

Особливості надання МД хворим з неврологічними змінами полягають у тому, що в патогенезі усіх захворювань участь нервової системи є беззаперечною, адже всі процеси з симптоматикою болю, запалення, дегенерації, навіть травм тощо не можуть бути незалежними від змін у НС. Тому визначення патологічних проявів з боку НС та характеру зв'язку з іншими захворюваннями у пацієнта є надзвичайно важливим.

Майбутнього сімейного лікаря лякає потенційна необхідність витратити багато часу на проведення неврологічного огляду, що стане додатковим навантаженням на його діяльність. Натомість комплексний клінічний огляд з одночасним оцінюванням функцій нервової системи (інтегрований неврологічний огляд) займає порівняно зовсім небагато часу.

Тому тактика лікаря первинної ланки щодо визначення неврологічних змін має включати наступні складові:

- неврологічний огляд у складі комплексного клінічного огляду, який розпочинається вже з тієї миті, коли хворий перетнув поріг кабінету лікаря;
- визначення наявності та ступеня відхилень функцій нервової системи від норми та їхня інтерпретація;
- збір анамнезу, що може допомогти визначити – чи ці зміни з'явилися вперше, чи вони вже були раніше;
- якщо об'єктивні та суб'єктивні симптоми були раніше, слід визначити їхню динаміку, яка може залежати від прогресування захворювання через ко- або поліморбідність,

шкідливі звички, відсутність або наявність лікування, його характер;

- виявлення зв'язку з іншими захворюваннями:

а) клінічні зміни в НС є ускладненнями інших захворювань (наприклад, полінейропатія при діабеті, інсульт при серцевій аритмії, дисциркуляторна енцефалопатія при артеріальній гіпертензії тощо);

б) нейрогенні соматичні синдроми (наприклад: гіпоталамічний синдром, вертеброгенні вегетативні соматичні синдроми – кардіалгії, дискінезії травного тракту, порушення зору при розсіяному склерозі тощо);

- роз'яснення пацієнтові характеру проблеми, можливих ускладнень і шляхів їхньому запобіганню (позбавлення шкідливих звичок, чітке виконання лікарських призначень тощо);

- планування подальшої тактики (характер додаткових обстежень, визначення показань до направлення або обґрунтування ненаправлення на другу ланку МД);

- обговорення характеру лікування та профілактичних заходів та визначення безпосередньої ролі самого пацієнта у їхньому виконанні.

Таким чином, кваліфікована клінічна діагностика на первинній ланці МД з раннім виявленням неврологічних порушень, своєчасна та адекватна допомога є запорукою зниження інвалідності, смертності та поліпшення якості життя.

Мониторинг внутренних индикаторов качества помощи при артериальной гипертензии в пилотных организациях первичного звена здравоохранения Атырауской области

Д.С. Нугманова, Л.Н. Асташкина, М.Ж. Нурманова, М.М. Утепкалиев, А.К. Кабдрахманова, Д.Б. Камелова

Ассоциация семейных врачей Казахстана,

Казахский национальный медицинский университет, Департамент здравоохранения Атырауской области

Внедрение технологии непрерывного повышения качества (НПК) оказания помощи больным с артериальной гипертензией (АГ) в организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Атырауской области осуществлялось в рамках Проекта Ассоциации семейных врачей Казахстана, спонсируемого компанией Тенгизшевройл. Одним из важнейших компонентов НПК является проведение ежемесячного мониторинга внутренних индикаторов качества.

До внедрения НПК было проведено клиническое обучение врачей и фельдшеров вопросам диагностики, лечения, ведения и реабилитации больных АГ, а также обучение технологии НПК. Совместно с медработниками пилотных организаций были отобраны два внутренних индикатора. Первый индикатор был направлен на повышение выявляемости АГ среди взрослого населения, прикрепленного к пилотным организациям ПМСП в городской и сельской местности. Подсчитывали процент лиц старше 18 лет, обратившихся в организацию ПМСП, которым было измерено артериальное давление (АД) и записано в амбулаторную карту. Второй индикатор касался оценки факторов риска у больных с уже выявленной АГ и отражал качество ведения больных АГ, состоящих на диспансерном учете. Ежемесячно подсчитывался процент посетивших врача диспансерных больных, у которых измеряли и записали индекс массы тела (ИМТ). Все врачи, включая узких специалистов, были обеспечены аппаратами для измерения АД и специальными самоклеющимися памятками о необходимости всем диспансерным больным с АГ ежегодно проводить

ЭКГ, делать анализ мочи, определять сахар крови, креатинин, холестерин и ИМТ.

До вмешательства участковые терапевты записывали цифры АД у 56–73% взрослых на приеме, тогда как узкие специалисты (хирурги, ЛОР-врачи, эндокринологи, дерматологи и др.) не измеряли и не записывали АД вообще. После вмешательства в течение первого года данный показатель повысился у участковых врачей до 93,3–100%, у эндокринологов – с 0% до 100%, у других специалистов также от 0%, но только до 11–25%. В течение второго года участковые терапевты продолжали записывать цифры АД при каждом посещении у 92–100% взрослых, положительной динамики со стороны узких специалистов не выявлено. По второму индикатору использование стикеров и отметки ИМТ возросли у диспансерных больных АГ с 0% до 30%. На второй год данный индикатор повысился до 57,6%, а на третий – до 62,2%. Координатор Проекта ежемесячно проводила с командами качества обсуждение результатов мониторинга, где выявляли причины и намечали пути устранения препятствий. Однако участковые врачи и средние медработники пилотных организаций были недостаточно заинтересованы в НПК и объясняли это перегруженностью «бумажной» работой и отсутствием времени.

Таким образом, внедрение принятых в развитых странах технологий непрерывного повышения качества было недостаточно эффективным. Причины незаинтересованности медицинских работников требуют более глубокого изучения. Возможно, необходимо создать систему стимулов для их привлечения в НПК.