

ФУНКЦІЯ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

С.Л. Матвєєва

Резюме. У 30 хворих з мультирезистентним туберкульозом легень вивчена ехоструктура щитовидної залози методом ультразвукової візуалізації, а також визначені показники функціонального стану щитовидної залози: рівнів вільного тироксину, тиреотропного гормону гіпофізу та антитіл до тиреоглобуліну та пероксидази в сироватці крові до початку лікування, у кінці фази інтенсивної терапії, а також після звершення лікування. Встановлено зниження функції щитовидної залози під впливом протитуберкульозної хіміотерапії. Запропоновано моніторинг та корекція функції щитовидної залози у процесі лікування хворих на туберкульоз.

Ключові слова: туберкульоз, щитовидна залоза, гіпотиреоз

THYROID FUNCTION OF CHEMO-RESISTANT TUBERCULOSIS PATIENTS

S.L. Matveyeva

Summary. In 30 patients with multidrug resistant tuberculosis thyroid echostructure of thyroid was studied by ultrasound imagination method. Indexes of thyroid function: plasma levels of free thyroxin, thyroid stimulating hormone function and antibodies to thyroglobulin and thyreoperoxides were also studied before chemotherapy starts, at the end of initial phase and after the treatment was over. Decreasing of thyroid function under antituberculosis chemotherapy was approved. Monitoring and correction of thyroid function during antituberculosis chemotherapy was suggested.

Key words: tuberculosis, thyroid, hypothyreosis

УДК 614.2-058

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В.П. Мегедь, В.В. Вороненко, Б.Б. Жупан

Резюме. Стаття присвячена проблемам управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню, що є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. Актуальність питань забезпечення якості особливо зростає в період реформування галузі охорони здоров'я. Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безоплатного доступу населення до якісних та безпечних медичних послуг.

Ключові слова: реформування, якість медичної допомоги, системи охорони здоров'я.

Поліпшення якості медичної допомоги в Україні є однією з найактуальніших проблем. В Національному плані дій щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженому Указом Президента України від 27.04.2011 р. № 504/2011, а також у Постанові Кабінету Міністрів України від 02.02.2011 р. № 389 «Про затвердження Програми розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні» визначено основні напрямки реформи медичного обслуговування, що включають підвищення доступності медичних послуг, підвищення якості медичних послуг, підвищення ефективності державного фінансування.

Таким чином, проблеми управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я [11]. Актуальність питань забезпечення якості особливо зростає в період реформування галузі охорони здоров'я.

Нагальним завданням нинішнього часу в Україні є реформування, фактично – створення нової системи охорони здоров'я з якісною медичною допомогою [4–8]. Це потребує суттєвих змін на законодавчому рівні. Якісне медичне обслуговування – це обслуговування, заради якого ресурси організовуються таким чином, щоб максимально ефективно і безпечно задовольняти потреби тих, хто потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без зайвих витрат, відповідно до вимог та можливостей сучасного рівня розвитку науки.

Адміністративно-командний підхід до забезпечення якості у системі охорони здоров'я, заснований на принципах контролю, що діяв до останнього часу, не відповідає організаційно-правовим та економічним умовам функціонування галузі і повинен бути замінений підходом, що базується на принципі управлінні процесом.

Безперервне підвищення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до покращання якості, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення самої системи, а не виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.

Невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості клінічний аудит [1–3]. Клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. Складові структури, процесу та результату медичної допомоги відбираються та систематично оцінюються. Необхідні зміни впроваджуються на індивідуальному, командному або інституційному рівні надання медичної допомоги [9].

Сьогодні аналіз результатів роботи лікувально-профілактичних закладів базується на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичні дані та річні звіти про діяльність) та на результатах окремих досліджень, що є недостатнім для оцінки якості медичної допомоги та визначення напрямків її покращання. Цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості.

На практиці для здійснення змін системи надання медичної допомоги, розробки та впровадження клініко-організаційних настанов (як документів, що закріпили організаційні та клінічні зміни в медичній допомозі) згідно з методологією необхідно:

вивчити існуючу систему надання медичної допомоги; на кожному етапі процесу надання медичної допомоги чітко визначити клінічну та організаційну складову проблеми (якщо проблема існує);

зібрати літературні дані доказової медицини з клінічної проблеми;

оновити клінічну складову відповідно до нових постулатів доказової медицини;

внести зміни в систему надання медичної допомоги для забезпечення можливості виконання нової клінічної технології;

розробити індикатори для перевірки змін в клінічній практиці і в системі надання медичної допомоги.

Високий рівень технологій надання медичної допомоги у світовій практиці, функціонування і розвиток інституту доказової медицини, вимагають перегляду акцентів у формуванні політики якості в системі охорони здоров'я. Якість медичної допомоги визначається, перш за все, системою організації охорони здоров'я в цілому і кожної його галузю окремо.

Функціонування системи охорони здоров'я визначається законодавчими та нормативними документами. Як показала практика, сьогодні багато нормативних та методичних документів не відповідають сучасним науковим і практичним уявленням в медицині [10]. З розвитком доказової медицини стає очевидним, що багато клінічних та організаційних аспектів надання медичної допомоги потребують перегляду законодавчих та регулюючих механізмів.

Система охорони здоров'я, що функціонує сьогодні, потребує не тільки нових концептуальних підходів, але і комплексних перетворень. Якість медичної допомоги є інтегруючою оцінкою системи охорони здоров'я, і безпосередньо відображає її функціонування. У поліпшенні якості медичної допомоги зацікавлені як населення, так і уряд, керівники виконавчої влади, представники міністерства охорони здоров'я, роботодавці та медичні працівники. Отже, тільки

державний і міжгалузевий підхід до формування політики якості медичної допомоги дозволить забезпечити його високу якість. Ефективність і чіткість функціонування всіх ланок механізму поліпшення якості медичної допомоги можливе тільки при узгодженій їх взаємодії. Тому керівні органи охорони здоров'я різних рівнів, лікарські асоціації, страхові медичні організації, навчальні заклади, що здійснюють підготовку і післядипломне навчання медичних кадрів, медичні установи, що безпосередньо надають медичну допомогу, повинні керуватися єдиною стратегією поліпшення якості медичної допомоги. Для цього необхідна розробка комплексної програми управління якістю медичної допомоги та її виконання з чітким розмежуванням обов'язків і відповідальності.

Основою методології управління якістю медичної допомоги є чотири принципи:

Задоволення потреб і очікувань зовнішнього споживача (пацієнта) і внутрішнього (медичного працівника) – необхідно з'ясувати, що потрібно споживачеві, чого він хоче і чого очікує від медичної допомоги. Саме очікування і задоволеність споживача змушують змінити всю систему надання медичної допомоги та побудувати її у відповідності з цими очікуваннями, що дозволяє правильно оцінити напрям у пошуку поліпшення якості медичної допомоги.

Системний підхід. Роботу системи охорони здоров'я можна представити як сукупність підсистем і які у них процесів. Тому для отримання кращих результатів медичної допомоги необхідно провести аналіз системи, визначити пріоритетні проблеми і знайти можливі рішення щодо її зміни.

Наукова методологія – дозволяє на основі даних вибрати пріоритетну проблему, оцінити її розміри та значимість, розробити план дій, що включає перетворення процесів системи і самої системи; поставити експеримент для перевірки правильності намічених змін, оцінити результати експерименту, впровадити в практику охорони здоров'я зміни, які призвели до поліпшення якості.

Фундаментальне поняття, що лежить в основі сучасного розуміння поліпшення – це зміна існуючої системи. Результати діяльності будь-якої системи визначаються її побудовою і функціонуванням. Згідно цього поняття, якщо ми будемо продовжувати працювати, як і працюємо, то ми можемо розраховувати на одержання тільки таких результатів, які ми маємо зараз. Для того, щоб домогтися інших – кращих – результатів, ми повинні змінити нашу систему.

Методологія поліпшення якості є багатоетапною і включає в себе: визначення проблеми, аналіз системи, розробку плану дій, апробування внесених змін у пілотних установах, та впровадження в практику охорони здоров'я.

Основними завданнями повинні бути:

розробка ідеології управління якістю медичної допомоги;

- розробка науково обґрунтованих рекомендацій з проблеми поліпшення якості медичної допомоги;
- розробка типової моделі системи управління якістю медичної допомоги;
- створення на територіальному рівні при департаментах охорони здоров'я Координаційні Ради з управління якістю медичної допомоги;
- перетворення або формування на рівні лікувально-профілактичних закладів структури з управління якістю медичної допомоги, можливо у вигляді Ради з якості, очолюваного заступником головного лікаря.
- визначення моделі взаємодії страхових медичних організацій і фондів з департаментами охорони здоров'я та лікувально-профілактичних закладів щодо якості охорони здоров'я;
- визначити роль, функції та перспективи розвитку Центрів доказової медицини.
- зміна системи навчання щодо питань якості медичної допомоги в системі дипломного і післядипломної освіти для впровадження сучасної теорії управління якістю – включити курс «Поліпшення якості» у програму навчання.
- розробка єдиного інформаційного простору з питань якості медичної допомоги для всіх суб'єктів держави;
- забезпечення законодавчої підтримки політики якості медичної допомоги.

Висновки

Підводячи підсумки, слід зазначити, що проблема якості та ефективності медичної допомоги сьогодні посідає пріоритетне місце у великій кількості проблем охорони здоров'я. Реформа системи охорони здоров'я і в першу чергу подолання гострих структурних диспропорцій у поєднанні з пошуком внутрішньосистемних джерел економії коштів і ресурсів у жодному випадку не повинні стосуватися якості і доступності медичної допомоги для широких верств населення.

Слід вказати, що проблема якості та ефективності медичної допомоги не може бути розв'язана без вирішення проблеми оптимізації структури надання медичної допомоги, без введення принципу фінансування комплексу взаємопов'язаних лікувально-профілактичних установ. Роздільна оплата кожного виду допомоги (стаціонар, поліклініка, швидка допомога, аптека і т. д.) руйнує сформовану систему надання медичної допомоги, коли кожний лікувально-профілактичний заклад переслідує лише свій економічний інтерес, який не завжди відповідає цілям охорони здоров'я населення на даній території, конкретним завданням раціонального використання фінансових і матеріальних ресурсів.

1. Агарков В.І. Методологічний аналіз і напрями розвитку сучасних систем охорони здоров'я / В.І. Агарков, І.І. Грищенко, Г.К. Северин // Сімейна медицина. – 2006. – № 5. – С. 80–84.
2. Білинська М.М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України / М.М. Білинська // Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні»: [посібник]; [за заг. ред. А. Малагардіса, В. Рудого]. – К.: Дельта, 2006. – 56 с.
3. Вітренко Ю.М. Реформування охорони здоров'я: погляд економіста / Ю.М. Вітренко // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. – № 1. – С. 41–56.
4. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні. Адміністративно-правові проблеми формування та реалізації / З.С. Гладун. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 661 с.
5. Лехан В. Системы здравоохранения в переходном периоде: Украина / В. Лехан, В. Рудый, Е. Нолт. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской Обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2004. – 144 с.
6. Поляченко Ю.В. Розбудова національної системи охорони здоров'я: стан, проблеми і перспективи / Ю.В. Поляченко, В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2005 рік. – К., 2006. – С. 14–15.
7. Пономаренко В.М. Проблеми удосконалення системи управління в галузі охорони здоров'я і шляхи їх вирішення / В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський // Внутрішня медицина. – 2003. – № 4. – С. 5–8.
8. Семенюта О.М. Проблеми впровадження нових організаційно-правових форм господарської діяльності у сфері охорони здоров'я / О.М. Семенюта, О.Г. Шишко // Управління закладом охорони здоров'я. – 2008. – № 8. – С. 71–74.
9. Солоненко І.М. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду) / І.М. Солоненко, Н.Д. Солоненко // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 34–38.
10. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення // Указ Президента України від 06.12.2005 року № 1694/2005. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
11. Starfield B. Primary care. Balancing health needs, services and technology / B. Starfield. – New York: Oxford University Press, 1998. – P. 33–37.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.П. Мегедь, В.В. Вороненко, Б.Б. Жупан

Резюме. Стаття посвячена проблемам управления и оценки качества и безопасности медицинской помощи населению, которое является одними из важнейших для любой системы здравоохранения. Актуальность вопросов обеспечения качества особенно растет в период реформирования отрасли здравоохранения. Невзирая на провозглашенные Конституцией Украины принципы, система здравоохранения не обеспечивает равного бесплатно-го доступа населения к качественным и безопасным медицинским услугам.

Ключевые слова: реформирование, качество медицинской помощи, система здравоохранения

V.P. Meged', V.V. Voronenko, B.B. Zhupan

Summary. *The article is sanctified to the problems of management and estimation of quality and safety of medicare to the population that is one of major for any system of health protection. Actuality of questions of providing of quality especially grows in the period of reformation of industry of health protection. Without regard to proclaimed by Constitution of Ukraine principles, the system of health protection does not provide equal безоплатного access of population to quality and safe medical services.*

Key words: *reformation, quality of medicare, system of health protection*

УДК 616.36-002.2:616-037-08

ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ

Л.В. Мороз, К.Ю. Романчук

Резюме. *Проаналізовано прогностичне значення поліморфізму гена IL28b щодо успішності протівірусної терапії у 155 хворих на хронічний гепатит С (63,9% чоловіків і 36,1% жінок). Молекулярно-генетичний аналіз поліморфізму гена IL-28B (rs12979860), розташованого на відстані 3 тис. пар нуклеотидів від гена IL28B, з використанням полімеразно-ланцюгової реакції дозволяє прогнозувати успішність комбінованого протівірусного лікування PegIFN α -2a і рибавірином, а наявність генотипу C/C предиктором стійкої вірусологічної відповіді у хворих з 1-м генотипом вірусу ХГС і забезпечувати 76,4% стійкої вірусологічної відповіді.*

Ключові слова: *хронічний вірусний гепатит С, ген IL-28B, лікування*

На теперішній час біля 170 мільйонів чоловік в світі інфіковані вірусом гепатиту С. Цей вірус є одним із основних етіологічних факторів розвитку хронічного гепатиту (в 70%), цирозу печінки (в 40%) та гепатоцелюлярної карциноми (60%). [1–4, 13]. Незважаючи на успіхи в проведенні сучасної протівірусної терапії у хворих на хронічний гепатит С, залишаються питання пошуків предикторів її ефективності. За останні 15 років декілька досліджень були адресовані визначенню ролі генетичних факторів в спонтанному кліренсі, прогресуванні фіброзу та відповіді на комбіновану протівірусну терапію серед пацієнтів з ХГС. Особливості структури генів впливають на клінічну картину, розбіжності природної резистентності та сприйнятливості до певних мікроорганізмів, перебіг та ефективність лікування інфекційних захворювань. Останнім часом йдеться про персоналіза-