



УДК: 614.2: 616.1]: 614.78

DOI: 10.14739/2409-2932.2017.2.103785

Л. І. Данильченко

Наукове обґрунтування пріоритетних напрямів розвитку медичної допомоги кардіологічним хворим в умовах міста

Одеський національний медичний університет, Україна,
КУ «Міська клінічна лікарня № 9 імені професора О. І. Мінакова», м. Одеса, Україна

Мета роботи – наукове обґрунтування пріоритетних напрямів розвитку медичної допомоги кардіологічним хворим у 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 країні. 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 – предмет багаторічних досліджень авторів.

Висновки. Серцево-судинні захворювання відіграють провідну роль у причинах передчасної смертності, інвалідизації, тимчасової втрати працездатності. Як свідчить досвід розвинених країн за останні десятиліття, поширеність цієї патології та шкода, що завдається суспільному здоров'ю, може бути суттєво знижена при ефективній організації лікувально-діагностичного процесу, системи профілактики. Спеціалізована стаціонарна допомога для хворих, які страждають на серцево-судинні захворювання, дуже дорога. Поряд з тим в амбулаторній практиці питома вага звернень цієї категорії хворих доволі висока. Серед них на особливу увагу заслуговує контингент, що вимагає щоденного спостереження, але не потребує цілодобового стаціонарного режиму. Організація стаціонарозаміщувальних форм надання медичної допомоги для цієї категорії пацієнтів є 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, якість медичної допомоги.

Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2017. – Т. 10, № 2(24). – С. 224–229

Научное обоснование приоритетных направлений развития медицинской помощи кардиологическим больным в условиях города

Л. И. Данильченко

Цель работы – 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 являются предметом многолетних исследований авторов.

Выводы. Сердечно-сосудистые заболевания играют ведущую роль в причинах преждевременной смертности, инвалидизации, временной потери трудоспособности. Как показывает опыт развитых стран в последние десятилетия, распространённость 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 этой 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, качество медицинской помощи.

Актуальные вопросы фармацевтической и медицинской науки и практики. – 2017. – Т. 10, № 2(24). – С. 224–229

Scientific basis of priority directions of the health care development for cardiac patients in city

L. I. Danilchenko

Objective: the scientific basis of priority directions of the health care development for cardiac patients in city according to public health system.

Improving medical and demographic situation, increasing the availability and quality of care to all segments of the population is the priority task of modern health care system in Ukraine. Various aspects of population health due to diseases of the cardiovascular system and the issues of improving public health system and the system of cardiac care for the population, is the subject of many years researches.

Conclusions. Cardiovascular diseases are leading causes of premature death, disability, temporary disability. According to the experience of developed countries in recent decades, the prevalence of this pathology and the severity of the harm to public health can reduce significantly in case of effective organization of medical-diagnostic process and prevention system. Specialized in patient care for patients suffering from cardiovascular diseases, is very expensive. At the same time, the number of patients with such pathology is high

enough in ambulatory practice. Among them, special attention should be paid to those patients, who require daily monitoring, but do not require the round-the-clock stationary mode. The organization of inpatient forms of medical care for this category of patients is a very urgent task. Equally important are the training of personnel for the cardiology service, the sustainability of human resources, economic motivation, which ensures high quality, the effectiveness of complex labor processes.

Key words: cardiovascular system, health, mortality, preventive medicine, quality of health care.

Current issues in pharmacy and medicine: science and practice 2017; 10 (2), 224–229

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 – предмет багаторічних досліджень авторів.

Сьогодні незаперечним є той факт, що система охорони здоров'я потребує реформування. Надмірна централізація управління, уніфікація за єдиним зразком, вузька спеціалізація амбулаторної допомоги не влаштовують населення, а державі вже не під силу нести фінансовий тягар обслуговування громіздкої госпітально-поліклінічної системи громадської охорони здоров'я, що не дає належного результату. Дається взнаки й загальне погіршення економічного стану у країні, помилки, що допущені в управлінні галуззю. Дотепер навколо проблем сімейної медицини точаться дискусії, думки громадськості та фахівців, як і в самому середовищі спеціалістів, багато в чому розбіжні або суперечливі [1].

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

Станом на 1 липня 2016 року в Україні проживало 42539696 осіб, народжуваність становила 190754 осіб, а смертність – 299807 при нульовому прирості. Як відзначають в Держстаті України, статистика залишається невтішною: на 100 померлих припадає 64 новонароджені [2].

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

Наведені вище дані свідчать, 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 передусім паління та алкоголізму (та пов'язаних з цими факторами ризику захворювань, зокрема хвороб кровоносної системи), зниження частоти звертань за медичною допомогою, доступності висококваліфікованої медичної допомоги.

Залишаються невирішеними такі важливі проблеми, як вдосконалення управління, підвищення доступності, поліпшення якості медичної допомоги та 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, котре 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.

Мета роботи

Наукове обґрунтування пріоритетних напрямів розвитку медичної допомоги кардіологічним хворим у межах державної системи охорони здоров'я в умовах міста.

В Україні щорічно майже 149,6 особи на 100 тис. населення вмирає від хвороб серцево-судинної системи. Ці показники набагато вищі, ніж у США, Японії, розвинених країнах Європи. Серед хвороб серцево-судинної системи провідне місце посідають ішемічна хвороба серця (80,9 на 100 тис. населення), гострий інфаркт міокарда (6,2 на 100 тис. населення), гіпертонічна хвороба (1 на 100 тис. населення), церебро-васкулярні хвороби (30,5 на 100 тис. населення) та мозковий інсульт (26,8 чоловіка на 100 тис. населення), які зумовлені атеросклеротичним ураженням коронарних і мозкових артерій [4].

Медико-демографічні дослідження виявляють закономірності здоров'я населення, допомагають у 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, котрі характеризують стан здоров'я населення, заведено розділяти на 3 групи: демографічні показники, показники захворюваності та інвалідності, показники фізичного розвитку.

У структуру кардіологічної служби включені: кардіологічні диспансери, служба догоспітальної допомоги хворим із гострим інфарктом міокарда та іншими невід-

кладними станами (спеціалізовані кардіологічні та кардіореанімаційні бригади швидкої та невідкладної допомоги), стаціонари для хворих із гострим інфарктом міокарда (інфарктні відділення у складі лікарень швидкої допомоги), стаціонари для хворих із кардіологічною патологією – для уточнення діагнозу та підбору терапії, кардіологічні кабінети в лікувально-профілактичних закладах, дистанційно-діагностичні центри [5].

Незважаючи на економічні труднощі, у великих містах збережені, повноцінно та ефективно працюють кардіологічні відділення з палатою реанімації та інтенсивної терапії для забезпечення оперативності надходження хворих до стаціонара у 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 містах здійснена концентрація обсягів спеціалізованої кардіологічної (в тому числі кардіохірургічної) допомоги пацієнтам на базі наявних лікувально-профілактичних установ, котрі забезпечені високотехнологічним медичним обладнанням.

Поступове збільшення кількості пацієнтів, які отримують кардіологічну допомогу в денних стаціонарах, свідчить про реальне перенесення центру уваги на вдосконалення стаціонарзаміщувальних технологій, що є виправданим як з економічного погляду (ефективне використання наявних фінансових коштів і матеріальних ресурсів, раціональне використання потенціалу цілодобових ліжок), так і з позицій пацієнтів, які в останні роки віддають перевагу денному стаціонару порівняно з цілодобовим, прагнуть поєднати лікування з трудовою діяльністю [6].

Стан кардіологічної допомоги у великому місті визначає ціла низка обставин: висока поширеність хвороб системи кровообігу та летальність населення у зв'язку з їхнім омоложенням за відсутності тенденції до зниження, що зумовлює високу потребу у спеціалізованій кардіологічній і кардіохірургічній допомозі; висока щільність і компактність проживання великої кількості населення; відносна обмеженість території, що за грамотного управління дає можливість забезпечити своєчасне надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі бригадами швидкої медичної допомоги та доставку хворого до стаціонара в короткий термін; необхідність наявності в кожному районі міста стаціонарів, які надають екстрену кардіологічну та терапевтичну допомогу; високий ліжковий, кадровий і матеріально-технічний потенціал; бригади швидкої медичної допомоги з кардіологічною службою, включаючи бригади інтенсивної терапії та реанімаційні бригади, що ефективно функціонують; наявність умов для забезпечення наступності в роботі різних ланок кардіологічної служби.

Основні завдання кардіологічної бригади швидкої медичної допомоги на сучасному етапі – надання хворим і постраждалим догоспітальної медичної допомоги, що спрямована на збереження та підтримання життєво важливих функцій організму, доставка пацієнтів у найкоротші терміни до стаціонара для надання кваліфікованої, спеціалізованої кардіологічної медичної допомоги. Необхідно

підвищити роль та ефективність використання лікарських кардіологічних бригад швидкої медичної допомоги як бригад інтенсивної терапії, а за необхідності – вузькоспеціалізованих бригад.

Утілення в життя плану заходів щодо вдосконалення роботи кардіологічної служби швидкої медичної допомоги передбачає передусім поліпшення матеріально-технічного забезпечення. Основними завданнями цієї ланки є розробка та впровадження у практику економічних механізмів управління швидкою медичною допомогою; організація її діяльності в повсякденному режимі та 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 шляхом збільшення обсягу виділених коштів, а внаслідок оптимізації системи бюджетного планування відповідно до галузевих стандартів і нормативів [7].

З урахуванням високої актуальності медичних, соціальних та економічних аспектів хвороб системи кровообігу вдосконалення надання медичної допомоги хворим кардіологічного профілю на всіх етапах лікувально-діагностичного процесу натеper є важливим медико-соціальним завданням і пріоритетним напрямом 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 загалом, так і окремих її ланок.

Реалізація означених вище завдань можлива внаслідок застосування організаційних методів, як-от: забезпечення своєчасності та доступності кардіологічної допомоги, зокрема кардіохірургічної, на основі впровадження нових медичних технологій, включаючи інтервенційну кардіологію, котрі суттєво підвищують її ефективність. Важливим також є вдосконалення організаційних технологій та оснащення сучасним обладнанням догоспітальної, госпітальної ланок кардіологічної служби. Підвищення ефективності використання наявних ресурсів можливе шляхом переходу на двозмінний графік роботи лікувально-діагностичного передусім дорогого високотехнологічного обладнання. Питання оптимізації використання ліжкового фонду відбувається внаслідок обґрунтованості показань до госпіталізації та її термінів, упровадження двохетапної технології у вигляді стаціонарів екстреної допомоги з палатами інтенсивної терапії та стаціонарів долікування, використання можливостей стаціонарзаміщувальних технологій, зміцнення ресурсами амбулаторно-поліклінічної ланки служби, вдосконалення наступності в роботі всіх ланок кардіологічної служби, що дасть можливість використовувати стаціонарно цілодобове ліжко за безпосереднім призначенням – для надання лікувально-діагностичної допомоги хворим із гострою та загостренням хронічної патології, які потребують цілодобового медичного спостереження та інтенсивного лікування. Підвищення доступності, ефективності та якості амбулаторної кардіологічної допомоги

з акцентом на зміцнення профілактичного спрямування з використанням можливостей лікарів загальної практики – сімейної медицини є важливим механізмом удосконалення кардіологічної допомоги населенню. Дальший розвиток етапності надання медичної допомоги хворим із гострою коронарною патологією передбачає перехід на цілодобове надання екстреної кардіохірургічної допомоги хворим із гострою коронарною патологією в міських лікувально-профілактичних установах [8].

Організація міського кардіологічного центру як координувальної, організаційно-методичної структури, що забезпечує єдиний підхід і наступність в організації кардіологічної допомоги, центру впровадження у практику сучасних високих технологій, просування високоефективних методів діагностики та лікування буде наступним важливим завданням формування ефективної кардіологічної служби. Надзвичайно важливим є також питання забезпечення високого рівня кадрового потенціалу та вдосконалення обліку, моніторингу даних щодо хворих кардіологічного профілю з веденням реєстру кардіологічних хворих із застосуванням сучасних інформаційних технологій. Удосконалення контролю якості надання кардіологічної допомоги, особливо на етапі швидкої та невідкладної допомоги з використанням чинних державних і регіональних стандартів – фінальний етап реформування кардіологічної служби країни. Наявна в містах потужна кардіологічна служба з серйозним кадровим і матеріально-технічним потенціалом, ланки якої мають достатню віддаленість одна від одної та входять до складу різних лікувальних установ, потребує координації та 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 – одна з найскладніших проблем, оскільки є причиною майже 30% смертельних випадків у світі. Найважчою формою є інсульт, який посідає в розвинених країнах третє місце після ішемічної хвороби серця та раку. Щорічно реєструється 16 млн випадків інсульту, від яких помирають 5,7 млн осіб, поширеність досягає 64 млн. Передбачається, що до 2030 року буде 23 млн інсультів і 7,8 млн смертей. Україна, на жаль, посідає одне з перших місць в Європі за показниками захворюваності на гострі порушення мозкового кровообігу та смертності внаслідок інсульту: 30–40% вмирають протягом перших 30 днів, ще 10–20% – протягом року. Тільки 10% повертаються до повноцінного життя, інші стають інвалідами, які потребують сторонньої допомоги [9].

Інфаркт міокарда – найважча форма ішемічної хвороби серця. При цьому частота його виникнення зумовлена як збільшенням ризику психосоціального стресу, так і суттєвим зростанням серед населення кількості 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, які померли від інфаркту міокарда, який став менше ніж 50 років. Незважаючи на досягнення тромболітичної терапії та хірургічної реvascularизації міокарда, зберігається доволі 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 – 35–40%, такі високі показники захворюваності та летальності зберігають актуальність його подальшого всебічного вивчення, особливо, профілактики захворювання [10].

Високі темпи щорічного приросту смертності населення на тлі високого рівня порога смертності – це одна з найсерйозніших проблем не тільки демографічного стану, але й сучасного стану охорони здоров'я України. Аналіз динаміки показників загальної смертності та результати вибіркового досліджень низки авторів дають підставу вважати психосоціальні чинники однією з головних причин різких коливань смертності. Саме високим рівнем цих факторів можна пояснити настільки високий поріг смертності, на тлі якого різко виділяються коливання, що викликані психоемоційними факторами, як наслідок соціально-економічних реформ у суспільстві. Однак це не означає, що традиційні чинники ризику (куріння, споживання алкоголю, наркотиків, гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, серцево-судинні захворювання та інші фактори, що вивчаються в рамках міжнародної програми MONICA) не впливають на показники смертності. Одним зі 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 внаслідок тих причин смертності, котрим можна запобігти [11].

Згідно з методикою, що розроблена в європейських країнах, до запобіжних заходів щодо смертності належить смертність від 24 причин, котрі розділені на 3 основні групи, залежно від рівня профілактики. До першої групи належать причини смерті, яким можна запобігти первинною профілактикою: зміною способу життя, особливо щодо споживання алкоголю та тютюну; підвищенням рівня та якості життя, забезпеченням дорожньої безпеки тощо. До другої групи належать причини, котрі можна знизити вторинною профілактикою, тобто ранньою діагностикою захворювань і лікуванням. Третя група – причини, які можна знизити, підвищуючи якість лікування, використовуючи сучасні медичні технології. Більшості причин смерті, котрі призводять до скорочення тривалості життя у віці до 60 років, можна запобігти зусиллями охорони здоров'я, причому не тільки шляхом поліпшення медичної допомоги, але передусім завдяки профілактиці поведінкових факторів ризику. Відтак потенційний вигравш від усунення таких причин смертності в цей період життя можна розглядати як досяжні резерви зростання тривалості життя [12].

Привертає увагу інформація, що для кардіологічної допомоги в розвинених країн є характерним організація невідкладної допомоги з високим рівнем медико-техніч-

ного оснащення автомобілів і кваліфікованим медичним персоналом; широке та повсюдне застосування сучасних технологій лікування ускладнень серцево-судинних захворювань (гострого порушення коронарного та мозкового кровообігу, складних порушень серцевого ритму та провідності, тяжкої серцевої недостатності) шляхом тромболізу, балонної дилатації судин з оклюзією та 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 [13].

За останні 20 років в європейських державах рівень летальності при гострому інфаркті міокарда не перевищує 5–6%; тривалість стаціонарного лікування важкої групи хворих – не більше ніж 6–8 днів; збільшилась тривалість життя кардіологічних хворих на 7–10 років і загальна тривалість життя – на 10–15 років [14].

Комплекс заходів, що спрямовані на підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги хворим із хворобами системи кровообігу в українських реаліях, повинен включати 5 груп заходів:

- заходи, що спрямовані на профілактику хвороб системи кровообігу, раннє виявлення та облік;
- 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);
- диспансеризація пацієнтів із хворобами системи кровообігу та здійснення комплексної медичної реабілітації;
- підготовка висококваліфікованих медичних кадрів для кардіологічних і кардіохірургічних підрозділів, підвищення кваліфікації лікарів першої ланки з питань профілактики,

діагностики, лікування та реабілітації хворих із хворобами системи кровообігу;

– контроль якості медичної допомоги хворим із хворобами системи кровообігу, що надавалась на всіх етапах діагностики та лікування [15].

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

Висновки

1. Серцево-судинні захворювання відіграють провідну роль у причинах передчасної смертності, інвалідизації, тимчасової втрати працездатності. Як свідчить досвід розвинених країн за останні десятиліття, поширеність цієї патології та шкода, що завдається суспільному здоров'ю, може бути суттєво знижена за ефективної організації лікувально-діагностичного процесу та системи профілактики.

2. Спеціалізована стаціонарна допомога для хворих, які страждають на серцево-судинні захворювання, дуже дорога. Поряд з тим в амбулаторній практиці питома вага звернень цієї категорії хворих доволі висока. Серед них на особливу увагу заслуговує контингент, який вимагає щоденного спостереження, але не потребує цілодобового стаціонарного режиму. Організація стаціонарзаміщувальних форм надання медичної допомоги для цієї категорії пацієнтів – актуальне завдання. Не менш важливого 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] 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. – Vol. 69(8). – P. 1076–1092.
- [2] Мычка В.Б. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / В.Б. Мычка, И.Е. Чазова, Р.Г. Оганов // *Consilium Medicum*. – 2009. – Т. 11. – №1. – С. 105–110.
- [3] Ускоренная госпитальная реабилитация после коронарного шунтирования с искусственным кровообращением / Э.Е. Власова, А.Е. Комлев, В.П. Васильев и др. // *Кардиологический вестник*. – 2009. – №1. – С. 33–39.
- [4] Кардиология. Национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М., 2010. – 1232 с.
- [5] 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. – №19(1). – P. 18.
- [6] Cardiac Rehabilitation and Survival in Older Coronary Patients / J.A. Suaya, W.B. Stason, P.A. Ades et al. // *J Am Coll Cardiol*. – 2009. – №54. – P. 25–33.
- [7] 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. – №6(2). – pii: e005106.
- [8] 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. – Feb 02.
- [9] Крюков Н.Н. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы) / Н.Н. Крюков, Е.Н. Николаевский, В.П. Поляков. – Самара: Содружество, 2010. – 651 с.
- [10] Маслов Л.Н. Новые подходы к профилактике и терапии ишемических и реперфузионных повреждений сердца при остром инфаркте миокарда / Л.Н. Маслов // *Сибирский медицинский журнал*. – 2010. – Т. 25. – №2–1. – С. 17–24.

- [11] 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 NursSci.* – 2017. – Feb 1.
- [12] Talwar K.K. Predictors of mortality in chronic rheumatic heart disease / K.K. Talwar, Abhinav Gupta // *Indian J Med Res.* – 2016. – №144. – Issue 3. – P. 311–313.
- [13] Киладзе Е.С. Ишемическая болезнь сердца. Жизнь продолжается / Е.С. Киладзе. – М.: ЭКСМО, 2010. – 160 с.
- [14] Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Women / R.A. McKibben, M. AlRifai, L.M. Mathews et al. // *Curr Cardiovasc Risk Rep.* – 2016. – Vol. 10. – pii 1.
- [15] Пархоменко А.Н. Ежегодная научная сессия Американского колледжа кардиологов (Новый Орлеан, США, 2–5 апреля 2011 г.) / А.Н. Пархоменко // *Medicine Review.* – 2011. – №2(15). – С. 6–9.
- References**
- [1] Chan, W. V., Pearson, T. A., Bennett, G. C., Cushman, W. C., Gaziano, T. A., Gorman, P. N., et al. (2017). 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. *J Am Coll Cardiol.*, 69(8), 1076–1092. doi: 10.1016/j.jacc.2016.11.004.
- [2] Mychka, V. B., Chazova, I. E., & Oganov, R. G. (2009) Pervichnaya profilaktika serdechno-sosudistyx zabolovaniy [Primary Prevention of Cardiovascular Diseases]. *Consilium Medicum*, 11(1), 105–110. [in Russian].
- [3] Vlasova, E. E., Komlev, A. E., Vasil'ev, V. P., Shiryayev, A. A., Lepilin, M. G., & Akchurin, R. S. (2009). Uskorennyaya gospih'naya reabilitatsiya posle koronarnogo shuntirovaniya s iskusstvennym krovoobrashcheniem [The accelerated rehabilitation after coronary bypass surgery with artificial circulation]. *Kardiologicheskij vestnik*, 1, 33–39. [in Russian].
- [4] Oganova, R. G., & Belenkova, Yu. N. (Eds.) (2010). *Kardiologiya. Nacional'noe rukovodstvo [Cardiology. National leadership]*. Moscow. [in Russian].
- [5] Bashi, N., Karunanithi, M., Fatehi, F., Ding, H. & Walters, D. (2017). Remote Monitoring of Patients With Heart Failure: An Overview of Systematic Reviews. *J Med Internet Res*, 19(1), 18. doi: 10.2196/jmir.6571.
- [6] Suaya, J. A., Stason, W. B., Ades, P. A., Normand, S. L., & Shepard, D. S. (2009). Cardiac Rehabilitation and Survival in Older Coronary Patients. *J Am Coll Cardiol*, 54, 25–33. doi: 10.1016/j.jacc.2009.01.078.
- [7] Aaron, K. J., Colantonio, L. D., Deng, L., Judd, S. E., Locher, J. L., Safford, M. M., et al. (2017). Cardiovascular Health and Healthcare Utilization and Expenditures Among Medicare Beneficiaries: The REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. *J Am Heart Assoc*, 6(2), 005106. doi: 10.1161/JAHA.116.005106.
- [8] Grandey, A. A., & Melloy, R. C. (2017). The State of the Heart: Emotional Labor and Emotion Regulation Reviewed and Revised. *J Occup Health Psychol*, doi: 10.1037/ocp0000067.
- [9] Kryukov, N. N., Nikolaevskij, E. N., & Polyakov, V. P. (2010). *Ishemicheskaya bolezn' serdca (sovremennye aspekty kliniki, diagnostiki, lecheniya, profilaktiki, medicinskoj reabilitacii, e'kspertizy) [Coronary heart disease (modern aspects of clinic, diagnostic, treatment, prevention, medical rehabilitation, examination)]*. Samara: Sodruzhestvo. [in Russian].
- [10] Maslov, L. N. (2010). Novyye podkhody k profilaktike i terapii ishemicheskikh i reperfuzionnykh povrezhdenij serdca pri ostrom infarkte miokarda [New approaches to prophylaxis and therapy of ischemic and reperfusion damages of the heart at acute myocardial infarction]. *Sibirskij medicinskij zhurnal*, 25(2–1), 17–24. [in Russian].
- [11] Cao, X. Y., Tian, L., Chen, L., & Jiang, X. L. (2017). Effect of a hospital-community partnership transitional program in patients with coronary heart disease in Chengdu, China: A randomized controlled trial. *Jpn J NursSci.* doi: 10.1111/jjns.12160.
- [12] Talwar, K. K., & Gupta, A. (2016). Predictors of mortality in chronic rheumatic heart disease. *Indian J Med Res*, 144(3), 311–313. doi: 10.4103/0971-5916.198672.
- [13] Kiladze, Ye. S. (2010). *Ishemicheskaya bolezn' serdca. Zhizn' prodolzhayetsya [Cardiac ischemia. Life goes on]*. Moscow: EKSMO. [in Russian].
- [14] McKibben, R. A., Al Rifai, M., Mathews, L. M., & Michos, E. D. (2016). Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Women. *Curr Cardiovasc Risk Rep*, 10, 1. doi: 10.1007/s12170-015-0480-3.
- [15] Parkhomenko, A. N. (2011). Ezhegodnaya nauchnaya sessiya Amerikanskogo kolledzha kardiologov [Annual Scientific Session of the American College of Cardiology]. *Medicine Review*, 2(15), 6–9.

Відомості про автора:

Данильченко Л. І., канд. мед. наук, доцент каф. соціальної медицини, медичного права та менеджменту, Одеський національний медичний університет, лікар-ревматолог, лікар-терапевт вищої категорії, організатор охорони здоров'я, головний лікар КУ «Міська клінічна лікарня № 9 імені професора О. І. Мінакова», м. Одеса, Україна.

Сведения об авторе:

Данильченко Л. И., канд. мед. наук, доцент каф. социальной медицины, медицинского права и менеджмента, Одесский национальный медицинский университет, врач-ревматолог, врач-терапевт высшей категории, организатор здравоохранения, главный врач КУ «Городская клиническая больница № 9 имени профессора А. И. Минакова», г. Одесса, Украина.

Information about author:

Danilchenko L. I., Ph.D., Associate Professor, The Department of Social Medicine, Management and Medical Law, Odesa National Medical University, rheumatologist, therapist of high category, Organizer of Health Care, Chief of Public institution “City Clinical Hospital No.9 named after professor A. I. Minakov”, Odesa, Ukraine.

E-mail: liliyadanilchenko@i.ua

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of Interest: author has no conflict of interest to declare.

Надійшло до редакції / Received: 07.02.2017

Після доопрацювання / Revised: 01.03.2017

Прийнято до друку / Accepted: 12.04.2017