

Міжнародний досвід застосування інтегрованого клінічного протоколу в медичній практиці (огляд літератури)

В.І. Шуляк

Житомирська центральна районна лікарня

Резюме. В оглядовій статті висвітлено міжнародний досвід стандартизації медичної допомоги на рівні пацієнта.

Ключові слова: інтегрований клінічний протокол, стандартизація медичної допомоги, якість медичної допомоги, доказова медицина.

Постійне зростання витрат на охорону здоров'я у другій половині ХХ ст. спонукало провайдерів медичних послуг до пошуку шляхів забезпечення належного рівня якості медичної допомоги та підвищення ефективності використання ресурсів у медичній галузі. Підґрунтям таких змін стало впровадження у практику результатів клінічних досліджень, безпечних і ефективних підходів до ведення пацієнтів. У медичній практиці з'явився термін «доказова медицина» (evidence based medicine) (Velasco-Garrido M., Busse R., 2005; Belsey J., Snell T., 2009).

Проте незважаючи на великий потенціал, накоплений за роки популяризації доказової медицини, відсутність системного підходу до впровадження тверджень доказової медицини у практичну медичну діяльність не дала вагомих та очікуваних результатів (Harrison J.P., Radcliffe K., 2010). Ситуація змінилася, коли у США та провідних країнах Європи були розроблені науково обґрунтовані принципи стандартизації медичної допомоги на основі доказової медицини (Carey M. et al., 2009).

З середини 1980-х років ХХ ст. в ряді медичних закладів США почався процес розробки документів для стандартизації медичної допомоги на рівні пацієнта, які ґрунтувалися на доказах, отриманих при проведенні клінічних досліджень (Pearson S.D. et al., 1995). Основною функцією цих документів був контроль витрат при наданні стаціонарної медичної допомоги й тривалості лікування в умовах стаціонару (Vanhaecht K. et al., 2010).

З середини 1990-х років подібні документи активно впроваджуються в медичних закладах країн Західної Європи, в розвинених країнах Азії та Австралії (Middleton S. et al., 2001).

В англійській літературі для визначення документів, які регламентують надання медичної допомоги на рівні пацієнта, використовують терміни «care pathway», «critical path», «integrated clinical pathway», «integrated care pathway» (De Bleser L. et al., 2006). Терміни «integrated clinical pathway»

та «integrated care pathway» є найчастіше вживаними (Kinsman L. et al., 2010).

Існує декілька загальноприйнятих визначень поняття Integrated Clinical Pathway (ICP) (De Bleser L. et al., 2006):

- розроблені для мультидисциплінарної команди структуровані плани, які ґрунтуються на доказах і детально визначають послідовність медичних втручань, часові рамки виконання, показники виконання ключових етапів та очікуваних результатів для однорідної групи пацієнтів у певний часовий період (Campbell H. et al., 1998);
- документ, що визначає досягнуту на рівні мультидисциплінарної команди домовленість щодо надання медичної допомоги, яка ґрунтується на клінічних настановах та доказах, де це можливо, для специфічної групи пацієнтів. Цей документ формує повною мірою або частково медичну документацію. В документі реєструються дані про надану медичну допомогу. Проводиться оцінка досягнутих результатів з метою забезпечення постійного покращання медичної допомоги (Overill S., 1998);
- схема мультидисциплінарного медичного втручання, визначеного чіткими часовими рамками для ведення пацієнта з певною нозологією або синдромом, для досягнення позитивних результатів. Це інструмент впровадження національних клінічних настанов у практичну діяльність, зменшення необґрунтованих відхилень та управління клінічними ризиками (Middleton S., 2001);
- сукупність медичних втручань, методів та підходів до управління міждисциплінарною командою спеціалістів для надання медичної допомоги специфічному контингенту пацієнтів у чітко визначений період (Panella M., 2010).

Основними характерними ознаками ICP є (Panella M., 2010):

- ґрунтуються на доказах та найкращій практиці;
- спрямовані на забезпечення якості медичної допомоги, ефективне використання ресурсів, безпеку пацієнта;

- покращують взаємодію членів мультидисциплінарної команди;
- сприяють активній позиції пацієнта та його родичів у процесі надання медичної допомоги;
- координують надання медичної допомоги шляхом визначення часових рамок, переліку та порядку проведення медичних втручань;
- дозволяють проводити моніторинг, реєстрацію, документальне оформлення відхилень і результатів;
- слугують для визначення затрат ресурсів, прогнозування та планування;
- оптимізують ведення медичної документації.

Перший досвід застосування ICP пов'язаний із проведенням економічної оцінки та фінансового контролю затрат ресурсів при наданні стаціонарної допомоги з використанням клініко-діагностичних груп (Diagnosis Related Groups — DRG) (Carlson B., 2009). Проте із впровадженням у практику ICP з'явилися переконливі докази підвищення якості медичної допомоги та покращання результатів у сферах медичної галузі, де застосовувалися ICP. На сьогодні основною метою запровадження ICP є забезпечення якості медичної допомоги та безпеки пацієнта, підвищення ефективності використання ресурсів. ICP є інтегральним стратегічним провідником доказової медицини у практичну діяльність (Carey M. et al., 2009).

Розробку ICP, як правило, проводять мультидисциплінарні команди спеціалістів у потужних медичних закладах, об'єднаннях лікувальних закладів (hospital trust), або професійній асоціації лікарів та медичних сестер. ICP відрізняються сферою їх застосування. Деякі з ICP розробляються для ведення певного контингенту пацієнтів для надання допомоги при певній нозології, інші — регламентують певний процес надання медичної допомоги (медичне втручання) (Vanhaecht K. et al., 2010). Переважною сферою застосування ICP є стаціонарна медична допомога. Проте в останні роки все більше уваги приділяється ство-

ренню ICP для лікарів загальної практики (general practitioners).

Ключові критерії вибору сфери для розробки ICP:

- наявність достатньої доказової бази (клінічні настанови, результати клінічних досліджень);
- високий рівень затрат;
- наявність значних варіацій у наданні допомоги;
- необхідність покращання взаємодії між окремими медичними службами та підрозділами медичного закладу.

ICP менш придатні для складних, важко передбачуваних станів (Vanhaecht K. et al., 2006a).

Розробка та впровадження ICP є циклічним процесом, що пов'язаний із розширенням та оновленням доказової бази, а також накопиченням досвіду застосування ICP в практичній діяльності. Схематично цей процес наведено на **рис. 1**.

У циклі розробки ICP зусилля команди спрямовані на його створення та успішне впровадження. В циклі управління основним завданням є підвищення якості та подальше удосконалення ICP з урахуванням набутого досвіду використання. Якщо зміни в доказовій базі або дані, отримані в результаті застосування ICP на практиці, вказують на необхідність внесення змін в існуючий ICP, тоді в фазі розробки має пройти черговий цикл. Цикл управління повторюється в кожному випадку надання медичної допомоги, у процесі якого проходить виконання вимог ICP та оцінка досягнутих результатів (Vanhaecht K. et al., 2007; Carey M. et al., 2009).

Не існує однозначно чітко визначеної форми та структури ICP, проте загальноприйнятною основою ICP є матриця з часовою шкалою та переліком медичних втручань (time-task matrix), з визначенням виконавців та порядку взаємодії членів мультидисциплінарної команди (Pearson S.D. et al., 1995; Middleton S. et al., 2001). Обов'язковим елементом у структурі ICP є чітко визначені ключові етапи виконання (milestones), індикатори виконання та очікувані результати (outcomes). Схематично матриця ICP наведена в **таблиці**.

У письмовій формі ICP передбачені відповідні графи та поля, які заповнюються медичним персоналом у процесі надання медичної допомоги відповідно до ICP. Заповнена письмова форма ICP є складовою медичної документації, яка ведеться у ста-

ціонарі. Це означає, що клінічний протокол інтегрований у медичну карту пацієнта і лікарю не доводиться заповнювати додаткові форми медичної документації (Bower K. A., 2009).

Гнучкість у прийнятті рішень є пріоритетом при використанні ICP. Неможливо досягти позитивних результатів при жорсткому однозначному застосуванні вимог ICP до всіх пацієнтів без винятку, тому в кожному з випадків надання допомоги відповідно до ICP є певні відхилення від попереднього плану ведення пацієнта (McCue J.D. et al., 2009).

Поняття «відхилення» (variance) визначається як «будь-яка відмінність у наданні медичної допомоги від запропонованої в ICP» (Ye Y. et al., 2008).

Загальноновживаним став термін «variance management» (управління відхиленнями) — комплексний підхід з виявлення, реєстрації, аналізу та подальшого удосконалення надання медичної допомоги у сфері використання ICP (Yamazaki T., Umamoto K., 2010).

Як впливає з визначення ICP, однією з його функцій є зменшення варіативності в наданні медичної допомоги (Overill S., 1998; Middleton S., 2001). Досягнення найкращих результатів у певній групі пацієнтів при виконанні ICP можливе при певному рівні відхилень, проте підвищення рівня відхилень при виконанні ICP призводить до зниження досягнутих результатів, а при подальшому збільшенні частки відхилень свідчить про недоцільність використання клінічного маршруту при наданні медичної допомоги в цій сфері (Yamazaki T., Umamoto K., 2010). Відхилення класифікують на відхилення, пов'язані з пацієнтом,

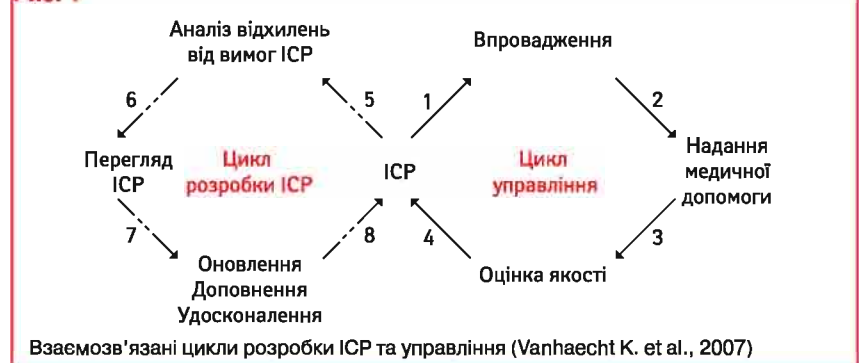
з медичним персоналом та наданням медичної допомоги, пов'язані з організацією надання медичної допомоги. Відхилення можуть бути як позитивними, так і негативними. До позитивних відхилень можна віднести досягнення запланованого результату в коротші строки, досягнення кращих клінічних результатів тощо. До негативних відхилень належать випадки надання непередбачених ICP медичних втручань, невиконання в повному об'ємі вимог ICP тощо (McCue J.D. et al., 2009).

Незважаючи на певні неузгодженості в підходах до оцінки відхилень, аудит відхилень описується як ключовий аспект процесу впровадження та виконання ICP (Vanhaecht K. et al., 2006b). Визначення відхилень у наданні медичної допомоги дозволяє спрогнозувати можливі потреби пацієнтів та визначити проблеми в системі надання медичної допомоги (Kul S., 2010). Аналіз відхилень також дозволяє виявити прогалини в існуючій доказовій базі та запропонувати теми подальших клінічних досліджень (Cardoen B., Demeulemeester E., 2008). Застосування ICP пацієнта змінило парадигму з ретроспективної оцінки (контролю) якості на управління якістю медичної допомоги на рівні пацієнта в режимі реального часу (Feuth S., Claes L., 2008; Vanhaecht K. et al., 2009).

При оцінці результатів дотримання ICP необхідно враховувати (Lemmens L. et al., 2009; Vanhaecht K. et al., 2009):

- ступінь досягнення державного медичного стандарту в певній галузі медицини, якщо такий існує;
- дотримання вимог нормативних актів, які регламентують надання медичної допомоги в певній галузі;

Рис. 1



Таблиця Основа структури ICP — матриця зі шкалою часу та визначенням медичних втручань (Pearson S.D. et al., 1995; Middleton S. et al., 2001)

Матриця ICP (time-task matrix)				
Особисті дані пацієнта		Очікувана тривалість стаціонарного лікування (Expected length of stay) – 3 дні		
Діагноз:				
Медичні втручання (Intervention)				
	Шкала часу (Timeframe)			
	Догоспітальний етап (Pre-admission)	День госпіталізації (Admission)	1-й день	2-й день – виписка (Discharge)
Клінічний огляд (Clinical assessment)				
Обстеження (Tests)				
Призначення (Treatment)				
Медикаментозна терапія (Medication)				
Інші медичні процедури (Activity)				
Очікувані результати (Outcomes)				
План підготовки до виписки (Discharge plan)				
Інформаційна підтримка пацієнта (Patient education)				
Відхилення (Variations)				

- клінічні результати лікування;
- ступінь задоволення потреб пацієнта і/або його родичів чи осіб, які доглядають пацієнта;
- економічні показники надання медичної допомоги.

Чітка логічна схема побудови ICP, високий ступінь стандартизації та формалізації термінів, наявність визначених критеріїв виконання кожного з етапів ICP (milestones) дозволило застосувати сучасні інформаційні технології для підтримки впровадження та виконання ICP (Blaser R. et al., 2007; Blumen H.E., Nemiccolo L.D., 2009; Wakamiya S., Yamauchi K., 2009; Damiani G. et al., 2010). Електронний варіант ICP інтегрується в госпітальну інформаційну систему (Isetta M., 2008; Jha A.K. et al., 2009; Tschopp M. et al., 2009), що забезпечує автоматичний моніторинг виконання ICP по цілому ряду показників (Chu S., 2001; Georgiou A. et al., 2010). Системний підхід до інформаційного забезпечення ICP є основою для створення інформаційних систем підтримки прийняття клінічних рішень (decision support systems in health care) (Altsitsiadis E. et al., 2009) та політики управління ризиками (risk management) (Lenz R. et al., 2007; Kazemi A., 2009).

Процес впровадження, оновлення та доповнення ICP передбачає проведення регулярних тренінгів і занять із медичним персоналом, що сприяє підвищенню рівня знань і кваліфікації медичного персоналу (Hunter B., Segrott J., 2008).

За результатами проведених досліджень ICP загалом позитивно впливають на роботу медичного персоналу (Vanhaecht K. et al., 2007; Harrison J.P., Radcliffe K., 2010). Перш за все це пов'язано з покращанням взаємодії членів мультидисциплінарної команди, узгодженості в роботі окремих медичних служб, забезпеченні наступності та послідовності надання медичної допомоги між різними підрозділами медичного закладу при переведенні пацієнта. Детальний, крок за кроком, опис процесу надання медичної допомоги і визначення відхилень від ICP спонукає медичних працівників більш відповідально ставитись до своїх функціональних обов'язків (Rotter T. et al., 2008).

Проведенні дослідження свідчать про те, що використання ICP дозволяє підвищити ступінь задоволеності пацієнтів медичною допомогою через покращання інформованості пацієнтів і/або їх родичів. Пацієнти мають змогу отримати більш чітке розуміння порядку надання медичної допомоги та очікуваних результатів. ICP сприяють залученню пацієнта до процесу надання медичної допомоги. У багатьох випадках це призводить до зміни пасивної позиції пацієнта та його родичів до партнерських відносин із медичним персоналом (Allen D. et al., 2009).

Багаторічний досвід використання ICP у практичній діяльності свідчить не лише про позитивний вплив ICP на процес надання медичної допомоги, але й визначив проблемні аспекти застосування ICP, основними з яких є (Vanhaecht K., 2007; Bower K., 2009):

1. Розробка, впровадження, оновлення та доповнення ICP — складний багатограний процес, який потребує самовідданої роботи команди розробників.

2. ICP потребують подальших досліджень у різноманітних сферах медичної допомоги, оновлення та доповнення наявної доказової бази.

3. Потребують взаєморозуміння як з боку медичного персоналу, так і з боку пацієнтів та/чи їх родичів.

4. Потребують змін в організації системи надання медичної допомоги.

5. Етап впровадження ICP у практику пов'язаний із ризиком виникнення конфліктів з боку медичного персоналу та пацієнтів.

6. Потребують чіткої системи виявлення та реєстрації відхилень для подальшого аудиту та аналізу.

7. Приводять до підвищення ризику судових позовів.

Отже, медико-технологічні документи, що ґрунтуються на результатах клінічних досліджень і стандартизують медичну допомогу на рівні пацієнта (integrated care pathways, integrated clinical pathways), забезпечують на практиці взаємозв'язок безпеки пацієнта, належного рівня якості медичної допомоги, ефективного використання ресурсів медичної галузі та оптимізації ведення медичної документації (рис. 2).

Література

Allen D., Gillen E., Rixson L. (2009) The effectiveness of integrated care pathways for adults and children in health care settings: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 7(3): 80–129 (http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/SRLib_2009_7_3.pdf).

Altsitsiadis E., Hinrichs B., Topouzis F. et al. (2009) Decision support systems in health care: towards a simulated health system. *European Journal of ePractice*, 8: 1–15 (<http://www.epractice.eu/files/European%20Journal%20epractice%20Volume%208.5.pdf>).

Belsey J., Snell T. (2009) What is evidence-based medicine? *Hayward Medical Communications*, 5: 1–10 (<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatisebm.pdf>).

Blaser R., Schnabel M., Biber C. (2007) Improving pathway compliance and clinician performance by using information technology. *International Journal of Medical Informatics*, 76(2–3): 151–156.

International Journal of Medical Informatics, 76(2–3): 151–156.

Blumen H.E., Nemiccolo L.D. (2009) The convergence of quality and efficiency and the role of information technology in healthcare reform. Milliman research report, 12 p. (<http://publications.milliman.com/publications/healthreform/pdfs/convergence-quality-efficiency-role-RR06-01-09.pdf>).

Bower K.A. (2009) Clinical pathways: 12 lessons learned over 25 years of experience. *Journal of Integrated Care Pathways*, 13(2): 78–81.

Campbell H., Hotchkiss R., Bradshaw N., Porteous M. (1998) Integrated care pathways. *BMJ*, 316(7125): 133–137 (<http://www.bmj.com/content/316/7125/133.long>).

Cardoen B., Demeulemeester E. (2008) Capacity of clinical pathways — a strategic multi-level evaluation tool. *Journal of Medical Systems*, 32(6): 443–452.

Carey M., Buchan H., Sanson-Fisher R. (2009) The cycle of change: implementing best-evidence clinical practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1): 37–43 (<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/1/37.full?sid=042376ce-73e0-4997-8b86-9582f3d2ab9a>).

Carlson B. (2009) Controlling the cost through clinical pathways. *Biotechnology Healthcare*, 6(1): 23–26 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702812>).

Chu S. (2001) Computerised clinical pathway management systems and the implications. *Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 8(2): 19–24.

Damiani G., Pinnarelli L., Colosimo S.C. et al. (2010) The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic. *BioMedCentral Health Services Research*, 10(2): 11 p. (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-2.pdf>).

De Bleser L., Depreitere R., De Waele K. et al. (2006) Defining pathways. *International journal of nursing studies*, 14(7): 553–563.

Feuth S., Claes L. (2008) Introducing clinical pathways for improving care. *Journal of integrated care pathways*, 12: 56–60.

Georgiou A., Westbrook J., Braithwaite J. (2010) Computerized provider order entry systems — Research imperatives and organizational challenges facing pathology services. *Journal of Pathology Informatics*, 1: II (http://www.jpainformatics.org/temp/JPatholInform1111-1853692_050856.pdf).

Harrison J.P., Radcliffe K. (2010) Evidence based medicine as a strategy for quality improvement. *International Journal of Public Policy*, 5(2–3): 133–142.

Hunter B., Segrott J. (2008) Re-mapping client journeys and professional identities: a review of the literature on clinical pathways. *International journal of nursing studies*, 45(4): 608–625.



Isetta M. (2008) Evidence-based practice, healthcare delivery and information management: a contemporary case study. *Aslib Proceedings*, 60(6): 619–641.

Jha A.K., DesRoches C.M., Campbell E.G. et al. (2009) Use of electronic health records in U.S. hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 36: 1628–1638 (<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0900592>).

Kazemi A. (2009) Computerized provider order entry and patient safety. Department of learning, informatics, management, and ethics Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden (<http://diss.kib.ki.se/2009/978-91-7409-691-0/thesis.pdf>).

Kinsman L., Rotter T., James E. et al. (2010) What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*, 8: 31 (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-8-31.pdf>).

Kul S. (2010) The use of survival analysis for clinical pathways. *International Journal of Care Pathways*, 14(1): 23–26 (<http://ijcp.rsmjournals.com/cgi/content/full/14/1/23>).

Lemmens L., van Zelm R., Rinkes I.B. et al. (2009) Clinical and organizational content of clinical pathways for digestive surgery: a systematic review. *Digestive Surgery*, 26(2): 91–99 (<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowFulltext&ArtikelNr=206142&ProduktNr=223996>).

Lenz R., Blaser R., Beyer M. et al. (2007) IT support for clinical pathways — lessons learned. *International Journal of Medical Informatics*, 76(3): 397–402.

McCue J.D., Beck A., Smothers K. (2009) Quality toolbox: clinical pathways can improve core measure scores. *Journal for Healthcare Quality*, 31(1): 43–50.

Middleton S., Barnett J., Reeves D. (2001) What is an integrated care pathway? *Hayward Medical Communications*, 3(3): 1–8 (http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/What_is_an_ICP.pdf).

Ovriil S. (1998) A practical guide to care pathways. *Journal of Integrated Care*, 2(3): 93–98.

Panella M., Vanhaecht K. (2010) Is there still need for confusion about pathways? *International Journal of Care Pathways*, 14(1): 1–3 (<http://ijcp.rsmjournals.com/cgi/reprint/14/1/1>).

Pearson S.D., Goulart-Fisher D., Lee T.H. (1995) Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *Annals of Internal Medicine*, 123(12): 941–948 (www.annals.org/content/123/12/941.full).

Rotter T., Kugler J., Koch R. et al. (2008) A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Services Research*, 8: p. 265 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632661/>).

Tschopp M., Despond M., Grauser D. et al. (2009) Computer-based physician order entry: implementation of Clinical Pathways. *Stud. Health Technol. Inform.*, 150: 673–677 (<http://person.hst.aau.dk/ska/MIE2009/papers/MIE2009p0673.pdf>).

Vanhaecht K. (2007) The impact of Clinical Pathways on the organisation of care processes. *Katholieke Universiteit Leuven*, 157 p. (<http://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/252816/1/PhD+Kris+Vanhaecht.pdf>).

Vanhaecht K., Bollmann M., Bower K. et al. (2006a) Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries — an international survey by the European Pathway Association. *Journal of Integrated Care Pathways*, 10(1): 28–34.

Vanhaecht K., De Witte K., Depreitere R. (2006b) Clinical pathway audit tools: a systematic review. *Journal Nurse Management*, 14(7): 529–537 (<https://perswww.kuleuven.be/~u0035350/download/2webclinicalpathwayaudittools.pdf>).

Vanhaecht K., De Witte K., Panella M. et al. (2009) Do pathways lead to better organized care processes? *Journal of evaluation in clinic practice*, 15(5): 782–788.

Vanhaecht K., de Witte K., Sermeus W. (2007) The care process organization triangle: a framework to better understand how clinical pathways work. *Journal of Integrated Care Pathways*, 11(2): 54–61.

Vanhaecht K., Panella M., van Zelm R. et al. (2010) An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14(3): 117–123.

Velasco-Garrido M., Busse R. (2005) Health technology assessment. An introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 24 p. (<http://www.euro.who.int/document/e87866.pdf>).

Wakamiya S., Yamauchi K. (2009) What are the standard functions of electronic clinical pathways? *International journal of medical informatics*, 78(8): 543–550.

Yamazaki T., Umemoto K. (2010) Knowledge management of healthcare by clinical-pathways. *Journal of Information & Knowledge Management*, 9(2): 119–125.

Ye Y., Jiang Z., Yang D. et al. (2008) A semantics-based clinical pathway workflow and variance

management framework. In: *Proceedings of 2008 IEEE International Conference on Service Operations and Logistics, and Informatics IEEE/SOL'2008*. Vol. 1, p. 758–763 (<http://ieeexplore.ieee.org/xpl/mostRecentIssue.jsp?punumber=4657348>).

Міжнародний опит використання інтегрованого клінічного протокола в медичній практиці (обзор літератури)

В.И. Шуляк

Резюме. В обзорной статье освещен международный опыт стандартизации медицинской помощи на уровне пациента.

Ключевые слова: интегрированный клинический протокол, стандартизация медицинской помощи, качество медицинской помощи, доказательная медицина.

International experience of using integrated clinical pathway in medical practice (literature review)

V.I. Shulyak

Summary. Review article represents international experience of standardization of medical care on patient level.

Key words: integrated clinical pathway, standardization of medical care, quality of health care, integrated care pathway, care pathway, critical path, integrated clinical pathway, evidence-based medicine.

Адреса для листування:

Шуляк Валерій Іванович
12430, Житомирський район,
с. Станишівка, Сквирське шосе, 3
Житомирська центральна районна
лікарня

Реферативна інформація

Профилактическое удаление яичников при повышенном риске рака

Женщинам, у которых семейный анамнез в значительной степени отягощен по раку яичников или с мутацией гена *BRCA*, следует выполнять двустороннюю сальпингоофоректомию (ДСО) после реализации детородной функции, рекомендует международное Общество гинекологов-онкологов (Gynecologic Oncologists — SGO). Соответствующее руководство опубликовано в сентябрьском выпуске журнала «*Obstetrics & Gynecology*» 2010 г.

Согласно руководству перед выполнением хирургического вмешательства женщина и ее лечащий врач должны принять информированное решение относительно его необходимости. В том числе при необходимости следует обсудить риски, связанные с ДСО до наступления менопаузы. В документе даны рекомендации относительно проведения соответствующего консультирования пациенток и подчеркнута необходимость

дальнейшего изучения долгосрочного влияния ДСО на здоровье женщин, особенно на состояние сердечно-сосудистой и нервной систем.

В руководстве отмечено, что мутации в генах *BRCA1* и *BRCA2* ответственны примерно за 95% наследственного рака яичников. У их носителей риск развития этого заболевания в течение жизни составляет 15–60%. Для таких женщин польза профилактической ДСО хорошо обоснована. Сообщается также об отсутствии какого-либо скринингового теста для выявления рака яичников.

Как отметил президент SGO Даниэль Кларк-Персон (Daniel Clarke-Pearson), в отсутствие эффективных средств скрининга, согласно данным рекомендациям, информация о факторах риска и анализ каждого индивидуального случая пациентом и врачом остается лучшим выбором в борьбе с раком яичников.

По материалам journals.lww.com