

Рекомендується враховувати факт і тривалість перебування військовослужбовців на територіях з високим рівнем впливу негативних факторів середовища для формування груп ризику по нозологічним формам захворювань.

Ключові слова: нозологія, проліковані учасники, навколишнє середовище.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЛЕЧЕННЫХ УЧАСТНИКОВ ОПЕРАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ СИЛ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КРЕМЕНЧУГСКОГО РАЙОНА ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Гавловский А. Д.

Резюме. Проанализированы результаты пролеченных участников операции объединенных сил в 2016 году 341 человек, в 2017 – 499 человек и в 2018 году 629 человек. Абсолютный прирост составил 288 пациентов, темп прироста – 84,5%.

Доказано, что за указанный период наиболее часто встречающаяся патология, установлена как основной диагноз у пациентов – это поражение нервных корешков и сплетений – 42%, дорсалгия – 17%, последствия инфаркта мозга – 14,6%. Пожалуй, негативные факторы окружающей среды для обследованной группы пациентов есть и детерминирующими, и модифицирующими, так как среди пациентов есть больные как с дебютом заболевания, так и с хроническими формами заболеваний, которые протекают длительное время.

Рекомендуется учитывать факт и продолжительность пребывания военнослужащих на территориях с высоким уровнем влияния негативных факторов среды для формирования групп риска по нозологическим формам заболеваний.

Ключевые слова: нозологія, пролеченные участники, окружающая среда.

ANALYSIS OF THE TREATED PARTICIPANTS OF THE OPERATION OF THE COMBINED FORCES AMONG THE POPULATION OF THE KREMENCHUG DISTRICT OF THE POLTAVA REGION

Gavlovsky O. D.

Abstract. Population health is one of the most informative indicators that reflect the quality of the habitat. One can call the set of already known external factors that shape the health of the population, but this issue requires further study. An increase in the prevalence of any disease can be considered as an indicator of the adverse effects of the environment in which the person is located. In this study, they are participants in the operation of the combined forces.

Diseases associated with the influence of adverse factors are considered as unfavorable environmental conditions for participants in the operation of the combined forces. Environmental factors, which act as the main cause of the disease, are regarded as determinants; if the environmental factors change the clinical picture, the severity and course of the disease, without being their main cause, they are modifying. Given the many causes of chronic diseases, it is very difficult to differentiate specific etiological factors in the development of the disease.

Analyzed the results of the treated participants of the operation of the combined forces in 2016, 341 people, in 2017 – 499 people and in 2018 629 people. The absolute increase was 288 patients, the growth rate was 84.5%. It has been proven that during this period the most common pathology, established as the main diagnosis in patients, is a lesion of the nerve roots and plexuses – 42%, dorsiagia – 17%, the effects of cerebral infarction – 14.6%. Perhaps, the negative environmental factors for the examined group of patients are determinative and modifying, as there are patients among patients with both the debut of the disease and chronic forms of diseases that take a long time. It is recommended to take into account the fact and duration of the stay of service men in territories with a high level of influence of negative environmental factors for the formation of risk groups for nosological forms of diseases.

Key words: nosology, treated participants, environment.

Рецензент – проф. Катрушов О. В.

Стаття надійшла 08.06.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-2-2-151-223-227

УДК 616.12-08(477.53)

Оксак Г. А.

ОРГАНІЗАЦІЯ КАРДІОІНТЕРВЕНЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

yaryna.ua@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Наукова робота є фрагментом НДР «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації підходів до управління та організації різних видів медичної допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування галузі охорони здоров'я» (№ держ. реєстрації 0115U002852.) Української медичної стоматологічної академії.

Вступ. У наш час надзвичайно актуальним є питання хвороби серця. Найчастіше інфаркт міокарда виникає у хворих, що вже мають діагностовану іше-

мічну хворобу серця. У світі вже протягом багатьох років вона займає лідируючу позицію – щороку забирає мільйони життів.

При лікуванні пацієнтів, у яких виявлено інфаркт міокарда, дуже важливе значення має час. Для збереження життєздатності міокарда і найшвидшого відновлення його функцій необхідно мінімізувати всі фактори затримки початку адекватної реперфузійної терапії, починаючи з догоспітального етапу і закінчуючи катетеризаційною лабораторією.

Служба швидкої медичної допомоги (ШМД) повинна бути чітко злагоджена в роботі та завжди на готовності. Через недостатню кількість спеціально обладнаних автомобілів, великою проблемою є перевезення хворих в критичному стані з віддалених регіонів в обласні центри. Велика частина перевезень хворих і постраждалих, здійснюється силами бригад ШМД [1].

Якщо врахувати, що служба ШМД більшості областей України має переважаюче число самостійно виїжджаючих фельдшерських бригад і не має також необхідної кількості автомобілів типу С, проблема своєчасної екстреної медичної допомоги (ЕМД) на другому і третьому рівнях охорони здоров'я залишається актуальною, що вимагає невідкладного рішення з урахуванням існуючої економічної ситуації. Тому для реалізації завдань своєчасного і якісного надання ЕМД при невідкладних і критичних станах виникла необхідність проведення ряду організаційних заходів в службі ШМД.

Мета дослідження: визначити організацію кардіоінтервенційного втручання в Полтавській області.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єкт дослідження – система організації регіональної медичної допомоги вторинного рівня. Інформаційну базу дослідження склали літературні наукові джерела 7-річної давнини; статистичні дані європейської бази «Здоров'я для всіх» Україна; дані галузевої статистичної звітності.

Результати досліджень та їх обговорення. З метою оптимізації лікування хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС) в 2012 р. в області розроблено та впроваджено локальний протокол надання ЕМД хворим з ГКС з підйомом сегмента ST із застосуванням фармако-інвазивної стратегії реперфузії. У протоколі визначена єдина лікувальна тактика і логістика руху хворого, починаючи з етапу швидкої допомоги, стаціонарами II рівня (міська лікарня, центральна районна лікарня) і закінчуючи катетеризаційною лабораторією обласної клінічної лікарні (ОКЛ), залежно від місця виявлення пацієнта з ГКС з підйомом сегмента ST і часу доставки його в реперфузійний центр.

Надання екстреної медичної допомоги на території Полтавської області забезпечує Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради.

Центр забезпечував надання екстреної медичної допомоги населенню області 1 млн 405,99 тис. осіб, у т.ч. 867,2 тис. міського населення та 538,8 тис. осіб сільського населення. Структуру Центру склали 4 станції екстреної медичної допомоги (м. Полтава, м. Кременчук, м. Лубни, м. Миргород), у складі яких функціонують 24 підстанції та 22 пункти постійного і тимчасового базування бригад.

Кадрове забезпечення: укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 69% (у 2017 р. – 70%); зайняті посади – 75%.

Кваліфікація працівників: питома вага медичних працівників, що мають кваліфікаційну категорію складає 77% (у 2017 р. – 75%). За 2018 рік пройшли курси підвищення кваліфікації 67 лікарів, 214 молодших спеціалістів з медичною освітою.

Бригади ЕМД дооснащено новим медичним обладнанням за рахунок коштів Світового Банку в

рамках проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (субпроект «Запровадження інноваційної моделі системи надання послуг хворим на гіпертонію у Полтавській області»): отримано та використовуються 100 од. електрокардіографів з функцією дистанційної передачі ЕКГ SE-301 на загальну суму 2,2 млн.грн. У липні 2018 року від МОЗ України отримано 2 сучасні санітарні автомобілі JAC на загальну суму 4,2 млн. грн.

За підсумками роботи служби екстреної медичної допомоги області за 2018 рік бригадами Комунальної установи «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» виконано понад 314 тис. викликів екстреної медичної допомоги, що на 10,4% менше минулорічного показника (понад 350 тис. викликів). Це вдалося за рахунок зменшення кількості непрофільних викликів внаслідок значної просвітницької роботи у засобах масової інформації щодо роботи служби ЕМД. Із загального числа зросла частка викликів в сільську місцевість – 26,7% проти 26,3% у 2017 році. Відповідно кількість звернень за екстреношвидкою медичною допомогою у 2018 році зменшилась на 10,3%.

Кількість осіб, яким надана медична допомога під час виїзду, у 2018 році становить понад 300 тис. осіб. Кількість осіб, яким надана допомога при амбулаторних зверненнях у 2018 році склала понад 26 тис. осіб.

Збільшилась кількість осіб, яким надана допомога в області фельдшерськими бригадами у 2018 році – 62,2% (186974) осіб проти 60,5% (2014583) осіб у 2017 році.

Госпіталізація: у 2018 році збільшилась частка осіб, доставлених бригадами екстреної медичної допомоги для госпіталізації – 26,8% (84339 осіб) від загальної кількості виїздів проти 25,3% (88900 осіб) у 2017 році. З них у 2018 році за формою 114/о (супровідний листок) доставлено 94,9% (80 020) осіб, що менше показника 2017 року 96,1% (85 401) осіб. За направленням лікувально-профілактичного закладу у 2018 році доставлено 5,1% (4319) осіб, що більше показника 2017 року – 3,9% (3499) осіб.

Кількість виїздів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на випадки, що закінчилися летально у 2018 році – 3063, що становить 1% від загальної кількості виїздів та на рівні 2017 року – 1% від загальної кількості виїздів (3291 виїздів).

Показники своєчасності прибуття бригад до пацієнта майже не змінились: по місту до 10-ти хвилин з моменту звернення у 2018 році – 97% від загальної кількості виїздів проти 96,8% у 2017 році. У сільській місцевості до 20-ти хвилин з моменту звернення у 2018 році – 96,8% від загальної кількості виїздів проти 96,4% у 2017 році.

Виконано 1085 консультативних виїздів до лікувальних закладів області (1079 у 2017 році) та евакуйовано 376 пацієнти до закладів третього та четвертого рівнів надання медичної допомоги. В навчально-тренувальному відділі проведено підготовку 162 медичних та 3304 немедичних працівників (з урахуванням Кременчуцького, Лубенського та Миргородського округів).

На виконання наказу МОЗ України від 14.09.2018 № 1688 «Про державне замовлення на підготовку та підвищення кваліфікації осіб з надання домедич-

ної допомоги у 2018 році» на базі КУ «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» підготовлено 200 працівників національної поліції.

Ведуться електронні реєстри по зверненню до ЛПЗ Полтавської області за медичною допомогою переселенців та учасників АТО. Всього з початку дії АТО зареєстровано понад 15 тис. звернень переселенців та 758 звернень учасників АТО. Також ведуться реєстри по надзвичайним подіям, які сталися на території області та кількості навчених волонтерів навичкам домедичної допомоги.

Функціонує, створена у відповідності до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та національного проекту «Вчасна допомога», оперативно-диспетчерська служба Центру. В 2018 році завершено поетапне підключення 10-ти підстанцій найбільшого округу Центру до послуги маршрутизації викликів на скорочений номер «103» за сучасним протоколом SIP-trunk. В цих районах забезпечено впровадження дистанційного робочого місця керівника виїзної бригади ЕМД з роботою на планшетах з мобільним додатком (форма 109/о).

У 2018 році здійснювалась розбудова сучасного телемедичного центру для екстреного консультування в режимі on-line за новими напрямками: ультразвукова та ендоскопічна діагностика, рентгенологія, консультування під час оперативних втручань, лабораторна діагностика, ін. [2]. Проведені заходи по впровадженню роботи портативного УЗД апарата на бригадах ЕМД для екстреної діагностики на догоспітальному етапі.

На початку року введені в експлуатацію 777 кв. м. приміщень добудови і надбудови адміністративної будівлі Центру, виконані за кошти обласного бюджету, при цьому забезпечено розширення комп'ютерної мережі, підключення нових автоматизованих робочих місць, заміна та встановлення нової комп'ютерної техніки в нових кабінетах. Це дозволило створити належні умови для роботи працівників оптимізувати умови функціонування служб забезпечення, створити сучасний навчально-тренінговий клас та конференц-зал для безперервного вдосконалення кваліфікації виїзного персоналу [3].

Відповідно до пунктів 5.3 та 5.4 Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженої Указом Президента України від 27 квітня 2011 року №504, статті 14 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», пунктів 4,6 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України від 13 квітня 2011 року № 467, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313 та з метою забезпечення єдиних, сучасних, науково обґрунтованих підходів до розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини та на виконання наказу МОЗ України від 03.03.2016 № 164 «Про затвердження та впровадження медико-

технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента ST».

Був виданий наказ головним лікарям обласних лікувальних установ, головним лікарям центральних районних лікарень, головним лікарям центрів первинної медико-санітарної допомоги розташованих у міській та сільській місцевості забезпечити впровадження в підпорядкованих лікувальних закладах медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі без елевації сегменту ST шляхом розробки «Локальних протоколів» та «Клінічних маршрутів пацієнта» для надання екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на основі «Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при гострому коронарному синдромі без підйому сегменту ST», затвердженому наказом МОЗ України наказу від 03.03.2016 № 164 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента ST», які затвердити в Департаменті охорони здоров'я облдержадміністрації до 15.05.2016 року.

Станом на 01.01.2017 року відбулися зміни в підходах до надання ургентної кардіологічної допомоги населенню Полтавської області, особливо при гострому коронарному синдромі. Ці зміни пов'язані з запровадженням в практичну діяльність лікувальних установ, що надають екстрену, первинну та вторинну і високоспеціалізовану (третинну) медичну допомогу медико-технологічних документів з даного питання: «Уніфікованого протоколу надання медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з підйомом сегменту ST» [4].

На всі переліковані медико-технологічні документи були видані відповідні накази Департаменту охорони здоров'я, які потребують внесення змін для забезпечення взаємодії у діяльності лікувально-профілактичних закладів області при наданні ургентної допомоги при гострому коронарному синдромі, стабільній ішемічній хворобі серця, дистанційному консультуванні.

На базі Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського з 01.01.2016 року в цілодобовому режимі працює катетеризаційна лабораторія у складі відділення інтервенційної радіології з ліжковим фондом на 15 ліжок. Налагоджено проведення коронарографічних обстежень та перкутанних втручань (стентування) на коронарних артеріях з однозмінним режимом роботи у Полтавському обласному клінічному кардіологічному диспансері.

Чітка взаємодія на догоспітальному та госпітальному етапах лікування при гострих коронарних синдромах має бути спрямована на проведення ревазуляризації міокарда методом ПКВ (первинного коронарного втручання) у перші 24 години з моменту захворювання при ГКС з елевацією сегменту ST та не пізніше 72 годин при ГКС без елевації сегменту ST [5].

За умови доставки пацієнта з ГКС до катетеризаційної лабораторії за 90-120 хвилин (радіус 100 км

зони) перевагу слід надавати проведенню ПКВ без догоспітального тромболізісу. Така тактика ґрунтується на доведених у джерелах доказової медицини даних з «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST».

Пріоритетність проведення первинного перкутанного втручання при ГКС визначається також економічною доцільністю. Вартість непокритого стенту для відкриття інфарктзалежної артерії майже втричі менша вартості тромболітика для догоспітального використання (металізе).

Беззаперечним доказом ефективності інтервенційного підходу до реваскуляризації міокарда при ГКС є показник госпітальної летальності. Якщо при консервативному веденні цих пацієнтів на протязі останніх 5 років з застосуванням догоспітального та госпітального тромболізісу летальність складала 14-15%, то за 2016 рік у пацієнтів з ГИМ, пролікованих з застосуванням ЧКВ у відділенні інтервенційної радіології ПОКЛ показник летальності 5,5% (ургентні стентування проведені 268 пацієнтам з імплантацією 378 непокритих стентів). Але ургентні стентування проведено лише 28 хворим без елевації сегменту ST (імплантовано 35 стентів). Водночас, згідно даних міжнародних реєстрів в яких брали участь Центри з України, свідчать, що ГКС без елевації сегмента ST спостерігають частіше, ніж з елевацією сегмента ST, а щорічна кількість випадків захворювання становить приблизно 3 випадки на 1000 населення. Госпітальна летальність пацієнтів з ІМ з елевацією сегмента ST вища, ніж у пацієнтів без елевації ST (7% проти 3-5% відповідно), однак через 6 місяців вірогідність

смерті від серцево-судинних причин вирівнюються в обох категоріях пацієнтів і становить відповідно 12% і 13%. При тривалому спостереженні виявилось, що через 4 роки смертність у пацієнтів з ГКС без елевації сегмента ST була удвічі вищою, ніж у пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST. Таку різницю можна пояснити неприйнятно низьким рівнем уваги лікарів-кардіологів до цієї категорії пацієнтів, вимагає реалізації вимог сучасного клінічного протоколу надання медичної допомоги пацієнтам з ГКС без елевації сегмента ST вкрай актуальним і корисним для лікарів закладів охорони здоров'я всіх рівнів та на догоспітальному етапі при наданні екстреної медичної допомоги. Протокол визначає чіткий порядок стратифікації пацієнтів залежно від симптомів захворювання, лабораторних тестів і електрокардіографічних ознак ішемії міокарда, розділяє всіх пацієнтів на чотири основні групи з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST, що визначає їх подальше лікування і прогноз в закладах первинної медичної допомоги, екстреної медичної допомоги та спеціалізованих структурних підрозділах.

Висновки. Таким чином на організацію кардіоінтервенційного втручання в Полтавській області впливає робота першого рівня надання медичної допомоги та вчасне звернення і приїзд екстреної медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень. Визначити організацію телемедичних консультацій при гострому інфаркті міокарда.

Література

1. Tyts SN, Hukov AN, Parkhomchuk DP, Pertsova YN. Rehyonal'naya sistema orhanyzatsyy u okazannya ékstreynoy medytsynskoy pomoshchy bol'nym s ostrym koronarnym syndromom v Luhanskoj oblasti. Ukrayins'kyy kardiologichnyy zhurnal. 2014;6:78-82. [in Russian].
2. Kayrbekova SZ. Razvitye strategiy ynterventsyonnoho lechenyya ostroho koronarneho syndroma v Kazakhstane. Klynycheskaya medytsyna Kazakhstana. 2011;3,4(22,23):7-8. [in Russian].
3. Oksak HA, Holovanova IA. Poshyrenist' faktoriv ryzyku vynyknennya hostroho infarktu miokarda u naselennya Poltav's'koy oblasti. Ukrayina zdorov'ya natsiyi. 2018;3(50):132-3. [in Ukrainian].
4. Oksak HA. Reyestr patsiyentiv na hostryy infarkt miokarda yak pokaznyk yakosti medychnoyi dopomohy v Poltav's'kiy oblasti. Ukrayina zdorov'ya natsiyi. 2018;3/1(51):48-9. [in Ukrainian].
5. Ustinov OV. Alhorytm diyi likarya pry nadanni medychnoyi dopomohy khvorym na hostryy koronarnyy syndrom z elevatsiyeyu sehmenta ST. Ukrayins'kyy medychnyy chasopys. 2015:30-2. [in Ukrainian].

ОРГАНІЗАЦІЯ КАРДІОІНТЕРВЕНЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Оксак Г. А.

Резюме. При лікуванні пацієнтів, у яких виявлено інфаркт міокарда, дуже важливе значення має час. Служба швидкої медичної допомоги повинна бути чітко злагоджена в роботі та завжди на готовності. У статті проаналізовано своєчасність та якість надання екстреної медичної допомоги на другому і третьому рівнях охорони здоров'я. Для збереження життєздатності міокарда і найшвидшого відновлення його функцій необхідно мінімізувати всі фактори затримки початку адекватної реперфузійної терапії, починаючи з догоспітального етапу і закінчуючи катеризаційною лабораторією.

Якщо врахувати, що служба швидкої медичної допомоги більшості областей України має переважаче число самостійно виїжджаючих фельдшерських бригад і не має також необхідної кількості автомобілів типу С, проблема своєчасної екстреної медичної допомоги на другому і третьому рівнях охорони здоров'я залишається актуальною, що вимагає невідкладного рішення з урахуванням існуючої економічної ситуації.

Ключові слова: кардіоінтервенційне втручання, інфаркт міокарда, екстрена медична допомога, гострий коронарний синдром.

ОРГАНИЗАЦИЯ КАРДИОИНТЕРВЕНЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Оксак Г. А.

Резюме. При лечении пациентов, у которых обнаружены инфаркт миокарда, очень важное значение имеет время. Служба скорой медицинской помощи должна быть четко слаженная в работе и всегда готовность. В статье проанализированы своевременность и качество оказания экстренной медицинской помощи

на втором и третьем уровнях здравоохранения. Для сохранения жизнеспособности миокарда и скорейшего восстановления его функций необходимо минимизировать все факторы задержки начала адекватной реперфузионной терапии, начиная с догоспитального этапа и заканчивая катетеризационной лабораторией.

Если учесть, что служба скорой медицинской помощи большинства областей Украины имеет преобладающее число самостоятельно выезжающих фельдшерских бригад и не имеет также необходимого количества автомобилей типа С, проблема своевременной экстренной медицинской помощи на втором и третьем уровнях здравоохранения остается актуальной, требующей неотложного решения с учетом существующей экономической ситуации.

Ключевые слова: кардиоинтервенционное вмешательство, инфаркт миокарда, экстренная медицинская помощь, острый коронарный синдром.

ORGANIZATION OF CARDIO-INTERVENTIONAL IMPLEMENTATION IN THE POLTAVA REGION

Oksak G. A.

Abstract. In our time, the issue of heart disease is extremely important. Most often, myocardial infarction occurs in patients already diagnosed with ischemic heart disease. In the world for many years, it occupies a leading position – it takes millions of lives annually.

When treating patients who have a myocardial infarction, time is very important. To preserve the viability of the myocardium and to quickly restore its functions, it is necessary to minimize all factors of the delay of the beginning of adequate reperfusion therapy, from the pre-hospital phase to the catheterization laboratory.

The ambulance service should be clearly arranged in the work and always on the alert. Due to the lack of specially equipped vehicles, the transportation of patients in critical condition from remote regions to oblast centers is a big problem. Most of the transportation of sick and injured, carried out by the teams of ambulance.

Given that the ambulance service in most regions of Ukraine has a predominant number of self-visiting paramedic brigades and does not have the required number of C-type vehicles, the issue of timely emergency medical care at the second and third-level health care remains relevant, requiring an urgent decision taking into account the existing economic situation. Therefore, in order to fulfill the tasks of timely and qualitative provision of emergency medical care in urgent and critical conditions, there was a need for a number of organizational measures in the ambulance service.

In order to optimize the treatment of patients with acute coronary syndrome in 2012, a local protocol for the provision of emergency medical care to patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation with the use of a pharmaco invasive reperfusion strategy was developed and implemented. The protocol defines the unique therapeutic tactics and logistics of the patient's movement, starting with the ambulance stage, hospital II level (city hospital, central district hospital) and ending with the catheterization laboratory of the regional clinical hospital, depending on the location of the patient with acute coronary syndrome with the rise of the segment ST and time of delivery it to the reperfusion center.

Key words: cardio-interventional, myocardial infarction, emergency medical aid, acute coronary syndrome.

Рецензент – проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 04.06.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-2-2-151-227-231

УДК 351.72:347.73

Яремчук О. В.

ПРОБЛЕМИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини ім. А. Крупинського (м. Львів)

210500@ukr.net

Вступ. Проблема фінансування завжди стояла в точці зору провідних науковців, особливо, коли це стосується сфери охорони здоров'я. Забезпечення її необхідним рівнем фінансових ресурсів для ефективного функціонування завжди було і на сьогодні залишається актуальним питанням. Останнім часом найпоширенішим питанням проведення реформ в досліджуваній галузі стала проблема нестачі фінансового забезпечення. Відповідно розробляється низка законопроектів, починаючи від створення додаткових бюджетних фондів і до проведення медичного страхування. Однак, досконалої моделі вирішення даної проблеми на сьогодні так і не розроблено. Тому особливості фінансового забезпечення реформування національної системи охорони здоров'я потребують детального дослідження.

Дослідженням проблеми фінансового забезпечення реформування національної системи охорони здоров'я займалися провідні вітчизняні та іноземні науковці, зокрема: Ю.Б. Іванов, Ю.В. Бережна, Д.О. Гомон, Ю.І. Чорнокнижна, Т.М. Котенко, В.Ф. Москаленко, І.В. Комарова, Т.М. Камінська та ін. Зважаючи на чималу кількість праць, присвячених даній проблематиці, все ж, вона потребує більш детального дослідження саме на сучасному етапі.

У статті досліджено основні проблеми фінансового забезпечення реформування національної системи охорони здоров'я, визначено роль фінансових ресурсів та їх рівень для повноцінного функціонування даної галузі. Проведено детальний аналіз фінансових витрати з бюджету на систему охорони здоров'я в Україні протягом 2012–2018 рр. Визначено осно-