

**ОЦІНКА ВПЛИВУ ПРОГНОЗОВАНИХ РИЗИКІВ УСКЛАДНЕНЬ  
НА ВИЗНАЧЕННЯ СТАНДАРТУ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

*Кіровоградська обл. лікарня (головний лікар – Л.М. Андрєєва)*

Відповідно до проекту «Єдина державна політика громадського здоров'я України» [4], одним із головних оцінювачем якості лікування є, перш за все, пацієнт як споживач медичної послуги, за яким «йдуть кошти» [3]. Оскільки результати лікування набувають ознак економічних категорій, професійне використання лікарями європейських протоколів діагностики і лікування з урахуванням можливих ускладнень, обов'язково-го визначення кошторису медичної послуги має бути невід'ємними технологічними ланцюгами процесу лікування.

Доцільність переосмислення оціночної ролі такого поняття, як результат лікування, обумовлена тим, що чітко визначені варіанти останнього можуть характеризувати певні можливості, навіть висококваліфікованих лікарів, в досягненні різних ступенів ефективності лікування в залежності від індивідуальних особливостей перебігу захворювання.

Щодо можливих результатів лікування, проведеного в об'ємі оптимальної технології, є доцільним виділити такі стандарти оцінки ефективності лікування: «одужання», «покращення», «без змін» і «погіршення». В плані необхідності проведення експертних оцінок є сенс надати статус стандарту таким розділам, як якість діагностики і лікування, та визначити варіанти можливих ускладнень, а також дефектури в технології лікувального процесу.

Під час оцінки стандартних результатів лікування ЛОР-захворювань необхідно брати до уваги інформацію щодо етіології, патогенезу, симптоматики, лікування і про-

філактики з джерел спеціальної медичної літератури і практичного досвіду.

Як відомо, у кожного пацієнта можуть проявлятися особливості захворювання, які обумовлюють ступінь впливу наявних у нього індивідуальних анатомічних, етіологічних та патогенетичних факторів на перебіг захворювання, ускладнення і кінцевий результат лікування. В зв'язку з цим для досягнення найефективніших результатів лікування пропонуємо виконати алгоритм аналізу кожного конкретного захворювання на предмет визначення можливого впливу прогнозованих ускладнень на стандартні варіанти результатів лікування.

На основі багаторічного досвіду лікування, в т.ч. і хірургічного, оториноларингологічних хворих, скориставшись методом структурно-логічного аналізу, автор демонструє спробу визначення схеми оцінки результатів лікування з урахуванням ускладнень у хворих ЛОР-відділення Кіровоградської обласної лікарні [5].

Серед захворювань взагалі і оториноларингологічних, зокрема, є такі, в процесі лікування яких, на жаль, неможливо досягти повного одужання, тобто 100% відновлення функції хворого органу. Це може бути обумовлено низкою факторів, в т.ч. вроджених і генетичних, а також набутих внаслідок перенесених хвороб і т.ін. Наприклад, атрофічні зміни рецепторних клітин слухового нерва, коли функцію останнього практично неможливо відновити. У даному випадку хворий повинен знати про неможливість відновлення слуху терапевтичними засобами.

Як приклад створення схеми оцінки якості діагностики і лікування, можливих ускладнень і результатів демонструємо аналіз хірургічного лікування одного із найпоширеніших ЛОР-захворювань – викривлення усіх відділів перегородки носа з порушенням функції дихання (табл.).

Як відомо, «одужання» характеризує результат лікування, коли у пацієнта повністю зникають суб'єктивні і об'єктивні ознаки захворювання, яке він лікував. Результат «покращення» у нашому випадку (табл.) може бути, якщо під час, наприклад, хірургічного втручання вдається ліквідувати викривлення частини перегородки носа з одної сторони, а в другій гребінь лемеша ліквідувати не вдається внаслідок тривалої кровотечі після застосування долота. Тоді відновлення функції дихання однієї половини носа розцінюється, як «покращення», порівнюючи з тим, коли пацієнт взагалі не дихав через ніс.

Результат «без змін» у нашому прикладі може бути у випадку, коли лікарю не вдається ліквідувати викривлення перегородки носа в зв'язку з певними суб'єктивними і об'єктивними обставинами, в т.ч. етіологічними та патогенетичними факторами. Наприклад, посттравматичний гребінь на значній площі викривленої перегородки носа, а також рубцеві зміни слизової оболонки настільки великі, що спроби ліквідувати цей дефект для досягнення вільного дихання закінчується чималою перфорацією перегородки з прогресуючими проявами атрофії слизової оболонки порожнини носа і створення корківних нашарувань у носовій порожнині і, як наслідок, різке погіршення функції дихання, що, природно, викликає незадоволення у пацієнта.

Представлені в таблиці фактори впливу на ефективність лікування свідчать про можливість одержання різних результатів, які, на жаль, не завжди залежать від кваліфікації лікаря, і про які обов'язково повинен бути проінформований пацієнт або його представники в зв'язку з можливими, часто необгрунтованими, претензіями до лікаря.

Одним із технологічних ланцюгів аналізованого стандарту є визначення експертним шляхом ваги значень у використанні

кожного із розділів процесу діагностики і лікування. У нашому прикладі (табл.), якщо комплекс необхідних заходів по обстеженню хворого прийняти за одиницю, то вага лабораторних методів у повноцінному обстеженні може складати 0,5; ендоскопічних – 0,2; рентгенологічних – 0,3. Аналогічний принцип оцінки можна застосувати і для визначення значимості різних лікувальних заходів. Як видно з даних, наведених в таблиці, значимість антибактеріального і локального лікування складає 0,6; десенсибілізуючого – 0,2; фізіотерапевтичного і симптоматичного – по 0,1. Якщо в процесі експертної оцінки, наприклад, результатів хірургічного лікування захворювання, що підлягає аналізу, не будуть використані такі розділи, як рентгенологічне обстеження чи показані фізіотерапевтичні процедури, то можна обгрунтовано говорити про зниження якості обстеження на 30% і лікування – на 10%.

Недодержання вказаного алгоритму технології стандарту якості діагностики і лікування, прогнозування ризиків і визначення можливих результатів лікування при відсутності практики інформування про можливі ризики призведе до незадоволення результатами лікування хворих, і, як наслідок, виникнення конфліктних ситуацій на рівні «пацієнт-лікар», «пацієнт-лікарняний заклад», та навіть позовів до суду.

Використання вищенаведеного комплексу оцінки якості лікувальної роботи, прогнозування ризиків і результатів лікування щодо конкретного захворювання, будучи загальноприйнятими, наприклад, регіональною або республіканською асоціацією лікарів певного профілю, могло би виконувати роль регламентуючих, визначаючих певну тактику та обов'язки медичних працівників, об'єм і якість медичних документів зі своїм юридичним статусом. Їх роль у відношеннях «лікар-лікар» визначається змістом, який, пропонуючи оптимальну технологію процесу обстеження і лікування конкретного захворювання, виключало би різночитання при аналізі захворювань, дуже широку розбіжність думок з приводу тактики, обсягу лікування, прогнозів ускладнень і результатів.

Схема оцінки якості діагностики та лікування, варіанти можливих ускладнень і результатів, отриманих в процесі лікування хворого з приводу викривлення усіх відділів перегородки носа

Шифр МКБ – 10	Середні строки лікування	Можливі результати лікування	Фактори впливу на результат		Обсяг обстеження	Коефіцієнт значимості	Технологія лікувального процесу	Коефіцієнт значимості	
			анатомічні	етіологічні та патогенетичні					дефекти технології лікування
34,2	7 дн.	Одужання Покращання Погіршення	Природжені та набуті особливості анатомічної будови	Значна деформація перегородки внаслідок травми. Атрофічні і рубцеві зміни слизової оболонки перегородки носа. Недалі спроби корекції перегородки носа в минулому.	Неповний обсяг обстеження і медикаментозної підготовки у передопераційному періоді. Технологічні дефекти в процесі хірургічного втручання. Недотримання стандартів лікування.	Лабораторні Рентгенологічні Ендоскопічні	0,5 0,3 0,2	Антибактеріальне Локальне Десенсибілізуюче Фізіотерапевтичне Симптоматичне	0,3 0,3 0,2 0,1 0,1

У відношеннях «лікар-завідуючий відділенням» – конкретизуються поняття рівнів якості лікування, ступенів складності захворювання, визначення обсягів медичної роботи, їх питомої ваги, конкретного вкладу кожного ординатора у формуванні якісних показників діяльності відділення.

На рівні «головний лікар-завідуючий відділенням» аналізовані стандарти вносять ясність щодо ефективності використання ліжка, раціонального використання праці лікарів, питомої ваги обґрунтованих ускладнень і тому подібне.

На рівні «лікар-хворий» є можливість внести ясність щодо відношення пацієнта до захворювання, закріплення психологічного контакту між лікарем і хворим шляхом своєчасної інформації про можливі ускладнення і результати лікування, які не залежать від кваліфікації медичного персоналу, а також дотримання певного режиму поведінки пацієнта, необхідного для досягнення бажаного результату.

На рівні «страхова компанія-лікувальний заклад» – наші стандарти дають конкретну інформацію щодо терміну лікування, обсягу діагностичних і лікувальних заходів, вірогідності ускладнень та результату лікування. Страховій компанії така інформація потрібна для юриста у випадку конфліктних ситуацій, пов'язаних з незадоволенням пацієнта результатами лікування; для незалежних експертів – уточнення та контроль обсягу та якості надання медичної послуги [5].

Таким чином, значення і роль стандартів діагностики і лікування, прогнозування можливих ускладнень і результатів ліку-

вання при умові реалізації їх в усіх лікувальних установах регіону, очевидні.

### **Висновки**

1. Пацієнт як споживач медичної послуги є одним із головних оцінювачів якості медичної допомоги.

2. Застосування у практичній охороні здоров'я стандартів якості діагностики і лікування з обов'язковим урахуванням можливих ускладнень в процесі лікування має бути невід'ємним технологічним ланцюгом в процесі реалізації реформи.

3. Надання статусу стандарту таким результатам, як «одужання», «покращення», «без змін», «погіршення» може характеризувати певні можливості лікарів у досягненні різних ступенів ефективності лікування в залежності від індивідуальних особливостей перебігу захворювання.

4. Оскільки вказані стандарти набувають ознак економічних категорій, логічним є їх включення по закінченню лікування в епікриз, де констатувати наявні у пацієнта анатомічні, етіологічні та патогенетичні особливості, які вплинули на результат лікування.

5. Офіційний статус стандарту аналізовані розділи набувають після розгляду та затвердження їх членами регіональної чи республіканської асоціації лікарів певного фаху.

6. Практична реалізація рекомендованої схеми може бути запобіжником конфліктних ситуацій у випадках незадоволення хворих результатами лікування, а також більшого взаєморозуміння на рівні різних структур медичного закладу в процесі контролю якості медичної роботи.

### **Література**

1. Василюшин Р.Й. Експертні оцінки якості і медичні стандарти – головний важіль реформування охорони здоров'я сьогодні // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. України. – 2001. – № 7. – С.29-32.
2. Квіташвілі О. Парламентські слухання. «Про охорону здоров'я України». – 2015, 16 грудня.
3. Прокопчук О.Л., Павленко О.І. Єдина державна політика громадського здоров'я (концепція, стратегія, тактика, критерії успішної реалізації) // Новини медицини і фармації в Україні. – 2015. – №15 (558). – С. 12-15.
4. Самоходський В.М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування

управління отоларингологічної служби на етапі переходу до БСМ // Автореф. дис... докт. мед. наук. – Київ, – 1994. – 32 с.

5. Самоходський В.Н. Больница страховой медицины, натурный эксперимент (организацион-

ные, медико-экономические и правовые механизмы). – Кировоград, 2004. – 242 с.

6. Шевченко М. Первинці платять за збереження здоров'я // Ваше здоров'я. – 2015. –№47-48 (1331-1332). – С.20-21.

## **References**

1. Vasilishin RY Expert assessment of quality and medical standards are a main lever of reformation of health protection. Journ of Social Hygiene and Health Organization Ukraine. 2001;(7):29-32. Ukrainian.
2. Kvitashvili O. Parliamentary hearings «About a health protection Ukraine». – 2015, December, 16. Ukrainian.
3. Prokopchuk O.I., Pavlenko O.I. The Single public policy of public health (conception, strategy, tactic, criteria of successful realization). Novosti medicyny i farmacii v Ukraine;2015;15(558):12-15. Ukrainian.
4. Samokhodskiy V.M. The Scientific ground medico-economic mechanisms of reformation of management of otolaryngological service on the stage of transition to BSM: Aftoref. dis. ... doct. med. nauk. Kyiv;1994:32 s.
5. Samokhodskaya VN Hospital medical insurance, full-scale experiment (institutional, medical and economic and legal mechanisms). Kirovograd; 2004:242 p. Russian.
6. Shevchenko M. Firstborns pay for the maintenance of health. Vashe zdorov'ya;2015;(47-48) (1331-1332):20-21. Ukrainian.

Надійшла до редакції 12.07.16

© В.М. Самоходський, 2016