

рівнинна, передгірська та гірська. В плані організації медичної допомоги населенню особливе значення має забезпечення населення передгірської та гірської зони в зв'язку із складнощами доступності до закладів спеціалізованої медичної допомоги, особливо в весняний, зимовий та зимовий періоди. Так, в гірській географічній зоні в розрізі населених пунктів відстань від районного центру до найбільш віддаленого села коливається від

29 км в Міжгірському районі до 51 км в Воловецькому районі. Із загальної кількості доріг (134,0 км) 35 (26,12%) є умовно проїзними в весняний, зимовий та осінній період.

Нами було досліджено та проаналізовано забезпечення населення передгірської та гірської зон Закарпаття закладами первинної медичної допомоги (таблиця).

Таблиця. Мережа закладів первинної медико-санітарної допомоги Закарпатської області, 2019 рік

Адміністративні території, географічні зони	Центри ПМСД	Заклади ПМСД			
		АЗПСМ всього	АЗПСМ сільські	АЗПСМ міські	ФАПи
Передгірська зона					
Іршавський район	1	30	29	1	13
Перечинський район	2	9	8	1	13
Свалявський район	2	14	13	1	11
Тячівський район	3	36	30	6	23
Хустський район	1	27	25	2	16
Гірська зона					
Великобerezнянський район	1	9	8	1	24
Воловецький район	1	6	4	2	23
Міжгірський район	1	17	16	1	20
Рахівський район	1	25	12	4	8

Станом на 2019 рік в передгірській та гірській географічних зонах Закарпатської області сформована мережа закладів ПМСД, яка юридично відокремлена від закладів спеціалізованої допомоги і залежить від кількості населення і типу його розселення.

Висновки. В області сформована достатня мережа закладів первинної медико-санітарної допомоги передгірської та гірської зон медичні працівники якої, при наявності транспорту, в змозі забезпечити населення медичною допомогою першого рівня.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201637

Щербінська О.С., Слабкий Г.О.

Основні напрямки інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень первинної медико-санітарної допомоги

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – визначити основні напрямки інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали чинні законодавчі акти України з питань організації акушерсько-гінекологічної допомоги і первинної медико-санітарної допомоги населенню та результати попередніх особистих досліджень. При виконанні роботи використано методи контент-аналізу та системного підходу.

Результати. Детальне вивчення ситуації щодо інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень первинної медико-санітарної допомоги показало наступне:

1) неготовність сімейних лікарів до надання акушерсько-гінекологічної допомоги в повному обсязі. Готовими проводити скринінг на виявлення візуальних форм онкозахворювань 25,73%, проводити діагностику та визначати тактику при гінекологічних захворюваннях 19,82%, проводити діагностику та визначати тактику при фізіологічній вагітності 24,89 %, проводити діагностику та визначати тактику при ускладненій вагітності 17,05%,

надання медичної допомоги в післяпологовому періоді 21,88%, проводити діагностику та визначати тактику при інфекціях, що передаються статевим шляхом 21,65% сімейних лікарів;

2) невідповідність матеріально-технічної бази сімейних лікарських амбулаторій до надання сімейними лікарями акушерсько-гінекологічної допомоги в повному обсязі: таблиць оснащення сімейних амбулаторій не включає необхідне оснащення та виробу медичного призначення;

3) неготовність жінок до отримування повного обсягу акушерсько-гінекологічної допомоги у сімейних лікарів: 35,3% жінок не довіряють сімейним лікарям та визначають рівень їх професійних компетенцій низьким;

4) зацікавленість лікарів акушерів-гінекологів у наданні повного обсягу медичної допомоги жінкам.

З метою рішення даної проблеми та забезпечення інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам на первинний рівень надання медичної допомоги запропоновано комплекс заходів на державному та регіональному рівнях, які полягають в наступному:

- На державному рівні. Удосконалити нормативну базу з питань інтеграції акушерсько-гінекологічної

допомоги на первинний рівень в тому числі розширити програми підготовки сімейних лікарів з питань акушерства та гінекології на до дипломному та післядипломному рівнях підготовки, розширити таблиць оснащення сімейних амбулаторій включивши оснащення та виробу медичного призначення необхідні для надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

- На регіональному рівні. Необхідно забезпечити безперервну професійну підготовку сімейних лікарів з питань акушерства та гінекології на базі обласних тренінгових центрів з питань сімейної медицини, забезпечити сімейні амбулаторії необхідним оснащенням та засобами медичного призначення, впровадити місцеві економічні стимули для залучення сімейних лікарів до забезпечення жінок повним комплексом акушерсько-гінекологічної допомоги.

Висновки. Запровадження рекомендованих заходів буде забезпечувати більш ефективній інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам на первинний рівень надання медичної допомоги та підвищення рівня її доступності.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201467

Іваньо Н.В., Росул М.М., Кошмякова Т.В., Корабельщикова М.О.

Сучасні тенденції лікування хворих інфарктом міокарда та динаміка смертності від даної патології в м. Ужгород

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород, Україна

На сьогоднішній день стан здоров'я населення України характеризується низьким рівнем тривалості життя, високими показниками захворюваності та смертності. Вагомий внесок у ці процеси вносить ішемічна хвороба серця (ІХС) як складова частина серцево-судинних захворювань і яка є на другому місці після артеріальної гіпертензії за поширеністю. Саме ІХС є тим плацдармом, на якому розвиваються важкі серцево – судинні ускладнення, зокрема інфаркт міокарда (ІМ). Поширеність ІМ, починаючи з 2015 та по 2017 рр. в Україні коливалась, але залишалась на високому рівні (з 2018 р дані про поширеність хвороб і захворюваність відсутні у зв'язку із скасуванням Форми №20 згідно наказу МОЗ України). Разом з тим спостерігається позитивна тенденція до зменшення смертності від ІМ.

Мета – проаналізувати запровадження коронаро-вентрикулографії (КВГ) та перкутанних коронарних втручань (ангіопластики/стентування інфаркт-залежної коронарної артерії) у хворих ІМ в м. Ужгороді за 2015, 2019 рр. та динаміку смертності від даної патології.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих, які перенесли нефатальний ІМ у 2015 році та 71 хворий – в 2019 році, яким в ургентному порядку проводилась КВГ та за показами стентування коронарних артерій (КА) або рекомендувалось хірургічне лікування – шунтування. Вивчено структуру смертності хворих ІМ за 2015 та 2019 роки.

Результати. В 2015 році перенесли нефатальний ІМ 154 хворих. Всього було проведено КВГ 60 хворим, що склало 39,0% від всіх виживших хворих. В ургентному порядку було проведено КВГ 54 хворим (35,1%), в плановому порядку – 6 хворим (3,9%). В 2019 році перенесли нефатальний ІМ значно менша кількість хворих – 134 осіб. Разом з тим значно більшої кількості хворих було проведено КВГ – 71 хворим (53,0%). Одночасно відбулося збільшення кількості хворих, яким КВГ проводилось як в ургентному (63 хворих або 47,0%) так і в плановому (8 хворих або 6,0%) порядку.

За результатами отриманих після КВГ даних в 2015 році проведено стентувань КА 57 хворим (37,0%). Стентування КА в більшості випадків проводилось