

(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

якості ЛПП використано показники впорядкованості системи, для чого було розраховано показник ентропії (h, біт) кожного із індикаторів для кожної із клінічних груп хворих. При цьому, ентропійне значення індикатора якості (h, біт) визначали за формулою $h = -k \log_2 k$, де k – частота використання конкретного виду ЛПЗ, а значення узагальненого показника якості (H, біт) для кожної із двох груп ЛПЗ визначали за формулою $H = -p(h_1 + h_2 + h_3 + \dots + h_n)$, де p – кількість індикаторів оцінки у відповідній компоненті [8]. При статистичному аналізі застосовано клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз, варіаційна статистика, імовірнісний розподіл ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [8,9].

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз профілактичної адекватності виконано за показниками частоти використання немедикаментозних засобів та профілактичних процедур (табл. 1). Зокрема з'ясовано, що серед переважної більшості хворих на псоріаз – у (66,4±4,5)% виконана санація хронічних осередків інфекції (ЛПА₁), при цьому достовірно у більшій частині хворих з більш тяжким перебігом захворювання (легкий перебіг – у (50,8±6,3)%, середня тяжкість – у (87,2±4,9)%, $p < 0,05$). Окрім того, серед хворих з середньою тяжкістю зареєстровано більша частка пацієнтів з усуненням впливу несприятливих (відмова від паління, вживання алкоголю, професійні чинники) поведінкових факторів (легкий перебіг – у (52,4±6,3)%, середня тяжкість – у (80,9±5,9)%, $p < 0,05$). Серед хворих на псоріаз (58,2±4,7)% дотримуються рекомендованої гіпоалергенної дієти та індивідуальних харчових обмежень (ЛПА₂: легкий перебіг – (55,6±6,3)%, середня тяжкість – (61,7±7,1)%, $p > 0,05$); (50,9±4,8)% хворих в період між загостреннями використовує (ЛПА₃) мазі на основі протизапальних фітопрепаратів, а (46,4±4,8)% – розсмоктуюча терапію у вигляді мазей з нафталаном або дьогтем та шампуні для миття волосистої частини голови з дьогтем (ЛПА₄).

Зазначимо, що серед хворих з середньою тяжкістю перебігу таких осіб достовірно ($p < 0,05$) більше – (55,3±7,3%)^a, ніж серед пацієнтів з легким перебігом псоріазу – (39,7±6,2)%. Седативні засоби природного походження (ЛПА₅), серед яких настойки валеріани / пустинника / півонії, використовують в період між загостреннями (39,1±4,7)% хворих на псоріаз, причому

– втричі ($p < 0,01$) частіше саме хворі з більш тяжким перебігом (легкий перебіг – у (19,0±4,9)%, середня тяжкість – у (66,0±6,9)%, $p < 0,05$). Аналогічним чином характеризується і частота використання природних адаптогенів (ЛПА₆) перед традиційним для пацієнта сезоном загострення (настойки елеутерокока чи/і лимонника) зокрема, при легкому перебігу – (27,0±5,6)%, при середній тяжкості – (44,7±7,3)%. Досить низьким рівнем застосування характеризуються такі засоби, як фізіотерапевтичне лікування (методики УФО, електросон) – (33,6±4,5)%, виконання неспецифічної стимулюючої терапії (алоє, аутогемотерапія) – у (30,0±4,4)%, та методики ЛФК / аутотренінгу / холотропного дихання / психологічної корекції – у (17,3±3,6)%.

Аналіз використання фармакотерапевтичних засобів виявив (табл. 2), що однаково часто хворі на псоріаз в період між загостреннями використовують ЛПА₁₁: зовнішньо – креми / мазі з кератолітичними засобами та преднізолоном – у (80,9±3,9)% хворих, ЛПА₁₂: вегетотропні засоби (переважно 25,0% сірчанокисла магнезія) – у (70,0±4,3)% хворих, препарати (ЛПА₁₃) гепатопротекторної дії – у (68,2±4,4)% хворих, лікарські форми (ЛПА₁₄) вітамінів (А, Е, групи В, С) – у (67,3±4,5)% хворих, антистесорні фармакологічні форми адаптогенів (гліцисед) – у (64,5±4,6)% хворих та лікарські засоби для поліпшення мікроциркуляції (найчастіше – ін'єкційний розчин нікотинової кислоти) – у (62,7±4,6)% хворих.

У хворих з легким перебігом у порівнянні з пацієнтами, що мають перебіг псоріазу середньої тяжкості, достовірно ($p < 0,05$) частіше застосовується парентеральне введення фармакологічних форм вітамінів (відповідно у (76,2±5,4)% та (55,3±7,3)% хворих), ЛПА₁₇: гіпосенсибілізуючі засоби (відповідно у (68,3±5,9)% та (55,3±7,3)% хворих) та ЛПА₁₉: дезінтоксикаційні засоби (відповідно у (39,7±6,2)% та (21,3±6,0)% хворих).

Водночас, у хворих з перебігом середньої тяжкості у порівнянні з пацієнтами, що мають легкий перебіг псоріазу, достовірно ($p < 0,05$) частіше застосовується: зовнішньо – м'які / рідкі / газодисперсні лікарські форми (ЛПА₁₁) з нестероїдними протизапальними засобами для зовнішнього застосування (відповідно у (93,6±3,6)% та (71,4±5,4)% хворих) та фармакотерапевтичні форми (ЛПА₁₅) антистресорних адаптогенів (відповідно у (93,6±3,6)% та (71,4±5,4)% хворих).

Таблиця 1.

Обсяги використання немедикаментозних засобів на етапі ПМД хворим на псоріаз, залежно від тяжкості перебігу захворювання: компонента профілактичної адекватності

Перелік лікувально-профілактичних заходів та відповідні кваліметричні коефіцієнти	Групи хворих на псоріаз (L40)					
	легкий перебіг		середньої тяжкості		разом (n _г =110)	
	h,біт	P±m,%	h,біт	P±m,%	h,біт	P±m,%
ЛПА ₁ : санація хронічних осередків інфекції	0,496	50,8±6,3	0,172	87,2±4,9 ^a	0,393	66,4±4,5
ЛПА ₂ : усунення / елімінація впливу поведінкових ФР (пам'ятка)	0,489	52,4±6,3	0,248	80,9±5,9 ^a	0,408	64,5±4,6
ЛПА ₃ : гіпоалергенна дієта / індивідуальні харчові обмеження	0,471	55,6±6,3	0,430	61,7±7,1	0,455	58,2±4,7
ЛПА ₄ : мазі на основі протизапальних фітопрепаратів	0,503	49,2±6,2	0,484	53,2±7,3	0,496*	50,9±4,8
ЛПА ₅ : розсмоктуючи терап.: мазі / шампуні з нафталаном / дьогтем	0,529	39,7±6,2	0,473	55,3±7,3 ^a	0,514	46,4±4,8
ЛПА ₆ : седативні засоби (валеріана пустирник, півонія)	0,456	19,0±4,9	0,396	66,0±6,9 ^a	0,530	39,1±4,7
ЛПА ₇ : адаптогени перед сезоном загострення: елеутер./ лимонник	0,510	27,0±5,6	0,519	44,7±7,3 ^a	0,530	34,5±4,6
ЛПА ₈ : фізіотерапевтичне лікування: (УФО / електросон)	0,527	41,3±6,2 ^a	0,490	23,4±6,2 ^a	0,529	33,6±4,5
ЛПА ₉ : неспецифічна стимулююча терапія (алоє, аутогемотерапія)	0,516	28,6±5,7	0,526	31,9±6,8	0,521	30,0±4,4
ЛПА ₁₀ : ЛФК/ аутотренінг/міоре-лаксація / холотропне дихання	0,470	20,6±5,1	0,379	12,8±4,9	0,438	17,3±3,6
H _г , біт	5,032	-	5,883	-	5,188	-

Примітка: а – достовірна відмінність у частоті використання залежно від тяжкості дерматозу; h – ентропійне значення індикатора, біт; H_г – показник адекватності немедикаментозної профілактики загострень ХД, біт.

Обсяги використання фармакотерапевтичних засобів на етапі ПМД хворим на псоріаз, залежно від тяжкості перебігу захворювання: компонента лікувально-профілактичної адекватності

Перелік хворобо-модифікуючих медикаментозних заходів та відповідні кваліметричні коефіцієнти	Групи хворих на псоріаз (L.40)					
	легкий перебіг		середньої тяжкості		разом (n _n =110)	
	h,біт	P±m,%	h,біт	P±m,%	h,біт	P±m,%
ЛПА ₁₁ : креми / мазі з кератолітичними засобами та преднізолоном	0,416	71,4±5,4	0,430	93,6±3,6 ^a	0,422	80,9±3,9
ЛПА ₁₂ : вегетотропні засоби (25 % сірчанооксида магnezія)	0,528	73,0±5,6	0,490	66,0±6,9	0,518	70,0±4,3
ЛПА ₁₃ : гепатопротектори (глутаргін, тіотриазолін)	0,403	65,1±6,0	0,338	72,3±6,5	0,377	68,2±4,4
ЛПА ₁₄ : вітаміни (А, Е, групи В, С).	0,299	76,2±5,4 ^a	0,473	55,3±7,3	0,385	67,3±4,5
ЛПА ₁₅ : антистресорні адаптогени (гліцисед)	0,489	52,4±6,2	0,248	80,9±5,7 ^a	0,408	64,5±4,6
ЛПА ₁₆ : засоби, що поліпшують мікроциркуляцію (нікот. кислота)	0,331	63,5±6,1	0,396	61,7±7,1	0,360	62,7±4,6
ЛПА ₁₇ : гіпосенсибілізуючі засоби	0,376	68,3±5,9 ^a	0,519	44,7±7,3	0,455	58,2±4,7
ЛПА ₁₈ : сорбенти	0,451	58,7±6,2	0,495	51,1±7,3	0,472	55,5±4,7
ЛПА ₁₉ : дезінтоксикаційні засоби (реосорбілакт)	0,529	39,7±6,2	0,475	21,3±6,0	0,526	31,8±4,4
ЛПА ₂₀ : магній-вмісні фармако-терапевтичні засоби (магне В ₆)	0,347	33,3±5,9	0,089	23,4±6,2	0,247	29,1±4,3
H _{оп} , біт	5,831	-	6,047	-	5,831	-

Примітка: а – достовірна відмінність у частоті використання залежно від тяжкості дерматозу; h – ентропійне значення індикатора, біт; H_{оп} – показник адекватності фармакотерапевтичної профілактики загострень ХД, біт.

Застосовуються в період між загостреннями псоріазу сорбенти (ЛПА₁₈) та магній-вмісні (ЛПА₂₀) фармакотерапевтичні засоби однаково часто при різних варіантах тяжкості перебігу псоріазу, з різницею лише в тому, що сорбенти в комплексному лікуванні використовують достовірно (p<0,05) більш частіше (відповідно, у (58,7±6,2)% та (33,3±5,9)% пацієнтів).

Висновки

1. Адекватність / повнота використання немедикаментозних засобів в період між загостреннями псоріазу лікарями ЗПСМ за узагальненим показником якості знаходиться на рівні (50,3÷58,8)% та характеризується недостатнім використанням адаптогенів перед се

зоном загострення – у (73,0±5,6)%, природних седативних засобів – у (81,0±4,9)%, методик аутотренінгу з елементами психокорекції – у (79,4±5,1)%, а також засобів неспецифічної стимулюючої профілактики – у (71,4±5,7)%.

2. Адекватність / повнота використання фармакотерапевтичних засобів в період між загостреннями

псоріазу лікарями ЗПСМ за узагальненим показником якості знаходиться на рівні (58,3±6,0)%, та характеризується низьким рівнем використання магній-вмісних засобів – у (70,9±4,3)%, дезінтоксикаційних засобів – у (68,2±4,4)%, а також сорбентів – у (44,5±4,7)% хворих.

3. Аналіз узагальнених показників-індикаторів якості лікувально-профілактичного процесу в період між загостреннями псоріатичної хвороби свідчить про надання лікарями ЗПСМ переваги фармакотерапевтичним засобам з недооцінкою значимості використання немедикаментозних засобів, насамперед таких, що корегують психофізіологічний стан хворих з формуванням їхньої прихильності до тривалого та постійного самоконтролю ХД.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу якості лікувально-профілактичного процесу на етапі ПМД на перебіг ХД та вивчення особливостей формування довготривалих відносин пацієнт – лікар ЗПСМ.

Література

1. Cherkashyna LV. Zdorovya u XXI stolitti: perspektyvy rozrobky, aprobaciyi ta vprovadzhennya dokazovyh texnologij ocinky efektyvnosti likuvannya v klinichnij dermatologiyi. Zbirka tez dopovidej Vseukrayinskoyi naukovo-praktychnoyi konferenciyi «Zdorovya u XXI stolitti». Kyiv: NМУ im. O.O. Bogomolca. s. 58-9. [in Ukrainian].
2. Cherkashyna LV. Kliniko-anamnestychni osoblyvosti hvoryh na psoriasis: faktory klinichnoyi manifestaciyi ta ryzyku zagostren. Simejna medycyna na shlyahu do vysokoyi yakosti PMSD» naukovo – prakt. konfer. Harkiv. 2008. s. 64. [in Ukrainian].
3. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy №53-09/5 vid 01.07.2010 «Pro zatverdzhennya pasportu specia`nosti 14.01.38 – zagalna praktyka-simejna medycyna. [in Ukrainian].
4. Shklyar SP, Kravchenko IM, Cherkashyna LV. Metodyka ocinky efektyvnosti medychnyh marshrutiv paciyentiv v ambulatoriyah zagalnoyi praktyky-simejnoyi medycyny. Metodychni rekomendaciyi MOZ Ukrainy. Kyiv; 2013. 16 s. [in Ukrainian].
5. Frolova TV, Ohapkina OV, Shherbakov YuV, Cherkashyna LV, Rybakova VV, Shklyar SP. Konstytucijno-biologichni faktory ta stygmy dysymbriogenezu u prognozuvanni systemnoyi dysplaziyi spoluchnoyi tkanyny. Metodychni rekomendaciyi MOZ Ukrainy. Kyiv; 2008. 16 s. [in Ukrainian].
6. Cherkashyna LV. Somatogeniyi sered paciyentiv dermatologichnogo profilyu: innovacijne zabezpechennya diagnostychnykh texnologij. Problemy ekologichnoyi ta medychnoyi genetyky i klinichnoyi imunologiyi: zbirnyk naukovykh prac. 2013;2(116):345-58. [in Ukrainian].
7. Cherkashyna LV, vynakhidnyk. Sposib ocinky rinvny psyhosocialnoyi znachymosti dermatozu. Patent 40546 Ukrainy, MPK (2009) A61V10/00. HMAPO (UA). Zayavka № u200814317; zayavl. 12.12.2008; opubl. 10.04.2009, Byul. 7. [in Ukrainian].
8. Gubler EV. Ynformatyka v patologyyi, klynycheskoj medycyne y pedyatryi. Lenyngrad: Medycyna; 1990. 176 s. [in Russian].
9. Moskalenko VF, Voronenko YuV, redaktory. Socialna medycyna ta organizaciya oхorony zdorovya. Pidruchnyk. Ternopil; 2002. s. 50-75. [in Ukrainian].
10. Shklyar SP, Kravchenko IM, Cherkashyna LV. Sociometrychna ocinka yakosti medychnoyi dopomogy v ambulatoriyah zagalnoyi praktyky-simejnoyi medycyny. Metodychni rekomendaciyi MOZ Ukrainy. Kyiv; 2013. 20 s. [in Ukrainian].

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

Черкашина Л. В.

Резюме. Досліджено обсяги використання лікувально-профілактичних заходів на етапі первинної медичної допомоги 110 хворим на псоріаз з різною тяжкістю перебігу. Виявлено, що повнота використання немедикаментозних засобів в період між загостреннями псоріазу лікарями ЗПСМ за узагальненим показником якості знаходиться на рівні (50,3±58,8)% та характеризується недостатнім використанням адаптогенів перед сезоном загострення – у (73,0±5,6)%, природних седативних засобів – у (81,0±4,9)%, методик аутотренінгу з елементами психокорекції – у (79,4±5,1)%, а також засобів неспецифічної стимулюючої профілактики – у (71,4±5,7)%. Повнота використання фармакотерапевтичних засобів в період між загостреннями псоріазу лікарями ЗПСМ за узагальненим показником якості знаходиться на рівні (58,3±60,5)% та характеризується низьким рівнем використання магній-вмісних засобів – у (70,9±4,3)%, дезінтоксикаційних засобів – у (68,2±4,4)%, а також сорбентів – у (44,5±4,7)% хворих. Аналіз узагальнених показників-індикаторів якості лікувально-профілактичного процесу в період між загостреннями псоріатичної хвороби свідчить про надання лікарями ЗПСМ переваги фармакотерапевтичним засобам з недооцінкою значимості використання немедикаментозних засобів, насамперед таких, що корегують психофізіологічний стан хворих з формуванням їхньої прихильності до тривалого та постійного самоконтролю ХД.

Ключові слова: загальна практика-сімейна медицина, якість медичної допомоги, лікувально-профілактичний процес, хронічний дерматоз, псоріаз.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ БОЛЬНЫМ ПСОРИАЗОМ: ИЗУЧЕНИЕ ОБЪЕМОВ И ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Черкашина Л. В.

Резюме. Изучены объёмы использования лечебно-профилактических мероприятий на этапе первичной медицинской помощи 110 пациентам с псориатической болезнью с разной тяжестью течения. Выявлено, что полнота / адекватность использования немедикаментозных средств в период между обострениями псориаза врачами общей практики по обобщённому показателю качества находится на уровне (50,3±58,8)% и характеризуется недостаточным использованием адаптогенов перед сезоном обострения – у (73,0±5,6)%, растительных седативных средств – у (81,0±4,9)%, методик аутотренинга с элементами психокоррекции – у (79,4±5,1)%, а также средств неспецифической стимулирующей профилактики – у (71,4±5,7)% пациентов. Использование фармакотерапевтических средств в период между обострениями псориаза врачами общей практики по обобщённому показателю качества находится на уровне (58,3±60,5)% и характеризуется уровнем использования магний-содержащих средств (70,9±4,3)%, дезинтоксикационных средств – у (68,2±4,4)%, а также сорбентов – у (44,5±4,7)% больных. Анализ обобщённых показателей – индикаторов качества лечебно-профилактического процесса в период между обострениями псориаза свидетельствует о превалировании в программах ведения таких пациентов семейными врачами фармакотерапии с недооценкой немедикаментозных средств профилактики обострений, в первую очередь – средств коррекции психофизиологического состояния больных с формированием приверженности к длительному самоконтролю дерматоза.

Ключевые слова: общая практика-семейная медицина, качество медицинской помощи, лечебно-профилактический процесс, хронические дерматозы, псориаз.

ASSESSMENT OF THE HEALTH CARE QUALITY AT THE PRIMARY LEVEL FOR PATIENTS WITH PSORIASIS: EVALUATION OF VOLUME AND ADEQUACY OF THE THERAPEUTIC AND PREVENTIVE MEASURES

Cherkashyna L. V.

Abstract. The level of therapeutic and preventive measures implementation at the primary healthcare stage was evaluated for 110 patients with psoriasis of various severity course. Considering the process for providing the effective therapeutic and preventive measures as multicomponent system, the methodology of the system approach, assessment and analysis have been determined. To obtain the integrated assessment of the therapeutic and preventive measures quality, the indicators of the system arrangement were used, for which the entropy index (h, bit) of each indicator was calculated in each clinical group of patients. At the same time, the entropy value of the quality indicator (h, bit) was determined by the formula $h = -k \times \log_2 k$, where k is the frequency of use a particular type of therapeutic and preventive measures, and the value of the generalized quality indicator (H, bit) for each of two groups of therapeutic and preventive measures was determined by the formula $H = n \cdot (h_1 + h_2 + h_3 + \dots + h_n)$, where n is the quantity of rating indicators in the corresponding component. It was revealed that the completeness of the drug-free agents application by the general practice family medicine doctors in the period between psoriasis exacerbations according to the generalized quality indicator was at the level of (50.3 ± 58.8)%; it was characterized by insufficient use of adaptogens before the period of exacerbation – in (73.0 ± 5.6) %, natural sedatives – in (81.0 ± 4.9)%, methods of autotraining with psychocorrection elements – in (79.4 ± 5.1)%, and also nonspecific stimulating prophylaxis methods – in (71.4 ± 5.7)% of patients. The completeness of the use of pharmacotherapeutic agents in the period between psoriasis exacerbations by the general practice family medicine physicians was at the level of (58.3 ± 60.5)% and was characterized by the low level of magnesium-containing drugs administration – in (70.9 ± 4.3)%, detoxification drugs – in (68.2 ± 4.4)%, and also sorbents – in (44.5 ± 4.7)% of patients. The analysis of generalized indices-indicators of the therapeutic and preventive measures quality in the period between the psoriatic disease exacerbations determined that the general practice family medicine doctors administered pharmacotherapeutic agents more often than drug-free measures and underestimated the importance of non-pharmacological agents, especially those which correct the psycho-physiological state of patients with formation of long-term and constant self-control of CD.

Key words: general practice – family medicine, healthcare quality, therapeutic and preventive process, chronic dermatosis, psoriasis.

Рецензент – проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 24.09.2018 року