

Л. І. Данильченко  
Одеський національний медичний університет, м. Одеса

## НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРІОРИТЕТНИХ НАПРЯМКІВ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ КАРДІОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ В УМОВАХ МІСТА

Мета дослідження: наукове обґрунтування пріоритетних напрямків розвитку медичної допомоги кардіологічним хворим в межах державної системи охорони здоров'я в умовах міста.

Поліпшення медико-демографічної ситуації, підвищення доступності та якості медичної допомоги всім верствам населення є пріоритетним завданням сучасної системи охорони здоров'я в Україні. Різні аспекти стану здоров'я населення у зв'язку з хворобами серцево-судинної системи, а також питання вдосконалення державної системи охорони здоров'я та системи надання кардіологічної допомоги населенню, є предметом багаторічних досліджень авторів.

Серцево-судинні захворювання грають провідну роль в причинах передчасної смертності, інвалідизації, тимчасової втрати працездатності, як свідчить досвід розвинених країн за останні десятиліття, поширеність цієї патології і тяжкість шкоди, що завдається суспільному здоров'ю, може бути істотно знижена при ефективній організації лікувально-діагностичного процесу і системи профілактики. Спеціалізована стаціонарна допомога для хворих, що страждають серцево-судинними захворюваннями, дуже дорога. Разом з тим, в амбулаторній практиці питома вага звернень даної категорії хворих досить висока. Серед них на особливу увагу заслуговує контингент, що вимагає щоденного спостереження, але не потребує цілодобового стаціонарного режиму. Організація стаціонарозаміщуючих форм надання медичної допомоги для даної категорії пацієнтів є досить актуальним завданням. Не менш важливе значення набувають і питання підготовки кадрів для кардіологічної служби, стійкості кадрового потенціалу, економічної мотивації, що забезпечує високу якість, ефективність складних трудових процесів.

**Ключові слова:** серцево-судинна система, охорона здоров'я, смертність, профілактика, оптимізація медичної допомоги.

Поліпшення медико-демографічної ситуації, підвищення доступності та якості медичної допомоги всім верствам населення є пріоритетним завданням сучасної системи охорони здоров'я в Україні. Різні аспекти стану здоров'я населення у зв'язку з хворобами серцево-судинної системи, а також питання вдосконалення державної системи охорони здоров'я та системи надання кардіологічної допомоги населенню, є предметом багаторічних досліджень авторів [11].

На сьогоднішній день незаперечним є той факт, що існуюча система охорони здоров'я населення потребує реформування. Її надмірна централізація управління, уніфікація за єдиним зразком, вузька спеціалізація амбулаторної допомоги не влаштовують населення, а держава вже не в силах нести фінансовий тягар, пов'язаний із обслуговуванням громіздкої госпітально-поліклінічної системи громадської охорони здоров'я, що не приносить належного результату. Позначилося і загальне погіршення економічного становища в країні, і допущені помилки в керівництві галуззю. До теперішнього часу навколо проблем сімейної медицини точаться суперечки, думки громадськості та фахівців, як і в середовищі фахівців, багато в чому розходяться або суперечливі [5].

Низька тривалість життя населення в Україні пов'язана з високим рівнем смертності, особливо чоловіків, зберігається несприятлива демографічна ситуація, яка характеризується насамперед високими темпами скорочення загальної чисельності населення внаслідок його природного скорочення, в якій велике значення має високий рівень смертності. Серйозним аспектом медико-демографічної ситуації є хвороби системи кровообігу. Висока передчасна смертність в нашій країні визначається смертністю від хвороб системи кровообігу, зовнішніх причин і злоякісних пухлин. Смертність від цих причин в Україні практично найвища в світі.

Аналіз смертності в Україні підтверджує, що хвороби системи кровообігу продовжують стабільно лідирувати в якості причини смерті (67,3%) як у чоловіків, так і у жінок, на другому місці – новоутворення (13,3%), третє місце в структурі смертності займає смертність від зовнішніх причин (6,3%) з істотним переважанням серед чоловічого населення. Напружена епідеміологічна ситуація пов'язана насамперед із зростанням кількості хвороб, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском, захворюваність якими набуває характеру епідемії, поширеність артеріальної гіпертензії серед населення у віці від 15 років і старше становить до 40% [2].

Вищезначені дані свідчать про те, що факторами ризику для причин смерті є як соціально-економічні негаразди, так і низький рівень санітарно-гігієнічної та медичної культури населення, зниження можливостей профілактики хвороб і смерті від різних причин – зростання поширеності шкідливих звичок, в першу чергу, паління і алкоголізму (і пов'язаних з цими факторами ризику захворювань, в тому числі і хвороб кровоносної системи), зниження частоти

звертань за медичною допомогою, зниження доступності висококваліфікованої медичною допомогою.

Залишаються невирішеними такі важливі проблеми, як вдосконалення управління, підвищення доступності, поліпшення якості медичної допомоги і питання наукового обґрунтування вдосконалення організації кардіологічної допомоги дорослому населенню великого міста на основі комплексного підходу до реорганізації відповідної муніципальної структури. У зв'язку з цим дослідження, спрямоване на вдосконалення організації медичної допомоги кардіологічним хворим на основі аналізу різних аспектів діяльності муніципальної системи охорони здоров'я великого міста, має науковий і практичний інтерес, що визначає його актуальність і своєчасність.

**Метою** роботи було наукове обґрунтування пріоритетних напрямків розвитку медичної допомоги кардіологічним хворим в межах державної системи охорони здоров'я в умовах міста.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В Україні щорічно приблизно 149,6 чоловік на 100 тис. населення вмирає від хвороб серцево-судинної системи. Ці показники набагато вище, ніж в США, Японії, розвинених країнах Європи. Серед хвороб серцево-судинної системи провідне місце займають ішемічна хвороба серця (80,9 на 100 тис. населення), гострий інфаркт міокарда (6,2 100 тис. населення), гіпертонічна хвороба (1 на 100 тис. населення), церебро-васкулярні хвороби (30,5 на 100 тис. населення) і мозковий інсульт (26,8 чоловік на 100 тис. населення), які обумовлені атеросклеротичним ураженням коронарних і мозкових артерій [14].

Медико-демографічні дослідження виявляють закономірності здоров'я населення, допомагають в плануванні організації медико-соціальної допомоги, в розробці профілактичних програм і заходів щодо вдосконалення медичної допомоги. Медичний аспект повинен враховуватися при розробці заходів щодо поліпшення демографічної ситуації. Критерії, що характеризують стан здоров'я населення, прийнято ділити на 3 групи: демографічні показники, показники захворюваності та інвалідності, показники фізичного розвитку.

У структуру кардіологічної служби включені: кардіологічні диспансери, служба догоспітальної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда та іншими невідкладними станами (спеціалізовані кардіологічні та кардіореанімаційні бригади швидкої і невідкладної допомоги), стаціонари для хворих з гострим інфарктом міокарда (інфарктні відділення в складі лікарень швидкої допомоги), стаціонари для хворих з кардіологічною патологією – для уточнення діагнозу і підбору терапії, кардіологічні кабінети в лікувально-профілактичних закладах, дистанційно-діагностичні центри [9].

Незважаючи на економічні труднощі, у великих містах збережені, повноцінно і ефективно працюють кардіологічні відділення з палатою реанімації та інтенсивної терапії з метою забезпечення оперативності надходження хворих в стаціонар в разі розвитку екстреної ситуації, забезпечення доступності кваліфікованої кардіологічної допомоги населенню. Необхідно відзначити, що на тлі епідеміологічних даних про збільшення поширеності серцево-судинних захворювань серед населення в регіонах і в міській місцевості проведена концентрація обсягів спеціалізованої кардіологічної (в тому числі кардіохірургічної) допомоги пацієнтам на базі існуючих лікувально-профілактичних установ, забезпечених високотехнологічним медичним обладнанням.

Поступове збільшення кількості пацієнтів, які отримують кардіологічну допомогу в денних стаціонарах свідчить про реальне перенесення центру уваги на вдосконалення стаціонарзаміщуючих технологій, що є виправданим як з економічної точки зору (ефективне використання наявних фінансових коштів і матеріальних ресурсів, раціональне використання потенціалу цілодобових ліжок), так і з позицій пацієнтів, які в останні роки при наявності можливості віддають перевагу денному стаціонару у порівнянні із цілодобовим, прагнуть поєднати лікування з трудовою діяльністю [1].

Стан кардіологічної допомоги у великому місті визначається цілою низкою обставин: висока поширеність хвороб системи кровообігу та летальність населення в зв'язку з даною патологією у зв'язку із їх омолодженням при відсутності тенденції до зниження, що обумовлює високу потребу в спеціалізованій кардіологічній і кардіохірургічній допомозі; висока щільність і компактність проживання великої кількості населення; відносна обмеженість території, що при грамотному управлінні дозволяє забезпечити своєчасне надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі бригадами швидкої медичної допомоги та доставку хворого в стаціонар в короткий час; необхідність наявності в кожному районі міста стаціонарів, які надають екстрену кардіологічну та терапевтичну допомогу; високий ліжковий, кадровий і матеріально-технічний

потенціал; ефективно функціонуючі бригади швидкої медичної допомоги з її кардіологічною службою, включаючи бригади інтенсивної терапії та реанімаційні бригади; наявність умов для забезпечення наступності в роботі різних ланок кардіологічної служби [8].

Основними завданнями кардіологічної бригади швидкої медичної допомоги на сучасному етапі повинні бути надання хворим і постраждалим догоспітальної медичної допомоги, спрямованої на збереження і підтримання життєво важливих функцій організму, і доставка пацієнтів в найкоротші терміни в стаціонар для надання кваліфікованої і спеціалізованої кардіологічної медичної допомоги. Необхідно підвищити роль і ефективність використання лікарських кардіологічних бригад швидкої медичної допомоги в якості бригад інтенсивної терапії і, при необхідності, вузькоспеціалізованих бригад. Втілення в життя плану заходів щодо вдосконалення роботи кардіологічної служби швидкої медичної допомоги передбачає, перш за все, поліпшення матеріально-технічного забезпечення. Основними завданнями цієї ланки є: розробка і впровадження в практику економічних механізмів управління швидкою медичною допомогою; організація її діяльності в повсякденному режимі і в умовах надзвичайних ситуацій; формування нормативно-методичної правової бази для оптимізації функціонування установ, підрозділів і фахівців швидкої медичної допомоги. При цьому стабілізація фінансування досягається не стільки за рахунок збільшення обсягу виділених коштів, а і за рахунок оптимізації системи бюджетного планування відповідно до галузевих стандартів і нормативів [3].

З урахуванням високої актуальності медичних, соціальних і економічних аспектів хвороб системи кровообігу вдосконалення надання медичної допомоги хворим кардіологічного профілю на всіх етапах лікувально-діагностичного процесу в даний час є важливим медико-соціальним завданням і пріоритетним напрямком діяльності департаменту охорони здоров'я. Основними завданнями, що стоять перед кардіологічною службою, є зменшення соціально-економічних втрат шляхом зниження смертності, захворюваності та втрати працездатності від хвороб системи кровообігу; підвищення ефективності функціонування як кардіологічної служби в цілому, так і окремих її ланок.

Реалізація вищезначених завдань можлива шляхом наступних організаційних методів: забезпечення своєчасності та доступності кардіологічної допомоги, в тому числі кардіохірургічної допомоги, на основі впровадження нових медичних технологій, включаючи інтервенційну кардіологію, котрі істотно підвищують її ефективність. Важливим також є удосконалення організаційних технологій і оснащення сучасним обладнанням догоспітальної і госпітальної ланок кардіологічної служби. Підвищення ефективності використання наявних ресурсів можливе шляхом переходу на 2-змінний графік роботи лікувально-діагностичного, в першу чергу, дорогого високотехнологічного обладнання. Питання оптимізації використання ліжкового фонду відбувається за рахунок: обґрунтованості показань до госпіталізації та її термінів, впровадження двоетапної технології у вигляді стаціонарів екстреної допомоги з палатами інтенсивної терапії, і стаціонарів долікування, використання можливостей стаціонарзаміщуючих технологій, зміцнення ресурсами амбулаторно-поліклінічної ланки служби, вдосконалення наступності в роботі всіх ланок кардіологічної служби, що дозволить використовувати стаціонарно цілодобово ліжко за прямим призначенням – для надання лікувально-діагностичної допомоги хворим з гострою та загостренням хронічної патології, які потребують цілодобового медичного спостереження і інтенсивного лікування [12]. Підвищення доступності, ефективності та якості амбулаторної кардіологічної допомоги з акцентом на зміцнення профілактичного спрямування з використанням можливостей лікарів загальної практики-сімейної медицини являється важливим механізмом удосконалення кардіологічної допомоги населення. Подальший розвиток етапності надання медичної допомоги хворим з гострою коронарною патологією передбачає перехід на цілодобове надання екстреної кардіохірургічної допомоги хворим з гострою коронарною патологією в міських лікувально-профілактичних установах.

Організація міського кардіологічного центру як координуючої, організаційно-методичної структури, що забезпечує єдиний підхід і наступність в організації кардіологічної допомоги, центру впровадження в практику сучасних високих технологій, просування вискоефективних методів діагностики і лікування буде наступним важливим завданням формування ефективної кардіологічної служби. Надзвичайно важливим являється також питання забезпечення високого рівня кадрового потенціалу та удосконалення обліку і моніторингу даних по хворим кардіологічного профілю з веденням реєстру кардіологічних хворих із застосуванням сучасних інформаційних технологій [10]. Удосконалення контролю якості надання кардіологічної

допомоги, особливо на етапі швидкої і невідкладної допомоги з використанням діючих державних і регіональних стандартів як фінальний етап реформування кардіологічної служби країни. Існуюча в містах потужна кардіологічна служба з серйозним кадровим та матеріально-технічним потенціалом, ланки якої мають достатню віддаленість один від одного і входять до складу різних лікувальних установ, потребує координації і єдиного організаційно-методичного та наукового керівництва з метою забезпечення узгодженості зусиль, наступності, раціонального використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів, реалізації єдиних концепцій розвитку.

Цереброваскулярна патологія, особливо гострі порушення мозкового кровообігу, є однією з найскладніших проблем, оскільки є причиною близько 30% смертельних випадків у світі. Найбільш важкою формою є інсульт, який займає в розвинених країнах третє місце після ішемічної хвороби серця і раку. Щорічно реєструється 16 млн. випадків інсульту, від яких помирають 5,7 млн., поширеність досягає 64 млн. Передбачається, що до 2030 року буде 23 млн. інсультів і 7,8 млн. смертей. Україна, на жаль, займає одне з перших місць в Європі за показниками захворюваності по гострим порушенням мозкового кровообігу та смертності внаслідок інсульту: 30-40% вмирають протягом перших 30 днів, ще 10-20% – протягом року. Лише 10% повертаються до повноцінного життя, інші стають інвалідами, які потребують сторонньої допомоги [6].

Інфаркт міокарда – найбільш важка форма ішемічної хвороби серця. При цьому частота його виникнення обумовлена як збільшенням ризику психосоціального стресу, так і істотним зростанням серед населення числа осіб похилого та старечого віку, найбільш схильних до розвитку захворювань системи кровообігу. Протягом останніх десятиліть інфаркт міокарда є однією з основних причин смертності від ішемічної хвороби серця серед населення в більшості країн світу. Особливо тривожний факт зменшення середнього віку пацієнтів працездатного віку, що померли від інфаркту міокарда, який став менше 50 років. Незважаючи на досягнення тромболітичної терапії та хірургічної реваскуляризації міокарда, зберігається досить високий відсоток госпітальної летальності від інфаркту міокарда (від 7 до 27% за даними різних джерел). З урахуванням летальних випадків на догоспітальному етапі загальна смертність при інфаркті міокарда досягає 35-40%, такі високі показники захворюваності та летальності зберігають актуальність його подальшого всебічного вивчення, і особливо, профілактики захворювання [15].

Високі темпи щорічного приросту смертності населення на тлі високого рівня порога смертності – це одна з найсерйозніших проблем не тільки демографічного стану, але і сучасного стану охорони здоров'я України. Аналіз динаміки показників загальної смертності і результати вибіркового дослідження ряду авторів дає підставу вважати психосоціальні чинники однією з основних причин різких коливань смертності. Саме високим рівнем цих факторів можна пояснити настільки високий поріг смертності, на тлі якого різко виділяються коливання, викликані психоемоційними факторами, як наслідок соціально-економічних реформ в суспільстві. Проте це не означає, що традиційні чинники ризику (куріння, споживання алкоголю, наркотиків, гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, серцево-судинні захворювання і ін. фактори, що вивчаються в рамках міжнародної програми MONICA) не впливають на показники смертності. Одним із шляхів вирішення проблеми зниження рівня смертності на загальнодержавному рівні є проблема збільшення тривалості життя працездатного населення країни, а на рівні системи охорони здоров'я – це проблема зниження смертності за рахунок тих причин смертності, які можна попередити [4].

Згідно з методикою, розробленою в європейських країнах, до запобіжних заходів щодо смертності відноситься смертність від 24 причин, розділених на 3 основні групи, в залежності від рівня профілактики. До першої групи належать причини смерті, які можливо запобігти первинною профілактикою: зміною способу життя, особливо по відношенню до споживання алкоголю і тютюну; підвищенням рівня і якості життя, забезпечення дорожньої безпеки та ін. До другої групи належать причини, які можливо знизити вторинною профілактикою, тобто ранньою діагностикою захворювань та лікуванням. До третьої групи належать причини, які можна знизити, підвищуючи якість лікування, використовуючи сучасні медичні технології. Більшість причин смерті, що призводять до скорочення тривалості життя у віці до 60 років, розглядаються експертами як такі, які можна попередити зусиллями охорони здоров'я, причому не тільки за рахунок поліпшення медичної допомоги, але в першу чергу за рахунок профілактики поведінкових факторів ризику. Тому потенційний вигравш від усунення даних причин смертності в цей період життя можна розглядати як досяжні резерви зростання тривалості життя.

Звертає на себе увагу інформація, що для кардіологічної допомоги розвинених країн характерно: організація невідкладної допомоги з високим рівнем медико-технічного оснащення автомобілів і кваліфікованим медичним персоналом; широке і повсюдне застосування сучасних технологій лікування ускладнень серцево-судинних захворювань (гострого порушення коронарного і мозкового кровообігу, складних порушень серцевого ритму і провідності, тяжкої серцевої недостатності) шляхом тромболізу, балонної дилатації судин із оклюзією і їх стентування або шунтування, імплантації двокамерного електрокардіостимулятора, або дефібрилятора, пересадки серця; спадкоємність у веденні хворого на різних етапах лікування, орієнтація на максимальне використання амбулаторного етапу обстеження та долікування пацієнта; економічна обґрунтованість вибору лікування; економічна зацікавленість медичних працівників у результатах своєї праці.

В результаті в останні 20 років в Європейських державах: рівень летальності при гострому інфаркті міокарда не перевищує 5-6%; тривалість стаціонарного лікування важкої групи хворих не більше 6-8 днів; збільшилася тривалість життя кардіологічних хворих на 7-10 років і загальна тривалість життя на 10-15 років [13].

Комплекс заходів, спрямованих на підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги хворим з хворобами системи кровообігу в українських реаліях повинен включати 5 груп заходів: 1. Заходи, спрямовані на профілактику хвороб системи кровообігу, раннє виявлення та облік. 2. Забезпечення умов для ефективного лікування хвороб системи кровообігу (вдосконалення інфраструктури кардіологічної служби, поліпшення її матеріально-технічної бази, будівництво кардіохірургічних центрів, впровадження телемедичних технологій, повноцінне медикаментозне забезпечення). 3. Диспансеризація хворих із хворобами системи кровообігу і проведення комплексної медичної реабілітації. 4. Підготовка висококваліфікованих медичних кадрів для кардіологічних і кардіохірургічних підрозділів і підвищення кваліфікації лікарів першої ланки з питань профілактики, діагностики, лікування і реабілітації хворих з хворобами системи кровообігу. 5. Контроль якості медичної допомоги хворим з хворобами системи кровообігу, наданої на всіх етапах діагностики та лікування [7].

Реалізація перелічених напрямів вимагає системного підходу, в тому числі внесення відповідних доповнень і уточнень до регіональних медико-соціальних програм. Багаторічний досвід функціонування системи державної охорони здоров'я довів ефективність профілактики, в тому числі і в плані попередження соціально-значущих неепідеміологічних хронічних захворювань. Система профілактичних заходів повинна включати пропаганду здорового способу життя, боротьбу з курінням, алкоголізмом, стресами, санітарно-гігієнічне виховання населення і т.д.

#### Висновок

Серцево-судинні захворювання грають провідну роль в причинах передчасної смертності, інвалідизації, тимчасової втрати працездатності, як свідчить досвід розвинених країн за останні десятиліття, поширеність цієї патології і тяжкість шкоди, що завдається суспільному здоров'ю, може бути істотно знижена при ефективній організації лікувально-діагностичного процесу і системи профілактики. Спеціалізована стаціонарна допомога для хворих, що страждають серцево-судинними захворюваннями, дуже дорога. Разом з тим, в амбулаторній практиці питома вага звернень даної категорії хворих досить висока. Серед них на особливу увагу заслуговує контингент, що вимагає щоденного спостереження, але не потребує цілодобового стаціонарного режиму. Організація стаціонарозаміщуючих форм надання медичної допомоги для даної категорії пацієнтів є досить актуальним завданням. Не менш важливе значення набувають і питання підготовки кадрів для кардіологічної служби, стійкості кадрового потенціалу, економічної мотивації, що забезпечує високу якість, ефективність складних трудових процесів.

#### Список літератури

1. Belenkov Yu. N. Kardiologiya. Natsionalnoe rukovodstvo / Yu. N. Belenkov, R.G. Oganov // M: - 2010. – 1232 s.
2. Vlasova E. E. Uskorennyaya gospitalnaya reabilitatsii posle koronarnogo shuntirovaniya s iskusstvennyim krovoobrascheniem / E. E. Vlasova, A. E. Komlev, V. P. Vasilev [i dr.] // Kardiologicheskii vestnik. – 2009. – No.1. – S. 33-39.
3. Kryukov H. H. Ishemicheskaya bolezn serdtsa (sovremennyye aspektyi kliniki, diagnostiki, lecheniya, profilaktiki, meditsinskoj reabilitatsii, ekspertizy) / H. H. Kryukov, E. H. Nikolaevskiy, V. P. Polyakov //Izd-vo: OOO «IPK «Sodruzhestvo». – 2010, 651 s.
4. Kiladze E. S. Ishemicheskaya bolezn serdtsa. Zhizn prodolzhaetsya / E. S. Kiladze // - «EKSMO», - 2010. 160 s.
5. Myichka V. B. Pervichnaya profilaktika serdechnosudistyyih zabolevaniy / V. B. Myichka, I. E. Chazova, R. G. Oganov // Consilium Medicum. – 2009. – T.1, No. 1. – S. 2-6.

6. Maslov L. N. Novyie podhodyi k profilaktike i terapii ishemicheskikh i reperfuzionnykh povrezhdeniy serdtsa pri ostrom infarkte miokarda / L. N. Maslov // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. – 2010. – T.25. No. 2 (1). – S. 17-24.
7. Parhomenko A. N. Ezhegodnaya nauchnaya sessiya Amerikanskogo kolledzha kardiologov. Novyyi Orlean, SShA, 2-5 aprelya 2011 goda / A. N. Parhomenko // Medicine Review. – 2011. – No.2(15). – S. 6-9.
8. Aaron K. J. Cardiovascular Health and Healthcare Utilization and Expenditures Among Medicare Beneficiaries: The REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study / K.J. Aaron, L.D. Colantonio, L. Deng [et al.] // J Am Heart Assoc. – 2017. – No.6 (2).
9. Bashi N. Remote Monitoring of Patients With Heart Failure: An Overview of Systematic Reviews / N. Bashi, M. Karunanithi, F. Fatehi [et al.] // J Med Internet Res. – 2017. – No.19(1). - 18 p.
10. Cao X.Y. Effects of a hospital-community partnership transitional program in patients with coronary heart disease in Chengdu, China: A randomized controlled trial / X.Y. Cao, L. Tian, L. Chen [et al.] // Jpn J Nurs Sci. – 2017.
11. Chan W.V. ACC/AHA Special Report: Clinical Practice Guideline Implementation Strategies: A Summary of Systematic Reviews by the NHLBI Implementation Science Work Group: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines / W.V. Chan, T.A. Pearson, G.C. Bennett [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 2017. P. 735-1097.
12. Grandey A. A. The State of the Heart: Emotional Labor as Emotion Regulation Reviewed and Revised / A. A. Grandey, R.C. Melloy // J Occup Health Psychol. – 2017.
13. McKibben R. A. Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Women / R. A. McKibben, M. Al Rifai, L.M. Mathews [et al.] // Curr Cardiovasc Risk Rep. – 2016.
14. Suaya J. A. Cardiac Rehabilitation and Survival in Older Coronary Patients / J. A. Suaya, W. B. Stason, P.A. Ades [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 2009. – No.54. – P. 25-33.
15. Talwar K. K. Predictors of mortality in chronic rheumatic heart disease / K.K. Talwar, A. Gupta // Indian J Med Res. – 2016. – No.144 (3). – P. 311-313.

### Реферати

#### НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА

Данильченко Л. И.

Цель исследования: научное обоснование приоритетных направлений развития медицинской помощи кардиологическим больным в рамках государственной системы здравоохранения в условиях города. Улучшение медико-демографической ситуации, повышение доступности и качества медицинской помощи всем слоям населения является приоритетным заданием современной системы здравоохранения в Украине. Различные аспекты состояния здоровья населения в связи с болезнями сердечно-сосудистой системы, а также вопросы совершенствования государственной системы здравоохранения и системы предоставления кардиологической помощи населению, является предметом многолетних исследований авторов. Сердечно-сосудистые заболевания играют ведущую роль в причинах преждевременной смертности, инвалидизации, временной потери трудоспособности, как показывает опыт развитых стран в последние десятилетия, распространенность этой патологии и тяжесть вреда, наносимого общественному здоровью, могут быть существенно снижены при эффективной организации лечебно-диагностического процесса и системы профилактики. Специализированная стационарная помощь для больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, очень дорогостоящая. Вместе с тем, в амбулаторной практике удельный вес обращений данной категории больных достаточно высок. Среди них особого внимания заслуживает контингент, который требует ежедневного наблюдения, но не требует круглосуточного стационарного режима. Организация стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи для данной категории пациентов является весьма актуальной задачей. Не менее важное значение приобретают и вопросы подготовки кадров для кардиологической службы, устойчивости кадрового потенциала, экономической мотивации, что обеспечивает высокое качество, эффективность сложных трудовых процессов.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистая система, здравоохранение, смертность, профилактика, оптимизация медицинской помощи.

#### SCIENTIFIC BASIS OF PRIORITY DIRECTIONS OF DEVELOPMENT HEALTH CARE FOR CARDIAC PATIENTS IN CITY

Danilchenko L.I.

Objective: is scientific substantiation of the priority areas of health care of cardiac patients in the public health system in the city. Improving medical and demographic situation, increasing the availability and quality of care to all segments of the population is a priority task of the modern health care system in Ukraine. Various aspects of the health of the population due to diseases of the cardiovascular system and the issues of improving the public health system and the system of cardiac care for the population, is the subject of many years of researching by the authors. Cardiovascular diseases are leading causes of premature death, disability, temporary disability, as the experience of developed countries in recent decades, the prevalence of this pathology and the severity of the harm done to public health, can be significantly reduced in case of effective organization of the medical-diagnostic process and prevention system. Specialized inpatient care for patients suffering from cardiovascular diseases, is very expensive. At the same time, the share of applications this category of patients in ambulatory practice is high enough. Among them, special attention should be paid contingent, which requires daily monitoring, but does not require the clock steady state. Organization forms of inpatient care for these patients is a very urgent task. Equally important are purchase and training issues for the cardiology service, the stability of personnel potential, the economic incentive to provide high quality, efficiency of complex workflows.

**Key words:** cardiovascular system, health, mortality, prevention, optimization of medical care.

Стаття надійшла 23.02.2017 р.

Рецензент Катеренчук І.П.