

Економічна доступність первинної медичної допомоги		
Доступна	40	20,0±2,0
Скоріше доступна ніж недоступна	74	37,0±2,4
Скоріше недоступна ніж доступна	47	23,5±2,1
Недоступна	39	19,5±2,0
Якість первинної медичної допомоги		
Якісна	47	23,5±2,1
Скоріше якісна ніж неякісна	89	44,5±2,5
Скоріше неякісна ніж якісна	39	19,5±2,0
Не якісна	25	12,5±1,7

Аналіз отриманих даних вказує на те, що 85,0±1,8% опитаних оцінили медичну допомогу у сімейних лікарів доступною територіально та 57,0±2,5% доступною економічно. В цілому позитивно оцінили якість первинної медичної допомоги 68,8±2,4% респондентів. Негативним є те, що 15,0±1,8% респондентів вважають первинну медичну допомогу недоступною територіально та малодоступною, а економічно 19,5±2,0% оцінили її недоступною та 23,5±2,1% – малодоступною. При цьому 32,0±2,3% респондентів вказали на низьку якість первинної медико-санітарної допомоги.

**Висновки.** Результати проведеного соціологічного дослідження вказали на недостатній рівень доступності та якості первинної медичної допомоги для жителів Сумської області, які хворі на хвороби крові та кровотворних органів, що вимагає в умовах реформування галузі охорони здоров'я прийняття відповідних управлінських рішень та проведення організаційних заходів в системі охорони здоров'я регіону.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201633

Прокопів М.М., Слабкий Г.О.

## Концептуальні підходи до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на первинному рівні в умовах мегаполісу

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Мета** – розробити концептуальні підходи до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на первинному рівні.

**Матеріали та методи.** При проведенні дослідження використано чинні законодавчі акти України з питань організації діяльності первинної медико-санітарної допомоги населенню та міжнародні рекомендації з організації медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та церебральних інсультах, результати особистих попередніх досліджень. При виконанні роботи використано методи контент-аналізу та структурно-логічного аналізу. Дослідження проводилося на базі системи охорони здоров'я м. Києва.

**Результати.** В м. Києві на цереброваскулярні хвороби страждає 147136 осіб дорослого населення, що становить 627,78 на 10 тис. відповідного населення, а вперше захворіло 15995 осіб, що становить 6878 на 10 тис. дорослого населення міста. Із них під диспансерним

наглядом знаходиться 36,17%. На цереброваскулярні хвороби з гіпертонією страждає 84576 осіб дорослого населення, що становить 360,86 на 10 тис. відповідного населення, а вперше захворіло 10194 осіб, що становить 43,49 на 10 тис. дорослого населення міста. Із них під диспансерним наглядом знаходиться 340,8%. В 2018 році на транзиторні церебральні ішемічні напади та спорідненні синдроми захворіло 629 жителів міста, що склало 2,68 на 10 тис. дорослого населення. Всі дані жителі міста під диспансерним наглядом не знаходяться і складають групу високого ризику розвитку церебральних інсультів. На всі форми церебральних інсультів захворіло 3376 осіб або 14,39 осіб на 10 тис. дорослого населення. Із них під диспансерним наглядом лікарів знаходиться 76,25%. При цьому медична допомога населенню з вказаною патологією до проведення реформи надавалася лікарями-неврологами поліклінік. В умовах реформування системи надання медичної допомоги, коли сімейний лікар визначає медичний маршрут пацієнта, здійснює динамічний нагляд за здоров'ям прикріпленого населення і без його

направлення, крім ургентних випадків, пацієнт безоплатно не зможе отримати спеціалізовану медичну допомогу центральним елементом системи стає лікар загальної практики-сімейний лікар.

З метою забезпечення ефективної медичної допомоги населенню з цереброваскулярними необхідно підвищити рівень теоретичних і практичних компетенцій сімейних лікарів з надання даного виду медичної допомоги та забезпечити інформаційними та методичними матеріалами, засобами медичного призначення. Також необхідно визначити обсяги медичної допомоги. До них має бути віднесено: визначення осіб з факторами ризику розвитку цереброваскулярних хвороб та церебральних інсультів, розробка для них рекомендацій із способу життя

та лікувальних заходів, формування у них прихильності до виконання лікарських рекомендацій та інформування про тактику дій при загрозливих життю станах та тактиці дій при них.

**Висновки.** Залучення до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби спеціалістів первинної медико-санітарної допомоги буде сприяти підвищенню рівня профілактичної роботи в тому числі формуванню у населення мегаполісу більш відповідального ставлення до особистого здоров'я, зниженню рівня цереброваскулярних інсультів та своєчасного звернення при їх розвитку за медичною допомогою.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201634

Кошеля І.І., Слабкий Г.О., Качала Т.В.

## Задачі первинної медико-санітарної допомоги з профілактики інфарктів міокарда

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Мета** – удосконалити організаційні підходи на первинному рівні надання медичної допомоги з профілактики інфарктів міокарда.

**Матеріали та методи.** При проведенні дослідження використано чинні законодавчі акти України з питань організації діяльності первинної медико-санітарної допомоги населенню та міжнародні рекомендації з організації медичної допомоги при ішемічній хворобі серця. При виконанні роботи використано методи контент-аналізу та структурно-логічного аналізу.

**Результати.** В Закарпатській області на ішемічну хворобу серця хворіє 242602 осіб дорослого населення, що становить 25191,8 на 100 тис. відповідного населення. На гіпертонічну хворобу страждає 303126 осіб дорослого населення, що становить 31476,6 на 100 тис. відповідного населення. Захворюваність на ішемічну хворобу серця склала 1769,2 на 100 тис. дорослого населення, а захворюваність на гіпертонічну хворобу склала 2167,2 на 100 тис. дорослого населення. Із загальної кількості хворих на ішемічну хворобу серця під диспансерним наглядом знаходиться 86,4%, а хворих на гіпертонічну хворобу – 88,2%.

В 2018 році на гострий інфаркт міокарда захворіло 1052 осіб або 109,2 осіб на 10 тис. дорослого населення, а на трансмуральний інфаркт міокарду захворіло 750 осіб, що склало 77,9 на 10 тис. дорослого населення з тенденцією показника за останні п'ять років до збільшення. Рівень диспансеризації осіб, які перенесли гострий інфаркт

міокарда склав 16,6%, а трансмуральний інфаркт міокарда 16,0%.

В умовах впровадження системи державних гарантій медичної допомоги основний тягар з первинної профілактичної роботи, надання первинної медичної допомоги, проведення після стаціонарної реабілітаційної допомоги та диспансеризації (моніторингу стану здоров'я та вторинної профілактики) лягає на сімейних лікарів. Сімейні лікарі визначають медичний маршрут пацієнта та при необхідності скеровують для отримання спеціалізованої медичної допомоги.

В цих умовах, від ефективної комплексної медичної допомоги яку надає сімейний лікар хворим на хвороби системи кровообігу залежить рівень захворюваності на гострий інфаркт міокарда та його медико-демографічні наслідки.

Задачами первинної медико-санітарної допомоги з профілактики інфарктів міокарда являється наступне: введення реєстру хворих на хвороби системи кровообігу з визначенням груп ризику розвитку гострого інфаркту міокарда. Для кожної особи з групи ризику мають розроблятися індивідуальні плани профілактики розвитку гострого інфаркту міокарда з проведенням мотиваційних консультацій при можливості із залученням психологів. Всі особи, які перенесли гострий інфаркт міокарда відносяться до групи ризику розвитку повторного інфаркту міокарда і підлягаю даній реабілітаційній програмі. Крім того, всі вказані особи повинні отримати пам'ятку з тактики дій при загрозливих життю станах з вказаними номерами телефонів для термінового звернення.