

обстеження 138 вагітних жінок із дифузним токсичним зобом, із яких 65 пацієнок мали легкий ступінь дифузного токсичного зоба, 64 – середній, 9 – важкий. Контрольну групу склали 30 жінок із фізіологічним перебігом вагітності. Обстеження проводилися в третьому триместрі вагітності, а також та під час пологів. Визначали концентрацію початкових та кінцевих продуктів вільнорадикального окислення та ферментів антиоксидантної системи захисту. Отримані результати вказують, що однією з провідних причин розвитку тиреотоксикозу є недостатність антиоксидантного захисту організму, показники якого можуть слугувати критеріями важкості перебігу захворювання та застосовуватися для моніторингу виникнення перинатальних ускладнень при дифузному токсичному зобі у вагітних.

Ключові слова: вагітність, пологи, перекисне окислення ліпідів, антиоксидантна активність, дифузний токсичний зоб.

Стаття надійшла 26.10.18 р.

беременних женщин с диффузным токсическим зобом, из которых 65 пациенток имели легкую степень диффузного токсического зоба, 64 - среднюю, 9 - тяжелую. Контрольную группу составили 30 женщин с физиологическим течением беременности. Обследования проводились в третьем триместре беременности, а также и во время родов. Определяли концентрацию начальных и конечных продуктов свободнорадикального окисления и ферментов антиоксидантной системы защиты. Полученные результаты указывают, что одной из ведущих причин развития тиреотоксикоза является недостаточность антиоксидантной защиты организма, показатели которой могут служить критериями тяжести течения заболевания и применяться для мониторинга возникновения перинатальных осложнений при диффузном токсическом зобе у беременных.

Ключевые слова: беременность, роды, перекисное окисление липидов, антиоксидантная активность, диффузный токсический зоб.

Рецензент Ліхачов В.К.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-2-68-91-96

УДК 614.2:616-082.3

В.Д. Парій¹, С.М. Грищук², Н.М. Корнійчук², А.М. Гарліньська², Л.В. Горохова²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

²Житомирський державний університет імені Івана Франка, Житомир

РЕЗУЛЬТАТИ АУДИТУ ДОТРИМАННЯ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

e-mail: zamlkzt@gmail.com

Метою роботи було провести аудит відповідності надання спеціалізованої медичної допомоги в стаціонарних умовах пацієнтам з ішемічним інсультом у гострому періоді положенням галузевого клінічного протоколу на прикладі закладів охорони здоров'я Житомирської області. Дослідження проводилося шляхом суцільної вибірки та ретроспективного аналізу медичних карт стаціонарних хворих з діагнозом «Ішемічний інсульт», які отримували спеціалізовану медичну допомогу у 26 закладах охорони здоров'я Житомирської області у першому півріччі 2018 року. За спеціально розробленою «Картою аудиту», яка включала 21 індикатор за 4 розділами, було здійснено аналіз 508 випадків лікування. Уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги при ішемічному інсульті (протокол) в частині діагностики та обстеження за 5 критеріями був повністю дотриманий у 25,0±1,9% випадків, в частині призначення лікарських засобів за 11 індикаторами - при лікуванні лише 7,9±1,2% пацієнтів. Рання мобілізація в гострому періоді ішемічного інсульту проводилася в 59,8±2,2% випадків, індивідуальний план реабілітації наявний в 54,7±2,2% випадків лікування. Заходи з профілактики повторного інсульту відповідали протоколу у 59,8±2,2% випадків. За результатами оцінки 21 індикатора у 2018 році повне дотримання протоколу встановлено при лікуванні лише 15 пацієнтів (3,0±0,8% випадків), хоча за окремими критеріями в частині обстеження і лікування порівняно з даними 2014 року відмічена достовірно позитивна динаміка. Встановлено низький рівень стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті, що зумовлено недостатньою верифікацією діагнозу, призначенням лікарських засобів з недоведеною ефективністю, відсутністю сучасних підходів до реабілітації пацієнтів та профілактики повторних інсультів.

Ключові слова: аудит, ішемічний інсульт, протокол, індикатор, медична допомога.

Дане дослідження є фрагментом НДР «Особливості перебігу та наслідки інсульту у хворих різних вікових груп з урахуванням генетичних та інфекційних чинників і коморбідної патології (номер державної реєстрації 0118U003695).

Проблема цереброваскулярних захворювань є однією із найбільш актуальних у сучасній медицині, зокрема для системи охорони здоров'я України, де основною причиною смертності є хвороби системи кровообігу. Серед них особливо небезпечним є ішемічний інсульт (ІІ) [3,5]. Захворюваність на ІІ становить 270—280 випадків на 100 тисяч населення і перевищує середній показник у країнах Євросоюзу (200 на 100 тисяч населення). В Україні щороку реєструють майже 100 тис. випадків первинного ІІ, від нього помирають 10–12% пацієнтів, близько 60% стають інвалідами [1,2,6]. За даними Інституту по вимірюванню показників здоров'я та оцінці стану здоров'я (ІНМЕ), в Україні інсульти є другою (після ішемічної хвороби серця) причиною передчасної смертності й інвалідності. У загальній структурі глобального тягаря хвороб у нашій державі у 2017 році частка інсультів становила понад 8% [8].

Вищезазначене зумовило необхідність впровадження значних змін у підходах до діагностики та лікування гострих судинно-мозкових уражень, які суттєво вплинули на стратегію надання медичної допомоги [9,10]. В Україні з цією метою видано наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012р. № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті» [6], одним з розділів якого є уніфікований клінічний протокол надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) в гострий період II при лікуванні в стаціонарних умовах.

З огляду на високе медико-соціальне значення необхідності застосування медичних технологій з науково доведеною ефективністю [1,4,7] при лікуванні пацієнтів з II, що передбачено зазначеним наказом та обґрунтовано в УКПМД, є актуальним визначити стан його дотримання в закладах охорони здоров'я та порівняти з результатами попередніх досліджень [4,5].

Метою роботи було провести аудит відповідності надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом у гострому періоді положенням галузевого клінічного протоколу на прикладі закладів охорони здоров'я Житомирської області.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проводилося шляхом суцільної вибірки та ретроспективного аналізу 508 випадків лікування пацієнтів з діагнозом «Інфаркт головного мозку» (код за МКХ-10 - I63.0–I63.9) в гострому періоді, які отримували медичну допомогу у першому півріччі 2018 року в 26 закладах охорони здоров'я Житомирської області. Аналіз здійснювався згідно з розробленою «Картою аудиту дотримання наказу МОЗ №602 «Про затвердження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті». Вона містила 21 індикатор і складалася з чотирьох частин: аудит дотримання протоколу в частині обстежень пацієнтів (5 критеріїв); аудит дотримання протоколу в частині медикаментозного лікування (11 критеріїв); аудит дотримання протоколу в частині реабілітації (2 критерії); аудит дотримання протоколу в частині профілактики (3 критерії). Для заповнення «Карти аудиту» використовувалася наступна медична документація: «Медична карта стаціонарного хворого» (ф.003/о); «Лист лікарських призначень» (ф.004/о); «Листок основних показників стану хворого, який знаходиться в відділенні (палаті) анестезіології і інтенсивної терапії» (форма 011/о).

Статистична обробка результатів проводилася за допомогою програмного забезпечення MS Excel. Розрахунок достовірності різниці отриманих значень з результатами попередніх досліджень проводився шляхом визначення кутового перетворення Фішера (з урахуванням поправки Йейтса) у програмі «Медстат».

Результати дослідження та їх обговорення. Першою частиною нашого дослідження став аудит дотримання УКПМД пацієнтам з ішемічним інсультом в частині діагностики та обстеження, який оцінювався за п'ятьма критеріями. Згідно з положеннями УКПМД, при наданні спеціалізованої медичної допомоги для пацієнтів із підозрою на II є необхідно здійснювати верифікацію діагнозу за комп'ютерної томографія (КТ) та/або магнітно-резонансної томографії (МРТ). Нейровізуалізація головного мозку повинна виконуватися всім пацієнтам з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) в першочерговому порядку (в межах 24 годин від початку симптомів). За результатами проведеного аудиту встановлено, що нейровізуальні методи обстеження були використані в 50,2±2,2% випадків (256/508) і лише в 11,6±1,4% (59/508) вони проведені в термін ≤4 год з моменту виникнення захворювання.

Наступним оціночним критерієм був показник наявності записів в медичних картах щодо визначення тяжкості інсульту (оцінки неврологічного стану) за допомогою «Шкали тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США» (NIHSS). Повторні оцінювання за цією шкалою повинні проводитися через 3 та 6 годин з моменту прибуття пацієнта до відділення, далі щоденно, що сприяє діагностиці крововиливу у мозок (особливо при неможливості нейровізуалізації). Записи про оцінку за допомогою зазначеної шкали були відсутні у 121 з 508 медичних карт (23,8±1,9% від усіх випадків).

Відповідно до УКПМД, одразу після госпіталізації при підозрі на II повинен виконуватися скринінг на дисфагію (тест на порушення функції ковтання). Згідно з записами в медичній документації, оцінка функції ковтання проводилася в 81,9±1,7% випадків (416/508).

За результатами аудиту встановлено, що серед обов'язкових лабораторних обстежень, які повинні призначатися при II, визначення рівня глюкози крові проводили в 97,4±0,7% випадків (495/508), а показники згортання крові визначали в 68,7±2,1% випадків (349/508). В частині діагностики та обстеження за п'ятьма зазначеними критеріями УКПМД був повністю дотриманий лише у 25,0±1,9% (127/508 пацієнтів).

Наступним етапом дослідження став аудит дотримання УКПМД при II в частині медикаментозного лікування, який оцінювався за 11 індикаторами. Відповідно до УКПМД, внутрішньовенне введення рекомбінантного тканинного активатора плазміногену (системний тромболісис) є єдиним видом специфічного медикаментозного лікування хворих на II з доведеною ефективністю. Проте цей метод має багато протипоказів та обмежень до використання, тому вказаний критерій не враховувався нами в загальній оцінці якості медичної допомоги. Серед випадків, які увійшли до даного дослідження, системний тромболісис проводився при лікуванні трьох пацієнтів.

Згідно з протоколом, всім пацієнтам з ішемічним інсультом відразу, не пізніше 48 год. від початку захворювання, має бути призначена ацетилсаліцилова кислота в дозі 160-325 мг. Фактично препарати ацетилсаліцилової кислоти призначалися 87,0±1,5% пацієнтів (442/508).

Відповідно до положень УКПМД, не рекомендується для лікування пацієнтів в гострому періоді ішемічного інсульту застосування лікарських засобів, використання яких може мати негативні наслідки або негативно вплинути на клінічний перебіг гострого періоду ішемічного інсульту. Тому переважна кількість індикаторів в частині медикаментозного лікування оцінювалася саме з позиції наявності таких призначень.

Якщо немає спеціальних показань, при ішемічному інсульті не рекомендується використання лікувальних доз антикоагулянтів, а в результаті наших досліджень відмічено, що лікарські засоби цієї групи призначалися у 128 випадках з 508 (25,2±1,9%).

Згідно з положеннями УКПМД, не рекомендується застосування колоїдних розчинів для гемодилуції в гострий період II. Проте результати дослідження засвідчили, що електроліти в комбінації з іншими препаратами, були призначені в 24,6±1,9% випадків (125/508). Також не рекомендується застосування в гострий період II розчинів глюкози (гіперглікемія посилює ацидоз в ішемізованих ділянках мозку, розчини глюкози є джерелом вільної рідини, яка може сприяти набряку мозку). За даними дослідження, вони призначалися в 3,5±0,8% (18/508).

Відповідно до УКПМД, використання діуретиків (осмотичних у вигляді розчинів та фуросеміду) у гострий період II може негативно вплинути на клінічний перебіг захворювання. Препарати цих груп призначалися в 32,1±2,1% випадків (163/508).

Не рекомендується протоколом призначення при гострому періоді II вазоактивних препаратів (зокрема, на основі барвінку та пентоксифіліну), проте вони були використані в 26,0±1,9% випадків (132/508).

Згідно з УКПМД, не підтверджена клінічними дослідженнями в гострому періоді ішемічного інсульту клінічна ефективність призначення глюкокортикоїдів, антигістамінних засобів, ноотропних засобів, нейропротекторів.

За результатами аудиту встановлено, що лікарські засоби групи глюкокортикоїдів (дексазон, гідрокортизон, преднізолон) призначалися в 19,3±1,8% випадків (98/508). Антигістамінні ЛЗ для системного застосування були призначені в 21,5±1,8% випадків (109/508).

За даними УКПМД, на сьогоднішній час нейропротекторної програми, яка продемонструвала б достовірний вплив на покращення результатів лікування в гострому періоді інсульту не існує. Проте лікарські засоби, які впливають на центральну нервову систему, призначалися при лікуванні всіх пацієнтів (зокрема, препарати групи нейропротекторів в 54,9±2,2% випадків лікування (279/508), препарати ноотропної дії групи пірацетаму - в 27,0±2,0% (137/508 пацієнтів).

Профілактичне призначення антибіотиків в гострому періоді II не рекомендується, але можливе використання антибактеріальної терапії у пацієнтів з дуже високим ризиком інфекційних ускладнень (ознаки аспірації, тривала катетеризація сечового міхура, глибокі пролежні). За результатами дослідження, антибіотики застосувалися в 34,8±2,1% випадків (177/508).

В цілому розділ аудиту в частині медикаментозного лікування за показниками, які нами оцінювалися, повністю був дотриманий при лікуванні лише 40 пацієнтів (7,9±1,2% від загальної кількості). Померли в під час перебування в лікарні 13 пацієнтів (2,6±0,7%), тому в подальшому проводився аналіз 495 з 508 медичних карт.

Наступний етап аудиту полягав в оцінці заходів щодо реабілітації пацієнтів з II, які повинні здійснюватися згідно з УКПМД, де зазначено, що ранній початок реабілітації є ключовим компонентом для лікування гострих порушень мозкового кровообігу. Згідно з положеннями клінічного протоколу, пацієнти повинні бути мобілізовані якомога раніше і якомога частіше, переважно впродовж 24 годин від початку інсульту, при відсутності протипоказань. Пацієнт повинен отримувати реабілітаційне лікування за індивідуальним планом відповідно потребам та рівню толерантності його до навантажень. За даними медичної документації встановлено, що рання мобілізація пацієнтів в гострому періоді

ішемічного інсульту проводилася в $59,8 \pm 2,2\%$ (296/495) випадків. Запис про наявність індивідуального плану реабілітації зафіксовано в $40,2 \pm 2,2\%$ (199/495) випадків лікування. Обидва критерії дотримання протоколу наявні в $50,9 \pm 2,2\%$ (252/495) проаналізованих випадків лікування.

Положення УКПМД в частині профілактики повторного інсульту, оцінка яких проводилася за 3 критеріями, були повністю дотримані у $59,8 \pm 2,2\%$ (296/495) проаналізованих випадків лікування. Рекомендації щодо факторів розвитку повторного інсульту були надані в $67,5 \pm 2,1\%$ (334/495) випадків, пам'ятку щодо профілактики розвитку повторного інсульту отримали при виписці $69,5 \pm 2,1\%$ (344/495) пацієнтів, медикаментозні рекомендації надавалися $98,0 \pm 0,6\%$ (485/495) пацієнтів (табл. 1).

Таблиця 1

Результати аудиту відповідності надання медичної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом у гострому періоді клінічному протоколу (n=508)

Розділ аудиту	Кількість індикаторів	Кількість випадків, де дотримані всі індикатори	Частка дотримання, $P \pm m$, %
Дотримання протоколу в частині обстежень пацієнтів	5	127	$25,0 \pm 1,2$
Дотримання протоколу в частині медикаментозного лікування	11	40	$7,9 \pm 1,2$
Дотримання протоколу в частині реабілітації	2	252	$50,9 \pm 2,2$
Дотримання протоколу в частині профілактики	3	296	$59,8 \pm 2,2$
Повне дотримання протоколу	21	15	$3,0 \pm 0,8$

Хоча УКПМД при ішемічному інсульті впроваджений в Україні з 2012 року, за всіма досліджуваними критеріями протокол був повністю дотриманий при лікуванні лише 15 пацієнтів, що становить $3,0 \pm 0,8\%$ від загальної кількості пролікованих (508 випадків).

Нами проведено порівняння (за окремими індикаторами) отриманих у 2018 році результатів аудиту з попередніми, які були визначені у 2014 році [6] (табл. 2).

Таблиця 2

Порівняння результатів аудиту дотримання УКПМД при лікуванні ішемічного інсульту за окремими індикаторами у закладах охорони здоров'я Житомирської області у 2014 та 2018 роках

№	Індикатор	Положення УКПМД	Частка позитивних результатів у 2014 році, $P \pm m$, %	Частка позитивних результатів у 2018 році, $P \pm m$, %	Достовірність різниці результатів, p
1	Нейровізуалізація шляхом КТ/МРТ	Необхідно	$26,2 \pm 3,4$	$50,2 \pm 2,2$	$p < 0,001$
2	Визначення глюкози крові	Необхідно	$76,2 \pm 3,3$	$97,4 \pm 0,7$	$p < 0,001$
3	Визначення показників згортання крові	Необхідно	$49,4 \pm 3,9$	$68,7 \pm 2,1$	$p < 0,001$
4	Призначення антиагрегантів (ацетилсаліцилової кислоти)	Необхідно	$70,1 \pm 3,6$	$87,0 \pm 1,5$	$p < 0,001$
5	Призначення антикоагулянтів	При наявності спеціальних показів (ТЕЛА)	$33,5 \pm 3,7$	$25,2 \pm 1,9$	$p = 0,052$
6	Призначення колоїдних розчинів для гемодилуції	Не рекомендується	$21,3 \pm 3,2$	$24,6 \pm 1,9$	$p = 0,448$
7	Призначення розчинів глюкози	Не рекомендується	$7,9 \pm 2,1$		
8	Призначення сечогінних препаратів	Не рекомендується	$60,4 \pm 3,8$	$32,1 \pm 2,1$	$p < 0,001$
9	Призначення пентоксифіліну, препаратів на основі барвінку	Не рекомендується	$28,7 \pm 3,5$	$26,0 \pm 1,9$	$p = 0,569$
10	Призначення препаратів групи глюкокортикоїдів	Не рекомендується	$27,4 \pm 3,5$	$19,3 \pm 1,8$	$p = 0,041$
11	Призначення протимікробних препаратів для системного застосування	При високому ризику інфекційних ускладнень	$70,1 \pm 3,6$	$34,8 \pm 2,1$	$p < 0,001$
12	Призначення антигістамінних препаратів для системного застосування (дифенгідрамін)	Не рекомендується	$27,8 \pm 3,6$	$21,5 \pm 1,8$	$p = 0,110$
13	Призначення препаратів груп нейропротекторів та ноотропів	Ефективність не доведена	100,0	$81,9 \pm 2,1$	$p < 0,001$

За результатами порівняння відмічена достовірно позитивна динаміка показників дотримання положень протоколу в частині обстеження пацієнтів та 5 з 10 індикаторів в частині призначення лікарських засобів. [6] Проте залишається проблемою питання верифікації діагнозу (лише в $50,2\%$ випадків), що можна пояснити об'єктивними причинами – можливість обстеження головного мозку

методом КТ є в 5 закладах з 26, МРТ – лише у 3. [7] Проте низький рівень дотримання протоколу в частині лікування ІІ (у 7,9% випадків) зумовлений тільки суб'єктивними причинами – застарілими стереотипами надання медичної допомоги та небажанням лікарів використовувати сучасні підходи, розроблені з використанням даних доказової медицини. [5,6] Призначення лікарських засобів з неведеною ефективністю (у 81,9% випадків) призводить до нераціонального використання ресурсів, які доцільно направити на проведення комплексу реабілітаційних заходів, які достовірно покращують якість життя пацієнтів після перенесеного ІІ [1,3,5].

Висновок

На прикладі закладів охорони здоров'я Житомирської області встановлено низький рівень впровадження в Україні медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті, що зумовлено недостатньою верифікацією діагнозу, призначенням лікарських засобів з неведеною ефективністю, недостатнім використанням сучасних підходів до реабілітації пацієнтів та профілактики повторних інсультів. Результати дослідження свідчать про необхідність впровадження системного моніторингу якості надання медичної допомоги при ішемічному інсульті, що й стане подальшим напрямком наших досліджень.

Список літератури

1. Hostieva HV, Kovalenko OI. Medychna dopomoha khvorym na ishemichnyi insult u pershi hodyny rozvytku zakhvoriuvannia. Mizhn. nevrolohichnyi zhurnal. 2018; 5(99): 35-37. [in Ukrainian].
2. Zozulya AI, Slabkiy GA. Uovershenstvovaniye sistemy okazaniya meditsinskoj pomoschi naseleniyu pri tserebrovaskulyarnykh zabolevaniyakh — sostavlyayuschaya obschey reformy zdravookhraneniya v Ukraine. Mezhdunar. nevrologicheskij zhurnal. 2013; 7(61):111-7. [in Ukrainian].
3. Zozulia IS, Holovchenko YI, Zozulia AI, Onopryienko OP, Volosovets AD. Osnovni pryntsyipy diahnostryky, formuvannia diahnozu, likuvannia ta profilaktyky mozkovoho insultu. Ukr. med. chasopys. 2015; 4(109): 34-38. [in Ukrainian].
4. Zozulia IS, Slabkiy HO, Zozulia AI. Taktychni pytannia vedennia khvorykh na hostryi infarkt mozku. Ukr. med. chasopys. 2012; 1 (87): 24–25. [in Ukrainian].
5. Parii VD, Shuliak VI. Doslidzhennia rezultativ vprovadzhennia haluzevoho unifikovanoho klinichnoho protokolu medychnoi dopomohy patsientam z ishemichnym insultom. Ukr. med. chasopys. 2014; 2(100): 166-169. [in Ukrainian].
6. Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry ishemichnomu insultu Nakaz MOZ Ukrainy vid 03.08.2012r. № 602 [Elektronnyi resurs]. Rezhym dostupu: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2012_602/2012_602dod4ykpmd.pdf. [in Ukrainian].
7. Flomin YuV, Gulyaeva MV, Samosyuk NI, Gavryiliv IR, Kushnerenko OL, Astashkina NV, i dr. Lechenie insulta v statsionare: klyuchevyye faktoryi, opredelyayushchie ishodyi bolezni. Mezhdunar. nevrologicheskij zhurnal. 2014; 7 (69): 46-57. [in Ukrainian].
8. Global Burden of Disease (GBD) Compare [Internet] Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
9. Health care guidelines: diagnosis and treatment of ischemic stroke. Ninth Edition / Institute for Clinical Systems Improvement. – USA. – 2010. – 70 p.
10. National clinical guideline for stroke. Third edition. Incorporating the recommendations from initial management of acute stroke and transient ischemic attack (TIA) by the National Institute for Health and Clinical Excellence. — London: Royal College of Physicians (NICE, 2008).

Реферати

РЕЗУЛЬТАТЫ АУДИТА СОБЛЮДЕНИЯ УНИФИЦИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Парий В.Д., Гришук С.Н., Корнейчук Н.Н.,
Гарлинская А.Н., Горохова Л.В.

Целью работы было провести аудит соответствия оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с ишемическим инсультом в остром периоде положениям отраслевого клинического протокола на примере учреждений здравоохранения Житомирской области. Исследование проводилось путем сплошной выборки и ретроспективного анализа медицинских карт стационарных больных с диагнозом «ишемический инсульт», которые получали специализированную медицинскую помощь в 26 учреждениях здравоохранения Житомирской области в первом полугодии 2018 года. С помощью специально разработанной «Карты аудита», которая включала 21 индикатор по 4 разделам, был проведен анализ 508 случаев лечения. Унифицированный клинический протокол оказания медицинской помощи при ишемическом инсульте

AUDIT RESULTS OF COMPLIANCE WITH THE UNIFIED CLINICAL PROTOCOL FOR RENDERING MEDICAL AID TO PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

Pariy V.D., Hryshchuk S.M., Korneychuk N.M.,
Harlinska A.M., Horokhova L.V.

The purpose of the work was to carry out audit, determining compliance of the specialized medical care provision in stationary conditions to patients with acute ischemic stroke with the provisions of the branch clinical protocol on the example of Zhytomyr oblast health care institutions. The study was conducted by means of continuous sampling and retrospective medical cards analysis of inpatients diagnosed with ischemic stroke (МКН code -10 - I63.0-I63.9) who received inpatient care during an acute disease period in 26 health care facilities of Zhytomyr oblast in the first half of 2018. An audit of 508 treatment cases was conducted, which determined the compliance of performed diagnostic and therapeutic measures with the provisions of the "Unified clinical protocol for providing medical care for ischemic stroke" (Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 602 dated 03.08.2012). The audit was conducted according to a specially developed "Audit Card", which included 21 indicators in 4 sections: diagnostics (5 indicators); medical treatment (11 indicators); rehabilitation (2 indicators); re-stroke prevention (3 indicators). The provisions of the unified clinical protocol for

(протокол) в частині діагностики і обстеження по 5 критеріям був повністю соблюден в 25,0±1,9% випадків, в частині призначення лікарських засобів по 11 індикаторам - при ліченні тільки 7,9±1,2% пацієнтів. Рання мобілізація в гострому періоді ішемічного інсульту проводилась в 59,8±2,2% випадків, індивідуальний план реабілітації був в 54,7±2,2% випадків лікування. Мережі заходів по профілактиці повторного інсульту відповідали протоколу в 59,8±2,2% випадків. По результатам оцінки 21 індикатора в 2018 році повне дотримання протоколу зафіксовано при ліченні тільки 15 пацієнтів (3,0±0,8% випадків), хоча по окремим критеріям в частині обстеження і лікування по порівнянню з даними 2014 року помітна достовірно позитивна динаміка. Визначено низький рівень стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті, що обумовлено недостатньою верифікацією діагнозу, призначенням лікарських засобів з недоказаною ефективністю, відсутністю сучасних підходів до реабілітації пацієнтів і профілактики повторних інсультів.

Ключеві слова: аудит, ішемічний інсульт, протокол, індикатор, медична допомога.

Стаття надійшла 16.09.18 р.

providing medical care for ischemic stroke regarding diagnosis and examination were fully observed in 25.0 ± 1.9% of cases, regarding medicine prescription - while treatment to only 7.9 ± 1.2% of patients. Insufficient use of the protocol provisions regarding patient rehabilitation was observed - early mobilization during the acute ischemic stroke was carried out in 59.8 ± 2.2% of cases, an individual rehabilitation plan was available in 54.7 ± 2.2% of treatment cases. Measures aimed at preventing re-stroke complied with the protocol in 59.8 ± 2.2% of cases. High frequency of prescribing medicine of neuroprotective and nootropic groups with unproved efficiency was observed (81.9% of cases). Complete compliance with 21 indicators of the protocol was observed in treatment of only 15 patients (3.0 ± 0.8% of cases). Compared with the results of the preliminary audit conducted in 2014, there has been a markedly positive dynamics in the neuroimaging (the proportion of the surveyed increased from 26.2% to 50.2%), the prescription of anti-aggregators (increased from 70.1% to 87.0%). Despite the availability of current healthcare guidelines for rendering medical aid to patients with acute ischemic stroke, which have been introduced since 2012, we discovered that they were fully complied with for the treatment of only 3.0% of patients. This is conditioned by insufficient diagnosis verification, prescription of medication with undetectable efficiency, lack of modern approaches to rehabilitation of patients and the prevention of recurrent strokes.

Key words: audit, ischemic stroke, protocol, indicator, medical aid.

Рецензент Голованова І.А.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-2-68-96-100

УДК 618.33+616-036.88-053.31

Н.М. Пасієшвілі¹, Ю.П. Вдовиченко², В.Г. Карпенко³, В.В. Лазуренко⁴
 КНП Харківської обласної ради „Обласний клінічний перинатальний центр”¹,
 Національна медична академія післядипломної освіти², Харківська медична академія
 післядипломної освіти³, Харківський національний медичний університет⁴

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ СИСТЕМНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ І ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ПЛОДА ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА МАТЕРИНСЬКО-ПЛОДОВУ ІНФЕКЦІЮ

e-mail: o.s.prokopiuk@gmail.com

Проведені ретроспективний аналіз причин перинатальної захворюваності та смертності у 14276 жінок; інфекційний моніторинг 1043 вагітних з інфекційно-запальним ураженням плода (ІЗУП); обстежено 50 вагітних з антенатальною загибеллю плода; патоморфологічне й імуногістохімічне дослідження 55 плацент від вагітних з ІЗУП; оцінка ефективності комплексного лікування і профілактики ІЗУП у 423 вагітних, які страждають материнсько-плодовою інфекцією з використанням імунокоректорів та озонотерапії. На підставі результатів дослідження доведено, що патогенез ІЗУП включає комплексне порушення цитокінового статусу, ендотеліальну дисфункцію, оксидативний стрес в організмі вагітної, що обумовлено типом інфікування, викликає ускладнення вагітності та пологів, підвищує перинатальну захворюваність і смертність. Комплексне лікування та профілактика ІЗУП призначенням імунокоректорів та озонотерапії призводить до нормалізації імунного, ендотеліального гомеостазу, сприяє зменшенню кількості інфекційних ускладнень у новонародженого, не має побічних ефектів. Як результат підвищується ефективність лікування вагітних з материнсько-плодовою інфекцією, знижується кількість акушерських ускладнень і поліпшуються перинатальні показники.

Ключові слова: перинатальна захворюваність, інфекційний моніторинг вагітних, інфекційно-запальні ураження плода.

Робота є фрагментом НДР «Особливості лікування і профілактики патологічних станів у прегравідарний період і в період гестації та шляхи їх корекції», № державної реєстрації 0111U003583.

Однією із суперечливих та невирішених проблем у сучасному акушерстві є профілактика і терапія інфекційно-запальних уражень плода (ІЗУП), які призводять до зростання перинатальної захворюваності та смертності [1, 4, 7]. За даними літератури частота внутрішньоутробного інфікування становить від 25 до 70%, при цьому інфекційна патологія є чинником 10-45% перинатальних втрат [2, 5]. Кількість перинатальних ускладнень продовжує зростати, що свідчить про недостатню ефективність існуючих методів їх корекції. Ризик розвитку інфекційно-запальних уражень плода залежить від наявності у вагітних генітальних інфекцій, екстрагенітальної патології, стресових ситуацій, інвазивних методів обстеження, нераціональної антибактеріальної терапії [8].