

селах, можуть втратити свій фах, не будуть мати можливості професійного зростання, через проблеми з навчанням на тематичних курсах і курсах ПАЦ. Невиконання планової програми санації дітей, профілактичного огляду працівників сфери обслуговування, підприємств, сільського господарства, і, особливо, працюючих у шкідливих умовах і, може призвести до незворотніх наслідків.

У минулому стоматологи активно проводили санітарно-просвітницьку роботу. Нині ця робота вкрай занедбана, як і занедбана пропаганда здорового способу життя, гігієни ротової порожнини. Нині населення, яке раніше підлягало обов'язковому профілактичному огляду, залишилося за межами непродуманих дій тих, хто легковажно скорочує стоматкабінети, які мають право на існування в центрах ПМСД.

Довготривала робота в оглядовому стоматологічному кабінеті, власний практичний досвід, досвід роботи в урядовому шпиталі за кордоном в капіталістичній арабській країні, дає підстави вважати, що персонал кабінету повинен мати високу професійну підготовку, досвід практичної роботи з питань онкології, інфекційних хвороб, вірусології, венерології тощо.

Висновки. Огляд, який проводить лікар-стоматолог дає можливість вже при першому зверненні пацієнта на первинному рівні побачити карієс, що починається і призначити лікування. Якщо почати лікувати в самій першій стадії руйнування, то і зуб буде збережений, і лікування пройде максимально безболісно.

Враховуючи все вище сказане, можна зробити висновок, що при збереженні профілактичних стоматологічних оглядів на первинному рівні забезпечується достатній повний облік раніше не відомих пацієнту хронічних захворювань, або тих, з приводу яких населення активно не звертається до лікаря. Здоров'я – це безцінне досягнення кожної людини, зберегти це безцінне багатство може не лише сама людина, а і держава, яка зуміє вірно розставити всі акценти при проведенні реформ, в тому числі і в стоматологічній галузі.

Плетенецька А. О.

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛІКАРЯМИ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
(м. Київ)**

За останні часи як в Україні, так і в інших країнах світу стали частіше зустрічатися випадки неналежного надання медичної допомоги. Такі випадки зараз стають предметом особливої уваги судово-медичних експертів. У той же час, експерти зазначають певних труднощів при виконанні подібних експертиз через відсутність методологічних підходів та єдиних судово-медичних критеріїв оцінки якості надання медичної допомоги, коли питання стосується визначення прямого причинно-наслідкового зв'язку між діями (бездіяльністю) лікаря і негативними наслідками для здоров'я пацієнта. У зв'язку з високим рівнем несприятливих наслідків при наданні екстреної медичної допомоги на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах виникає необхідність вивчення причин таких дефектів лікування з метою визначення причинно-наслідкових зв'язків. При цьому, важливого значення у наданні невідкладної допомоги набуває своєчасна діагностика невідкладних станів при внутрішніх хворобах, зокрема на догоспітальному етапі. Об'єм надання невідкладної допомоги не повинен бути великим, що відрізняє догоспітальний етап від раннього госпітального етапу. Таким чином, одним із показників, який відображає наступність екстреної медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах є добובה летальність.

Метою було дослідження недоліків надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах померлим добово у різні часові проміжки доби, а також проведення експертної оцінки виявлених недоліків.

Матеріал та методи. Проведено ретроспективний аналіз 51 випадку добової летальності у Київській міській клінічній лікарні № 5 за 2009 р. У дослідженні було проаналізовано історії хвороб померлих, що знаходилися в архіві КМКЛ № 5 та супровідні талони бригад ЕШМД – форма 109 У (що знаходилися в історіях хвороб). Отримані дані підлягали статистичній обробці за допомогою програм STATISTICA 5,0 та Excel XP. Критичне значення рівня значимості приймалося $p < 0,05$.

У ході дослідження пацієнти були розподілені за часом надходження до стаціонару на наступні проміжки доби: I – 6 год. 00 хв. – 9 год. 59 хв. (4 (7,84%) хворих); II – 10 год. 00 хв. – 13 год. 59 хв. (14 (27,45%) пацієнтів); III – 14 год. 00 хв. – 17 год. 59 хв. (9 (17,65%) хворих); IV – 18 год. 00 хв. – 21 год. 59 хв. (7 (13,72%) пацієнтів); V – 22 год. 00 хв. – 1 год. 59 хв. (9 (17,65%) хворих); VI – 2 год. 00 хв. – 5 год. 59 хв. (8 (15,69%) пацієнтів).

Проведений аналіз випадків добової летальності у Київській міській клінічній лікарні № 5 за 2009 р. свідчить про те, що середній вік хворих був найбільший (76,3±3,4) серед тих пацієнтів, які поступали до стаціонару у проміжок 18 год. 00 хв. – 21 год. 59 хв., і найменшим (62,2±6,0) – у проміжок часу 22 год. 00 хв. – 1 год. 59 хв. Більшість чоловіків поступало до стаціонару у проміжок часу 10 год. 00 хв. – 13 год. 59 хв., а жінок – у проміжок часу 14 год. 00 хв. – 17 год. 59 хв. У проміжки часу 6 год. 00 хв. – 9 год. 59 хв. та 14 год. 00 хв. – 17 год. 59 хв. кількість пацієнтів, що поступали до стаціонару у різні квартали року, була практично однаковою, у проміжок часу 10 год. 00 хв. – 13 год. 59 хв. пацієнти переважно поступали у другому кварталі року. Максимальна кількість пацієнтів, що поступали до стаціонару з 18 год. 00 хв. до 5 год. 59 хв. приходилася на четвертий квартал року. Таким чином, серед пацієнтів, що поступали до стаціонару у вечірній і нічний час найбільша смертність припадає на зиму пору року, що, з одного боку, співпадає з даними про сезонність серед летальних випадків, з іншого ж боку, може свідчити про недоліки організаційного характеру в лікувальних закладах саме взимку у вечірній і нічний час. Максимальна кількість померлих від захворювань системи кровообігу і найбільша кількість померлих в інфарктному відділенні спостерігалася серед пацієнтів, що поступали до стаціонару з 2 год. 00 хв. до 9 год. 59 хв., що підтверджує загальні дані щодо загострення захворювань системи кровообігу вночі, однак, також може свідчити про недоліки організаційного характеру в лікувальних закладах саме у нічний час. Найбільша кількість померлих спостерігалася серед хворих, які були направлені до стаціонару ШМД, у проміжках часу 10 год. 00 хв. – 13 год. 59 хв. та 18 год. 00 хв. – 21 год. 59 хв., що може свідчити про недоліки організаційного характеру серед працівників ШМД на догоспітальному етапі саме у вказані часові проміжки. Максимальна кількість невиконання таких заходів, як ЕКГ, внутрішньовенного доступу, фармакотерапії та інгаляції киснем, тобто, недоліків лікувально-діагностичного характеру, у своїй сукупності, припадає на тих хворих, які поступили до стаціонару у проміжок часу 14 год. 00 хв. – 17 год. 59 хв. Таке лікування слід вважати неадекватним, тактично невірним та проведеним не в повному обсязі і свідчить про порушення нормативних документів (стандартів надання медичної допомоги, клінічних протоколів надання лікування та інше), затверджених МОЗ України та регламентуючих об'єм і характер необхідних клініко-діагностичних досліджень хворих із різними захворюваннями саме пацієнтам, що поступають до стаціонару саме у вказані часи (тобто у другій половині робочого дня).

Таким чином, є підстави констатувати, що недоліки організаційного характеру спостерігалися, як на догоспітальному, так і на ранньому госпітальному етапі, вночі, зокрема, взимку; помилки лікувально-діагностичного характеру припадають на денний час, зокрема, другу половину робочого дня, коли медичний персонал повинен бути на роботі у повному складі.

Результати проведеного дослідження дозволяють об'єктивно аналізувати дефекти надання медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі та виявити основні причини цих дефектів у випадках проведення судово-медичних експертиз з приводу лікарських помилок.