний моніторинг здійснюється не в повному обсязі, не всіх рекомендованих показників і не в усіх хворих, до того ж у недостатньому обсязі виконуються профілактичні заходи, і в результаті не всі пацієнти досягають цільових рівнів показників. Це призвело до підвищення рівня госпіталізації з приводу ЦД та зменшення первинної захворюваності, що є результатом не тільки недостатньої прихильності лікарів, але й недостатньої прихильності пацієнтів до лікування та впливу соціально-економічних аспектів життя в сучасній Україні. Отримані нами результати подібні до європейських результатів щодо впровадження нових керівництв із ведення цукрового діабету. У зв'язку з наростанням поширеності і захворюваності на ЦД 2-го типу продовжується збільшення навантаження на лікарів-ендокринологів. Із метою оптимізації якості медичної допомоги хворим на ЦД 2-го типу необхідні забезпечення доступності лабораторних досліджень та більш активне залучення лікарів первинної ланки, для чого нами розроблено та запроваджено типовий локальний протокол, форму моніторингу якості діабетологічної допомоги пацієнту, проводяться додаткові освітні заходи (лекції, семінари, тренінги, цикли тематичного удосконалення) для лікарів, медсестер та хворих.

Висновки. Якість діабетологічної допомоги на ранній стадії є недостатньою. Запроваджені заходи оптимізації якості діабетологічної допомоги в Київській області дали позитивні результати.

Ключові слова: цукровий діабет 2-го типу, якість медичної допомоги, впровадження протоколу, оптимізація.

Міжнародна діабетична федерація (IDF) у 2014 р. оцінила, що від цукрового діабету (ЦД) у світі страждає близько 387 мільйонів населення. Прогнозується, що до 2035 року ця цифра підвищиться до 592 мільйонів [1].

В Україні поширеність ЦД станом на кінець 2013 року становила 3342,4 на 100 000 населення (3,3 %), на кінець 2014 року — 2790,7 (2,8 %), загальна кількість хворих на ЦД у 2013 році становила 1 380 047 осіб, у 2014 р. — 1 197 317 [2]. Зменшення кількості хворих та поширеності ЦД в Україні може бути обумовлено сучасною геополітичною й економічною ситуацією в країні, складнощами збору статистичних даних у регіонах антитерористичної операції та відсутністю даних по АР Крим.

У сучасних умовах активного переходу системи охорони здоров'я України на засади сімейної медицини диспансеризація та спостереження осіб із факторами ризику ЦД, хворих із компенсованим і субкомпенсованим ЦД, профілактика різноманітних його ускладнень повинні здійснюватися на етапі первинної медичної допомоги — сімейними лікаря-

Адреса для листування з автором:

Ткаченко В.І.
E-mail: wtk@ukr.net

© Ткаченко В.І., 2015

© «Міжнародний ендокринологічний журнал», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

ми та дільничними терапевтами, і в 2012 році в Україні вперше визначено обсяги первинної та вторинної медичної допомоги при ЦД 2-го типу, а також 4 індикатори оцінки якості медичної допомоги (наказ МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728, наказ МОЗ України від 05.08.2009 р. № 574, наказ МОЗ України від 21 грудня 2012 р. № 1118) [3–5].

У зв'язку з цим актуальним є проведення оцінки результатів впровадження даних нововведень та якості медичної допомоги при ЦД.

Мета — провести аналіз якості медичної допомоги за 2003–2012–2014 рр. та результатів впровадження уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу (наказ МОЗ України від 21 грудня 2012 р. № 1118) в Україні та Київській області.

Матеріали та методи

Для забезпечення досягнення мети нами було розроблено методіку оцінювання якості медичної допомоги та результатів впровадження уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги при ЦД 2-го типу, що включає моніторинг індикаторів якості, аналіз даних статистичних звітів медичних закладів, які доповнювалися анкетуванням лікарів і пацієнтів та аналізом амбулаторних карток пацієнтів із ЦД 2-го типу [6, 7].

Під час аналізу статистичних звітів використовували форми звітності за наказом МОЗ України № 378 від 10.07.2007 р., наказом МОЗ України № 110 від 14.02.2012 р. [8, 9]. Анкетування лікарів проводили за допомогою спеціально розробленої на основі анкети з дослідження GUIDANCE валідної анкети з оцінки знання й прихильності до застосування основних положень уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги при ЦД 2-го типу (рівень надійності альфа Кронбаха дорівнює 0,87, що в межах від «дуже добрий» і «добрий»; рівень чутливості — 0,7 і рівень специфічності — 0,82) [6, 7, 10]. Групове анкетування було проведено через рік після затвердження наказу МОЗ України № 1118 від 21 грудня 2012 р. серед 121 лікаря-ендокринолога з різних областей України (із них 48 (39,7 %) із Київської області, вік становив $42,7 \pm 1,1$ року, стаж роботи за фахом — $15,46 \pm 0,90$ року) та 227 лікарів первинної медичної допомоги (ПМД) (із них 84 (37 %) із Київської області, вік становив $41,4 \pm 0,94$ року, стаж роботи за фахом — $8,15 \pm 0,64$ року). Крім того, через півроку, в 2014 році групове анкетування проводилося в динаміці серед 197 лікарів первинної медичної допомоги (переважно в Київській області, вік становив $48,2 \pm 0,9$ року, стаж роботи за фахом — $12,3 \pm 0,8$ року).

Анкетування пацієнтів проводили за допомогою опитувальника з якості життя для пацієнтів із ЦД The Audit Diabetes-Dependent Quality of Life — ADDQoL19 (Bradley et al., 1999, Bradley & Spleight, 2002), опитувальника задоволеності лікуванням Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire — DTSQ,

права на застосування яких нам надані ліцензією від авторів-розробників [11–14]. Дані доповнювались опитуванням пацієнтів щодо факторів ризику, у тому числі серцево-судинних, дотримання дієтичних рекомендацій, статусу тютюнопаління, рівня фізичної активності (міжнародна анкета фізичної активності), оцінкою психічного стану пацієнта (госпітальна шкала тривоги та депресії HADS) та прихильності до лікування. Для отримання інформації про медичний стан пацієнтів у зв'язку з відсутністю системи електронних амбулаторних карток ми обстежили групу пацієнтів із ЦД 2-го типу серед мешканців Київської області з ретроспективним аналізом їх медичних даних щодо моніторингу зазначених показників у динаміці. У дослідженні брали участь 92 хворі на ЦД 2-го типу (вік — $58,90 \pm 1,17$ року, 55 жінок та 37 чоловіків, тривалість ЦД — $6,2 \pm 2,1$ року), які підписали інформовану згоду на участь у дослідженні. Аналізувалися здійснення вимірювання показників щорічного моніторингу (відповідно до уніфікованого клінічного протоколу): рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c), індексу маси тіла (ІМТ), рівня артеріального тиску (АТ), показників ліпідограми, дослідження функції нирок, результати оглядів спеціалістів у динаміці. Моніторинг індикаторів якості відбувався на підставі даних статистичних звітів закладів і даних пацієнтів.

Статистичний аналіз включав визначення вірогідності результатів за тестом t Стьюдента та вірогідності коефіцієнту кореляції Пірсона за допомогою Excel 2007, SPSS.

Результати дослідження

Спеціалізовану ендокринологічну допомогу хворим на ЦД у 2003–2014 рр. надавали ендокринологи. Кількість штатних посад ендокринологів, фізичних осіб і забезпеченість ними на 10 тисяч населення залишаються майже незмінними протягом 10 років як у Київській області, так і в Україні загалом (табл. 1). Первинну медичну допомогу в 2003–2014 рр. в області здійснювали лікарі первинної ланки. Відповідно до закону України № 3611-VI від 7 липня 2011 року «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» в Україні з 2011 року відбувається більш активне реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини, створюються центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). У зв'язку з цим кількість закладів первинної медичної допомоги, посад лікарів (фізичних осіб) первинної медичної допомоги та забезпеченість ними населення постійно збільшуються як у Київській області, так і в Україні загалом (табл. 1).

Показник поширеності ЦД в Україні в 2003 році становив 2448,6 на 100 тис. населення, у Київській області — 2435 на 100 тис. населення, а в 2012 році в Україні — 3477 на 100 тис. населення і в Київській області — 3243 на 100 тис. населення (табл. 2). Темп приросту показника поширеності ЦД за 2003–

2012 рр. зріс по Україні на 42,0 %, по Київській області — 40,0 %. Для порівняння, за попередні 10 років (1994–2003 рр.) темп зміни показника поширеності ЦД по Київській області становив +13,1 %. Згідно з науковими даними щодо прогнозу поширеності ЦД (у розвинутих країнах кожні 10 років чисельність хворих на ЦД зростає принаймні вдвічі), менший приріст чисельності хворих на діабет в Україні та Київській області може свідчити про значний відсоток невиявленого, прихованого діабету. Після впровадження наказу МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1118 у 2013 році зберігалася тенденція до збільшення поширеності діабету як в Україні, так і в Київській області (Україна — 3669 на 100 тис. населення, Київська обл. — 3569 на 100 тис. населення), але в 2014 році відбулося значне зниження даного показника порівняно з 2012 роком по Україні на 19,7 %, що може бути обумовлено сучасною геополітичною і економічною ситуацією в країні, проведенням антитерористичної операції, зменшенням кількості населення. До того ж у Київській області приріст становив +7,8 %, що обумовлено більш стабільною ситуацією в даному регіоні.

Показники первинної захворюваності (виявлення) ЦД в Україні та в Київській області за останні роки мають стійку тенденцію до зростання: з 2003 по 2012 р. на 46,4 % по Україні та на 49,2 % у Київській області (табл. 3). У 2013 році зберігалася тенденція до збільшення показника, але в 2014 році визначено його зниження. У 2014 році первинна захворюваність

на ЦД стала нижчою, ніж у 2012 році, по Україні — на –25,6 %, а по Київській області — на –1,0 %. Це, з одного боку, може бути пояснено нинішньою ситуацією в країні, а з іншого — можна припустити недостатню активність первинної ланки у виявленні ЦД. Слід враховувати той факт, що за наказом МОЗ України № 1150 від 27.12.2013 р. [15] оснащення центрів ПМСД не включає наявності власної лабораторії чи аналізатора глюкози крові, а лікар ПМСД має лише глюкометр і діагностичну систему визначення цукру сечі, що не дозволяє встановити діагноз ЦД за сучасними українськими та міжнародними рекомендаціями. Пацієнт у разі підвищеного цукру крові, установленого глюкометром у кабінеті лікаря ПМСД, має зробити аналіз глюкози крові в лабораторії за власні кошти. За відсутності фінансування на проведення реформування в непілотних регіонах лабораторії центральної районної лікарні відмовляються робити аналізи на безоплатній основі для іншої юридичної установи — центра ПМСД, хоча фактично в більшості випадків центр ПМСД знаходиться в приміщенні поліклініки центральної районної лікарні. Пацієнтові не зрозумілі такі незручності та необхідність додаткових фінансових витрат, з одного боку, а з іншого — страх виразу діагнозу ЦД зупиняє пацієнта на шляху до лабораторії. У такій ситуації стає зрозумілим зниження показника первинної захворюваності по Україні. Незначне його зниження в Київській області пояснюється застосуванням нами заходів оптимізації діабетологічної до-

Таблиця 1. Кадрове забезпечення сімейними лікарями та ендокринологами в Київській області та Україні за 2003–2014 рр.

Рік	Київська область				Україна			
	Сімейні лікарі		Ендокринологи		Сімейні лікарі		Ендокринологи	
	Фізичні особи, абс. число	На 10 тис. населення	Фізичні особи, абс. число	На 10 тис. населення	Фізичні особи, абс. число	На 10 тис. населення	Фізичні особи, абс. число	На 10 тис. населення
2003	23	0,13	67,00	0,36	2661	0,56	1630	0,34
2004	33	0,19	65,00	0,40	3791	0,8	1631	0,35
2005	61	0,35	65,00	0,38	4975	1,06	1642	0,35
2006	120	0,69	62,00	0,35	5825	1,25	1629	0,35
2007	141	0,81	62,00	0,37	6815	1,48	1622	0,35
2008	163	0,95	61,00	0,41	7772	1,69	1636	0,36
2009	184	1,07	63,00	0,39	8112	1,77	1639	0,36
2010	182	1,06	65,00	0,39	8140	1,79	1653	0,36
2011	174	1,02	62,00	0,40	9084	2	1641	0,36
2012	182	1,06	63,00	0,40	9658	2,12	1644	0,36
2013	345	2,01	67,00	0,41	11889	2,62	1644	0,36
2014	418	2,1	70,00	0,42	13	2,9	1441	0,33

Таблиця 2. Поширеність цукрового діабету серед дорослого населення України та Київської області

Показник	На 100 тисяч відповідного населення											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Україна	2448,6	2533,6	2630,4	2741,9	2863,7	2985,1	3111,3	3218,4	3342,4	3477,0	3669,0	2790,7
Київська область	2435,9	2502,8	2606,7	2730,8	2797,9	2938,6	3081,6	3174,0	3243,1	3411,0	3569,0	3677,0

Таблиця 3. Первинна захворюваність на цукровий діабет серед дорослого населення України та Київської області

Показник	На 100 тисяч відповідного населення											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Україна	212,2	240,8	263,4	278,4	290,7	300,5	296,9	300,3	306,2	311,2	327,0	231,5
Київська область	183,7	203,2	239,3	234,2	237,4	287,5	264,2	245,4	231,3	274,0	281,0	271,0

Таблиця 4. Поширеність та первинна захворюваність на цукровий діабет 2-го типу серед дорослого населення України та Київської області (на 100 тисяч населення)

Патологія		Поширеність					Захворюваність				
		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Цукровий діабет	Обл.	3174	3241	3411	3569	3677	245	23,1	274	281	271
	Укр.	3095	3342	3477	3669	–	289	30,6	321	327	–
Інсулінозалежний ЦД (1-й + 2-й тип, що потребує лікування інсуліном)	Обл.	493	502	546	583	620	3	2,5	35	34	45
	Укр.	469	515	467	598	–	31	3,4	34	48	–
Інсулінозалежний ЦД (1-й тип)*	Обл.	–	–	–	234	244	–	–	–	11	12
	Укр.	–	–	–	243	–	–	–	–	15	–
Інсулінонезалежний ЦД (2-й тип)*	Обл.	–	2739,6	3191,3	3335	3433	–	206,7	252	270	258
	Укр.	–	–	–	3423	3 037,3	–	–	–	312	–
З них інсулінонезалежний із отриманням інсуліну*	Обл.	–	161	–	349	376	–	120	–	23	33
	Укр.	–	–	–	355	357,3	–	–	–	33	–
У т.ч. ЦД з ускладненнями	Обл.	1516	159,9	1648	1731	1779	92	8,8	95	95	90
	Укр.	1262	129,4	1289	1402	1205,9	85	8,5	86	93	–

Примітка: * – у 2013 році були змінені рядки групи «Цукровий діабет».

помоги серед лікарів первинної ланки — проведення роз'яснювальних бесід для лікарів, медичних сестер і пацієнтів, науково-практичних семінарів та виїзних лекцій для медичного персоналу центрів ПМСД та пацієнтів, розробка та запровадження циклу тематичного удосконалення для лікарів, розробка та запровадження локального протоколу, навчання пацієнтів самоконтролю діабету.

Починаючи з 2013 року в державній звітній формі № 12 були додані нові рядки: рядок 5.9 «Інсулінозалежний цукровий діабет» (табл. 4) відображає тільки хворих на ЦД 1-го типу, рядок 5.10 «Інсулінонезалежний цукровий діабет» відображає хворих на ЦД 2-го типу, які знаходяться на дієті, лікуванні цукрознижувальними препаратами та які потребують лікування інсуліном, рядок 5.11 «З них інсулінонезалежний, із отриманням інсуліну» відображає хворих на ЦД 2-го типу, які потребують лікування інсуліном.

Так, у 2012 році в Київській області всього було зареєстровано 44 943 (3191,3 на 100 тис. нас.) дорослі людини віком понад 18 років, хворі на ЦД 2-го типу, що на 16,5 % більше, ніж у 2011 році, у 2013 році — 46 962 хворі (3335 на 100 тис. нас.), у 2014 році — 48 344 (3433,0 на 100 тис. нас.). Приріст 2012–2014 рр. становив 7,6 %. Первинна захворюваність на ЦД 2-го типу в 2011 р. зареєстрована в 2910 випадках (206,7 на 100 тис. нас.), у 2012 році — у 3691 випадку (262,1 на 100 тис. нас.), у 2013 році — у 3801 (269,9 на 100 тис.

нас.), у 2014 році — у 3636 (258,2 на 100 тис. нас.). Приріст 2012–2014 рр. становив 1,5 %.

У 2012 році було зареєстровано 23 209 хворих на ЦД з ускладненнями — 48,32 % від усіх зареєстрованих хворих на ЦД, що на 703 хворі (3,1 %) більше, ніж у 2011 р. (22 506 хворих). У 2008–2012 рр. спостерігалось зростання показника поширеності ускладнень ЦД на 16,7 % (2008 р. — 1412; 2009 р. — 1520; 2010 р. — 1516; 2011 р. — 1599; 2012 р. — 1648 на 100 тис. дорослого населення). У 2013 році зареєстровано 24 373 хворі на ЦД з ускладненнями, а в 2014 році було зареєстровано 25 049 хворих (48,37 % від усіх зареєстрованих хворих на ЦД), що на 676 хворих (2,8 %) більше, ніж у 2013 р., та на 7,9 % — ніж у 2012 році. У 2012–2014 рр. зростання показника поширеності ускладнень ЦД було на 7,9 % (2010 р. — 1516; 2011 р. — 1599; 2012 р. — 1648; 2013 р. — 1731; 2014 р. — 1779 на 100 тисяч дорослого населення).

Зменшення первинної захворюваності та збільшення числа людей із ЦД та ускладненнями обумовлені тим, що на одного виявленого хворого залишаються невиявленими 2–3 хворих. Як правило, захворювання виявляється при зверненні хворих за медичною допомогою з маніфестними формами ЦД. Це позначається на ранньому розвитку ускладнень ЦД та рівнях смертності та госпіталізації хворих із приводу ЦД. Відсоток пацієнтів, які були госпіталізовані до стаціонару з приводу ЦД і його ускладнень протягом звітнього періоду, є одним з індикаторів якості,

що підлягає моніторингу. Відсоток госпіталізацій хворих на ЦД 2-го типу від загальної кількості хворих на ЦД 2-го типу в Київській області в 2012 році становив 8,66, у 2013 році — 15,01, а в 2014 році — 7,8. Для порівняння, даний показник у 2008 році дорівнював 15,21 %. Коливання обсягів госпіталізації можна пояснити збільшенням декомпенсованих форм ЦД 2-го типу, що призводить до розвитку ускладнень, втрати працездатності і необхідності стаціонарного лікування хворих [16].

Ступінь компенсації, як відомо, визначається за рівнем HbA1c. Так, за даними статистичних звітів, відсоток пацієнтів із ЦД 2-го типу, яким було визначено рівень HbA1c протягом звітного періоду (*другий індикатор якості*) принаймні 1 раз, у 2012 році по Київській області становив 8,84, тоді як цей показник збільшився в 2013 році до 12,2 %, а в 2014 році — до 17,3 %, але все ж таки залишився достатньо низьким. До того ж залишився майже незмінним протягом 2012–2014 рр. відсоток пацієнтів, які досягли цільових рівнів HbA1c 6,5–7,0 % (2012 — 26,5 %, 2013 — 27,4 %, 2014 — 26,9 %). Але рівень HbA1c у 2012 році відповідав субкомпенсованому ЦД 2-го типу (HbA1c = 7,5–8,0 %) у 52,1 % пацієнтів, у 2013 році — тільки в 35,7 % пацієнтів, у 2014 році — у 42,0 %, що свідчить про погіршення ситуації з контролем ЦД і підтверджується збільшенням відсотка хворих із декомпенсованим ЦД 2-го типу (HbA1c > 8,0 %) з 21,4 % у 2012 році до 36,8 % у 2013 і 32,1 % у 2014 році.

За даними В.І. Паньківа, понад 75 % пацієнтів із ЦД в Україні перебувають у стані декомпенсації [17]. За даними інших дослідників, по Україні в 2013 році було визначено HbA1c принаймні 1 раз у 16,3 % (у 85 458 пацієнтів із 523 932 зареєстрованих хворих), рівень HbA1c був 4–7 % у 25,3 % пацієнтів, 7–9 % — у 27,7 % пацієнтів, понад 9 % — у 47,0 % пацієнтів. Тоді ж по Київській області HbA1c становив відповідно 4–7 % — у 25,0 %, 7–9 % — у 30,8 %, понад 9 % — у 44 % пацієнтів, що свідчить про меншу кількість декомпенсованих пацієнтів у Київській області [18].

Невеликий відсоток пацієнтів, яким визначено HbA1c, може бути пов'язаний із необхідністю проведення аналізу за власні кошти пацієнтів, вартість аналізу обмежує широке його застосування в практиці. З іншого боку, розуміння необхідності проведення даного аналізу як індикатора якості діабетологічної допомоги сприяє більшій активності лікарів щодо його призначення.

За УКП цільовий рівень значення індикатора на етапі запровадження не визначено з метою запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Третій індикатор якості — відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду [19]. При аналізі даних медичної документації 92 хворих на ЦД 2-го типу було визначено, що найбільш повне обстеження хворих за обсягом, наближеним до рекомендованого уніфіко-

ваним клінічним протоколом [5], було здійснено в 73,9 % (n = 68) пацієнтів, із яких 89,7 % (n = 61) були обстежені під час планової госпіталізації, одночасно в 79 % (n = 54) пацієнтів госпіталізація відбувалася щорічно (2012–2013 рр.). Обстеження під час планової госпіталізації цих пацієнтів в основному складалося з дослідження рівня глюкози крові, загального холестерину, загальноклінічних і біохімічних аналізів, ЕКГ-, УЗД-обстеження, консультацій спеціалістів — невропатолога, окуліста з оглядом очного дна, огляду в кабінеті діабетичної стопи. Дослідження функції нирок (мікроальбумінурія) проводилось у 18,5 % (n = 10 у 2012 р.) та у 22,2 % (n = 12 у 2013 р.) пацієнтів, серед яких мікроальбумінурія (МАУ) була наявна в 13,0 % (n = 7) та 14,8 % (n = 8) пацієнтів. Рівень HbA1c визначався в 47,5 % (n = 29) та 52,5 % (n = 32) пацієнтів, він становив у середньому $8,2 \pm 1,3$ % (2012 р.) і $9,1 \pm 0,8$ (2013 р.). Невеликий відсоток пацієнтів, яким проведено дослідження функції нирок та HbA1c, можна пояснити необхідністю оплати обстеження пацієнтом та обмеженням можливостей місцевих лабораторій щодо їх визначення (чи віддаленим розташуванням лабораторій, що мають технічні можливості проведення даних досліджень). Показники ліпідограми визначалися в 21,3 % (n = 13 у 2012 р.) і 24,6 % (n = 15 у 2013 р.) пацієнтів за тими ж причинами, але більш широко проводилося визначення рівня загального холестерину — у 40,9 % (n = 25 у 2012 р.) і 55,7 % (n = 34 у 2013 р.) пацієнтів, що в середньому становив $5,4 \pm 1,1$ ммоль/л (2012) і $5,2$ ммоль/л (2013). У 37,7 % (n = 23) пацієнтів була наявна АГ. Встановлено частоту мікросудинних ускладнень ЦД: ретинопатії — у 24,5 % (n = 15) пацієнтів, нефропатії — у 11,5 % (n = 7), нейропатії — у 18 % (n = 11); макросудинні ускладнення (ішемічна хвороба серця, атеросклероз) були зафіксовані в 13,1 % (n = 8) пацієнтів. За даними медичної документації, з метою лікування ЦД 2-го типу 19,7 % (n = 12) пацієнтів отримували інсулінотерапію, інші — пероральні цукрознижуючі препарати в комбінації з дієтотерапією. Відповідно до визначених змін медичного стану за медичною документацією всім пацієнтам були призначені показані за протоколом препарати (статици, гіпотензивні тощо). У даних медичної документації пацієнтів не було зазначено проведення визначення ІМТ, оцінки психічного стану пацієнтів, серцево-судинного ризику, статусу тютюнопаління, фізичної активності чи надання з цього приводу рекомендацій лікаря, хоча необхідність цих заходів та щорічного моніторингу цих показників зазначена в протоколі [5]. У пацієнтів, які не мали виписного епікризу з історії хвороби стаціонарного хворого, за даними амбулаторних карток встановлено, що щорічне обстеження пацієнтів було недостатнім за обсягом, в основному лікарі первинної медичної допомоги направляли їх до ендокринолога з метою призначення їм обстеження та лікування і невеликому відсотку пацієнтів (переважно в сільській місцевості) самостійно призначали певний перелік обстежень та лікування цукрознижуючими препаратами.

Дані опитування хворих [20] показали, що вони з приводу ЦД зверталися до лікаря первинної медичної допомоги в деяких випадках — 30,4 % (n = 14), але основним лікарем із лікування ЦД більшість пацієнтів вважають ендокринолога. Якість життя загалом пацієнти на пероральних цукрознижуючих препаратах оцінили вірогідно нижче, ніж пацієнти на інсулінотерапії, що може бути пов'язано з більшими обмеженнями способу життя. Середній вплив ЦД (IDQoL) і середній зважений вплив хвороби на якість життя (AWI) були нижчими в пацієнтів, які знаходяться на інсулінотерапії, ніж у пацієнтів, які отримували пероральні цукрознижуючі препарати. Середній вплив ЦД на якість життя відповідно становив у пацієнтів на інсулінотерапії $-2,11 \pm 0,11$ бала проти $-1,93 \pm 0,23$ бала в пацієнтів, які отримували пероральні цукрознижуючі засоби; середній зважений вплив ЦД, розрахований за опитувальником, у хворих на

інсулінотерапії становив $-3,37 \pm 0,24$ бала проти $-2,67 \pm 0,34$ бала в пацієнтів, які отримували пероральні цукрознижуючі засоби. Але вірогідних змін виявлено не було на відміну від наших попередніх даних при аналізі на меншій вибірці, хоча спостерігались аналогічні тенденції. При аналізі впливу наявності ЦД на різні аспекти життя залежно від виду лікування було визначено, що більш негативно ЦД впливав на якість життя в пацієнтів, які були на інсулінотерапії, до того ж вірогідно більший вплив наявності ЦД був на мотивацію в досягненні мети та психічну сферу, що підкреслює взаємозв'язок тривоги, депресії та якості життя при ЦД (рис. 1).

Задоволеність лікуванням ЦД в обох групах була оцінена загалом однаково високо, але вірогідної різниці відмічено не було. Аналіз задоволеності за кожним питанням окремо також не виявив вірогідних розбіжностей (рис. 2).

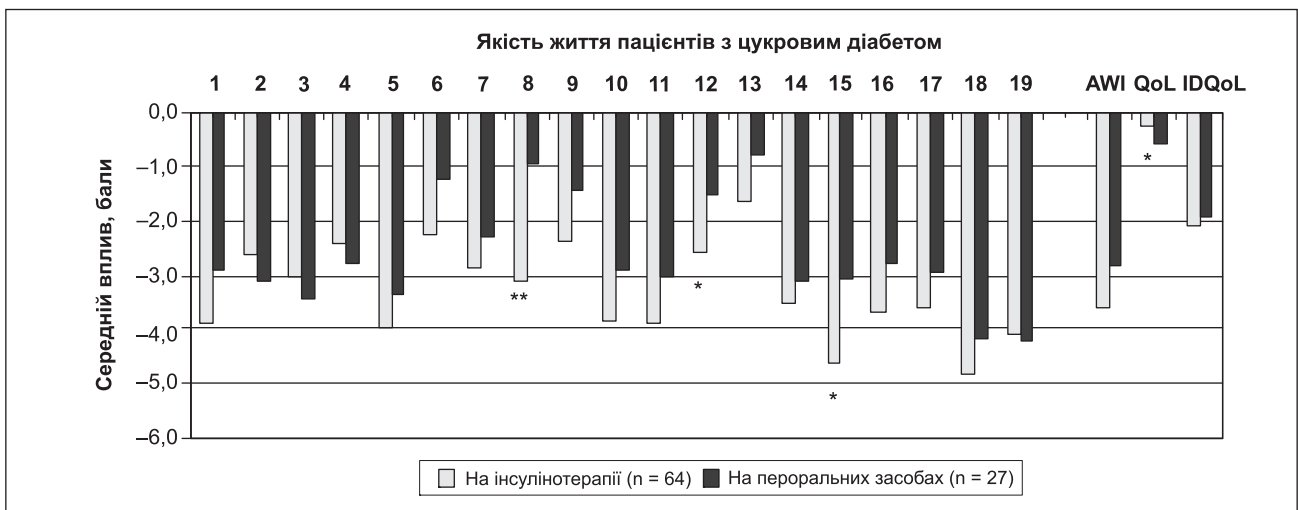


Рисунок 1. Вплив ЦД на різні аспекти життя пацієнтів залежно від виду терапії

Примітки: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,001$ — різниця між показниками статистично вірогідна; 1 — свобода в харчуванні, 2 — робота/кар'єра, 3 — сімейні відносини, 4 — сексуальна активність, 5 — фізична активність, 6 — стурбованість щодо майбутнього, 7 — відпочинок/дозвілля, 8 — свобода вибору напоїв, 9 — хвилювання через дрібниці, 10 — впевненість у собі, 11 — суспільне життя та дружба, 12 — мотивація досягнення мети, 13 — свобода мандрувати, 14 — фінанси, 15 — психічна сфера, 16 — залежність від інших, 17 — умови життя, 18 — реакція суспільства, 19 — близькі стосунки.



Рисунок 2. Задоволеність лікуванням ЦД, бали

При оцінці прихильності до лікування 32,6 % (n = 15) пацієнтів указали, що пропускали прийом препаратів і 28,3 % (n = 13) — самостійно змінювали дози препаратів, лише 34,8 % (n = 16) — слідували рекомендаціям медичних працівників із корекції способу життя та лікування ЦД і його ускладнень.

Усі пацієнти знали про свою надмірну вагу, необхідність дотримання низьковуглеводної дієти, але намагалися її дотримуватися 36,9 % (n = 17) пацієнтів. Установлено, що АГ була в 34,8 % (n = 16) пацієнтів, але 10,9 % (n = 5) із них не приймали призначені їм гіпотензивні препарати, до того ж обтяжливу спадковість щодо серцево-судинної патології мали 36,9 % (n = 17) пацієнтів, низьку фізичну активність — 26,0 % (n = 12) пацієнтів, звичку тютюнопаління — 15,2 % (n = 7) пацієнтів (палять у середньому 10–20 цигарок на добу), однак лише 2 із них замислювалися кинути палити та змінити спосіб життя. Знали про підвищений рівень холестерину 26,0 % (n = 12) пацієнтів, і лише 15,2 % (n = 7) приймали гіполіпідемічні препарати.

Результати анкетування лікарів [21] показали, що через рік після затвердження уніфікованого клінічного протоколу лікарі вказали, що знають про його існування й ознайомилися з цим документом: 77,69 % (n = 94) опитаних лікарів-ендокринологів та 52,42 % (n = 119) опитаних лікарів первинної медичної допомоги. Ще через півроку відсоток лікарів первинної ланки збільшився до 68,5 % (n = 135) з опитаних.

Стосовно знання лікарями основних положень протоколу було відмічено, що рекомендований протоколом цільовий рівень HbA1c $\leq 7\%$ правильно вказали 63 (52 %) ендокринологи та 39 (17,18 %) лікарів ПМД (наприкінці 2013 року), хоча в 2014 році вже 93 (47,2 %) лікарі ПМД з опитаних знали цільовий рівень цього показника. Те, що цільовий рівень АТ, вказаний у протоколі, дорівнює $\leq 140/80$ мм рт.ст., правильно вказали 20 (16,53 %) ендокринологів та 32 (14,09 %) лікарів ПМД, хоча через півроку вже 44 (22,34 %) лікарів ПМД знали цей показник. Цільовий рівень холестерину наприкінці 2013 р. відповідно знали 41 (33,88 %) ендокринолог та 51 (22,47 %) лікар ПМД. Кількість лікарів ПМД збільшилася до 91 (46,2 %) у 2014 р. Отже, на ранніх етапах кращі знання протоколу були серед ендокринологів, та з часом знання протоколу серед лікарів ПМД значно покращилися і досягли такого ж рівня.

До того ж наприкінці 2013 року 105 (86,78 %) ендокринологів та 102 (44,93 %) лікарів ПМД вказали, що призначають і проводять корекцію лікування пероральними цукрознижуючими засобами. Через півроку кількість лікарів ПМД, які проводять лікування таблетованими препаратами, незначно зросла до 46,2 % (n = 91). Але інсулінотерапію самостійно призначають лише 85 (70,25 %) ендокринологів, переважно ті, які працюють у стаціонарних умовах. Хоча за протоколом інсулінотерапію лікарі ПМД не повинні проводити, деякі з них вказали, що можуть її призначати: відповідно в 2013 р. — 16 (7,05 %) і в 2014 р. — 3 (1,5 %).

Усі лікарі вказали, що пропонують навчання з самоконтролю ЦД і мають доступ до інших спе-

ціалістів, отже, можуть забезпечити міждисциплінарну командну структурізовану допомогу хворим на ЦД 2-го типу.

За опитуванням лікарів рівень досягнення цільових показників пацієнтами в процесі лікування був низьким. Так, лікарі-ендокринологи вказали, що серед пацієнтів із ЦД 2-го типу, які в них спостерігаються, лише 51,30 \pm 4,21 % пацієнтів досягають у процесі лікування цільового рівня HbA1c $\leq 7\%$; лише 36,7 \pm 2,0 % пацієнтів мають АТ $\leq 140/80$ мм рт.ст., із них отримують лікування антигіпертензивними засобами 73,50 \pm 2,37 %. Рекомендований рівень холестерину $\leq 4,5$ ммоль/л мають 32,13 \pm 2,10 % пацієнтів, і 53,6 \pm 3,0 % із них отримують гіполіпідемічні препарати. Обстежуються на МАУ 34,70 \pm 2,16 % пацієнтів, із них у 34,70 \pm 2,16 % вона наявна, і лише 80,60 \pm 2,45 % із них отримують нефропротекторну терапію. Профілактичне лікування серцево-судинних захворювань ацетилсаліциловою кислотою при наявних показаннях отримують лише 71,87 \pm 2,57 % хворих. Повне обстеження, включаючи консультації всіх спеціалістів, хоча б 1 раз на рік проходять тільки 71,3 \pm 2,7 % пацієнтів.

Лікарі ПМД вказали, що відсоток пацієнтів із ЦД 2-го типу, які в них спостерігаються, у 2013 році становив лише 17,8 \pm 1,4, та вже в 2014 році він дорівнював 61,3 \pm 3,2, що свідчить про активне залучення лікарів ПМД до ведення пацієнтів із ЦД 2-го типу. Але лікарям ПМД у процесі лікування вдалося досягти цільових рівнів HbA1c $\leq 7\%$ лише в 44,80 \pm 5,96 % пацієнтів із ЦД 2-го типу в 2013 р. та в 49,72 \pm 3,63 % — у 2014 р., хоча вказаний за опитуванням відсоток є значно вищим, ніж реальний відсоток пацієнтів із HbA1c $\leq 7\%$. Лише 34,70 \pm 1,77 % (2013) та 33,1 \pm 2,2 % (2014) пацієнтів, за спостереженнями лікарів ПМД, досягли цільового рівня АТ $\leq 140/80$ мм рт.ст., із них у 2013 р. лікування антигіпертензивними засобами отримували 76,3 \pm 1,9 % пацієнтів, але в 2014 р. відсоток пацієнтів, які отримували лікування, вказано вірогідно вищий — 82,40 \pm 2,02 % (p < 0,05). Рівень холестерину $\leq 4,5$ ммоль/л мали 30,86 \pm 1,66 % (2013 р.) та 28,4 \pm 2,0 % (2014 р.) пацієнтів, із них лише 50,95 \pm 2,40 % (2013 р.) та 50,6 \pm 2,8 % (2014 р.) осіб отримували гіполіпідемічні препарати. Обстежувалися на визначення МАУ за направленням лікарів ПМД лише 46,25 \pm 2,70 % (2013 р.) та 40,02 \pm 3,66 % (2014 р.) пацієнтів, із них у 29,85 \pm 2,35 % (2013 р.) та в 27,2 \pm 2,8 % (2014 р.) вона визначалася наявною, і лише 67,60 \pm 2,73 % (2013 р.) та 66,13 \pm 2,90 % (2014 р.) із них отримували нефропротекторну терапію, що є вірогідно меншим, ніж вказують ендокринологи, і говорить про недостатні знання профілактики діабетичної нефропатії серед лікарів ПМД. Профілактичне лікування серцево-судинних захворювань ацетилсаліциловою кислотою при наявних показаннях отримували лише 70,2 \pm 2,3 % (2013 р.) та 70,5 \pm 2,1 % (2014 р.) пацієнтів. Сталість вказаних лікарями ПМД відсотків протягом 2013 і 2014 років та їх близькість до вказаних даних ендокринологами можуть свідчити про наближену до дійсності оцінку. Повне обстеження, включаючи консультації всіх спе-

ціалістів, принаймні 1 раз на рік пройшли $51,4 \pm 2,8$ % (2013 р.) та $42,60 \pm 2,07$ % (2014 р.), що вірогідно нижче відсотка, вказаного ендокринологами, і свідчить про недостатність профілактичних заходів із боку лікарів ПМД. Але слід зауважити, що наведена лікарями самооцінка діабетологічної допомоги повинна бути підтверджена об'єктивними даними медичного стану пацієнтів із ЦД 2-го типу, зазначеними результатами їх дослідження та лікування, що в сукупності з даними анкетування надасть більш повну картину оцінки якості діабетологічної допомоги.

Отже, якість діабетологічної допомоги, що оцінена на ранній стадії впровадження уніфікованого клінічного протоколу в Україні, є недостатньою. Рекомендований уніфікованим клінічним протоколом щорічний моніторинг показників та проведення профілактичних заходів здійснюються не в повному обсязі як на первинному, так і вторинному рівнях; проводиться моніторинг не всіх рекомендованих показників і не всім хворим, до того ж рекомендовані профілактичні заходи з корекції медичного стану пацієнтів здійснюються в недостатньому обсязі, і в результаті не всі пацієнти досягають цільових рівнів показників. Це призвело до підвищення рівня госпіталізації з приводу ЦД та зменшення первинної захворюваності. На наш погляд, це результат не тільки недостатньої прихильності лікарів до вивчення і впровадження нового уніфікованого протоколу в практику на ранніх етапах (2013–2014 рр.), але й недостатньої прихильності пацієнтів до дотримання всіх рекомендацій та впливу соціально-економічних аспектів життя в сучасній Україні. З іншого боку, у зв'язку з наростанням поширеності та захворюваності на ЦД 2-го типу продовжується збільшення навантаження на лікарів-ендокринологів. За цих умов актуальним є співпраця сімейного лікаря і лікаря-ендокринолога у веденні хворого на ЦД 2-го типу, забезпечення ними надання медичної допомоги за мультидисциплінарним принципом у структурізований команді, координатором якої є лікар первинної медичної допомоги, який працює в тісній співпраці зі спеціалістами і повинен забезпечити якісну профілактичну допомогу та навчання пацієнтів самоконтролю.

З метою оптимізації якості медичної допомоги хворим на ЦД 2-го типу нами розроблений і запроваджений типовий локальний протокол для центрів ПМСД, який затверджений МОЗ і впроваджений закладами первинної медичної допомоги Київській області, що підтверджує виконання четвертого індикатора. Нами розроблено та впроваджено в закладах первинної медичної допомоги Київської області форму моніторингу якості діабетологічної допомоги пацієнту, проводяться додаткові освітні заходи (лекції, семінари, тренінги, цикли тематичного удосконалення) для лікарів, медсестер і пацієнтів.

Висновки

Якість медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу, що оцінена на ранній стадії впровадження уніфікованого клінічного протоколу в Україні, є

недостатньою. Така ситуація частково пов'язана з недостатнім знанням лікарями основних положень протоколу, недостатнім оснащенням і фінансуванням закладів системи охорони здоров'я, низькою доступністю проведення діагностичних досліджень на рівні первинної медичної допомоги, необхідністю оплати проведення зазначених у протоколі медичних досліджень пацієнтом, труднощами з розробкою і впровадженням локальних протоколів. Отримані нами результати подібні до європейських результатів щодо впровадження нових керівництв із ведення цукрового діабету. Запроваджені заходи оптимізації якості діабетологічної допомоги в Київській області дали позитивні результати.

Список літератури

1. Міжнародна діабетична федерація (IDF), сайт. — Режим доступу: <http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014>
2. Довідник основних показників діяльності ендокринологічної служби України за 2014 рік // Ендокринологія. — 2015. — Додаток 1. — Т. 20, № 1. — 38 с.
3. Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 29 грудня 2010 р. за № 1396/18691 [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1396-10>
4. Наказ МОЗ України від 05.08.2009 № 574 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги пацієнтам з ендокринними захворюваннями» [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090805_574.html
5. Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу» [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121221_1118.html
6. Ткаченко В.І. Методика оцінювання якості діабетологічної допомоги на основі анкетування лікарів / В.І. Ткаченко, Б.М. Маньковський, В.В. Краснов, Л.Ю. Бабінцева // Медична інформатика та інженерія. — 2014. — № 2(26). — С. 22-27.
7. Ткаченко В.І. Розробка та впровадження уніфікованого та локального протоколів з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу на етапі первинної медичної допомоги (методичні рекомендації). — К., 2014. — 54 с.
8. Наказ МОЗ України від 10.07.2007 № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення» [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>
9. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974, із змінами, внесеними згідно з наказами МОЗ України № 527 від 28.07.2014, № 549 від 08.08.2014 [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130617_0511.html
10. Quality of Care of Patients with Type 2 Diabetes in Eight European Countries. Findings from the Guideline Adherence

to Enhance Care (GUIDANCE) study [Текст] / M.A. Stone, G. Charpetier, K. Doggen et al. // *Diabetes Care*. — Publish ahead of print, published online. — April 29, 2013. — P. 1-11. — Режим доступу до журн.: <http://www.care.diabetesjournals.org>

11. Шишкова Ю.А. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования / Шишкова Ю.А., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г., Майоров А.Ю. // *Сахарный диабет*. — 2011. — № 3. — С. 70-75.

12. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL / Bradley C., Todd C., Gorton T., Symonds E., Martin A., Plowright R. // *Qual Life Res*. — 1999. — № 8. — P. 79-91.

13. Bradley C. Importance of Differentiating Health Status from Quality of Life / C. Bradley // *The Lancet*. — 2001. — № 357. — P. 7-8.

14. Diabetes Treatment Satisfaction Treatment Questionnaire change version evaluated in insulin glargin trials shows greater responsiveness to improvements than the original / C. Bradley, R. Plowright, J. Stewart et al. // *Health and quality of life outcomes*. — 2007. — № 5. — P. 57-62.

15. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів» [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131227_1150.html

16. Паньків В.І. Цукровий діабет 2 типу: як уникнути помилок і підвищити ефективність лікування / В.І. Паньків // *Міжнародний ендокринологічний журнал*. — 2014. — № 4(52). — С. 79-84.

17. Гульчій М.В. Системний контроль глікозильованого гемоглобіну — шлях до покращання лікування і якості життя людей з цукровим діабетом / М.В. Гульчій, К.О. Замолотова, Л.К. Соколова та ін. // *Діабет. Ожиріння. Метаболічний синдром*. — 2014. — № 4(III). — С. 91-98.

18. Ткаченко В.І. Аналіз результатів впровадження уніфікованого клінічного протоколу з ведення цукрового діабету 2 типу за індикаторами якості у закладах Київської області / В.І. Ткаченко // *Міжнародний ендокринологічний журнал*. — 2014. — № 7. — С. 22-27.

19. Ткаченко В.І. Аналіз медичного стану пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу та його вплив на розвиток ускладнень / В.І. Ткаченко, Б.М. Маньковський, М.М. Долженко // *Міжнародний ендокринологічний журнал*. — 2014. — № 8. — С. 18-23.

20. Ткаченко В.І. Психосоціальні аспекти цукрового діабету 2 типу: зв'язок з медичним станом та видом терапії / В.І. Ткаченко // *Семейная медицина*. — 2015. — № 1(57). — С. 53-59.

21. Ткаченко В.І. Оцінювання прихильності сімейних лікарів та лікарів-ендокринологів до застосування на практиці уніфікованого клінічного протоколу з ведення цукрового діабету 2 типу / В.І. Ткаченко // *Семейная медицина*. — 2014. — № 3(53). — С. 127-129.

Отримано 06.02.15 ■

Ткаченко В.І.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ КАЧЕСТВА ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ УНИФИЦИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Резюме. В связи с утверждением унифицированного клинического протокола по ведению сахарного диабета (СД) 2-го типа в 2012 году актуальной является оценка результатов его внедрения и качества медицинской помощи при СД. Цель — провести анализ качества медицинской помощи за 2003–2012–2014 гг. и результатов внедрения унифицированного клинического протокола по оказанию медицинской помощи больным СД 2-го типа (приказ МЗ Украины № 1118 от 21 декабря 2012 г.) в Украине и Киевской области.

Материалы и методы. Нами была разработана методика, которая включает мониторинг индикаторов качества, анализ данных статистических отчетов медицинских учреждений, что дополнялось анкетированием 543 врачей и 92 пациентов с СД 2-го типа и анализом их амбулаторных карточек.

Результаты. Качество диабетологической помощи на ранних стадиях внедрения недостаточное. Рекомендуемый ежегодный мониторинг осуществляется не в полном объеме, не всех рекомендованных показателей и не всем больным, к тому же в недостаточном объеме проводятся профилактические мероприятия, и в результате не все пациенты достигают целевых уровней показателей. Это привело к повышению уровня госпитализации по поводу диабета и уменьшению первичной заболеваемости, что является результатом не только недостаточной приверженности

врачей, но и недостаточной приверженности пациентов к лечению и влияния социально-экономических аспектов жизни в современной Украине. Полученные нами результаты подобны европейским результатам относительно внедрения новых руководств по ведению сахарного диабета. В связи с нарастанием распространенности и заболеваемости СД 2-го типа продолжается увеличение нагрузки на врачей-эндокринологов. С целью оптимизации качества медицинской помощи больным СД 2-го типа необходимо обеспечение доступности лабораторных исследований и более активное привлечение врачей первичного звена, для чего нами разработаны и внедрены типовой локальный протокол, форма мониторинга качества диабетологической помощи пациенту, проводятся дополнительные образовательные мероприятия (лекции, семинары, тренинги, циклы тематического усовершенствования) для врачей, медсестер и пациентов.

Выводы. Качество диабетологической помощи на ранней стадии недостаточное. Проведенные мероприятия по оптимизации качества диабетологической помощи в Киевской области показали положительные результаты.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, качество медицинской помощи, внедрение протокола, оптимизация.

Tkachenko V.I.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

ANALYSIS OF CHANGES OF DIABETES CARE QUALITY UNDER IMPLEMENTATION OF UNIFIED CLINICAL PATHWAY FOR CARING DIABETIC TYPE 2 PATIENTS

Summary. After the adoption of a unified clinical pathway for diabetes mellitus type 2 care in 2012 in Ukraine it is relevant to analyze the results of its implementation and the quality of diabetes care. The aim is to analyze the quality of diabetes care and results of implementation of unified clinical pathway for caring diabetic type 2 patients in Ukraine and Kyiv region for 2003–2012–2014 years (Order of MH of Ukraine № 1118, d/d December, 21, 2012). **Materials and methods.** We developed a methodology that includes monitoring quality indicators, statistical analysis of reports of medical establishments, that were complemented by survey of 543 doctors and 92 patients with type 2 diabetes mellitus and analysis of outpatient records. **Results.** The quality of diabetes care on the early stages of pathway implementation is improper. The recommended annual monitoring is incomplete. It does not cover all recommended parameters and all patients. In addition, insufficient preventive measures are used and not all patients achieve target levels as a result. This led to increasing hospitalizations and reducing primary diseases incidence caused

by both a lack of physicians commitment and a lack of patients adherence to treatment and the impact of socio-economic aspects of life in Ukraine nowadays. Our data are similar to European experience in implementation of a clinical pathway for diabetes mellitus care. Due to the growing prevalence and incidence of type 2 diabetes mellitus, the burden on endocrinologists continues to increase. In order to optimize the quality of diabetes mellitus care it is necessary to ensure the availability of laboratory tests and more active involvement of general practitioners. For this purpose we have developed and implemented a typical local protocol, form of monitoring the quality of diabetes mellitus care, conducted the additional educational activities (lectures, seminars, workshops, thematic improvement cycles) for physicians, nurses and patients. **Conclusions.** The quality of diabetes mellitus care on the early stage is insufficient. Introduced measures optimizing the quality of diabetes mellitus care in the Kyiv region had positive results.

Key words: type 2 diabetes mellitus, quality of care, clinical pathway implementation, optimization.