

**Таблиця 1. Цитохімічні показники лейкоцитів крові у хворих на гострий деструктивний панкреатит ( $M \pm m$ )**

Групи хворих	Цитохімічні показники				
	ГЛ	ЛФ	МП	ХЕ	ФЛ
Основна група (n = 104)	2,18 ± 0,07*	2,22 ± 0,08*	1,34 ± 0,09*	1,67 ± 0,03*	2,84 ± 0,01**
Група порівняння (n = 20)	2,25 ± 0,14**	0,76 ± 0,14**	2,55 ± 0,13**	1,72 ± 0,05**	2,79 ± 0,01**
Група контролю (n = 25)	1,76 ± 0,07	0,32 ± 0,03	2,88 ± 0,01	1,79 ± 0,03	2,45 ± 0,10

**Примітки:** \* — вірогідно щодо групи порівняння й групи контролю; \*\* — вірогідно щодо групи контролю.

ного діалізу з 2005 по 2016 рік. Основним ускладненням перитонеального діалізу є дислокація катетера Тенкоффа. Однією з причин дислокації катетера Тенкоффа є постановка його в черевну порожнину перпендикулярно до передньої черевної стінки (тобто під кутом 90°). Нами розроблено метод постановки та фіксації катетера Тенкоффа до парієтальної очеревини й передньої черевної стінки під кутом 45–50°, що дозволяє інтраабдомінальній частині катетера бути направленою до дна малого тазу. Окрім того, у малому тазі виконуємо фіксацію дистального відділу катетера Тенкоффа до парієтальної очеревини. Нами також запропоновано модифікацію самого катетера Тенкоффа. Суть модифікації полягає в наявності олов'яного тягача, що інтегрований у стінку катетера Тенкоффа, а саме в його інтраабдомінальний кінець. Це унеможливило дислокацію катетера від первинного його положення.

**Результати та обговорення.** У групу порівняння потрапили 83 хворих із хронічною хворобою нирок, яким проводилась замісна терапія методом перитонеального діалізу.

51 хворому було встановлено перитонеальний катетер Тенкоффа лапароскопічним методом, дислокація спостерігалась у 8 пацієнтів (15,6 %).

32 хворим встановлено катетер Тенкоффа лапароскопічним методом у нашій модифікації, дислокація спостерігалась в 1 пацієнта (3 %).

**Висновки.** Отже, значно знизилась кількість випадків дислокації катетера Тенкоффа у хворих на хронічну хворобу нирок, що отримували замісну терапію методом перитонеального діалізу. Розроблений нами метод профілактики дислокації катетера Тенкоффа дозволив зменшити її в 5 разів, що значно покращить якість проведення перитонеального діалізу у хворих на хронічну хворобу нирок.

### Визначення самооцінки лікаря закладу ПМСД щодо якості медичної допомоги

Козодаєв С.П., Кузьмик В.М., Козодаєва М.П.

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Актуальність.** Прогресуючий розвиток активного ринку медичних послуг із чітким розмежуванням державної та приватної медицини, невинним за-

гостренням конкуренції між ними, очікування інституту загальнодержавного страхування ставлять актуальні питання якості медичної допомоги на перше місце.

**Мета дослідження:** дослідити визначення порядку самооцінки роботи лікаря в лікувально-профілактичних закладах ПМСД.

**Матеріали та методи.** Матеріалами та інформаційною основою дослідження стали нормативно-правові акти Кабінету Міністрів та Міністерства охорони здоров'я України.

**Результати та обговорення.** Згідно з наказом МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» № 752 від 28.09.2012 «внутрішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється... шляхом... самооцінки медичних працівників...». При цьому не зазначений конкретно лікар, а також те, який вид самооцінки повинен виконуватись та в який спосіб (оцінка якості лікування, оцінка якості медичної допомоги, експертні оцінки медичної документації, експертні оцінки роботи лікаря тощо). Немає чіткого формулювання методу контролю якості медичної допомоги лікарем у Постанові КМУ № 285 від 02.03.2016 «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» (п.13, пп.12) у розділі щодо вимог до ліцензіата. Наказ МОЗ України № 1116 від 20.12.2013 р. «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» пунктом 3.14 розділу 3 «Управління структурним підрозділом» покладає контроль якості медичної допомоги (не лікування!) на керівника структурного підрозділу. У розділі 10 цього ж наказу вимоги щодо аналізу роботи закладу (підрозділу? — п. 10.1) з якості надання медичної допомоги на лікаря не покладені. У Наказі МОЗ України № 69 від 24.02.2016 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» також немає свідчень про проведення самооцінки лікаря.

**Висновки.** На сьогодні не існує чіткого та однозначного визначення поняття «самооцінка лікаря». Отже, в обов'язок лікаря лікувально-профілактичного закладу ПМСД (при умові, що він не обіймає посаду керівника структурного підрозділу будь-якого рівня — від завідуючого і вище) не входить проведення оцінки якості здійсненої ним медичної допомоги. Вид самооцінки має бути визначений у кожному окремому випадку й затверджений наказом до посадової інструк-

ції лікаря. Наразі необхідно визначитись з поняттям «оцінка роботи лікаря» з подальшим протоколюванням відповідними нормативними документами.

## Використання «хмаросховищ» платформи GOOGLE для баз даних закладів ПМСД

Козодаєв С.П., Козодаєва М.П.

Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер, м. Ужгород, Україна

У сучасних умовах швидкого становлення єдиного медичного простору виникла вкрай нагальна потреба у формуванні баз даних пацієнтів починаючи з рівня закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Проте вартість програмного забезпечення становить значні суми, які не під силу установам з обмеженим бюджетом, що стосується однаковою мірою комунальних лікувально-профілактичних закладів та фізичних осіб — підприємців з медичної практики. Однак певною мірою цю проблему можна вирішити за допомогою використання простих баз даних пацієнтів із застосуванням додатків Excel Microsoft Office та Google Disk таким чином.

З використанням Excel Microsoft Office створюється шаблон-сторінка (А) бази даних пацієнтів амбулаторії загальної практики — сімейної медицини на підставі форми № 074 медичної документації наказу МОЗ України від 14.02.2012 № 110 (прізвище, ім'я, по батькові тощо). Шаблон амбулаторного журналу (А) встановлюється на кожному локальному комп'ютері в закладах Центру ПМСД району обслуговування (А<sub>1</sub>-А<sub>n</sub>). На центральному комп'ютері в Центрі ПМСД із використанням додатка Google Disk встановлюється шаблон бази даних (А) з присвоєнням бази даних унікального імені (В). На підставі електронних адрес (А<sub>1</sub>-А<sub>n</sub>) локальні користувачі отримують доступ до єдиної бази даних (В) з визначенням обмежень доступу (дій у користуванні та редагуванні). У будь-який момент після доповнення локальних баз (А<sub>1</sub>-А<sub>n</sub>) отримані дані відправляються на Google Disk бази даних (В). Додані відомості вносяться в базу даних (В), для якої може бути впроваджене адміністрування. Адміністратор (будь-яка визначена особа) надає доступ (тимчасовий або постійний) до бази даних (В) з використанням службових електронних адрес особам, причетним до процесу надання медичної допомоги (А<sub>1</sub>-А<sub>n</sub> лікарі, С<sub>1</sub>-С<sub>n</sub> — керівники закладів, управлінці тощо). Умовою для працездатності даної моделі є наявність доступу до мережі Інтернет. Запропонована модель придатна для використання на стандартних стаціонарних або мобільних гаджетах.

На основі бази даних формуються за відповідними запитами зведені таблиці (Т<sub>1</sub>-Т<sub>n</sub>) та кінцеві звіти (Z<sub>1</sub>-Z<sub>n</sub>) як за лікарями, так і за закладами ПМСД і Центром ПМСД у цілому.

Застосування такої моделі дозволить значно оптимізувати робочий час лікаря ПМСД та отрима-

ти вихідні дані для проведення аналізу якості (QMN) медичної допомоги й прийняття управлінського рішення (URL) керівниками закладів та управлінцям будь-якого рівня.

## Рівень знань сімейних лікарів із питань профілактики серцево-судинних захворювань

Корж О.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Нами проведено аналіз рівня знань, ставлення, готовності й вмінь сімейних лікарів із надання профілактичної допомоги населенню, спрямованої на запобігання серцево-судинним захворюванням.

**Матеріали та методи.** Для оцінки рівня знань сімейних лікарів використаний метод оцінки професійної готовності до роботи, прийнятий у педагогіці, заснований на трьох показниках: мотиваційному, когнітивному й операційному. Відповідно до цієї методики рівень кожного досліджуваного компонента оцінюється за шкалою: високий, середній, низький і вкрай низький. Оцінка рівня професійної компетенції проведена в 65 лікарів загальної практики — сімейної медицини, середній вік яких становив 45,6 року, стаж роботи на посаді сімейного лікаря — 14,6 ± 5,2 року.

**Результати та обговорення.** У більшості лікарів виявлено низький рівень мотиваційного, операційного та когнітивного компонента. Тільки 36 % лікарів мали високу мотивацію до використання у своїй практичній діяльності сучасних рекомендацій з ведення пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (мотиваційний компонент), 24,7 % лікарів — високий рівень когнітивного компонента (рівень знань з різних аспектів профілактики й лікування серцево-судинних захворювань), а високий рівень операційного компонента (вміння на практиці використовувати науково-обґрунтовані рекомендації щодо ведення та лікування пацієнтів) відзначався в 31 % лікарів.

Аналіз ставлення медичних працівників до проведення профілактичних заходів у себе особисто показав, що серед лікарів віком понад 40 років глюкозу крові й загальний холестерин визначають 34,2 і 28,6 % осіб відповідно. Медичні працівники первинної ланки недостатньо мотивовані на підтримання в себе нормальної ваги й мають підвищену масу тіла (34,5 %) і ожиріння (11,5 %). Щодо поширеності такого фактора ризику, як гіперхолестеринемія (51,2 %), медичні працівники не відрізняються від популяції в цілому. Серед сімейних лікарів курять 18,6 % жінок. Головною причиною, що утруднює виконання пацієнтами рекомендацій, називають їх низьку мотивацію.

**Висновки.** Медичні працівники первинної ланки охорони здоров'я мають недостатній рівень професійних знань з питань профілактики серцево-су-