

ких та кандидатських дисертацій Д 05.600.02 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова.

У свій педагогічний діяльності Ігор Володимирович приділяє велику увагу вдосконаленню методичних основ викладання навчальних дисциплін профілактичного змісту, намагається поєднувати навчальний матеріал з сучасними досягненнями гігієнічної науки, сприяючи формуванню у студентів, магістрантів та аспірантів глибокого інтересу до виконання науково-дослідної роботи.

За активну наукову та навчальну діяльність професор Сергетя І.В. нагороджений Почесними грамотами Міністерства охорони здоров'я України та Вінницької обласної державної адміністрації, має подяку Голови ВАК України, удостоєний премії НАМН України у галузі профілактичної медицини за монографію "Організація вільного часу та здоров'я школярів".

Сергеті І.В. притаманні такі риси, як творчий підхід до справи, що виконується, висока відповідальність за її результати, справедливість, уважність, надійність та незаперечна інтелігентність. Висока ерудиція, доброзичливість та відкритість Ігоря Володимировича у спілкуванні завоювали повагу та любов до нього студентів, учнів і колег.

Вже досить давно, будучи науковцем-початківцем і приїхавши вперше до Інституту гігієни дітей і підлітків АМН СРСР, він побачив вислів видатного лікаря Федора Гааза: "Спешите делать добро!" — який власне і став його орієнтиром у подальшій науковій, навчальній та громадській діяльності.

Вітаючи Ігоря Володимировича з 50-річчям, зичимо йому міцного здоров'я, творчого натхнення, щастя, невичерпної енергії, нових наукових звершень! Дуже і дуже хотілось би, щоб він завжди бачив світ лише прекрасним і робив його таким!

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова,

редколегія журналу "Довкілля та здоров'я".

INTEGRATED CRITICAL PATHWAY AS A WAY OF IMPLEMENTATION OF EVIDENCE BASED MEDICINE

Dyachuk D.D., Moroz G.Z., Gidzinska I.M.

ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ – ШЛЯХ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ВИМОГ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У МЕДИЧНУ ПРАКТИКУ



ДЯЧУК Д.Д., МОРОЗ Г.З., ГІДЗИНСЬКА І.М.

ДУ "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами

Система охорони здоров'я України розпочинає перехід від застосування експертних методів до широкої імплементації принципів та способів доказової медицини. Оптимальним для формування високоякісної клінічної практики в Україні є шлях адаптації клінічних рекомендацій, розроблених провідними світовими центрами на засадах доказової медицини, та створення на цій основі національної системи медичних стандартів і локальних клінічних протоколів [7, 13, 14]. На сьогодні в Україні триває процес розробки клінічних рекомендацій та стандартів, проте кінцевий результат підвищення якості медичної допомоги значною мірою залежить від впровадження вимог доказової медицини у медичну практику [17, 37]. Конкретний механізм такого впровадження — розробка та практичне використання локальних клінічних протоколів. Наказ МОЗ України № 795/75 від 03.11.2009 "Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)" [16]

ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЇ ПОМОЦІ — ПУТЬ К ВНЕДРЕНІЮ ТРЕБОВАНИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ

Дячук Д.Д., Мороз Г.З., Гідзинська І.М.

Проведено обобщение научных исследований по разработке и внедрению ЛПМП на современном этапе. Проанализированы результаты использования локального протокола предоставления медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Государственном научном учреждении "Научно-практический центр профилактической и клинической медицины" Государственного управления делами.

© Дячук Д.Д., Мороз Г.З., Гідзинська І.М. СТАТТЯ, 2012.

INTEGRATED CRITICAL PATHWAY AS A WAY OF IMPLEMENTATION OF EVIDENCE BASED MEDICINE

Dyachuk D.D., Moroz G.Z., Gidzinska I.M.

The purpose of this integrative literature review was to summarize and analyze the information on integrated critical pathways development and implementation. Results of integrated critical pathways utilization in medical care of patients with arterial hypertension in the State Institution of Science "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department has been exposed.

регламентує розробку локальних протоколів медичної допомоги (ЛПМД) на основі уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД). Основною властивістю УКПМД є урахування вітчизняних особливостей організації медичної допомоги, традицій клінічної практики та фінансування системи охорони здоров'я. ЛПМД — це документ, основним призначенням якого є організація виконання УКПМД. Локальні протоколи розробляються у кожному закладі охорони здоров'я для тих груп пацієнтів, для яких передбачено надання медичної допомоги відповідно до ліцензії. Процес розробки ЛПМД в Україні тільки починається, і на цьому етапі важливо враховувати попередній досвід, який мають країни світу, та перші результати вітчизняних дослідників.

Метою нашого дослідження стало узагальнення результатів розробки та впровадження ЛПМД на сучасному етапі.

Терміни "локальні протоколи" та "клінічні маршрути пацієнтів" є адаптацією термінів, що застосовуються у медичній англійській літературі: "critical pathway", "clinical pathways", "integrated care pathway", "care map" та інших [24-26, 35, 39, 40]. З 2000 по 2003 рік у наукових публікаціях зустрічається 84 визначення цього терміну [23, 24, 26]. Згідно з визначенням, наведеним у словнику (Mosby's Medical Nursing & Allied Health Dictionary, 4-th Edition), "critical pathway" — це "послідовність (графік або алгоритм) дій лікарів та середнього медичного персоналу, у т.ч. діагностичні процедури, призначення та прийом фармакологічних препаратів, консультації та інші медичні втручання для проведення ефективного

та скоординованого процесу надання медичної допомоги" [23, 24, 26].

Сама методологія створення "critical pathway" прийшла у медицину з промисловості. Такий підхід вперше застосували наприкінці 1950-х років Morgan R. Walker з фірми DuPont (одна з найбільших хімічних компаній-виробників) та James E. Kelley Jr. з фірми Remington Rand [23, 24, 26].

Використання методології "critical pathway" при створенні будь-якого проекту базується на трьох основних засадах.

1. Визначення переліку всіх дій, які потрібно зробити при виконанні проекту, тобто етапів виконання проекту.

2. Визначення часу, потрібного на виконання кожного етапу.

3. Визначення зв'язків між етапами загального проекту.

На базі отриманої інформації пропонується визначити максимальну тривалість виконання проекту та допустиму тривалість виконання кожного етапу (мінімальну та максимальну), яка дозволяє дотриматися строків виконання проекту. У ході такого аналізу визначається, які етапи є "критичними", тобто займають найбільший проміжок часу та потребують максимальних зусиль, а які не впливатимуть на виконання проекту загалом. Звідси і назва — "critical path", дослівно — "критичний шлях". Такий підхід дозволяє керівникам проекту виділити пріоритетні етапи з метою їх подальшого посиленого контролю.

У галузі охорони здоров'я "critical path" почали застосовувати наприкінці 1980-х років, переважно у США та Великій Британії, з ініціативи організацій медичного страхування, які прагнули покращити ефективність госпітальної ланки ме-

дичної допомоги та зменшити розбіжності обсягу наданих послуг [22, 23, 26]. Згодом цей підхід стали використовувати для планування обсягу надання медичних послуг [22]. Використання "critical path" у медицині призвело до виникнення нових термінів — "clinical pathways", "integrated care pathway", "care map", "care path" тощо. Зараз в англійській літературі рекомендують вживати термін "care pathway", тому що на багатьох мовах (німецькій, французькій, італійській) термін "клінічний" аналогічний терміну "госпітальний" у значенні "стаціонарний" [22-24, 26, 33]. Останнє визначення, опубліковане у 2007 році, звучить так: care pathway — комплексний підхід до організації медичної допомоги у разі певного захворювання протягом певного періоду [33]. Термін "care pathway" використовувався на щорічній міжнародній конференції по застосуванню локальних протоколів/клінічних маршрутів при наданні медичної допомоги, яка проходила у Лондоні у січні 2010 року та мала назву "A practical guide to delivering quality, productivity, innovation and prevention through developing and using care pathways" — "Практичне керівництво з надання якісної, ефективною, сучасною, профілактично спрямованою медичної допомоги шляхом розробки та впровадження локальних протоколів/клінічних маршрутів". Його також використовують у першому дослідженні, що вивчає ефективність стандартизованих підходів надання медичної допомоги з використанням засад доказової медицини — The European Quality of Care Pathway (EQCP) Study, яке розпочато 2005 року [43]. У вітчизняній літературі усі ці терміни перекладаються як "локальний протокол" або "клінічний маршрут", терміни "локальний протокол медичної допомоги" (ЛПМД) та "клінічний маршрут" (КМ) застосовуються у наказі МОЗ № 795/75 "Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на заса-

дах доказової медицини (частина друга)" [16].

Системне використання ЛПМД почалось у 1985-1987 роках у медичному центрі м. Бостон (Нова Англія). Наприкінці 1990-х років приблизно 80% лікарень у США використовували щонайменше один ЛПМД [25]. З кінця 1990-х років минулого століття ЛПМД стали застосовувати у більшості країн світу. У Великій Британії, де ЛПМД почали використовувати на початку 90-х років, вони отримали назву "integrated care pathways" — "інтегровані клінічні протоколи" [20, 42].

На першому етапі свого створення ЛПМД використовували лише для підвищення ефективності медичних втручань на госпітальному етапі. І зараз вони здебільшого використовуються при наданні медичної допомоги на етапі стаціонарної ланки. Вони допомагають лікарям раціонально розподілити у часі увесь обсяг медичних заходів, який може надати хворому лікарня сучасного рівня, скоординувати зусилля структурних підрозділів, діагностичних та лікувальних служб, фахівців різного профілю, лікарів, середнього медичного персоналу, а також соціальних працівників, співробітників допоміжних служб (фармацевтів, дієтологів тощо). На амбулаторно-поліклінічному етапі їх використовують значно менше. Здебільшого це стосується проведення амбулаторних оперативних втручань, ведення вагітних, проведення профілактичних щеплень, надання медичної допомоги пацієнтам з больовими синдромами, гострими порушеннями мозкового кровообігу тощо [23, 26].

Спочатку ЛПМД сприймалися як заходи організації та упорядкування процесу надання медичної допомоги. Нині їх розглядають як алгоритм при комплексному підході до надання медичної допомоги та засіб підвищення його якості з урахуванням інтересів пацієнта [42]. European Pathways Association (EPA) — Європейська Асоціація Локальних протоколів — дає таке визначення цьому документу: "ЛПМД — узгоджений комплекс втручань надання медичної допо-



ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЦИНИ

моги з очікуваним результатом для певної групи пацієнтів протягом певного часового інтервалу" [25, 30]. Основні ознаки ЛПМД — використання положень доказової медицини, урахування інтересів та очікувань пацієнта, детальний перелік основних етапів надання медичної допомоги та очікуваного результату наприкінці кожного етапу, координація взаємодії учасників процесу надання медичної допомоги — медичного персоналу, пацієнтів та їхніх близьких, реєстрація, моніторинг та оцінка перебігу процесу та результатів медичного втручання, надання медичної допомоги відповідно до наявних ресурсів [29, 42]. Алгоритм ЛПМД створено таким чином, щоб досягти певного результату за певний проміжок часу.

Створення та впровадження ЛПМД вирішує низку завдань [22, 26, 40], пов'язаних з підвищенням якості медичної допомоги, а саме:

- підтримку впровадження засад доказової медицини у клінічну практику;
- зменшення ризику від медичних втручань;
- зменшення кількості непотрібних втручань, які призводять до збільшення витрат, не маючи позитивного впливу на якість медичних послуг;
- зменшення відмінностей у наданні медичної допомоги;
- визначення тих етапів, які перешкоджають адекватному наданню медичної допомоги та розробку заходів з їх усунення.

Загальноприйнятої форми локального протоколу та клінічного маршруту не існує, медичні заклади застосовують ті форми, з якими їм зручно працювати [28, 34, 41]. Здебільшого використовуються різні форми таблиць. Вони мо-

жуть виглядати як окремі аркуші або формуляри. Основна вимога до форми локального протоколу — розподіл заходів медичної допомоги протягом певного часового інтервалу. У випадку використання електронної форми локального протоколу є можливість отримання інформації від суміжних підрозділів.

Найбільш поширена форма локального протоколу/клінічного маршруту, яку можна назвати класичною, — схема Ганта (Gantt Chart), в якій описано послідовність процесу день за днем або година за годиною. Вона використовується у випадках, коли кожен етап процесу надання медичної допомоги розпочинається після закінчення попереднього. В одній колонці позначається перелік дій медичного персоналу, у другій — дні перебування пацієнта у стаціонарі [28].

ЛПМД може стати частиною медичної картки пацієнта, іноді цілком замінюючи її. У ньому ставляться позначки про виконання медичних заходів та вказується очікуваний результат наприкінці кожного етапу надання медичної допомоги. У разі недосягнення результату вказують можливі варіанти відхилення, які також піддають аналізу, визначають причини їх виникнення, за необхідності наводиться план дій медичного персоналу.

Досвід розробників свідчить про те, що створення вдалої та зручної форми локального протоколу та клінічного маршруту є необхідною умовою його сприйняття медичним персоналом, отже і впровадження у практику [14, 28, 30, 42]. Іноді перевага надається локальним протоколам, які мають формат лікарських призначень з позначкою про виконання. Ключові елементи про-

цесу виділяються за допомогою шрифту або кольору.

Інша проблема, що виникає під час створення та впровадження локальних протоколів, — розробка ефективного методу реєстрації та моніторингу всіх відхилень, тобто невиконання окремих етапів або невчасного їх виконання. Тут важливо зосередити зусилля на реєстрації "ключових" етапів, які впливають на результат надання медичної допомоги, наприклад у випадку госпітальних ЛПМД — на тривалість стаціонарного етапу лікування. У кожному закладі такі ключові позиції визначають або інтуїтивно, або з застосуванням об'єктивних методів [35].

Клінічний маршрут пацієнта може бути частиною ЛПМД та має вигляд алгоритму руху пацієнта структурними підрозділами медичних закладів, що залучені до надання допомоги при конкретному стані або захворюванні [16].

Клінічні маршрути мають три обов'язкові компоненти.

1. *Лікарські призначення* — перелік обстежень, фармакологічних препаратів, немедикаментозних втручань протягом усього періоду перебування пацієнта у медичному закладі. Призначення є стандартизованими і можуть бути викладеними в електронній формі або на паперовому носії.

2. *Опис результатів кожного етапу надання медичної допомоги.* Клініцисти можуть використовувати їх для контролю досягнення результату на кожному етапі або фіксації непередбачуваних результатів.

3. *Інструкції для пацієнта та членів його родини* надають пацієнтові інформацію щодо його участі у процесі надання медичної допомоги, очікуваних результатів наприкінці

кожного етапу та можливих побічних ефектів та ускладнень медичного втручання.

Використання стандартизованої документації та бланків дозволяє зменшити час на ведення історій хвороби. Використання блоку документів для пацієнта у комплексі клінічного маршруту сприяє покращенню результатів медичного втручання, дозволяє встановити з пацієнтом партнерські зв'язки. Це також сприяє підвищенню задоволеності пацієнта рівнем наданої медичної допомоги.

Шляхи впровадження клінічних настанов у практику стають все складнішими. Одним з них є використання електронних історій хвороби. Заповнюючи таку електронну форму, лікар обирає варіанти з наведеного переліку обов'язкових методів діагностики та лікування, що відповідають заходам доказової медицини [19, 27, 36].

Важлива роль у процесі впровадження наукових розробок відводиться комісіям з впровадження, які належить створити у лікувальних закладах. Головне їхнє завдання — проведення навчання і роз'яснювальної роботи серед медичних працівників та пацієнтів з подальшим аудитом і оцінкою клінічної ефективності результатів впровадження. Запорукою успіху впровадження є тісна співпраця авторів ЛПМД з медичним персоналом, встановлення взаємовідносин партнерства та взаєморозуміння [16, 26].

До необхідних заходів, які сприяють успіху впровадження засад доказової медицини у медичну практику, належить передусім навчання медичного персоналу, ознайомлення його з новітніми досягненнями у певній галузі медицини. Навчання може бути проведене з використанням лекцій та семінарів: проведення лекцій та конференцій дає можливість виділити та обґрунтувати позиції, що потребують змін. Пасивне сприйняття інформації має менший ефект, ніж участь у дискусіях та обговорення на семінарах. Увагу слід приділити саме семінарам з невеликою кількістю учасників, на яких встановлюються тісні зв'язки лектора та слухача, об-

говорюються усі аспекти практичного впровадження наукових розробок [22, 31, 32]. Свої переваги мають індивідуальні співбесіди — методичний підхід, яким широко користуються фармацевтичні фірми, аби спонукати лікарів призначати свої препарати. Проведення індивідуальних бесід може бути корисним на усіх етапах впровадження ЛПМД.

Велику роль у впровадженні ЛПМД відіграють інформаційні технології, які дозволяють використовувати спеціалізовані програми статистики та обліку, а також електронні алгоритми обстеження та лікування на базі клінічних настанов (системи "нагадування"). Доведено ефективність таких систем для стандартизації підходів до призначення медикаментозного лікування та проведення заходів з профілактики [19, 26, 32]. Цей аспект проблеми потребує певного матеріально-технічного забезпечення, але створює умови для подальшого удосконалення і підвищення якості медичної допомоги. Перевагою електронного формату є те, що він полегшує контроль виконання положень ЛПМД. Для цього достатньо мати стандартизовані карти, окремі поля яких заповнюються персоналом, задіяним у процесі. За наявності електронної бази та відповідної програми простіше проводити аналіз розбіжностей [19, 32].

Дослідники NICE (National Institute of Clinical Excellence — провідної установи у Великій Британії, що займається розробкою клінічних настанов) значну увагу приділяють розробці стратегії роботи з пацієнтами [28, 29]. Роль пацієнта у впровадженні у практику положень доказової медицини, викладених у клінічних настановах, є дуже важливою. Задоволеність пацієнта рівнем наданої йому медичної допомоги дозволяє впроваджувати необхідні зміни. Пацієнт краще виконує рекомендації лікаря, коли він знає, що вони відповідають сучасним науковим досягненням. Доведено ефективність роботи у цьому напрямку і за допомогою засобів масової інформації, і у разі індивідуальної роботи з пацієнтами, наданні йому інформації у вигляді листівок або постерів [5].

Світовий досвід впровадження стандартизованих підходів до медичних втручань свідчить про наявність зовнішніх і внутрішніх бар'єрів. Серед перших — відсутність необхідних медичних ресурсів (устаткування, реактивів, медикаментів), фінансові обмеження, відсутність нормативно-правового забезпечення процесу впровадження. До внутрішніх бар'єрів належать "керовані" причини, а саме: недоліки системи організації надання медичної допомоги, недостатній рівень підготовки медичного персоналу, консерватизм медичних працівників, які часто не хочуть змінювати звичну тактику ведення пацієнта, поліпрагмазія, яка є доступною та поширеною формою захисту лікарів від претензій пацієнта. Невиконання протоколів та недотримання стандартів здебільшого зумовлене саме внутрішніми причинами [5, 16, 21, 22, 31, 35].

Хоча створення ЛПМД є загальновізним шляхом впровадження засад доказової медицини у медичну практику, цей процес досі не став предметом серйозних наукових досліджень. Не існує контрольованих досліджень щодо впливу впровадження локальних протоколів на тривалість етапів лікування, зменшення витрат або рівень задоволеності пацієнта. Одна з причин — неможливість відділити виконання заходів у рамках ЛПМД від заходів, що використовуються у загальній практиці. Перше таке дослідження (The European Quality of Care Pathway (EQCP) Study) розпочато 2005 року, і результати його поки що не опубліковані [43]. У дослідженні беруть участь медичні заклади Бельгії, Італії, Ірландії та Португалії. Воно є рандомізованим та контрольованим. Його метою є вивчення ефективності впровадження локальних клінічних протоколів під час надання медичної допомоги пацієнтам з хронічними обструктивними захворюваннями легень та пацієнтам з проксимальними переломами стегна, а також умов, що сприятимуть впровадженню такого підходу [43].

Крім того, організація, що має назву European Pathway

Association (Європейська Асоціація клінічних протоколів), проводить епідеміологічне дослідження щодо застосування локальних протоколів у 23 країнах світу [38]. Серед учасників — Велика Британія, США, Естонія, Індія та Сінгапур. Станом на 2005 рік 83% країн-учасниць проекту використовують ЛПМД в університетських клініках, 43% — при проведенні заходів з реабілітації, 43% — під час надання медичної допомоги хворим з психічними розладами, 65% — при наданні невідкладної допомоги, лише 39% країн — при наданні медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному етапі [38].

В Україні поки не існує загальнонаціональної системи медичних стандартів. Процес стандартизації та впровадження у повсякденну медичну практику засад доказової медицини шляхом створення локальних протоколів не набув великого поширення у вітчизняних медичних закладах. Окремі медичні заклади, не чекаючи вирішення проблеми на державному рівні, почали розробляти та впроваджувати локальні протоколи самостійно. Створено локальні протоколи надання невідкладної медичної допомоги у клінічній лікарні "Феофанія" ДУС [1], наказом обласного управління охорони здоров'я затверджено локальні протоколи надання медичної допомоги мешканцям Житомирської області, яка брала участь у реалізації проекту ЄС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні". Лікувальні заклади Житомирської області спільно з благодійною організацією "Лікарняна каса Житомирської області" протягом багатьох років застосовують формулярну систему, а з 2009 року впроваджуються локальні клінічні протоколи надання медичної допомоги з терапевтичного та педіатричного профілів [11, 12].

Житомирське управління охорони здоров'я розробило локальні протоколи для різних медичних спеціальностей з якими можна ознайомитись у мережі Інтернет на сайті <http://www.medsoft.ucoz.ua>. Але наведені там документи здебільшого відповідають ви-

могам уніфікованого клінічного протоколу та не відображають алгоритму надання медичної допомоги у конкретній лікувально-профілактичній установі [15, 16].

У Державній науковій установі "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами запроваджена комплексна науково-практична програма з розробки та впровадження локальних протоколів, які базуються на клінічних рекомендаціях та відповідають вимогам доказової медицини. Одним з перших було розроблено ЛПМД хворим на артеріальну гіпертензію, враховуючи внесок цієї патології у структуру захворюваності та смертності. Локальний протокол укладено відповідно до рекомендацій Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (2008), наказу МОЗ України № 436 від 03.07.2006 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Кардіологія", рекомендацій Європейського товариства з артеріальної гіпертензії / Європейського товариства кардіологів з лікування артеріальної гіпертензії 2009 року. Структура протоколу відповідає вимогам наказу МОЗ України № 795/75 від 03.11.2009 "Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)" [16]. ЛПМД охоплює увесь комплекс необхідних елементів медичної допомоги та регламентує послідовність дій лікаря у випадку впер-

ше виявленої артеріальної гіпертензії (діагностичні дослідження, стратифікацію ризику, тактику лікування) та моніторинг до і після досягнення контролю артеріального тиску. Вибір медичних технологій враховує стан основних фондів поліклініки, забезпеченість кадровими, матеріальними ресурсами, організаційні методи роботи [37-39]. Значну увагу у протоколі приділено розробці індикаторів якості медичної допомоги [40]. У процесі розробки ЛПМД вперше в Україні розроблено та впроваджено у практику уніфіковані карти визначення та моніторингу факторів ризику, стратифікації ризику у хворих на артеріальну гіпертензію, що дозволило рекомендувати їх використання в інших медичних закладах [4, 6, 9].

Особливістю розробленого нами ЛПМД став детальний методичний супровід процесу підвищення поінформованості пацієнтів з питань лікування та профілактики артеріальної гіпертензії. З цією метою було створено "Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією" (додаток № 1 до ЛПМД), в якому у доступній формі викладено основні принципи лікування підвищеного артеріального тиску та корекції супутніх факторів ризику, представлено дієтичні рекомендації та щоденник самоконтролю АТ [10]. Усі пацієнти з артеріальною гіпертензією отримують цей інформаційний лист і мають можливість обговорити з лікарем стратегію свого лікування. Важливим є моніторинг пацієнтів, що отримують планове лікування, для підтримки та закріплення у них мотивації до виконання рекомендацій лікаря

До програми впровадження локального протоколу було

включено план заходів підвищення поінформованості лікарів щодо стандартизації діагностики, лікування, диспансерного нагляду хворих на артеріальну гіпертензію. Виходячи з того, що ЛПМД розрахований на підвищення рівня надання медичної допомоги на етапі первинної ланки, основну увагу було приділено роботі дільничних лікарів-терапевтів.

Проведений нами попередній аналіз результатів поточного контролю дозволив визначити основні питання, які потребують доопрацювання. Потребує уваги та контролю виконання програми обстеження та призначення лікування: моніторинг показників ліпідного обміну, призначення аспірину, адекватних доз статинів, необхідних для досягнення цільового рівня холестерину. Впровадження ЛПМД триває, і триває робота з узагальнення досвіду і розробки нових методичних підходів.

Висновки

1. Створення та впровадження ЛПМД підпорядковані меті підвищення якості медичної допомоги у відповідності до вимог доказової медицини та оптимізації використання наявних ресурсів.

2. Загальноприйнятої форми локального протоколу та клінічного маршруту не існує, медичні заклади застосовують ті форми, з якими їм зручно працювати та за якими можна проводити моніторинг.

3. Велику роль у впровадженні ЛПМД відіграють інформаційні технології, які дозволяють використовувати спеціалізовані програми статистики та обліку, а також електронні алгоритми обстеження та лікування на базі клінічних настанов (системи "нагадування"). Доведено ефективність таких систем для стандартизації підходів до призначення медикаментозного лікування та проведення заходів з профілактики.

4. До необхідних заходів, які сприяють успіху впровадження засад доказової медицини у медичну практику, належить насамперед навчання медичного персоналу, ознайомлення його з новітніми досягненнями у певній галузі медицини.

5. У Державній науковій

установі "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами здійснюється комплексна науково-практична програма з розробки та впровадження локальних протоколів, які базуються на клінічних рекомендаціях та відповідають вимогам доказової медицини. Першим було розроблено локальний протокол надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію, враховуючи внесок цієї патології у структуру захворюваності та смертності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гандурська-Павленко О.П. Досвід впровадження системи управління якістю медичної допомоги у Клінічній лікарні "Феофанія" ДУС / О.П. Гандурська-Павленко // Медико-технологічні нормативи у роботі лікувальних закладів: сучасний стан проблеми в Україні: мат. Всеукр. наук.-практ. конф. — К., 2009.

2. Дячук Д.Д., Чумаченко М.М., Мороз Г.З., Гідзинська І.М. Методичні підходи до впровадження локальних клінічних протоколів в амбулаторно-поліклінічну практику // Вісник соц. гігієни та орг. охор. здоров'я. — 2009. — № 3. — С. 66-70.

3. Дячук Д.Д., Мороз Г.З., Гідзинська І.М. Наукове обґрунтування вибору індикаторів якості надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2010. — № 1. — С. 55-59

4. Карпенко П.О., Мороз Г.З., Гідзинська І.М. Рекомендації по харчуванню хворих на артеріальну гіпертензію. Інф. лист. — К., 2010, № 157.

5. Ліщишина О.М., Степаненко А.В., Кравець О.М. Інструмент для пацієнтів, залучених до управління якістю медичної допомоги. Європейський досвід реалізації принципів доказової медицини // Укр. мед. часопис. — 2010. — № 2 (76).

6. Лисенко І.Ю., Гідзинська І.М., Дзизінська О.О. та ін. Впровадження стандартизованих підходів щодо визначення та моніторингу факторів ризику // Сімейна медицина. — 2010. — № 3, спецвипуск. — С. 23-24.

7. Медичні стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню / Заг. ред. Г. Росс, О.М. Новічкова, А.В. Степаненко, Д.В. Варивончик / NICARE. — К., 2006. — 238 с.

8. Мороз Г.З., Гідзинська І.М., Лисенко І.Ю. та ін. Розробка та впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією // Укр. кардіологічний журнал. — 2010. Додаток 2. "Матеріали XI Національного конгресу кардіологів України, 28-30.09.2010 р. — 29 с.

9. Мороз Г.З., Гідзинська І.М., Ласиця Т.С. та ін. Впровадження уніфікованих карт стратифікації ризику, виявлення та моніторингу факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію в амбулаторно-поліклінічних умовах. Інф. лист. — К., 2010. — № 165.

10. Мороз Г.З., Гідзинська І.М. Пам'ятка для пацієнта з гіпертонічною хворобою // Thegaria. — 2010. — № 9. — С. 90-91.

11. Парій В.Д. Стан дотримання протоколів лікування при наданні медичної допомоги членам благодійної організації "Лікарняна каса Житомирської області" / В.Д. Парій, В.С. Мишківський, С.М. Гришук // Человек и лекарство — Украина: тези доп. I нац. конгр. — К., 2008. — 169 с.

12. Парій В.Д. Досвід впровадження лікарського формуляру у лікувальних закладах Житомирської області / В.Д. Парій, В.С. Мишківський, О.К. Толстанов та ін. // Фармакоэкономика в Украине: состояние и перспективы развития: мат. II наук.-практ. конф. — Харків, 2009. — С. 137-139.

13. Пономаренко В.М. Подходы к организации процесса адаптации клинических рекомендаций / медицинских стандартов в систему здравоохранения / В.М. Пономаренко, Г.О. Слабкий, О.О. Дудина, О.А. Валиева // Вісник соц. гіг. та орг. охорони здоров'я України. — 2007. — № 1. — С. 15-19.

14. Посібник для розробників клінічних рекомендацій / мед. стандартів / Заг. ред. О.М. Новічкова, Г. Росс, А.В. Степаненко / NICO. — 2007. — 71 с.

15. Про затвердження локальних клінічних протоколів надання медичної допомоги жителям Житомирської обла-

сті: нац. Житомир. ОДА, УОЗ від 30.12.2008 р. № 754. — [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.medsoft.ucoz.ua>.

16. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга): нац. МОЗ України від 03.11.2009 № 795/75. — [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://triton.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=13988>.

17. Степаненко А.В. Інструменти управління якістю медичної допомоги: розвиток в Україні / А.В. Степаненко, О.М. Ліщишина, Т.М. Думенко // Лікарня у XXI столітті: організація та управління медичною допомогою: мат. Всеукр. наук.-практ. конф., 05-06.06.2008 р. — К., 2008. — С. 26-31.

18. Чумаченко М.М. Мороз Г.З., Гідзинська І.М. та ін. Практичні аспекти розробки та впровадження локального протоколу надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію на амбулаторному етапі. Мат. Всеукр. наук.-практ. конф. "Медико-технологічні нормативи у роботі лікувальних закладів: сучасний стан проблеми в Україні". 15-16.10.2009. — К. — 78 с.

19. Шуляк В.І. Моніторинг клінічного маршруту пацієнта за допомогою сучасних інформаційних технологій // Вісник соц. гігієни та орг. охор. здор. — 2009. — № 3. — С. 71-76.

20. Шуляк В.І. Міжнародний досвід застосування інтегрованого клінічного протоколу у медичній практиці (огляд літератури) // Укр. мед. часопис. — 2010. — № 5 (79). — С. 41-44.

21. Bazian Ltd. Do evidence-based guidelines improve the quality of care? // Evidence-Based Healthcare & Public Health. — 2005. — № 9. — P. 270-275.

22. Bower K.A. Clinical pathways: 12 lessons learned over 25 years of experience // J. Integr. Care. Pathw. — 2009. — № 13. — P. 78-81.

23. Campbell H.H.R., Bradshaw N., Porteous M. Integrated care pathways // BMJ. — 1998, 316:133-144.

24. De Bleser L.D.R., De Wae-

le K., Vanhaecht K., Vlayen J., Sermeus W. Defining pathways // J. Nurs. Manag. — 2006, 14:553-563.

25. Dy S.M. Critical Pathway Effectiveness: Assessing the Impact of Patient, Hospital Care and Pathway Characteristics Using Qualitative Comparative Analysis / S.M. Dy, P. Garg, D. Nyberg et al. // HSR: Health Services Research. — 2005. — № 40, 2. — P. 499-516.

26. Every N.R., Hochman J., Becker R. et al. Critical Pathways // A Review. Circulation. — 2000; 101; 461-465.

27. Guyatt G. Evidence based medicine has come a long way / G. Guyatt, D. Cook, B. Haynes // BMJ. — 2004. — P. 329:990-1.

28. Harkleroad A., Schirf D., Volpe J., & Holm M.B. Critical pathway development: An integrative literature review // American Journal of Occupational Therapy. — 2000; 54, 148-154.

29. Hoxie L.O. Outcomes measurement and clinical pathways / L.O. Hoxie // J. Prosthetic. and Orthotics. — 1996. — № 8, 3.

30. Kinsman L., Rotter Th., James E. et al. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate // BMC Medicine. — 2010, 8:31.

31. National Institute for Health and Clinical Excellence. How to change practice. Understand, identify and overcome barriers to change. — London: NHS, 2007.

32. National Institute for Health and Clinical Excellence. Developing guidance-related support tools. Process and Methodology Manual. — London: NHS, 2008. — 61 p.

33. Panella M. Is there still need for confusion about pathways? / M. Panella, K. Vanhaecht // Int. J. Care Pathw. — 2010. — № 14. — P. 1-3.

34. Pearson S.D., Goulart-Fisher D., Lee Th. H. Critical

Pathways as a Strategy for Improving Care: Problems and Potential. — Ann. Intern. Med. — 1995; 123:941-948.

35. Rotter T., Kinsman L., James E.L. et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review) 2010 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.thecochranelibrary.com>.

36. Scot I. The evolving science of translating research evidence into clinical practice / I. Scot // EBM. — 2007. — № 12. — P. 4-7.

37. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. — Geneva: World Health Organization, 2006. — 125 p.

38. Vanhaecht K., Bolmann M., Bower K. et al. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries — an international survey by the European Pathway Association // J. Integr. Care. Pathw. — 2006; 10:28-34.

39. Vanhaecht K. Clinical Pathway Audit Tools: A Systematic Review / Vanhaecht K., De Witte K., Depreitere R., Sermeus W. // J. Nurs. Manag. — 2006. — № 14 (7). — P. 529-537.

40. Vanhaecht K. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation to obtain the degree of Doctor in Social Health Sciences / K. Vanhaecht, K. De Witte, W. Sermeus // Faculty of Medicine, Catholic University Leuven. — 2007.

41. Vanhaecht K., de Witte K., Sermeus W. The care process organization triangle: a framework to better understand how clinical pathways work // J. Integr. Care. Pathw. — 2007; 11:54-61.

42. Vanhaecht K., Panella M., Van Zelm R.T., Sermeus W. What about care pathways? / Eilershaw J.E., Wilkinson S., eds. Care of the Dying. 2-nd edn. — Oxford: Oxford University Press, 2010.

43. Vanhaecht K. The European Quality of Care Pathway (EQCP) Study: history, project management and approach / Vanhaecht K., Sermeus W., Peers J. et al. // Intl. J. Care. Pathw. — 2010. — № 14. — P. 52-56.

Надійшла до редакції 10.12.2011.

KORCHAK-CHEPURKIVSKY — A FOUNDER OF THE NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM AS A CONSTITUENT PART IN THE ESTABLISHMENT OF THE UKRAINIAN STATEHOOD (1917-1920) (on the 155-th birthday celebration) Moskalenko V., Yavorovsky A., Sakharchuk I.

О.В. КОРЧАК-ЧЕПУРКІВСЬКИЙ — ОДИН З ЗАСНОВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СКЛАДОВОЇ УКРАЇНСЬКОГО ДЕРЖАВОТВОРЕННЯ (1917-1920) (до 155-річчя від дня народження)



**МОСКАЛЕНКО В.Ф.,
ЯВОРОВСЬКИЙ О.П.,
САХАРЧУК І.М.**

Національний медичний
університет
ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

УДК: 614.2(477) "1917/1920":
06.091.5

Ключові слова:
державний діяч,
О.В. Корчак-Чепурківський,
національна система охорони
здоров'я, українське
державотворення,
міністерство, санітарний
департамент, законопроект,
комісія, опікування.

лютого 2012 року виповнилося 155 років від дня народження Овксентія Васильовича Корчака-Чепурківського (26.02.1857-25.11.1947) — державного та громадського діяча, педагога, видатного українського гігієніста, епідеміолога і демографа, міністра охорони здоров'я (1919), академіка (1921), "неодмінного" (вченого) секретаря АН України (1929-1934/1939), депутата Київської міської ради (1926-1934), члена ВЦВК (1927-1934)... Перелік лише цих найважливіших (але неповних) біографічних даних свідчить про те, що Овксентій Васильович був непересічною особистістю в українській історії останньої чверті XIX — першої половини XX сторіччя.

Його багатогранна діяльність досить повно досліджена у працях багатьох науковців [1]. Водночас і нині ще недостатньо оцінена його роль в українському державотворенні у період національно-визвольних змагань 1917-1920 рр. З урахуван-

А.В. КОРЧАК-ЧЕПУРКОВСКИЙ — ОДИН ИЗ ОСНОВАТЕЛЕЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПОСТРОЕНИЯ УКРАИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОСТИ (1917-1920 гг.) (к 155-летию со дня рождения)

Москаленко В.Ф., Яворовский А.П., Сахарчук И.М.

Статья освещает одну из недостаточно исследованных сторон многогранной деятельности А.В. Корчака-Чепурковского, активное его участие в формировании национальной системы здравоохранения как составляющей построения украинского государственности в период функционирования Центральной Рады, Гетманата и Директории. Особое внимание акцентируется на демонстрации его роли в организации работы возглавляемого им государственного органа управления — санитарного департамента Министерства народного здравоохранения и попечительства, а также в разработке санитарно-гигиенических и противоэпидемических законопроектов в составе министерской комиссии.

Ключевые слова: государственный деятель, А.В. Корчак-Чепурковский, национальная система здравоохранения, построение украинской государственности, министерство, санитарный департамент, законопроект, комиссия, попечительство.

© Москаленко В.Ф., Яворовський О.П., Сахарчук І.М.
СТАТТЯ, 2012.