

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

МОСТЕПАН ТЕТЯНА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 614.2:362.121:616.45-001.1/.3:159]-082-039.57

ДИСЕРТАЦІЯ

**Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-
організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною
ішемічною хворобою серця**

222 «Медицина»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Т. В. Мостепан

Наукові керівники:

Горачук Вікторія Валентинівна,
доктор медичних наук, професор;
Долженко Марина Миколаївна,
доктор медичних наук, професор

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Мостепан Т. В. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Соціальна медицина»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2023.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наукова робота відбувалась відповідно до визначеної мети – здійснити медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця та впровадити окремі елементи моделі в практику діяльності закладів охорони здоров'я – на основі спеціальної програми, структурованої за послідовними етапами, згідно з поставленими завданнями, яка віддзеркалювала обрану автором методологію дослідження на загальних принципах наукового пізнання – системного підходу та діалектики, та методи, визначені паспортом спеціальності «Соціальна медицина» (системного підходу і аналізу, бібліосемантичний, контент-аналізу, порівняльного аналізу, узагальнення, синтезу, соціологічний, медико-статистичний, моделювання, організаційного експерименту, графічний, експертних оцінок).

Установлено, що в нозологічній структурі загальної захворюваності населення м. Київ третина (30,3%) приходилась на хвороби системи кровообігу, серед яких найбільша частка належала ішемічній хворобі серця (11,3%). Також третина випадків первинної інвалідності дорослого населення (33,3%) траплялася внаслідок хвороб системи кровообігу. Питома вага випадків лікування в стаціонарі за класом цих хвороб упродовж 2010-2019 років зростає з 18,4% до 20,3%. У структурі смертності населення столиці

перше місце займали хвороби системи кровообігу (64,3%), в т. ч. ішемічна хвороба серця (50,5%). Це підкреслювало медико-соціальне значення цих хвороб та необхідність широкого охоплення кардіореабілітацією пацієнтів з ішемічною хворобою серця, з огляду на рекомендації ВООЗ з реабілітації в охороні здоров'я, міжнародний досвід і вітчизняні галузеві нормативно-правові вимоги до інтеграції реабілітації в сферу охорони здоров'я.

Доведено, що планування заходів з упровадження реабілітації в закладах охорони здоров'я органом управління охороною здоров'я м. Київ носило фрагментарний характер і спрямовувалось переважно на підтримку осіб з інвалідністю. Не передбачалось запровадження комплексної реабілітації широкому колу осіб з кардіологічною патологією, зокрема, з ішемічною хворобою серця. Підтверджено відокремлення реабілітаційних технологій від лікувального процесу, обмежений доступ пацієнтів до відділень/кабінетів лікувальної фізкультури, відновного лікування, логопедичної та психологічної допомоги. Кардіореабілітацією охоплюються лише пацієнти з інфарктом міокарду. Не передбачені мультидисциплінарні втручання при наданні реабілітаційної допомоги, посадовими інструкціями не вимагається знання й використання лікарями-кардіологами Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, індивідуальних програм кардіореабілітації.

Виявлено, що протягом 2010-2019 років зменшилась укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів-кардіологів з 91,0% до 85,4%, лікарів-фізіотерапевтів – з 65,9% до 61,2%, лікарів з лікувальної фізкультури – з 63,7% до 56,8%, молодшого персоналу із медичною освітою – з 85,7% до 73,4%, мав місце низький рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами лікарів-дієтологів – 61,5%, лікарів-психологів – 83,1%, медичних сестер фізіотерапевтичних кабінетів – 77,7%, які могли бути задіяні до кардіореабілітації, в закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги. Міською цільовою програмою «Здоров'я киян» на 2017-2019 та 2020-2022 роки не передбачалося фінансової підтримки залучення,

додаткового навчання та матеріального заохочення спеціалістів і фахівців з реабілітації.

Установлено, що структуру випадків госпіталізованої захворюваності на ішемічну хворобу серця (ІХС) в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) складали: стенокардія (34,7%), зокрема, стабільна стенокардія напруження (29,2%), нестабільна стенокардія (4,9%), прогресуюча стенокардія спокою (0,6%); кардіосклероз (65,3%), зокрема, дифузний (58,1%) та постінфарктний (7,2%). Частина випадків стабільної стенокардії напруження поєднувалась із постінфарктним (10,7%) та дифузним кардіосклерозом (13,6%). У 92,8% випадків ІХС супроводжувалась іншими хворобами.

Аналіз суб'єктивних скарг пацієнтів з ішемічною хворобою серця вказав на порушення функціонування, активності, наявність больового відчуття: біль за грудиною, в ділянці серця, грудній клітині (35,8% випадків), загальна слабкість (44,2% випадків), відчуття серцебиття, перебоїв в роботі серця (31,8% випадків), задуха, задишка (29,5% випадків), головокружіння, запаморочення (28,3% випадків), набряки кінцівок (7,5% випадків), зниження здатності до ходьби, фізичного навантаження (28,6% випадків), які сполучались між собою у різних варіантах. Цим підтверджено потребу в кардіореабілітації даного контингенту хворих в гострому та післягострому періоді для усунення порушень здоров'я та адекватного перебування у фізичному, соціальному та культурному оточенні.

Доведено, що в пацієнтів, які отримали стаціонарне лікування з приводу ІХС, реалізовані такі фактори ризику, як артеріальна гіпертензія (АГ), яка сполучалася з ІХС в 91,3% випадків госпіталізованої захворюваності, та надмірна вага: середнє значення Індексу маси тіла (ІМТ) по вибірці дорівнювало $30,4 \pm 6,3$ кг/см², зокрема, у чоловіків – $29,2 \pm 5,4$ кг/см², жінок – $31,1 \pm 6,7$ кг/см². На потенційні ризики за рахунок стійкого тяжіння до верхньої межі норми вказали: середні рівні глюкози в сироватці крові хворих $5,6 \pm 2,0$

ммоль/л, зокрема, в чоловіків – $5,5 \pm 1,6$ ммоль/л, у жінок – $5,7 \pm 2,2$ ммоль/л, та холестерину – відповідно $4,8 \pm 0,8$ ммоль/л, $4,7 \pm 0,7$ ммоль/л, $4,9 \pm 0,9$ ммоль/л.

Установлено, що найбільш поширеними складовими нераціональної харчової поведінки пацієнтів були надмірне споживання здоби та солодоців (67,9% опитаних), копченостей і жарених продуктів (54,3% особами), гострих приправ і солі більше 5 грамів на добу (53,1% респондентами), низький рівень споживання цільнозернових продуктів і риби (51,2% опитаних).

Виявлено, що рекомендаціям лікарів з дотримання дієти повністю слідують лише 22,6% опитаних, уникання активного та/або пасивного тютюнопаління – 22,2%, підтримки ваги – 19,7%, емоційної рівноваги – 17,7%, а частково слідували відповідно 68,5%, 46,3%, 57,1% та 66,0% опитаних. З'ясовано, що лише 41,4% респондентів регулярно вимірюють артеріальний тиск, а 44,8% - контролюють вагу тіла. Помірні фізичні навантаження практикували лише 2,8% - 31,7% пацієнтів, в залежності від виду активності. Усе це вказувало на низьку особисту відповідальність пацієнтів за власне здоров'я та недостатню лояльність до заходів вторинної профілактики.

На основі рекомендацій ВООЗ з реабілітації в охороні здоров'я, експертів Американської кардіологічної асоціації, міжнародного досвіду, вітчизняних галузевих нормативно-правових вимог та результатів власного дослідження здійснено медико-соціальне обґрунтування та розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше в Україні здійснено медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця, ключовим елементом якої є реабілітаційний центр у складі закладу спеціалізованої медичної допомоги, призначений для інтеграції кардіореабілітації хворих на ІХС у спеціалізовану медичну допомогу, на відміну від усталеної практики кардіореабілітації на санаторно-курортному етапі, шляхом: 1) запровадження її надання в гострому та

післягострому періоді хвороби; 2) організації діяльності мультидисциплінарних команд фахівців з кардіореабілітації як безпосередніх надавачів реабілітаційних заходів у стаціонарі/амбулаторному відділенні лікарні; 3) запровадження та використання індивідуальних програм кардіореабілітації; 4) підтримки та розвитку реабілітаційної інфраструктури закладу в межах внутрішнього (амбулаторне, стаціонарне відділення кардіореабілітації) та відкритого (зовнішнього) простору (зони для фізичної та психічної реабілітації).

Суттєвою інноваційною складовою запропонованої моделі слід вважати відділ телекомунікаційної реабілітації та дистанційного навчання як функціонально-структурного підрозділу реабілітаційного центру, основними завданнями якого визначені: консультативний супровід пацієнтів з ІХС фахівцями з реабілітації та координація взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги на етапі довготривалої кардіореабілітації; проведення освітньо-виховної роботи серед пацієнтів та їхніх сімей із використанням дистанційних технологій після виписки зі стаціонару; підтримка рівня компетентностей лікарів закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги з питань кардіореабілітації.

Доведено, що основними перевагами моделі є: 1) профілактична спрямованість, яка полягає в посиленні законодавства з боротьби з тютюном, алкоголем, цукровмісними продуктами, заохочення населення до фізичної культури і спорту, проведенні популяційних регіональних і місцевих освітніх кампаній з профілактики факторів ризику ХСК, зокрема, ІХС; 2) мультидисциплінарний підхід до надання кардіореабілітаційної допомоги; 3) спрямованість на надання доступної та безперервної кардіореабілітаційної допомоги шляхом забезпечення послідовної взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги; 4) підготовка та перепідготовка фахівців з реабілітації, адаптація міжнародних клінічних рекомендацій, розробка та впровадження уніфікованих клінічних протоколів та типових програм кардіореабілітації; 5) додаткове фінансування

кардіореабілітації за рахунок власних надходжень об'єднаних територіальних громад; б) доповнення наукових даних про внесок ХСК, зокрема, ІХС, та факторів ризику серцево-судинної патології у формування здоров'я населення України.

Удосконалено підходи до розробки та впровадження індивідуальних програм кардіореабілітації лікарями та фахівцями з реабілітації – учасниками мультидисциплінарної команди з урахуванням типових порушень здоров'я та поведінки пацієнтів зі стабільною ІХС.

Набули подальшого розвитку методичні підходи до використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в медико-соціальних дослідженнях.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію медичної допомоги, зокрема, реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ІХС шляхом запровадження кардіореабілітації в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати стали підставою для розробки: удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ІХС та її складової – моделі реабілітаційного центру в структурі закладу спеціалізованої медичної допомоги; набору критеріїв оцінки результатів кардіореабілітації; підходів до використання мобільних технологій на етапі довготривалої кардіореабілітації.

Упровадження результатів дослідження здійснено шляхом: *на галузевому рівні* – підготовки, видання та поширення методичних рекомендацій з результатами дослідження; розробки навчального плану та програми циклу тематичного удосконалення лікарів «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»; впровадження окремих елементів моделі в діяльність двох науково-дослідних закладів та профільних кафедр двох національних закладів вищої медичної освіти; *на регіональному та місцевому*

рівні – шляхом впровадження окремих елементів моделі в діяльність п'яти закладів охорони здоров'я м. Київ та закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківськ та м. Запоріжжя (2 од.), що засвідчено 11 актами впровадження.

Ключові слова: хвороби системи кровообігу, ішемічна хвороба серця, реабілітаційна допомога, пацієнт, мультидисциплінарна команда, індивідуальна програма кардіореабілітації, телекомунікаційна реабілітація, фактори ризику, модель.

ANNOTATION

Mostepan T. V. Medical and social substantiation of the improved functional and organizational model of rehabilitation care for patients with stable ischemic heart disease. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 "Health Care" in the specialty 222 "Medicine" (scientific specialty "Social Medicine"). - Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, 2023.

MAIN RESULTS OF THE RESEARCH

Scientific work was carried out in accordance with the defined goal – to carry out a medical and social substantiation of the functional and organizational model of rehabilitation care for patients with stable coronary heart disease and to introduce individual elements of the model into the practice of health care institutions –on the basis of a special program structured according to successive stages, in accordance with the assigned tasks, which reflected the research methodology chosen by the author based on the general principles of scientific knowledge - a systemic approach and dialectics - and the methods specified in the passport of the specialty "Social Medicine" (system approach and analysis, bibliosemantic, content analysis, comparative analysis, generalization, synthesis, sociological, medical-statistical, modeling, organizational experiment, graphic, expert assessments).

It was established that in the nosological structure of the general morbidity of Kyiv residents, more than a third (30.3%) were diseases of the circulatory system, among which the largest share belonged to coronary heart disease (11.3%). The third part of the cases of primary disability of the adult population (33.3%) occurred as a result of diseases of the circulatory system.

The specific weight of cases treated in a hospital by class of these diseases during 2010-2019 increased from 18.4% to 20.3%. In the mortality structure of the capital's population, diseases of the circulatory system (64.3%), including coronary heart disease (50.5%) took first place. This emphasized the medical and social importance of these diseases and the need for wide coverage of cardiorehabilitation of patients with coronary heart disease, taking into account WHO recommendations on rehabilitation in health care, international experience and domestic sectoral regulatory and legal requirements for the integration of rehabilitation into the field of health care .

It has been proven that the planning of measures to implement rehabilitation in health care institutions by the health care management body of Kyiv city was of a fragmented nature and was mainly aimed at supporting people with disabilities. The introduction of complex rehabilitation to a wide range of people with cardiac pathology, in particular, with coronary heart disease, was not foreseen. The separation of rehabilitation technologies from the treatment process, limited access of patients to the departments/offices of remedial physical education, restorative treatment, speech therapy and psychological assistance has been confirmed. Cardiorehabilitation covers only patients with myocardial infarction. Multidisciplinary interventions in the provision of rehabilitation care are not provided for, job instructions do not require cardiologists to know and use the International Classification of Functioning, Disability and Health, individual cardiorehabilitation programs.

It was revealed that during 2010-2019, the staffing of full-time positions by physical persons of cardiologists decreased from 91.0% to 85.4%, physiotherapists - from 65.9% to 61.2%, physical therapy doctors - from 63.7% to 56.8%, junior

personnel with medical education - from 85.7% to 73.4%, there was a low level of staffing of full-time positions by natural persons of nutritionists - 61.5%, psychologists - 83, 1%, nurses of physiotherapy offices - 77.7% in health care institutions of specialized medical care. The city's target program "Health of Kyivans" for 2017-2019 and 2020-2022 did not provide for financial support for the involvement, additional training and material incentives of specialists and rehabilitation specialists.

It was established that the structure of hospitalized cases of coronary heart disease (CHD) in the KNP "Kyiv City Clinical Hospital No. 4" healthcare department of the executive body of the Kyiv City Council consisted of: angina pectoris (34.7%), in particular, stable angina pectoris (29.2%), unstable angina (4.9%), progressive angina at rest (0.6%); cardiosclerosis (65.3%), in particular, diffuse (58.1%) and postinfarction (7.2%). Part of the cases of stable angina pectoris was combined with post-infarction (10.7%) and diffuse cardiosclerosis (13.6%). CHD was accompanied by other diseases in 92.8% of cases.

The analysis of subjective complaints of patients with ischemic heart disease indicated a violation of functioning, activity, the presence of pain: pain behind the sternum, in the area of the heart, chest cell (35.8% of cases), general weakness (44.2% of cases), feeling palpitations, heart failure (31.8% of cases), suffocation, shortness of breath (29.5% of cases), dizziness, vertigo (28.3% of cases), swelling of limbs (7.5% of cases), decreased ability to walk, physical exertion (28.6% of cases). This confirms the need for cardiorehabilitation of this contingent of patients in the acute and post-acute period to eliminate health disorders and adequate stay in the physical, social and cultural environment.

It has been proven that in patients who received inpatient treatment for coronary artery disease, such risk factors as arterial hypertension, which was associated with coronary artery disease in 91.3% of hospitalized cases, and overweight: the average value of BMI for the sample was $30,4 \pm 6,3$ kg/cm², in particular, in men - $29,2 \pm 5,4$ kg/cm², in women - $31,1 \pm 6,7$ kg/cm². The potential risks due to persistent attraction to the upper limit of the norm were indicated: the

average level of glucose in the blood serum of patients in general in the sample was 5.6 ± 2.0 mmol/l, in particular, in men - 5.5 ± 1.6 mmol/l, in women – 5.7 ± 2.2 mmol/l, and cholesterol – 4.8 ± 0.8 mmol/l, 4.7 ± 0.7 mmol/l, 4.9 ± 0.9 mmol/l, respectively.

It was established that the most common components of irrational eating behavior of patients were excessive consumption of bread and sweets (67.9% of respondents), smoked and fried products (54.3% of people), hot spices and salt more than 5 grams per day (53.1% respondents), low consumption of whole grain products and fish (51.2% of respondents).

It was found that only 22.6% of respondents fully followed the recommendations of doctors on diet, avoidance of active and/or passive smoking - 22.2%, weight maintenance - 19.7%, emotional balance - 17.7%, and partially followed, respectively 68.5%, 46.3%, 57.1% and 66.0% of respondents. It was found that only 41.4% of respondents regularly measure blood pressure, and 44.8% monitor body weight. Moderate physical activity was practiced by only 2.8% - 31.7% of patients, depending on the type of activity. All this indicated low personal responsibility of patients for their own health and insufficient loyalty to secondary prevention measures.

On the basis of the recommendations of WHO on rehabilitation in health care, experts of the American Cardiology Association, international experience, domestic industry regulatory requirements and the results of our own research, medical and social substantiation and development of an improved functional and organizational model of rehabilitation care for patients with stable coronary heart disease was carried out .

The scientific novelty of the research lies in the fact that for the first time in Ukraine, medical and social substantiation of an improved functional and organizational model of rehabilitation care for patients with stable coronary heart disease was carried out, the key element of which is a rehabilitation center as part of a specialized medical care facility, designed for the integration of cardiorehabilitation of patients with coronary artery disease in specialized medical care, in contrast to the established practice of cardiorehabilitation at the sanatorium-

resort stage, by: 1) introducing its provision in the acute and post-acute period of the disease; 2) organization of activities of multidisciplinary teams of cardiac rehabilitation specialists as direct providers of rehabilitation measures; 3) introduction and use of individual cardiorehabilitation programs; 4) support and development of the rehabilitation infrastructure within the internal (outpatient, inpatient cardiac rehabilitation department) and open (external) space (zones for physical and mental rehabilitation) of the institution.

A significant innovative component of the proposed model should be considered the department of telecommunication rehabilitation and distance learning as a functional and structural subdivision of the rehabilitation center, the main tasks of which are defined as: consultative support of patients with coronary artery disease by rehabilitation specialists and coordination of interaction between primary and specialized health care institutions at the stage of long-term care cardiorehabilitation; conducting educational work among patients and their families using remote technologies after discharge from the hospital; maintaining the level of competence of doctors of primary and specialized medical care institutions in matters of cardiorehabilitation.

It has been proven that the main advantages of the model are: 1) preventive orientation, which consists in strengthening legislation on the fight against tobacco, alcohol, and sugar-containing products, encouraging the population to physical culture and sports, conducting wide population regional and local educational campaigns on the prevention of risk factors of system diseases blood circulation, in particular, coronary heart disease; 2) a multidisciplinary approach to the provision of cardiorehabilitation care; 3) focus on providing affordable and continuous cardiorehabilitation care by ensuring consistent interaction of primary and specialized health care facilities; 4) training and retraining of rehabilitation specialists, adaptation of international clinical recommendations, development and implementation of unified clinical protocols and standard programs for cardiorehabilitation; 5) additional financing of cardiorehabilitation at the expense of own revenues of united territorial communities; 6) addition of scientific data on the

contribution of diseases of the circulatory system, in particular, coronary heart disease and risk factors of cardiovascular pathology in the formation of the health of the population of Ukraine.

The approaches to the development and implementation of individual cardiac rehabilitation programs, taking into account the typical health and behavior disorders of patients with stable coronary heart disease by doctors and rehabilitation specialists - members of a multidisciplinary team, *have been improved*.

Methodical approaches to the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in medical and social research *have gained further development*.

The theoretical significance of the obtained results is a significant addition to the theory of social medicine in terms of teaching about the organization of medical care, in particular, rehabilitation care for patients with stable coronary heart disease through the introduction of cardiorehabilitation in the acute and post-acute period of the disease.

The practical significance of the work is that its results became the basis for the development of: an improved functional and organizational model of rehabilitation care for patients with stable ischemic heart disease and its component - a model of a rehabilitation center in the structure of a specialized medical care facility; a set of criteria for evaluating cardiorehabilitation results; approaches to the use of mobile technologies at the stage of long-term cardiorehabilitation.

The implementation of the research results was carried out by: at the branch level - preparation, publication and distribution of methodological recommendations with the research results; development of the curriculum and program of the cycle of thematic improvement of doctors "Patient safety as a component of the quality of medical care" in the specialty "Organization and management of health care"; implementation of individual elements of the model in the activities of two research institutions and specialized departments of two national institutions of higher medical education; at the regional and local level - by introducing individual elements of the model into the activities of five health care institutions in Kyiv and

health care institutions in Ivano-Frankivsk and Zaporizhzhia (2 units), which is certified by 11 acts of implementation.

Key words: circulatory system diseases, ischemic heart disease, rehabilitation care, patient, multidisciplinary team, individual cardiorehabilitation program, telecommunication rehabilitation, risk factors, model.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Законодавче регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 1 (63). С. 81-87. DOI: 10.24144/2077-6594.1.1.2021.227160.

2. Мостепан Т. В., Шекера О. Г., Горачук В. В., Долженко М. М. Хвороби системи кровообігу як перманентна проблема. *Здоров'я суспільства*. Том 10, № 2, 2021. С. 68-85. DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.2.2021.238583>.

3. Tatiana V. Mostepan, Victoria V. Horachuk. Rehabilitation Care: Opportunities for Integration Into Clinical Practice. *Acta Balneol*, ТОМ LXIV, Nr 4(170);2022:353-357. DOI: 10.36740/ABAL202204114.

4. Мостепан Т. В., Горачук В. В. Поширеність факторів ризику у пацієнтів з ішемічною хворобою серця. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*, 6 (152) – XI/XII 2022. С. 1-3. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.152.236222.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія

закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика. Вінниця: ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.

2. Mostepan T. V., Horachuk V. V. State of resource provision of healthcare institutions of Kyiv as a basis for the introduction of cardiological rehabilitation. DOI: 10.5281/zenodo.6815177. Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 4.0», м. Київ, 30 травня 2022 року. С. 44.

3. Мостепан Т. В. Безпека пацієнтів з потребами в кардіореабілітації. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, м. Київ, 17 вересня 2021 року. М. Київ, 2021. С. 61-62.

4. В. В. Горачук, Т. В. Мостепан. Організація реабілітації в умовах закладу вторинної медичної допомоги. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Правові, організаційні та економічні засади програм реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності». М. Київ, 10 листопада 2022 року. С. 13-15.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:

1. Мостепан Т. Горачук В., Долженко М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с. № 300.

ЗМІСТ

Назва розділу/підрозділу	Стор
АНОТАЦІЯ	2
ЗМІСТ	16
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	19
ВСТУП	21
Розділ 1. ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ЯК ОДИН ІЗ НАПРЯМІВ ЇЇ ВИРІШЕННЯ (ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ)	31
1.1. Медико-соціальне та економічне значення хвороб системи кровообігу	31
1.2. Реабілітація як невід'ємна складова послуг охорони здоров'я. Внесок кардіореабілітації у відновлення здоров'я населення	44
1.3. Нормативно-правове регулювання організації кардіологічної допомоги в Україні та реабілітації як її складової	59
Висновки до розділу 1	71
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	76
Висновки до розділу 2	88
РОЗДІЛ 3. ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ м. КИЇВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ЇЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	90
3.1. Характеристика стану здоров'я населення м. Київ як фактору формування потреб у реабілітації	90
3.2. Аналіз системи реабілітації в сфері охорони здоров'я м. Київ	100

3.3. Стан організації кардіореабілітації в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)	114
Висновки до розділу 3	121
РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ЗА ДАНИМИ ВЛАСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)	124
4.1. Виявлення особливостей порушень функціонування та реалізації факторів ризику у хворих на ішемічну хворобу серця з використанням МКХ-10 та МКФ	125
4.2. Поширеність факторів ризику ішемічної хвороби серця (за даними медичних карт стаціонарних хворих)	140
4.3. Поширеність факторів ризику ішемічної хвороби серця та обізнаності пацієнтів щодо програм кардіореабілітації (за даними соціологічного дослідження)	144
Висновки до розділу 4	158
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ	161
5.1. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця	161
5.2. Розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця	169
5.3. Упровадження окремих елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги	

пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця на галузевому, регіональному рівнях та в практику діяльності закладів охорони здоров'я. Експертна оцінка ефективності моделі	181
Висновки до розділу 5	188
ВИСНОВКИ.....	191
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	196
ДОДАТКИ	223

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АГ – артеріальна гіпертензія
- АТ – артеріальний тиск
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ГО – Громадська організація
- ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу
- ГХ – гіпертонічна хвороба
- ДОЗ – департамент охорони здоров'я
- ІМТ – індекс маси тіла
- ІХС – ішемічна хвороба серця
- КДЦ – клініко-діагностичний центр
- КМДА – Київська міська державна адміністрація
- КМКЛ – Київська міська клінічна лікарня
- КНП – Комунальне некомерційне підприємство
- Лікар ЗП-СЛ – лікар загальної практики – сімейний лікар
- МКФ – Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я
- МКХ-10 – Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям
- МНІАЦМС – Міський науково-інформаційний аналітичний центр медичної статистики
- МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України
- НАМН України – Національна Академія медичних наук України
- НЦД – нейроциркуляторна дистонія
- ОТГ – Об'єднана територіальна громада
- Центр ПМСД – Центр первинної медико-санітарної допомоги
- УКПМД – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
- ФК – функціональний клас
- ХСК – хвороби системи кровообігу

ХСН – хронічна серцева недостатність

ХХН – хронічна хвороба нирок

ЦД – цукровий діабет

ВСТУП

Актуальність теми. За висновками експертів ВООЗ (2017), серйозним проявом нових викликів для громадського здоров'я в світі є епідемія хронічних неінфекційних захворювань, провідне місце з яких займають хвороби системи кровообігу (ХСК). За оцінками експертів, у 2016 році від ХСК померло 17,9 мільйона людей. Понад 75,0% випадків смерті від ХСК трапляються в країнах з низьким та середнім рівнем доходу. Постійне зростання смертності населення від ХСК свідчить про недостатню ефективність проведених профілактичних і реабілітаційних заходів (Є. Х. Заремба, 2012; І. М. Горбась, 2013; А. В. Коваленко, 2014, 2015, 2016).

Ішемічна хвороба серця (ІХС) в структурі ХСК є однією з найпоширеніших патологій, зокрема, в Україні. Показники поширеності ІХС серед дорослого та працездатного населення за останні 15 років зросли в 3,3 рази, показники захворюваності і смертності залишаються високими, при цьому внесок ІХС в структуру смертності від ХСК складає 71,1%. ІХС стабільно посідає перші місця в структурі причин первинної інвалідності дорослого населення (19,5%) (В. А. Гандзюк, 2014; В. А. Піщиков і співавт., 2014; В. М. Корнацький, Д. Мороз, 2016). Якість життя, поєднаного із цією хворобою, достовірно знижується (Н. І. Винник, 2013; І. П. Кудря, Т. І. Шевченко, 2014; І. І. Вакалюк, 2016; О. А. Єпанчинцева і співавт., 2016).

За останні десятиріччя досягнуті суттєві результати в дослідженні патогенезу, клінічних проявів та лікування ІХС. Завдяки цьому тривалість життя хворих на ІХС поступово зростає. Останні дослідження показали, що фізична активність у вільний час призводить до зниження серцево-судинних подій приблизно на 20,0% і зростання очікуваної тривалості життя приблизно на п'ять років (Winzer EB, Woitek F, Linke A. 2018).

За визначенням ВООЗ, реабілітація кардіологічних хворих – це «комплекс заходів, що забезпечують найкраще фізичний і психічний стан, що

дозволяє хворим з хронічними або перенесеними гострими серцево-судинними захворюваннями, завдяки власним зусиллям, зберегти або відновити своє місце в суспільстві (соціальний статус) і вести активний спосіб життя» (Доповідь Комітету експертів ВООЗ, 1995). Послуги реабілітації надають велику користь людям, які страждають, зокрема, від серцево-судинних захворювань (Інформаційний бюлетень ВООЗ, 2017).

Стратегічною метою реабілітації кардіологічних хворих є попередження виникнення повторних судинних подій, поліпшення функціональної спроможності, надання можливості повернутись до виконання корисної ролі в суспільстві, яка задовольняє особистість. При адекватній системі реабілітації до трудової діяльності повертаються до 82,0% пацієнтів (Taylor R.S., Brown A., Ebrahim S. et al., 2014). Серцева реабілітація, як вважають дослідники, покращує фізичну здатність, прихильність до вторинної профілактичної терапії та підвищує виживання після черезшкірного коронарного втручання та аортокоронарного шунтування (Nanette K Wenger, MD Robert S Rosenson, MD Lynne T Braun, 2017). У сучасних умовах реабілітація кардіологічних хворих розглядається як важливий елемент допомоги, яка має бути доступною усім без винятку хворим з ураженням серця.

Разом з тим, задоволення потреб в реабілітації населення світу, зокрема, України, недостатнє, використання реабілітаційних заходів залишається низьким, у т. ч. хворими на ХСК.

В Україні проведено значну кількість наукових досліджень, за результатами яких запропоновано медико-реабілітаційні заходи у вигляді окремих методик та/або комплексних програм реабілітації хворих на ІХС (М. Балаж, 2012; А. Х. Мохаммед, 2013; Р. Б. Чаплінський, А. В. Чаплінська, 2014; В. О. Зюзін і співавт., 2015; О. В. Колоденко, 2017). Функціонує мережа закладів, де хворі з ІХС можуть отримати відновне лікування.

Водночас мережа зазначених закладів не охоплює усі регіони України, оскільки нараховує лише 14 лікарень відновного лікування та 15 кардіологічних диспансерів. Функціонування відділень реабілітації

кардіологічних хворих на нормативному рівні лише започатковано. Це означає низьку доступність для кардіологічних хворих, зокрема, зі стабільною ІХС, заходів з реабілітації, що обумовило актуальність даного дослідження.

Актуальність дослідження посилюється тим, що всі заходи державного регулювання реабілітації потребують розробки організаційних моделей їх практичного впровадження в сферу охорони здоров'я й адаптації в залежності від патологій, зокрема, серцево-судинної системи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконувалася згідно з планом наукових досліджень Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика та є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» (державний реєстраційний номер 01200U101680, термін виконання 2020-2024 рр.).

Мета дослідження: здійснити медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця та впровадити окремі елементи моделі в практику діяльності закладів охорони здоров'я.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень з медико-соціального й економічного значення хвороб системи кровообігу та внеску кардіореабілітації у відновлення здоров'я населення.
2. Визначити потреби населення м. Київ у кардіореабілітації та дослідити стан організації діяльності закладів охорони здоров'я системи підпорядкування Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) з її забезпечення.
3. Дослідити особливості порушень функціонування у повсякденному житті та поширеності факторів ризику у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця.

4. Обґрунтувати та розробити удосконалену функціонально-організаційну модель реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця.

5. Упровадити окремі елементи функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця в практику роботи закладів охорони здоров'я та надати оцінку її ефективності.

Об'єкт дослідження: організація реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця.

Предмет дослідження: поширеність хвороб системи кровообігу, зокрема, ІХС, в світі та Україні; потреби населення м. Київ у реабілітаційній допомозі, обумовлені, зокрема, ХСК та стабільною ІХС; госпіталізована захворюваність на стабільну ІХС за даними закладів спеціалізованої медичної допомоги м. Київ; нормативно-правове регулювання реабілітації хворих на ІХС в Україні та його використання в умовах системи охорони здоров'я територіальної громади; заклади охорони здоров'я/структурні підрозділи, що надають реабілітаційну допомогу хворим на ІХС, їх кадрове й матеріально-технічне забезпечення, внутрішні та зовнішні комунікації; реабілітаційні технології і програми реабілітації хворих із стабільною ІХС; організація кардіореабілітації пацієнтів із стабільною ІХС в закладі, обраному базою наукового дослідження; фактори ризику ІХС та їх реалізація серед контингенту госпіталізованих хворих; обізнаність і готовність пацієнтів брати участь у програмах кардіореабілітації.

База наукового дослідження: Комунальне неприбуткове підприємство «Київська міська клінічна лікарня № 4» (КНП «КМКЕЦ») Департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) виконавчого органу Київської міської ради (КМДА).

Період дослідження: 2019-2023 рр.

Методи дослідження:

- *системного підходу та аналізу* – з метою проведення комплексного дослідження визначених об'єкту та предметів у їх зовнішніх і внутрішніх

взаємозв'язках, виявлення проблем і обґрунтування напрямів їх вирішення при розробці удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця;

- *бібліосемантичний* – з метою теоретичного аналізу міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з впливу хвороб системи кровообігу, зокрема, ішемічної хвороби серця, і факторів ризику їх розвитку на стан здоров'я населення, та організації кардіореабілітації в сфері охорони здоров'я;

- *контент-аналізу* – з метою дослідження нормативно-правової бази України та локальних нормативних актів з організації діяльності закладів охорони здоров'я м. Київ з надання реабілітаційної допомоги, зокрема, хворим зі стабільною ішемічною хворобою серця;

- *соціологічний* – з метою отримання даних про поширеність факторів ризику ішемічної хвороби серця та обізнаність пацієнтів щодо програм кардіореабілітації;

- *медико-статистичний* – для збору, обробки та оцінки достовірності отриманої на етапах дослідження статистичної інформації;

- *порівняльного аналізу* – з метою дослідження реальної управлінської практики з організації реабілітації кардіологічних хворих, особливостей порушень функціонування у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця;

- *графічний* – для візуалізації текстової та цифрової інформації, отриманої на етапах дослідження;

- *моделювання* – для обґрунтування та розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця;

- *організаційного експерименту* – під час впровадження окремих елементів запропонованої моделі в практику роботи закладів охорони здоров'я;

- *експертних оцінок* – для отримання незалежної оцінки висококваліфікованих експертів удосконаленої функціонально-організаційної

моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше в Україні здійснено медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця, ключовим елементом якої є реабілітаційний центр у складі закладу спеціалізованої медичної допомоги, призначений для інтеграції кардіореабілітації хворих на ІХС у спеціалізовану медичну допомогу, на відміну від усталеної практики кардіореабілітації на санаторно-курортному етапі, шляхом:

- 1) запровадження її надання в гострому та післягострому періоді хвороби;
- 2) організації діяльності мультидисциплінарних команд фахівців з кардіореабілітації як безпосередніх надавачів реабілітаційних заходів;
- 3) запровадження та використання індивідуальних програм кардіореабілітації;
- 4) підтримки та розвитку реабілітаційної інфраструктури закладу в межах внутрішнього (амбулаторне, стаціонарне відділення кардіореабілітації) та відкритого (зовнішнього) простору (зони для фізичної та психічної реабілітації).

Суттєвою інноваційною складовою запропонованої моделі слід вважати відділ телекомунікаційної реабілітації та дистанційного навчання як функціонально-структурного підрозділу реабілітаційного центру, основними завданнями якого визначені:

- 1) консультативний супровід пацієнтів з ІХС фахівцями з реабілітації та координація взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги на етапі довготривалої кардіореабілітації;
- 2) проведення освітньо-виховної роботи серед пацієнтів та їх сімей з використанням дистанційних технологій після виписки зі стаціонару;

3) підтримка рівня компетентностей лікарів закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги з питань кардіореабілітації.

Доведено, що основними перевагами моделі є:

1) профілактична спрямованість, яка полягає в посиленні законодавства з боротьби з тютюном, алкоголем, цукровмісними продуктами, заохочення населення до фізичної культури і спорту, проведенні популяційних регіональних та місцевих освітніх кампаній з профілактики факторів ризику хвороб системи кровообігу, зокрема, ішемічної хвороби серця;

2) мультидисциплінарний підхід до надання кардіореабілітаційної допомоги;

3) спрямованість на надання доступної та безперервної кардіореабілітаційної допомоги шляхом забезпечення послідовної взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги;

4) підготовка та перепідготовка фахівців з реабілітації, адаптація міжнародних клінічних рекомендацій, розробка та впровадження уніфікованих клінічних протоколів та типових програм кардіореабілітації;

5) додаткове фінансування кардіореабілітації за рахунок власних надходжень об'єднаних територіальних громад;

б) доповнення наукових даних про внесок хвороб системи кровообігу, зокрема, ішемічної хвороби серця, та факторів ризику серцево-судинної патології у формування здоров'я населення України.

Удосконалено підходи до розробки та впровадження індивідуальних програм кардіореабілітації лікарями та фахівцями з реабілітації – учасниками мультидисциплінарної команди, з урахуванням типових порушень здоров'я та поведінки пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця.

Набули подальшого розвитку методичні підходи до використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в медико-соціальних дослідженнях.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію

медичної допомоги, зокрема, реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця шляхом запровадження кардіореабілітації в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати стали підставою для розробки: удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця та її складової – моделі реабілітаційного центру в структурі закладу спеціалізованої медичної допомоги; набору критеріїв оцінки результатів кардіореабілітації; підходів до використання мобільних технологій на етапі довготривалої кардіореабілітації.

Упровадження результатів дослідження здійснено шляхом:

- на галузевому рівні – підготовки, видання та поширення методичних рекомендацій: Мостепан Т. Горачук В., Долженко М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с. № 300;

- впровадження окремих елементів моделі в діяльність: двох науково-дослідних закладів – ДУ «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова; профільних кафедр двох національних закладів вищої медичної освіти – кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини Івано-Франківського національного медичного університету, кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика;

- розробки навчального плану та програми циклу тематичного удосконалення лікарів «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»;

- на регіональному та місцевому рівні – впровадження окремих елементів моделі в діяльність п'яти закладів охорони здоров'я м. Київ та закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківськ та м. Запоріжжя (2 од.),

що засвідчено 11 актами впровадження.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно: виконано патентний пошук та проведено теоретичний аналіз наукової медичної літератури за темою дослідження; розроблено програму дослідження та обрано методи дослідження відповідно до мети та поставлених завдань; розроблено анкети соціологічного опитування пацієнтів та експертної оцінки результатів проведеного дослідження; сформовано базу даних з первинних джерел, проведено їх упорядкування, статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів; особисто здійснено обґрунтування та розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця та впровадження окремих елементів моделі на галузевому, регіональному та місцевому рівні.

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office 2019 (Microsoft Word, Microsoft Excel), та ліцензованої програми STATISTICA 6.1, STATA/SE 12.0 для Windows.

Автором власноруч написані всі розділи дисертації, підготовлені таблиці і рисунки, сформульовані висновки і рекомендації. Внесок автора у публікації, написані у співавторстві, є визначальним і полягає в висуванні ідеї написання статті/тез, постановці завдань, збиранні даних, написанні основної частини, проведенні формального медико-статистичного аналізу даних, обговоренні результатів та підготовці висновків.

Апробація результатів дисертації. Результати наукового дослідження оприлюднені на:

- науково-практичній конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р.;
- науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 4.0», м. Київ, 30 травня 2022 року;

- науково-практичній конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, м. Київ, 17 вересня 2021 року;
- науково-практичній конференції з міжнародною участю «Правові, організаційні та економічні засади програм реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності». М. Київ, 10 листопада 2022 року.

Публікації. Результати дисертації опубліковані в 9-ти наукових працях автора (у т. ч. 1 – одноосібна), з них:

- 3 статті – в наукових фахових виданнях України;
- стаття у виданні, що входить до наукометричної бази Scopus;
- 4 тези в збірках матеріалів науково-практичних конференцій;
- методичні рекомендації.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 248 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 191 сторінка; містить 20 таблиць, 18 рисунків, 4 фото, 5 додатків. Текст складається із вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел. Бібліографія включає 212 джерел, із них: власних публікацій за темою дисертації – 9; інформаційних джерел за темою – 203 од., з яких 158 наукових праць зарубіжних і вітчизняних вчених, у т. ч. 116 англomовних; 45 нормативно-правових актів та збірників офіційних статистичних даних.

РОЗДІЛ 1

ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ЯК ОДИН ІЗ НАПРЯМІВ ЇЇ ВИРІШЕННЯ (ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ)

1.1. Медико-соціальне та економічне значення хвороб системи кровообігу

За висновками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [1-3], епідемія хронічних неінфекційних захворювань тривалий час залишається серйозним викликом для громадського здоров'я, що потребує загального охоплення медичним обслуговуванням й отримання всіма людьми необхідних їм медичних послуг високої якості, без фінансових труднощів.

Провідне місце серед неінфекційних захворювань займають хвороби системи кровообігу (ХСК). До ХСК належать: гіпертонія (високий кров'яний тиск); ішемічна хвороба серця (інфаркт); порушення мозкового кровообігу (інсульт); захворювання периферичних судин; серцева недостатність; ревматичні хвороби серця; вроджені аномалії серця; кардіоміопатії [4].

ХСК є основною причиною інвалідності та передчасної смерті в усьому світі. Загалом, щороку від ХСК вмирає 17,5 млн осіб, а прогнозні показники свідчать про зростання чисельності смертей до 23,3 млн випадків до 2030 року. Більше 75,0% випадків смертей від ХСК відбуваються в країнах із низьким та середнім рівнем доходу, до яких належить і Україна [5].

В Україні, за даними вітчизняних науковців [6], із 2006 по 2012 роки смертність населення від ХСК за стандартизованими показниками зменшилась на 11,4 %, але з 2012 р. знову поступово почала зростати, що збіглося в часі з економічною кризою та військовими подіями в країні.

За даними Державної служби статистики, Україна втратила в 2020 році 616 835 життів, з них 408 721 осіб, або 66,3%, померли від ХСК. У структурі причин смертності від ХСК ішемічна хвороба серця (ІХС) стала причиною смерті 284 997 осіб (69,7%), алкогольна кардіоміопатія – 3 597 осіб (0,9%), цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) – 78 140 осіб (19,1%) [7].

Високі рівні поширеності та постійне зростання смертності населення від ХСК, незважаючи на прогрес у знаннях і технологіях щодо менеджменту цих хвороб, свідчать про недостатню ефективність проведених профілактичних і реабілітаційних заходів.

Загалом у світі епідемічна ситуація щодо поширеності й смертності населення від ХСК тривалий час, за даними [8], залишається несприятливою: в 2017 році зареєстровано 485 620,9 тис. випадків захворювань на ці патології, з них 72 721,2 тис. випадків – уперше; кількість років, прожитих людством з інвалідністю, обумовленою ХСК, зросла за 2007-2017 роки на 4,5%, зокрема, за рахунок ревматичних хвороб серця – на 2,4%, інсульту – на 11,2%, гіпертонічної хвороби (ГХ) – на 1,9% (табл. 1.1). Найвищою чисельністю випадків, накопичених в популяції, серед ХСК відзначаються: ІХС (зареєстровано в світі всього 126 451,5 тис. випадків, вперше – 10 636,5 тис. випадків); хвороби периферичних судин (відповідно 118 123,6 тис. та 10 811,7 тис. випадків) та інсульту (відповідно 104 178,7 тис. та 11 931,0 тис. випадків).

Рівні захворюваності й поширеності ХСК характеризуються гетерогенністю та різняться в залежності від країни / регіону.

Аналіз даних [9] дозволив виявити певні закономірності змін та особливості рівнів цих показників у 2009-2019 роках в окремих найбільш розвинених країнах світу (США, Канаді, Великобританії, Швеції та країнах Західної, Центральної та Східної Європи).

Захворюваність на ХСК у всіх визначених країнах і регіонах зросла, як і в усьому світі, окрім Швеції (1,175.05 на 100 тис. нас. у 2009 р., 1,115.91 на 100 тис. нас. – у 2019 р.). Однак рівні захворюваності зберігалися значно нижчими

Таблиця 1.1

Поширеність, смертність та роки, прожиті населенням світу з інвалідністю внаслідок ХСК в 2017 році, з динамікою зміни років, прожитих з інвалідністю, унормованих за віком, за 1990–2007 та 2007–2017 роки

Хвороби	Пошире- ність (випадків, тис.)	Захворюва- ність (випадків, тис.)	Роки, прожиті з інвалід- ністю (тис.), 2017 рік	Динаміка зміни років, прожитих з інвалідністю, унормованих за віком, у %	
				1990– 2007	2007– 2017
ХСК, усього	485 620,9	72 721,2	35 697,3	-5,5	4,5
Ревматичні хвороби серця	39 345,4	1 311,3	1 901,0	7,3	2,4
ІХС	126 451,5	10 636,5	5 291, 9	-10,9	-5,2
Інфаркт міокарда внаслідок ІХС	566,4	10 636,5	52,7	-4,2	-14,6
Інсульт, усього	104 178,7	11 931,0	18 695,4	-4,7	11,2
Ішемічний інсульт	82 417,3	7 737,5	14 304,4	-4,1	18,1
Внутрішньо- церебральні крововиливи	17 914,9	3 128,6	2 946,9	6,8	-9,5
ГХ	17 067,7	-	1 408,0	6,0	1,9
Кардіоміопатії і міокардити	5 429,9	3 071,0	623,8	-12,6	-3,9
Хвороби периферичних судин	118 123,6	10 811,7	515,6	-8,5	-4,7

як у 2009 р., так і в 2019 р., у Великій Британії (відповідно 873.88 та 955.82 на 100 тис. нас.), Канаді (відповідно 1,009.61 та 1,119.48 на 100 тис. нас.), США (відповідно 1,028.31 та 1,126.16 на 100 тис. нас.), країнах Західної Європи (відповідно 1,044.89 та 1,107.38 на 100 тис. нас.) в порівнянні з країнами

Східної Європи (відповідно 1,545.19 та 1,630.80 на 100 тис. нас.). Проміжні значення займали рівні захворюваності на ХСК у країнах Центральної Європи (1,133.21 та 1,241.98 на 100 тис. нас.) (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Захворюваність населення на ХСК та окремі хвороби класу ХСК деяких регіонів і країн світу в 2009 та 2019 роках, на 100 тис. відповідного нас.

Країна/ регіон	Захворюваність за причинами, на 100 тис. відповідного нас., 2009/2019 роки			
	ХСК	ІХС	Інсульти	Міокардити та кардіоміо- патії
США	1,028.31/ 1,126.16	313.63/292.55	134.66/138.95	20.63/23.78
Канада	1,009.61/ 1,119.48	332.76/356.01	105.82/117.03	24.33/26.75
Країни Західної Європи	1,044.89/ 1,107.38	391.10/412.69	143.28/138.20	23.12/25.11
Країни Центральної Європи	1,133.21/ 1,241.98	427.58/470.18	262.09/269.38	19.35/21.54
Країни Східної Європи	1,545.19/ 1,630.80	818.29/845.03	304.04/300.01	20.79/21.93
Велика Британія	873.88/ 955.82	296.77/324.35	113.81/110.36	22.59/25.12
Швеція	1,175.05/ 1,115.91	393.01/376.46	166.63/153.79	26.99/28.51
Республіка Молдова	1,262.13/ 1,433.59	686.40/760.71	241.63/255.21	17.95/19.61
Україна	1,782.81/ 1,918.33	1,071.90/1,134.31	274.02/289.44	21.71/22.77

Високі рівні захворюваності населення на ХСК мали місце, зокрема, в таких країнах Східної Європи, як Республіка Молдова (відповідно 1,262.13 та

1,433.59 на 100 тис. нас.) та Україна (1,782.81 та 1,918.33 на 100 тис. нас.); в нашій країні вони виявились найвищими серед усіх країн Східної Європи.

Аналіз динаміки захворюваності за окремими нозологіями з класу ХСК засвідчив, що найвищі її рівні припадали на ІХС, інсульт, кардіоміопатії та міокардити з повторенням диспропорцій у рівнях і динаміці показників, як виявлено для усього класу ХСК в обраних для розгляду регіонах та країнах.

За 10 років, що піддавались аналізу, ХСК у зазначених регіонах та країнах активно накопичувались. Це підтвердило перманентну актуальність і значимість проблеми ХСК, оскільки хворі з хронічними хворобами потребують медичного спостереження, лікувально-діагностичних і реабілітаційних утручань, а отже, вкладення ресурсів, що позначається на економіках країн.

Найвищі, але стабільні рівні поширеності ХСК за досліджуваний період, як видно з табл. 1.3, відзначені у Швеції (12,037.34 на 100 тис. нас. у 2009 р., 12,036.06 на 100 тис. нас. у 2019 р.), а найнижчі – у Великій Британії (відповідно 8,844.51 та 9,668.34 на 100 тис. нас.). У США, Канаді та європейських країнах рівні поширеності при загальних тенденціях до зростання коливались у 2019 р. від 11,218.87 на 100 тис. нас. до 12,578.35 на 100 тис. нас. Найвагомий внесок у поширеність класу ХСК належить ІХС, рівень поширеності якої найвищий у країнах Центральної (4,690.62 на 100 тис. нас. у 2009 р. та 5,257.77 на 100 тис. нас. у 2019 р.) та Східної Європи (відповідно 5,541.34 та 6,118.54 на 100 тис. нас.). В Україні рівні поширеності ІХС склали відповідно 6,602.44 та 7,137.08 на 100 тис. нас. й перевищували аналогічні у Республіці Молдова (відповідно 4,519.36 та 5,458.46 на 100 тис. нас.).

Стандартизовані за віком показники поширеності ХСК відрізнялись в залежності від статі: в усіх європейських країнах, зокрема, в Україні, вони були

Таблиця 1.3

Поширеність ХСК та окремих хвороб з класу ХСК серед населення деяких регіонів і країн світу за 2009 та 2019 роки, на 100 тис. відповідного нас.

Країна/ регіон	Поширеність за причинами, на 100 тис. відповідного нас., 2009 / 2019 роки				
	ХСК	ІХС	ГХ	Інсульти	Міокардити та кардіоміопатії
США	10,780.24/ 12,095.06	2,546.22/ 2,703.60	416.20/ 453.71	1,985.44/ 2,162.13	267.98/ 286.99
Канада	10,531.64/ 11,771.44	2,706.79/ 3,054.48	134.16/ 143.35	1,462.32/ 1,671.56	211.34/ 217.80
Країни Західної Європи	10,283.30/ 11,218.87	3,288.80/ 3,611.52	260.85/ 297.58	1,264.00/ 1,282.48	146.85/ 168.03
Країни Центральної Європи	10,999.67/ 12,578.35	4,690.62/ 5,257.77	318.03/ 343.54	1,923.98/ 2,024.17	174.48/ 194.36
Країни Східної Європи	10,710.60/ 11,966.64	5,541.34/ 6,118.54	90.37/ 94.72	2,069.07/ 2,056.99	111.64/ 100.80
Велика Британія	8,844.51/ 9,668.34	2,676.30 /2,938.93	96.66/ 105.12	1,097.54/ 1,068.46	47.31/ 52.05
Швеція	12,037.34/ 12,036.06	3,436.72/ 3,562.51	337.26/ 364.43	1,696.73/ 1,724.57	213.14/ 241.04
Республіка Молдова	8,520.71/ 10,363.39	4,519.36/ 5,458.46	132.29/ 151.53	1,529.84/ 1,614.79	47.99/ 64.18
Україна	11,463.17/ 12,679.43	6,602.44/ 7,137.08	20.07/ 20.82	1,958.71/ 2,103.90	108.78/ 100.72

вищими серед чоловіків, ніж серед жінок [10] (табл. 1.4).

В Україні хвороби системи кровообігу в структурі захворюваності займали серед чоловіків та жінок 11,0% та 10,1% відповідно [11], в структурі поширеності – 37,5% та 37,3% відповідно [12].

Таблиця 1.4

Рівні поширеності ХСК в залежності від статі, в країнах Європи, Європейського Союзу та України, за стандартизованими за віком показниками, в 2015 році, на 100 тис. населення відповідної статі

Країна	Усі ХСК	ІХС	Інсульти	Хвороби периферійних судин	Інші ХСК
Чоловіки					
Країни ЄС	6,308	2,016	478	2,476	1,243
Країни Європи	7,147	2,895	603	2,604	1,226
Україна	8,801	5,852	908	3,050	77
Жінки					
Країни ЄС	4,921	1,127	430	2,372	934
Країни Європи	5,612	1,692	597	2,515	919
Україна	6,499	3,146	909	2,930	87

Аналогічні статеві відмінності мали місце в США: за скорегованими за віком показниками поширеність ХСК, зокрема, ІХС, гіпертонії та інсульту, була також вищою серед чоловіків (11,8%, 7,2%, 26,0% та 3,3% відповідно), ніж серед жінок (9,5%, 4,2%, 23,1% та 2,5% відповідно) [13].

За географічним критерієм простежуються несприятливі епідеміологічні тенденції при співставленні рівнів поширеності й смертності від ХСК. При помірних коливаннях рівнів поширеності ХСК серед населення США, Канади та європейських країн рівні смертності в них істотно відрізняються: в Швеції, Великій Британії, країнах Західної Європи, США та Канаді рівень смертності населення від ХСК був нижчим приблизно вдвічі порівняно з аналогічним в країнах Центральної та Східної Європи (табл. 1.5).

Найвищі показники смертності від ХСК серед обраних країн Східної Європи відмічалися в Україні: 947.94 на 100 тис. нас. у 2009 р., 1,020.33 на 100 тис. нас. у 2019 р. при відповідних показниках в Республіці Молдова –

Таблиця 1.5

Смертність населення деяких регіонів і країн світу від ХСК та окремих хвороб з класу ХСК за 2009 та 2019 роки, на 100 тис. відповідного нас.

Країна /регіон	Смертність за причинами, на 100 тис. відповідного нас., 2009 / 2019 роки			
	ХСК	ІХС	ГХ	Інсульти
1	2	3	4	5
США	268.76/291.93	161.80/170.03	13.37/16.15	52.03/ 57.76
Канада	205.80/226.30	125.66/133.55	3.02/4.29	46.16/50.60
Країни Західної Європи	309.75/328.65	150.99/152.82	18.26/23.27	81.95/84.85
Країни Центральної Європи	569.04/604.23	293.46/310.03	36.14/42.64	186.72/187.70
Країни Східної Європи	825.43/761.23	500.63/469.86	12.53/11.74	241.04/216.81
Велика Британія	287.71/279.84	148.29/138.94	6.08/7.29	79.04/75.32
Республіка Молдова	657.68/635.48	443.58/416.64	20.88/43.13	172.29/152.47
Україна	947.94/1,020.33	681.80/739.91	2.15/2.60	209.41/213.13

657.68 та 635.48 на 100 тис. нас. Характерно, що за наявності високого рівня смертності спостерігалось його зниження за період 2009-2019 років в усіх зазначених країнах, крім України, де він продовжував зростати.

Систематичними дослідженнями доведено, що запобіжними причинами смертності людства від ХСК є поведінкові фактори ризику по відношенню до здоров'я (куріння тютюну, надмірне вживання алкоголю, низька фізична активність, нераціональне харчування, високий індекс маси тіла), а також інші фактори, що безпосередньо впливають на здоров'я (високі рівні холестерину й глюкози в крові та високий артеріальний тиск) [14-16].

Фактори ризику по відношенню до здоров'я здійснюють значний внесок у формування інтегрального показника «тягаря хвороб» українців (DALY), серед яких провідний внесок пов'язаний з розвитком ХСК: частка DALY, що належить до ризику, пов'язаного з раціоном харчування, становить 25,0% DALY, підвищеним артеріальним тиском – 24% DALY, зловживанням алкоголем – 10,0% DALY, курінням тютюну – 8,8% DALY, високим індексом маси тіла – 9,0% DALY, високим загальним рівнем холестерину – 7,9% DALY, високим рівнем глюкози в крові – 4,3% DALY [17, 18].

Епідеміологічними дослідженнями виявлені нові фактори ризику ХСК: клінічні й субклінічні системні запальні процеси; хронічні хвороби нирок; мікроальбумінурія; підвищений рівень ліпопротеїну А; апное уві сні; протромботичні чинники [19]. Немодифікованими факторами ризику ХСК визнані сімейний анамнез, стать і вік, зокрема, поширеність ХСК значно збільшується з кожним десятиліттям життя [20]. Зрозуміло, що ці фактори ризику будуть продовжувати формувати рівень смертності населення світу від ХСК. Однак запобіжні традиційні фактори ризику впливають більш як на 80,0% підвищеного ризику смертності від ХСК на популяційному рівні [21].

Результати аналізу рівнів смертності населення від ХСК, обумовлених поведінковими, метаболічними факторами ризику та високим рівнем артеріального тиску, доводять, що найвагоміший вплив на смертність населення країн і регіонів, обраних до розгляду, здійснюють артеріальна гіпертензія (АГ) та нераціональне харчування, далі слідує фактори ризику метаболічного характеру – високі рівні холестерину та глюкози в крові; завершують рейтинг високий індекс маси тіла, куріння тютюну та надмірне вживання алкоголю.

Найвищі рівні смертності від ХСК, обумовлені визначеними факторами ризику, незважаючи на зменшення показників у 2019 році в порівнянні з 2009 роком, реєструвалися в країнах Східної Європи: внаслідок куріння тютюну – на рівні відповідно 163.50 на 100 тис. нас. та 142.82 на 100 тис. нас., надмірного споживання алкоголю – відповідно на рівні 47.84 на 100 тис. нас. та 23.46 на

100 тис. нас.; внаслідок нераціонального харчування – відповідно 337.66 на 100 тис. нас. та 307.32 на 100 тис. нас. (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

Смертність населення деяких регіонів і країн світу, обумовлена факторами ризику ХСК, у 2009 та 2019 роках, на 100 тис. відповідного нас.

Країна/регіон	Рівень смертності, обумовлений факторами ризику, на 100 тис. відповідного нас., 2009 / 2019 роки		
	вживання тютюну	надмірне вживання алкоголю	нераціональне харчування
США	48.33/46.07	3.11/ 4.75	99.45/105.10
Канада	37.11/ 33.12	0.74/1.65	73.27/76.89
Країни Західної Європи	44.34/ 38.20	9.64/ 9.95	96.98/ 98.51
Країни Центральної Європи	112.32/100.54	15.88/16.30	242.94/249.32
Країни Східної Європи	163.50/ 142.82	47.84/23.46	337.66/ 307.32
Велика Британія	54.19/42.49	-0.79/-0.69	100.24/94.79
Швеція	54.42/44.14	4.76/ 6.91	139.86/ 115.28
Республіка Молдова	117.27/101.92	2.31/7.80	281.54/255.72
Україна	184.15/193.51	16.20/11.41	397.29/430.66

Найвищі рівні смертності від ХСК за визначений період, обумовлені іншими факторами ризику в країнах Східної Європи, зокрема, внаслідок: високого рівня артеріального тиску – 448.03 на 100 тис. нас. в 2009 р., 415.27 на 100 тис. нас. – в 2019 р.; високого рівня холестерину в крові – відповідно 277.75 на 100 тис. нас. та 258.40 на 100 тис. нас.; високого рівня глюкози в крові – відповідно 123.63 на 100 тис. нас. та 117.49 на 100 тис. нас.; високого

індексу маси тіла – відповідно 190.21 на 100 тис. нас. та 176.72 на 100 тис. нас. (табл. 1.7).

Таблиця 1.7

Смертність населення деяких регіонів і країн світу, обумовлена факторами ризику ХСК за 2009 та 2019 роки, на 100 тис. відповідного нас.

Країна/ регіон	Рівень смертності, обумовлений факторами ризику, на 100 тис. відповідного населення, 2009/2019 роки			
	високий індекс маси тіла	високий рівень систоличного АТ	високий рівень глюкози в крові	високий рівень холестерину в крові
США	60.05/ 67.32	121.17/ 129.63	67.51/76.19	70.56/69.01
Канада	36.92/40.59	89.70/ 99.81	29.47/44.58	58.79/61.36
Країни Західної Європи	46.99/49.49	155.20/161.84	66.80/ 71.62	78.97/ 79.87
Країни Центральної Європи	130.22/135.78	332.88/335.04	123.45/140.73	160.43/164.17
Країни Східної Європи	190.21/176.72	448.03/415.27	123.63/117.49	277.75/258.40
Велика Британія	47.23/46.50	130.71/123.10	68.33/73.26	77.57/71.45
Швеція	52.00/ 49.81	206.32/177.38	83.32/ 73.84	113.53/ 92.09
Республіка Молдова	151.82/158.62	404.16/402.22	117.95/101.41	184.18/175.74
Україна	217.58/236.18	494.88/536.51	134.85/143.23	345.98/373.13

У Швеції, Великій Британії, Канаді, США, країнах Західної Європи аналогічні за факторами ризику рівні смертності були в 2-3 рази нижчими, в залежності від фактору, що вказало на більш здорову поведінку населення в цих країнах та резервні можливості для населення країн Східної Європи

позбавитись значної частини запобіжних випадків смертності за прикладом розвинених країн Європи та світу.

Населення України через показники смертності від ХСК, обумовлені факторами ризику, демонструє найгірші зразки нездорової поведінки в порівнянні з іншими країнами та регіонами, зокрема, з Республікою Молдова, з підвищенням показників смертності за період з 2009 р. по 2019 р.: внаслідок нераціонального харчування – з 397.29 на 100 тис. нас. до 430.66 на 100 тис. нас.; внаслідок високого індексу маси тіла – з 217.58 на 100 тис. нас. до 236.18 на 100 тис. нас.; з причини куріння тютюну – з 184.15 на 100 тис. нас. до 193.51 на 100 тис. нас. Лише рівень смертності від надмірного вживання алкоголю в Україні зменшився з 16.20 на 100 тис. нас. до 11.41 на 100 тис. нас.

Однак найвагомий вплив на рівень смертності населення України здійснюють, як і в інших досліджуваних країнах та регіонах, високий рівень артеріального тиску та метаболічні фактори ризику, які відрізняються високими значеннями та зростанням за 2009-2019 роки: смертність за рахунок високого артеріального тиску – з 494.88 на 100 тис. нас. до 536.51 на 100 тис. нас.; високого рівня холестерину – з 345.98 на 100 тис. нас. до 373.13 на 100 тис. нас. й глюкози в крові – з 134.85 на 100 тис. нас. до 143.23 на 100 тис. нас.

Проведений аналіз показує, що потенціал управління факторами ризику ХСК тривалий час залишається повною мірою невикористаним у країнах Центральної та Східної Європи, зокрема, в Україні. На думку дослідників, фактори ризику часто залишаються невиявленими, мотивація пацієнтів і прихильність до терапії недостатніми, а лікарі загальної практики - сімейні лікарі (ЗП-СЛ) далеко не всі, а менше 50,0% з них оцінюють загальний ризик ХСК для своїх пацієнтів, і лише близько 36,0-57,0% лікарів цієї спеціальності в Європі дотримуються рекомендацій щодо застосування заходів профілактики ХСК серед пацієнтів [22; 23].

Високий рівень поширеності ХСК лягає важким тягарем на системи охорони здоров'я та економіки країн. Так, у 2014 - 2015 роках у США орієнтовні прямі витрати в зв'язку з ХСК складала 213,8 млрд. доларів США,

а розрахункові непрямі витрати - 237 млрд. доларів на рік з прогнозом збільшення до 368 млрд. доларів до 2035 року [24].

За оцінками [25], ХСК обходяться економікам країн Європейського Союзу в 210 млрд. євро в рік.

Виходячи з вищезазначеного аналізу даних, можна зробити висновки, що в Україні існує гостра потреба в удосконаленні як популяційних, так і індивідуальних стратегій профілактики, оскільки проблема запобіжної смертності від ХСК пов'язана в першу чергу з поведінковими факторами ризику населення. Держава несе відповідальність за здоров'я населення країни та має бути зацікавлена в збереженні людського капіталу, що потребує необхідного перегляду існуючих політик і програмних заходів із постійної мотивації та забезпечення доступу населення до здорового харчування, фізичної активності, відмови від куріння тютюну та надмірного споживання алкоголю.

На сьогодні в Україні діє закон щодо попередження та зменшення вживання й шкідливого впливу на здоров'я населення тютюнових виробів [26], однак ефективність його впливу сумнівна, виходячи з даних про рівень смертності населення від ХСК, пов'язаних з курінням тютюну. Закон України, що регулює створення умов для розвитку фізичної культури та спорту, не працює таким чином, щоб гарантувати можливості й мотивувати населення займатися фізичною культурою і спортом [27].

Окремого закону про запобігання п'янству та алкоголізму в Україні немає, а відповідальність за вживання алкогольних напоїв у публічних місцях та появу в нетверезому стані регулюють ст. 178-180 Кодексу України про адміністративні правопорушення [28]. На законодавчому рівні не регулюється виробництво та споживання продуктів, що містять вільний цукор та насичені жири, обмеження реклами на нездорову їжу. Загалом на державному рівні відсутній комплексний підхід до регулювання здорової поведінки населення, незважаючи на те, що остання впливає не лише на рівень інвалідності й смертності від ХСК, але й інших хронічних неінфекційних захворювань, які

провідним чином формують популяційне здоров'я (хронічні обструктивні хвороби легень, онкологічні хвороби, діабет, хвороби кістково-м'язової системи та інші).

Відповідальність за профілактичні стратегії держава має розподіляти з професіоналами сфери охорони здоров'я в частині забезпечення індивідуальної профілактики з урахуванням персональних факторів ризику, діагностика яких є завданням в першу чергу лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЗП-СЛ), а також лікарів-кардіологів. Вторинна й третинна профілактика ХСК мають тісно сполучатись з реабілітаційними заходами за індивідуальною програмою, що сприятиме ефективному відновленню та запобіганню прогресування патологічного процесу.

1.2. Реабілітація як невід'ємна складова послуг охорони здоров'я. Внесок кардіореабілітації у відновлення здоров'я населення

Суттєвим викликом для сучасних світових систем охорони здоров'я слід вважати зміни демографічних характеристик населення та хронічні неінфекційні захворювання. Ці складові пов'язані між собою, оскільки подовження тривалості життя, зменшення народжуваності, постаріння населення обумовлюють накопичення в популяції хронічних неінфекційних хвороб та інвалідності.

За даними ВООЗ [29, 30], до 2050 року частка осіб у віці понад 60 років збільшиться удвічі, що формуватиме зростання потреб населення в медичній допомозі при найбільш обумовлених віком хворобах: системи кровообігу, ока, вуха, кістково-м'язової системи, хронічних респіраторних захворювань, діабету, раку та когнітивних розладів. У світі близько 15,0% населення мають інвалідність, і кількість його буде зростати з підвищенням віку та збільшенням рівня поширеності хронічних неінфекційних хвороб [31, 32].

Серед економічно активного населення хронічні неінфекційні хвороби, зокрема, серцево-судинні, цукровий діабет, онкологічні та хронічні

захворювання органів дихання зумовлюють втрату працездатності та передчасну смертність: з 38 млн випадків смерті внаслідок неінфекційних захворювань у 2012 році більше 40,0% трапились серед людей у віці до 70 років [33].

Системи охорони здоров'я у відповідь на ці виклики, разом з іншими секторами економічної діяльності та населенням, мають забезпечувати зміцнення здоров'я та профілактику захворювань, а також виконувати свої специфічні функції, зокрема, лікування й реабілітації.

Реабілітація визначається як комплекс заходів, спрямованих на зниження рівня інвалідності та поліпшення функціонування людини з порушеннями здоров'я в повсякденному житті при взаємодії з навколишнім середовищем. Порушення здоров'я, що потребують реабілітації, включають: хронічні захворювання; наслідки психічних та/або фізичних травм; наслідки отруєнь; стани після гострих захворювань і хірургічних утручань; такі стани, як вагітність, старіння, стрес, вроджені аномалії або генетичні розлади. Навколишнє середовище стосується фізичного, соціального та культурного оточення людини, яка потребує реабілітації, оскільки вона може відчувати труднощі з пересуванням, баченням, слухом, мовою, ковтанням або пізнанням [34, 35].

Отже, будь-які порушення здоров'я вимагають реабілітації.

Термін «реабілітація» походить від латинських слів «re-» – відновлення і «habilis» – здатність [36]. Реабілітація як засіб відновлення порушених функцій організму зародилася в стародавні часи. Ще лікарі Стародавнього Єгипту, Індії, Месопотамії, Греції, Китаю, Риму використовували деякі прийоми трудової терапії та фізичні вправи для відновлення здоров'я своїх пацієнтів. В епоху Відродження реабілітація збагатилася прийомами масажу, рухових ігор, використанням чинників природного середовища. У XVIII та XIX століттях розвиток реабілітації пов'язаний з науковими здобутками та практичними розробками лікарів і філософів Західної Європи. Активно почали розвиватися та впроваджуватися методи фізичних навантажень, фізіотерапії,

зокрема, гальванізації, кінезотерапії, механотерапії, лікувальної гімнастики. У 1903 році в медичній науці з'явився термін «реабілітація», який вперше використав Франц Йозеф Раттер фон Бус, вкладаючи в це поняття благодійну діяльність. З 1918 року реабілітація стала вживатися стосовно осіб з фізичними вадами у зв'язку з організацією у Нью-Йорку Інституту Червоного Хреста для інвалідів, а професія реабілітолога виникла внаслідок потреби в цих фахівцях, пов'язаних з великою кількістю травмованих у Першій світовій війні. У 1958 році реабілітація набуває світового значення, що засвідчено на засіданні Комітету експертів ВООЗ, присвячених реабілітації. У подальшому більше 40 програм ВООЗ були присвячені реабілітації, а більше 4000 різних організацій світу займаються питаннями реабілітації хворих та інвалідів [37 - 39].

За даними [40], сьогодні реабілітація є невід'ємною частиною загального охоплення послугами охорони здоров'я поряд зі зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань, лікуванням та паліативною допомогою. Реабілітація допомагає особам, які її потребують, бути якомога більш самостійними, максимально незалежними та активними в повсякденному житті, здобувати освіту, працювати, відпочивати. На певному відрізьку життєвого шляху будь-яка людина стикається з хворобами та/або старінням, що неминуче веде до погіршення показників здоров'я та потреб у реабілітації. Реабілітація допомагає досягати й підтримувати найкращий можливий результат інших медичних заходів, скорочувати терміни перебування в стаціонарі, попереджувати повторні випадки госпіталізації й знижувати ризики ускладнень, викликаних проблемами зі здоров'ям. Реабілітація також веде до скорочення потреби в інших послугах охорони здоров'я або соціальної підтримки.

Спрямованість реабілітації на поліпшення функціонування людини з порушеннями здоров'я за усіма аспектами життя обумовлює роль і внесок реабілітації, запровадженої в системах охорони здоров'я та інших сферах економічної діяльності країн світу, в досягнення ряду Цілей сталого розвитку [41 - 43], в чому полягає її глобальне значення, зокрема:

- Цілі 3 (Міцне здоров'я і благополуччя для всіх у будь-якому віці), якою передбачено до 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань, досягти загального охоплення здоров'ям та доступу до якісних медичних послуг;

- Цілі 4 (Забезпечити інклюзивну та справедливу якісну освіту та сприяти можливостям навчання протягом усього життя для всіх), якою проголошено до 2030 року забезпечити рівний доступ до всіх рівнів освіти та професійної підготовки вразливих верств населення, включаючи інвалідів, стійкий спосіб життя, права людини, а також побудувати та модернізувати навчальні заклади, які виховують дитину та враховують інвалідність і стать і забезпечують безпечне, ненасильницьке, інклюзивне та ефективне навчальне середовище для всіх;

- Цілі 8 (Сприяння стабільному, всеосяжному та стійкому економічному зростанню, повноцінній та продуктивній зайнятості та гідній роботі для всіх), якою визначено до 2030 року досягти повної та продуктивної зайнятості та гідної праці для всіх жінок і чоловіків, у тому числі для молоді та людей з обмеженими можливостями, та рівної оплати за роботу однакової вартості;

- Цілі 10 (Зменшити нерівність у країнах та між ними), досягнення якої забезпечить до 2030 року розширення можливості соціальної, економічної та політичної інтеграції всіх, незалежно від віку, статі, інвалідності, раси, етнічної приналежності, походження, релігії, економічного чи іншого статусу;

- Цілі 16 (Сприяти розвитку мирних та інклюзивних суспільств для сталого розвитку, забезпеченню доступу до правосуддя для всіх та побудові ефективних, підзвітних та інклюзивних інституцій на всіх рівнях), якою, зокрема, рекомендовано державам сприяти верховенству права на національному та міжнародному рівнях та забезпечити рівний доступ до правосуддя для всіх.

Разом з тим, задоволення потреб населення країн світу в реабілітації недостатнє, зокрема, в країнах з низьким і середнім рівнем доходу більше половини людей із потребами в реабілітаційних послугах їх не отримують.

Незважаючи на багато задокументованих переваг, використання реабілітації залишається низьким, зокрема, хворими на ХСК.

До бар'єрів кардіореабілітації відносять клінічні й психосоціальні фактори, супутні захворювання / функціональний статус, особисті / сімейні проблеми пацієнтів, бар'єри, пов'язані з відстанню до постачальника послуг, вартістю та транспортом, брак ресурсів з боку постачальників реабілітаційних послуг. Причини дефіциту використання реабілітації криються й в тому, що вона є значним навантаженням на системи охорони здоров'я. Як стверджують експерти, це обумовлено рядом факторів: відсутністю політики і планів реабілітації на національному рівні та відповідного обсягу фінансування; низькою доступністю реабілітаційних служб для населення територій, віддалених від міст; відсутністю достатньої кількості кваліфікованих медичних кадрів з реабілітації; браком технологій, обладнання та витратних матеріалів. Найпоширенішими бар'єрами для кардіореабілітації є відсутність спеціалістів, відсутність мотивації пацієнта та недостатнє фінансове забезпечення [44 - 49].

Доведено низьку участь пацієнтів у кардіореабілітації, незважаючи на величезну кількість доказів із підтвердженням її переваг. Дані американських досліджень свідчать, що лише 14 - 35,0% пацієнтів, які пережили серцевий напад, і близько 31,0% пацієнтів після аорто-коронарного шунтування брали участь у програмах кардіореабілітації або вторинної профілактики. Низький рівень участі корелює з низьким рівнем звернень, відсутністю фінансового забезпечення, низькою мотивацією пацієнтів і обмеженою доступністю сайту програми кардіореабілітації. Дослідження 2017 року показало, що психосоціальними перешкодами для участі в програмах кардіореабілітації є, зокрема, брак часу пацієнтів, страх перед фізичними вправами, попередній негативний досвід фізичних вправ, тяжкість серцево-судинного захворювання [50].

В опитуванні 714 практикуючих лікарів США в 2019 році 82,4% повідомили, що люди з інвалідністю, на їх погляд, мають гіршу якість життя,

ніж люди без інвалідності; лише 40,7% лікарів були дуже впевнені в своїй спроможності надавати однакову якість медичної допомоги пацієнтам з обмеженими можливостями та без них; 18,1% опитаних вважали, що система охорони здоров'я часто налаштована до пацієнтів з обмеженими можливостями несправедливо [51].

Світові тенденції в сфері охорони здоров'я потребують значного нарощування реабілітаційних послуг у країнах світу з метою забезпечення доступності реабілітації у відповідь на зростаючий попит населення. ВООЗ розглядає надання реабілітаційних послуг відповідно до всеохоплюючих принципів відповідності та пріоритетності реабілітації, визначає реабілітацію невід'ємною складовою медичних послуг, яка містить заходи для запобігання погіршення клінічного стану як в гострій стадії захворювання, так і для оптимізації та підтримки функціонування організму пацієнта в післягострому та віддаленому періоді хвороби. Важливість реабілітації як медичної послуги повинна розглядатися крізь дії та політику щодо поліпшення якості та доступності реабілітації як складової зусиль, спрямованих на загальне охоплення здоров'ям [52].

З метою досягнення пріоритетності реабілітації, її відновлення та посилення на рівні урядів країн і, відповідно, систем охорони здоров'я, в 2017 році створена Програма ВООЗ «Реабілітація 2030», якою визначено ключові види діяльності, спрямовані на зменшення незадоволених потреб в реабілітації, особливо там, де для реабілітації немає достатньо ресурсів [53 - 55]. До них віднесені:

- створення сильної лідерської та політичної підтримки реабілітації на субнаціональному, національному та глобальному рівнях (прийняття законів, визначення політик, розробка планів та стратегій, що стосуються реабілітації; формування структур управління; налагодження механізмів регулювання та процесів підзвітності, що стосуються реабілітації; співпраця та координація процесів реабілітації);

- фінансування реабілітації (забезпечення витрат в сфері охорони здоров'я на реабілітацію; створення структури фінансування та оплати послуг охорони здоров'я, що включають реабілітацію);
- кадрове забезпечення реабілітації (наявність працівників у сфері охорони здоров'я, які можуть проводити реабілітаційні заходи, включаючи лікарів та середній медичний персонал);
- надання медичних послуг з реабілітаційних утручань у спеціалізованих реабілітаційних лікарнях, центрах, палатах і відділеннях, лікарнях спеціалізованої медичної допомоги, закладах первинної медичної допомоги та громадах;
- забезпечення пацієнтів, які потребують реабілітації, доступними ліками, технологіями та допоміжними засобами;
- функціонування інформаційних систем в сфері охорони здоров'я з метою отримання даних, що стосуються реабілітації, зокрема, про доступність, використання реабілітації та результати реабілітації;
- проведення наукових досліджень, що стосуються політики та програм реабілітації.

Поняття кардіологічної реабілітації, за твердженням [56], пройшло свій еволюційний розвиток від медичного контролю за безпечністю повернення пацієнта після гострих коронарних подій до звичного способу життя і фізичного навантаження до мультидисциплінарних, комплексних програм, що включають крім фізичних тренувань, навчання пацієнта, виявлення й корекцію факторів ризику, психологічне та дієтологічне консультування, заходи, направлені на покращення загального й психологічного стану, працевлаштування хворих. У основу такого підходу була покладена методологія комплексної реабілітації, запропонована в 1959 р. Hellerstein і прийнята у всьому світі (Bethell, 2000).

Основні критерії життєдіяльності, що порушуються у хворих на серцево-судинні захворювання і стають причиною формування ознак інвалідності, є порушення активності, що проявляється зниженням здатності

до пересування (мобільності), самообслуговування й виконання побутової діяльності, виконання завдань і дій, які забезпечують зайнятість та економічну незалежність [57].

Ключовою вимогою та ознакою кардіореабілітації залишається наявність програми реабілітації. Так, кардіологічна реабілітація визначалася центрами Medicare та Medicaid Services (CMS) як програма, що передбачає фізичні вправи, призначені лікарем, модифікацію факторів серцевого ризику, психосоціальну оцінку та оцінку результатів (CMS, 2009) [58]. Наукові розробки щодо різнобічності кардіореабілітації дозволили трактувати її як програму з надання комплексних довгострокових послуг, що включають медичне обстеження, фізичні вправи, призначені лікарем, модифікацію факторів серцевого ризику, освіту, консультування та поведінкові втручання [59], як програму комплексного лікування пацієнтів після серцевих подій або процедур з метою максимізації фізичної функції, сприяння емоційній адаптації, модифікації факторів серцевого ризику та поверненню до попередніх соціальних ролей та обов'язків [60].

Ключовою метою кардіореабілітації є збільшення загальних добових витрат енергії на додаток до відтворення фізичних можливостей [61].

Реалізація програми кардіологічної реабілітації, за даними огляду [62], можлива за рахунок складного, міжпрофесійного втручання, призначеного для пацієнтів з ІХС, серцевою недостатністю, стабільною стенокардією, перенесеними інфарктом міокарда, коронарною ангіопластиком, корекцією клапанів серця або аортокоронарним шунтуванням, трансплантацією серця або комплексу серце-легені.

Програми кардіологічної реабілітації спрямовані на обмеження психологічних та фізіологічних стресів, пов'язаних із серцево-судинними захворюваннями, зниження ризику пов'язаної із цим смертності та покращення серцево-судинних функцій, щоб допомогти пацієнтам оптимізувати якість життя [63]. Програма кардіореабілітації містить показання, протипоказання та етапи серцевої реабілітації, висвітлює роль

міжпрофесійної групи у догляді за пацієнтами, які проходять реабілітацію та повинна бути зосередженою на: оцінці пацієнта, консультуванні щодо харчування; контролю ваги й артеріального тиску; важливості регулярних відвідувань заходів програми; управлінні ліпідами; лікуванні діабету; відмові від тютюну; психосоціальному менеджменті; консультації щодо фізичної активності; тренуванні фізичними вправами [64 - 71].

Програми кардіореабілітації включають не тільки відмову від куріння та оптимізацію прийому лікарських препаратів для контролю артеріального тиску, рівня глікемії, холестерину, але й терапевтичне навчання, управління харчуванням, сексуальною дисфункцією кардіологічних хворих. Регулярна фізична активність знижує рівень холестерину, ліпопротеїдів високої щільності й глікемії, зменшує вісцеральний жир і артеріальний тиск, підвищує прихильність пацієнтів до лікування [72 - 74].

Дослідженнями доведено, що учасники програм кардіореабілітації з супутніми захворюваннями – цукровим діабетом, раком, подагрою, хворобою Паркінсона, респіраторними захворюваннями та захворюваннями щитоподібної залози – мали кращу виживаність порівняно з пацієнтами, які не брали участь у програмі, на підставі чого було зроблено висновки про значну цінність кардіореабілітації для здоров'я пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями в комбінації з супутніми хворобами, а також пацієнтів старшого віку. Це має спонукати клініцистів заохочувати своїх пацієнтів до участі в програмах кардіореабілітації [75 - 80].

Програми кардіореабілітації за сутністю забезпечують вторинну профілактику ХСК у кардіологічних хворих через контроль артеріального тиску та холестерину й призначення кардіопротективних препаратів, а також визначають основні компетенції професіоналів, які призначають ці основні компоненти, допомагаючи таким чином узгодити постачальників реабілітаційних послуг за гнучкими моделями в різноманітних умовах, зокрема, в медичних закладах, громадах і вдома [81 - 84].

Провідна роль у світі з розробки основних компонентів сучасної програми кардіореабілітації та вторинної профілактики, принципів виявлення, лікування та профілактики ХСК належить Великій Британії (National Guideline Centre), Американській асоціації серця, Фонду американського коледжу кардіології та Американській асоціації серцево-судинної і легеневої реабілітації, клінічні керівництва яких стосовно ХСК активно розробляються й поширюються в країнах світу [85 - 91].

Британською асоціацією з профілактики та реабілітації серцево-судинних захворювань у 2017 р. також розроблені основні компоненти програми профілактики серцево-судинних захворювань і кардіореабілітації та шість стандартів постачання компонентів програми [92]. Важливо, що вони можуть застосовуватися в інших країнах, де послуги охорони здоров'я фінансуються державою. Компоненти структурованої програми включають узгоджені заходи, спрямовані на основну причину серцево-судинних захворювань та забезпечення найкращого можливого фізичного та психосоціального середовища, в якому пацієнти своїми силами змогли б зберегти або відновити оптимальне функціонування в своїй громаді.

До основних компонентів програми профілактики та кардіореабілітації віднесені:

- 1) зміна поведінки здоров'я та освіта пацієнта;
- 2) управління факторами ризику способу життя (фізичні навантаження та фізичні вправи; здорове харчування та маса тіла; відмова від тютюну);
- 3) психосоціальне здоров'я;
- 4) управління медичним ризиком;
- 5) довгострокові стратегії (обов'язки пацієнта; обов'язки медичного персоналу);
- 6) аудит і оцінка ефективності реалізації компонентів.

Стандарти постачання компонентів програми наступні:

Стандарт 1. Постачання шести основних компонентів кваліфікованою та компетентною мультидисциплінарною командою на чолі з клінічним координатором.

Стандарт 2. Своєчасне виявлення, направлення та набір відповідних груп пацієнтів.

Стандарт 3. Рання первинна оцінка індивідуальних потреб пацієнта, яка забезпечує узгоджені персоналізовані цілі, які регулярно переглядаються.

Стандарт 4. Дочасне надання структурованої програми серцево-судинної профілактики та реабілітації із визначеним шляхом надання допомоги, який відповідає цілям людини та узгоджується з уподобаннями та вибором пацієнта.

Стандарт 5. По завершенню програми, остаточна оцінка індивідуальних потреб пацієнта та демонстрація стійких результатів для здоров'я.

Стандарт 6. Реєстрація та подання даних до Національного аудиту з реабілітації серця та участь у Національній програмі сертифікації з реабілітації серця.

По суті, як стандарти, так і основні компоненти програми профілактики серцево-судинних захворювань і кардіореабілітації виглядають як організаційні технології постачання профілактичних і реабілітаційних послуг кардіологічним хворим.

До організаційних технологій провадження кардіореабілітації слід також віднести виокремлені за критеріями клінічного стану та місця отримання реабілітаційних послуг фази кардіореабілітації [93 - 95]:

Фаза I: клінічна. Кардіореабілітація починається в стаціонарі одразу ж після серцево-судинної події або завершення втручання на серці / судинах та складається з: оцінки фізичних можливостей; мотивації пацієнта до реабілітації; в разі позитивного висновку – проведення простих фізичних вправ у ліжку або біля нього; психологічної допомоги; оцінки та відновлення навичок повсякденного життя, потреби у допоміжних пристроях; навчання пацієнта та сім'ї з адаптації до навколишнього середовища; планування

виписки. Усі складові фази виконує реабілітаційна команда (група), до якої входять лікарі, молодший персонал з медичною освітою, медичний психолог, за потреби – інші спеціалісти, у т. ч. інших (немедичних) спеціальностей.

Фаза II: амбулаторна. Ця фаза починається після досягнення стабільності клінічного стану пацієнта, тривалість її може бути від трьох до шести – дванадцяти тижнів. Планування реабілітаційних заходів міждисциплінарною командою відбувається на підставі оцінки фізичних, ергономічних, психічних функцій та спроможності пацієнта до звичайних видів життєдіяльності. Програма реабілітації включає інформування та навчання пацієнта з питань відновлення самостійності та незалежності й зміни способу життя, щоб підготуватися до повернення до звичайного життя вдома, та програму релаксації.

Фаза III: посткардіальна реабілітація. Фаза передбачає більшу незалежність та самоконтроль пацієнта. Пацієнти заохочуються до ведення активного способу життя та продовження фізичних вправ. Амбулаторні візити до лікарів-спеціалістів рекомендуються для моніторингу здоров'я серцево-судинної системи та схем прийому ліків, пропаганди здорового способу життя та втручання при необхідності для запобігання рецидивам.

Різні сполучення заходів кардіореабілітації в залежності від місця їх проведення та змісту розглядаються дослідниками як гібридна модель кардіореабілітації, що поєднує послуги як в лікарні, так і в домашніх умовах. Структура гібридних програм починається з компоненти, що відбувається в лікарні, тривалістю від 2-х до 11 тижнів, з наступним переходом до домашньої компоненти тривалістю 10 - 22 тижні з 3-5 тренуваннями на тиждень. Зміст кардіореабілітаційних заходів складається або з ходьби (зазвичай з використанням бігової доріжки) або їзди на велосипеді протягом 25 - 35 хвилин при 60-75,0% максимальної частоти серцевих скорочень. Доведено, що таке поєднання дає позитивні результати [96].

Комплексні моделі кардіореабілітації, в їх історичному розвитку, включають, окрім центральної компоненти, – фізичних вправ – навчання

способу життя щодо управління факторами ризику, а також консультування та психологічну підтримку. У той же час, наприклад, у Великобританії дослідження, проведене в 2012 році, показало, що лише 16,0% центрів кардіореабілітації надають комплексні програми, спеціально розроблені для людей із ХСК, зокрема, серцевою недостатністю. Сполучення комплексних програм в умовах лікарні та вдома за підтримкою медичних працівників розширюють доступ пацієнтів до кардіореабілітації, дозволяють запобігти передчасній серцево-судинній смерті, зменшити кількість госпіталізацій та покращити якість життя пацієнтів [97].

За висновками дослідників доведено, що результатом виконання програми реабілітації є зменшення рівня смертності серед пацієнтів з ІХС, серцевою недостатністю або кардіохірургічними утручаннями, зменшення кількості госпіталізацій, зокрема, повторних, покращення функціональних можливостей, толерантності до фізичних навантажень та якості життя [98 - 101].

Згідно з даними рандомізованих контрольованих досліджень, проаналізованих [102, 103], застосування програм кардіореабілітації знижує відсоток смертності від серцево-судинних причин на 26,0%, та демонструє при цьому виражений економічний ефект.

Крім того, комплексні програми кардіореабілітації не тільки зменшують серцево-судинну смертність та інфаркт міокарда, але й профілактично впливають на цереброваскулярні події у пацієнтів з атеросклеротичною хворобою [104].

Доведено, що пацієнти, які брали участь у програмах кардіореабілітації, частіше досягали цілей щодо зміни способу життя, мали нижчу депресію та тривогу та кращу лояльність щодо прийому ліків. Використання психологічних методів на етапі реабілітації сприяло зниженню рівнів тривожності через тиждень при застосуванні методів сугестивної терапії, а ефект від навчання відмічено через місяць [105 - 109].

За результатами численних досліджень, підтверджено ефективність таких методів і методик у складі комплексних програм кардіореабілітації, як спеціально розроблені комплекси лікувальної та дихальної гімнастики, кисневі ванни і кисневі коктейлі, зокрема, в осіб старших вікових груп [110], ЛФК, масаж, фізіотерапія, фітотерапія, заняття на тренажерах, дозована ходьба, біг, рівномірно-інтервальне велотренування, що при систематичному застосуванні сприяють зменшенню об'єму медикаментозної терапії, забезпечують оптимізацію коронарного кровообігу, покращання біоенергетичного обміну в міокарді та його скорочувальної функції й підвищення толерантності до фізичного навантаження [111 - 113].

Вважається, що сприятливі наслідки кардіореабілітації опосередковані як збільшенням аеробної здатності не тільки за рахунок периферичного вдосконалення скелетних м'язів, функціональної здатності ендотелію та нейрогормональної регуляції, але й також завдяки більшій освіченості пацієнтів, обізнаності та взаємодії із системою охорони здоров'я [114].

Несприятливі наслідки реабілітації реєструються рідко. Так, за результатами досліджень понад 25 000 пацієнтів, які проходили серцеву реабілітацію, було повідомлено про одну несприятливу подію за 50 000 годин фізичних вправ, що еквівалентно 1,3 зупинкам серця на мільйон годин пацієнта [115, 116].

Рівень захворюваності на всі небезпечні випадки та небезпечні для життя події (смерть, зупинка серця, гострий інфаркт міокарда, розрив серця) під час тренувань становили 12 та 1 подія на 383 096 пацієнто-годин (3,13 та 0,26 події на 100 000 пацієнто-годин), відповідно, за даними японських дослідників [117].

Систематичний огляд баз даних (CINAHL, Кокранівської бібліотеки, Embase, MEDLINE, PubMed, Web of Science, Global Health і Китайської бази даних біомедичної літератури) засвідчив, що рівень захворюваності на важкі ускладнення внаслідок вправ з фізичної реабілітації в домашніх умовах у вибірці (n = 808) оцінювався як один на 23 823 пацієнто-години. Більше

половини пацієнтів, задіяних до фізичної реабілітації в домашніх умовах, були віднесені до групи високого серцевого ризику. У проаналізованих дослідженнях не було виявлено смертельних випадків або госпіталізацій, пов'язаних із вправами з фізичної реабілітації в домашніх умовах [118].

Американським дослідженням повідомлялося про один випадок фібриляції шлуночків на 111 996 пацієнт-годин фізичних вправ та один інфаркт міокарда на 294 118 пацієнт-годин [119].

Групами високого ризику щодо ускладнень кардіореабілітації вважаються пацієнти з нестабільною стенокардією, неконтрольованою шлуночковою аритмією та важкою серцевою недостатністю [120]. Навпаки, у пацієнтів зі стабільною хронічною серцевою недостатністю, за даними [121], не виявлено жодних доказів того, що програми тренувань завдають збільшення ризику смерті від усіх причин як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі.

Однак, незважаючи на наявність керівних принципів та важливих практичних рекомендацій, існують організаційні перешкоди для впровадження кардіореабілітації, незалежно від конкретної країни чи регіону. Культурні та мовні бар'єри, соціально-економічні, транспортні та логістичні проблеми для пацієнтів, які проживають віддалено, можуть обмежити відвідуваність закладів, що надають послуги з кардіореабілітації. Пандемія COVID-19 сприяла подальшому скороченню доступу до кардіологічної реабілітації. Крім того, лікарі первинної медичної допомоги направляють пацієнтів для кардіореабілітації рідше, ніж кардіологи та кардіоторакальні хірурги. Національні системи охорони здоров'я економічно розвинутих країн світу шукають шляхи для максимально можливої імплементації кардіореабілітаційних програм та максимального охоплення ними пацієнтів. Зокрема, недостатнє впровадження сучасних програм кардіореабілітації є загальноєвропейською проблемою, що призводить до значного поширення факторів ризику, пов'язаних із коронарними ускладненнями, низького рівня фізичної активності пацієнтів. Зберігається низький рівень прихильності

пацієнтів до наступної після лікування в стаціонарі вторинної реабілітації в амбулаторних умовах, зокрема, до немедикаментозних методів. Отже, пацієнтам слід пропонувати вибір програм кардіореабілітації не лише в клінічних умовах, але й на базі громади та вдома, щоб відповідати їхнім потребам, уподобанням та зростанню активності з корекції факторів ризику й модифікації стилю життя [122-128].

Перспективним напрямом поширення кардіореабілітації дослідники вважають використання телемедичних технологій і мобільних додатків до засобів комунікацій, особливо для кардіореабілітації в домашніх умовах, що зробить її більш доступною для широкого кола пацієнтів. Проведені втручання з телекардіореабілітації вже отримали високу оцінку серед більшості учасників, але технічні проблеми, такі як ненадійне широкосмугове підключення до Інтернету, можуть вплинути на якість реалізації телекомунікаційних технологій. Багато учасників вважали телекардіореабілітацію альтернативною моделлю амбулаторній та лікарняній кардіореабілітації. Однак організації охорони здоров'я приділяють мало уваги телекардіореабілітації, як підтверджують сучасні дослідження [129 - 137].

Разом з тим дозування фізичних навантажень в домашніх умовах може бути складним для пацієнта, тому мають бути чітко визначені показання для використання телекардіореабілітації, зокрема, при низькому та середньому серцево-судинному ризику [138, 139]. Також основними перешкодами для інтеграції та телекардіореабілітації в повсякденну клінічну практику дослідники вважають обмежені широкомасштабні докази, зокрема щодо економічної ефективності, а також відсутність прямої взаємодії, неадекватні або фрагментовані правові рамки та відсутність відшкодування [140].

У Великобританії поширений досвід застосування в домашніх умовах програми кардіореабілітації, викладеної в спеціальному посібнику, розрахованому на шеститижневе втручання за допомогою матеріалів, розміщених на паперовому носіїві, та матеріалів з релаксації, представлених на компакт-диску. Виконання програми пацієнтом підтримується

кваліфікованим фахівцем з охорони здоров'я, який здійснює домашні візити та надає телефонну підтримку. Підтверджено ефективність такого формату виконання й супроводу програми кардіореабілітації як аналогічну такій, що проводиться в клінічних або амбулаторних умовах [141].

Ефективність домашньої реабілітації підтверджено й іншими дослідженнями, а з урахуванням можливостей заощадити час, гроші, зусилля та ресурси, вважається переважною для пацієнтів [142, 143].

1.3. Нормативно-правове регулювання організації кардіологічної допомоги в Україні та реабілітації як її складової

Державне регулювання організації кардіологічної допомоги населенню України, як одного з видів спеціалізованої медичної допомоги, забезпечується законодавством в сфері охорони здоров'я та нормативно-правовими документами Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України загального та цільового напрямку. Серед загальних законодавчих актів основним Законом – Конституцією України – проголошено право кожного українця на охорону здоров'я та медичну допомогу, відповідальність держави за створення умов для ефективного й доступного для всіх громадян медичного обслуговування [144].

Це право забезпечується, зокрема, мережею закладів охорони здоров'я, де надається кардіологічна допомога. Мережа включає, як і для інших профілів спеціалізованої медичної допомоги, заклади охорони здоров'я різних форм власності – державної, комунальної, приватної або заснованій на змішаній формі власності, а також структурні підрозділи багатопрофільних закладів [145].

Наказом МОЗ України 2002 року [146], до спеціалізованих закладів, що надають кардіологічну допомогу населенню, віднесені кардіологічний диспансер та дитячий кардіоревматологічний диспансер.

Більший повний перелік закладів, що надають кардіологічну допомогу, представлений в іншому нормативно-правовому акті 2013 року [147], яким передбачено, крім кардіодиспансерів як центрів надання кардіологічної допомоги обласного рівня, функціонування високоспеціалізованих центрів з надання кардіологічної допомоги в закладах системи НАМН України та кардіологічних відділень обласних і місцевих лікарень.

Надалі, в 2017 році, відбулось розширення переліку закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів кардіологічного профілю, яке представлено в актуальному на момент написання дисертації наказі МОЗ України [148]. Цим документом затверджені положення про: кардіологічний кабінет поліклінічного відділення; обласний, міський кардіологічний центр; спеціалізоване відділення інтенсивної терапії та реанімації кардіологічного профілю; відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії; спеціалізоване відділення аритмій серця з електрофізіологічною лабораторією; відділення реабілітації кардіологічних хворих та визначені їх функції й завдання з удосконалення організації кардіологічної допомоги хворим і підвищення її ефективності.

З розвитком первинної медичної допомоги кардіологічна допомога знайшла своє впровадження в практику діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЗП-СЛ) у амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, сільських лікарських амбулаторіях, центрах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на прийомі у лікаря та в денному стаціонарі [149, 150].

Зазначені зміни в переліку закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів кардіологічного профілю відтворюють поступове розгалуження мережі спеціалізованих закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів кардіологічного профілю на амбулаторному й стаціонарному етапах в умовах первинної та спеціалізованої медичної допомоги, що створює можливості для кращої доступності та більш повного охоплення кардіологічною допомогою населення України, значна частка якого страждає на серцево-судинні

захворювання, як було доведено результатами теоретичного аналізу. Утім, наявність лише мережі спеціалізованих закладів не є єдиною умовою доступності та всебічного охоплення населення кардіологічною допомогою.

Розширення переліку спеціалізованих закладів та структурних підрозділів кардіологічного профілю вказує також на поглиблення спеціалізації в кардіологічній допомозі та розвиток останньої в зв'язку з розробкою та запровадженням новітніх форм і методів профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань.

Слід зазначити, що державна політика зниження захворюваності на серцево-судинні захворювання, зокрема, на АГ, ІХС, судинні ураження мозку, та смертності від мозкових інсультів і підвищення тривалості та якості життя хворих на серцево-судинні захворювання, а отже, доступності до кардіологічної допомоги, забезпечувалась з початку нового тисячоліття за програмно-цільовим методом [151 - 153]. Однак із закінченням дії Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в 2010 році, міжгалузевої комплексної Програми «Здоров'я нації» в 2011 році, Програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань у 2010 році, незважаючи на позитивні результати, вони не були продовжені.

Надалі акцент у розвитку кардіологічної допомоги, як і інших видів медичної допомоги, сконцентрувався на стандартизації медичних технологій, гарантованої законами України, що забезпечують дозвіл медичної практики надавачам медичних послуг, захист прав їх споживачів, інформаційну безпеку та безпеку лікарських засобів [154 - 157].

У цей період – починаючи з 2012 року – відбувалася активна розробка та запровадження галузевих нормативних документів, розроблених на принципах доказової медицини, а саме, клінічних настанов та Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (УКПМД), першими з яких були саме документи для використання лікарями кардіологічного профілю, що було поворотним моментом для підвищення якості кардіологічної допомоги в Україні [158 - 160].

Контент-аналізом даних документів з метою визначення ролі реабілітації при серцево-судинних захворюваннях та використання принципів доказової медицини для її застосування у вітчизняній клінічній практиці доведено, що в складі УКПМД за кардіологічним профілем були розділи з реабілітації, однак різного змісту та організаційного наповнення.

Так, в УКПМД, присвяченому медичній допомозі при АГ, розробленому в 2012 році й актуальному на час проведення дисертаційного дослідження, згадуються лише показання до реабілітації в разі: ускладненого перебігу АГ; після оперативного втручання на серці; після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу або гострого інфаркту міокарда, без деталізації реабілітаційних заходів та організації їх проведення. Необхідність корекції доведених факторів ризику в складі первинної та вторинної профілактики розглядається відокремлено від реабілітації, а програми реабілітації при АГ як хронічному стані не згадуються.

УКПМД з профілактики серцево-судинних захворювань, відповідно до цільового призначення, містить заходи з впровадження засад здорового способу життя та корекції факторів ризику – медикаментозної та немедикаментозної, зокрема, необхідності адекватного лікування хворих на АГ, цукровий діабет (ЦД), пацієнтів з хронічною хворобою нирок (ХХН). Однак про необхідність тривалої реабілітації осіб з цими хронічними хворобами, як дієвого способу вторинної профілактики, не йдеться.

В УКПМД хворим зі стабільною ІХС в редакції 2016 року вказано, що в закладах охорони здоров'я різних форм власності, які надають вторинну (спеціалізовану) й третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, проводяться заходи реабілітації пацієнтів із ускладненим перебігом захворювання та після проведених інвазивних та оперативних втручань, без деталізації цих заходів за змістом, місцем надання та ресурсним забезпеченням. У рамках диспансерного спостереження рекомендовано залучення пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції, зокрема, відмови від тютюнокуріння, психологічної та фізичної реабілітації,

але за наявності цих програм. Тобто, реабілітація не розглядається як компонент вторинної профілактики, оформлений у комплексну програму, що носить обов'язковий характер за наявності показань у пацієнта.

Значно більше уваги приділено реабілітації лише в двох нормативних документах, що регулювали на той час надання медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда і створених на принципах доказової медицини. Це УКПМД при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента ST та з елевацією сегмента ST [161 - 162]. Але в них відтворені актуальні ще до 2016 року в Україні підходи до організації відновного лікування хворих з гострим порушенням коронарного кровообігу з санаторним етапом.

Даними документами визначені цілі реабілітації, види (фізична, психологічна, соціальна), протипоказання до фізичної реабілітації (нестабільна стенокардія; неконтрольована надшлуночкова та шлуночкова аритмія; неконтрольована серцева недостатність; високоступенева блокада без штучного водія ритму; тромбоемболія легеневої артерії, нещодавно перенесений тромбофлебіт; інші причини, не пов'язані з кардіальним захворюванням), методика відновлення фізичної активності пацієнта в різні терміни після коронарної події в стаціонарі та санаторії. Є згадка про програму кардіореабілітації, але вона стосується лише фізичних навантажень.

У розділах вище зазначених документів, які торкаються ресурсного їх забезпечення, згадки про спеціалістів і фахівців в сфері реабілітації не йдеться; необхідний кадровий ресурс, в залежності від виду медичної допомоги, включає лікарів ЗП-СЛ, лікарів-кардіологів, лікарів зі спеціалізацією «медицина невідкладних станів», лікарів-кардіологів, які проводять перкутанні втручання, лікарів-анестезіологів.

Матеріально-технічне забезпечення включає медичне обладнання для діагностики, моніторингу й надання кардіохірургічної допомоги. Тобто, специфічного кадрового та матеріально-технічного забезпечення реабілітації не передбачено, що вказувало на відокремленість цього виду медичної допомоги від її інших складових для пацієнтів з ХСК.

У той же час, у грудні 2015 року, в Україні відбулася оцінка системи реабілітації, проведена дорадчою групою з питань реабілітації Міжнародної спілки фізичної та реабілітаційної медицини, за ініціати́ви бюро ВООЗ в Україні [163]. За висновками дорадчої групи, система реабілітаційної допомоги в Україні функціонує з численними проблемами, основними з яких є:

- недостатній збір даних про обмеження функцій під час життєдіяльності особи при її взаємодії із зовнішнім середовищем;
- недостатнє планування реабілітаційних послуг на інституційному та індивідуальному рівнях;
- недостатня кількість спеціалістів з реабілітації, невідповідність їх підготовки міжнародним стандартам;
- значний дефіцит реабілітаційних послуг, неефективне використання ресурсної бази лікарняних закладів для лікування гострих станів захворювань внаслідок відсутності планування реабілітаційних послуг;
- відсутність тісної координації між міністерствами, задіяними до забезпечення реабілітаційних послуг;
- недофінансування системи охорони здоров'я.

Виявлені проблеми не могли не торкатися кардіологічної допомоги.

У відповідь на результати оцінювання реабілітаційної допомоги в Україні, європейський і світовий досвід запровадження реабілітації розпочалась кардинальна зміна державної політики щодо реабілітації, зокрема, з підготовки кадрового ресурсу. У 2016 році до Національного класифікатора України ДК 003:2010 «Класифікатор професій» внесена спеціальність «Лікар фізичної та реабілітаційної медицини» (код 2221.2) [164]. Надалі наказами МОЗ України спеціальність «Лікар фізичної та реабілітаційної медицини» внесена до Номенклатури лікарських спеціальностей та затверджено кваліфікаційну характеристику лікаря цієї спеціальності, а також інших професіоналів – ерготерапевта й фізичного терапевта та асистента ерготерапевта, фізичного терапевта [165, 166]. Цим

започатковані умови до впровадження реабілітації в заклади охорони здоров'я шляхом її надання кваліфікованими працівниками за профілем і створення тим доступу пацієнтів до отримання реабілітаційних утручань.

У законодавстві України в 2017 році переглянуті державні фінансові гарантії доступності пацієнтів до медичного обслуговування [167], а з огляду на значущість ХСК у формуванні здоров'я населення та доступу до цільових лікарських засобів належної якості з квітня цього ж року за програмою Уряду «Доступні ліки» пацієнти з серцево-судинними захворюваннями змогли отримувати ліки безоплатно або з незначною доплатою за рахунок коштів Державного бюджету [168].

Підвищення доступу до якісних лікарських засобів, зокрема, при ХСК, для забезпечення медикаментозної складової вторинної профілактики, з 2009 року регулюється також Державним формуляром лікарських засобів [169].

Із 2019 року в Україні запроваджена програма медичних гарантій, якою фінансуються медичні послуги з Державного бюджету. З 2021 року до програми медичних гарантій внесена реімбурсація вартості лікарських засобів для лікування в амбулаторних умовах, зокрема, серцево-судинних захворювань [170]. Бюджет програми медичних гарантій на лікування пріоритетних серцево-судинних захворювань, зокрема інфарктів та інсультів, у 2021 році становив 3 млрд 700 млн грн [171].

Надання послуг з реабілітації в гострому періоді інфаркту міокарду, при гострому мозковому інсульті в стаціонарі та направлення пацієнтів для отримання послуг з реабілітації у післягострому / довготривалому періоді після стаціонарного лікування передбачено специфікацією надання медичних послуг за відповідними пакетами програми медичних гарантій у 2020-2021 роках. Умовами закупівлі цих послуг передбачено наявність у закладі хоча б одного спеціаліста з переліку: лікар фізичної та реабілітаційної медицини; лікар з лікувальної фізкультури; лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини; фізичний терапевт; ерготерапевт; для реабілітації в гострому

періоді інфаркту міокарда до цього переліку в 2020 році включено лікаря-фізіотерапевта

У амбулаторних умовах надання послуг з медичної реабілітації при різних захворюваннях, крім передбаченої іншими пакетами медичних послуг (пацієнтам із ураженням нервової системи, опорно-рухового апарату, немовлятам, які народилися передчасно, або з різними захворюваннями, впродовж перших трьох років життя) також увійшло до програми медичних гарантій 2020-2021 років. Однак у 2020 році умовами закупівлі медичних послуг передбачено, зокрема, наявність у закладі охорони здоров'я лікаря-фізіотерапевта, лікаря з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, лікаря з лікувальної фізкультури, тоді як аналогічними умовами 2021 року передбачена можливість наявності, крім вище зазначених професіоналів, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини [172 - 174].

Тобто, в амбулаторних умовах оплата за надання послуг з реабілітації бюджетним коштом у післягострому та віддаленому періодах захворювань передбачена закладам спеціалізованої медичної допомоги, а в стаціонарах цих закладів фінансується реабілітаційна допомога в гострому періоді хвороби.

У рамках програми медичних гарантій в амбулаторних умовах пацієнт отримує безоплатно: огляд та консультації; формування індивідуальної програми реабілітації; моніторинг стану пацієнта; консультації лікарів інших спеціальностей; послуги з реабілітації; навчання пацієнтів / родини / доглядачів особливостям догляду за людиною, запобіганню можливих ускладнень та дотриманню рекомендацій.

Значне підвищення уваги до реабілітації шляхом запровадження цільових пакетів медичних послуг, уточнення вимог до кадрового забезпечення, фінансування реабілітаційних послуг у гострому та післягострому періодах на різних етапах медичної допомоги з боку держави стало продовженням заходів, розпочатих у 2016 році, та закономірним відгуком на Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», прийнятий Верховною Радою України в грудні 2020 року [175], який значно

посилив діюче законодавство осіб з обмеженими можливостями та наблизив його до європейських зразків [176, 177].

Контент-аналіз тексту зазначеного закону показав, що він повністю відповідає рекомендаціям ВООЗ до реабілітації у сфері охорони здоров'я та містить докорінну зміну тлумачення дотичних до реабілітації понять, підходів до засад державної політики, організації реабілітаційної допомоги, професійного рівня спеціалістів і фахівців з реабілітації, прав й обов'язків органів управління, закладів охорони здоров'я та медичних працівників із забезпечення реабілітаційної допомоги.

Зокрема, реабілітаційна допомога означає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмежень у повсякденній діяльності в звичайний для них спосіб або стійкого обмеження життєдіяльності внаслідок захворювання, травми, вродженої патології або інших порушень в стані здоров'я.

Законом визначені складові реабілітації, які забезпечують людині відновлення, розвиток і підтримку:

- 1) навичок та заняттєвої активності – ерготерапія;
- 2) рухової й функціональної спроможності – фізична терапія;
- 3) комунікації з навколишнім середовищем і безпечного процесу споживання їжі – терапія мови і мовлення.

Комплекс реабілітаційних заходів, до яких відносять профілактику, діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб, які її потребують, визначений новим законом як фізична та реабілітаційна медицина.

Професіонали й фахівці охорони здоров'я відповідної кваліфікації (лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів) можуть надавати реабілітаційну допомогу в закладах охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги та їх структурних підрозділах як самостійно, так і в складі мультидисциплінарних

реабілітаційних команд, до яких долучаються, за потреби пацієнтів, лікарі інших спеціальностей та соціальні працівники.

Повний перелік таких закладів включає: реабілітаційні заклади (реабілітаційні лікарні, реабілітаційні центри, амбулаторні реабілітаційні заклади, заклади комплексної реабілітації, центри психологічної реабілітації та / або травматерапії, протезно-ортопедичні підприємства); палати гострої реабілітації, стаціонарні та амбулаторні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у лікарнях різного профілю та санаторно-курортних установах.

Перспективна система реабілітації в сфері охорони здоров'я України за вимогами законодавства України від 03 грудня 2020 р. представлена на рис. 1.1.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України за 2019 рік [178], мережа закладів, що використовують в своїй діяльності реабілітаційні технології, сформована відділеннями відновного лікування у кількості 105 од., фізіотерапевтичними відділеннями чисельністю 1827 од., лікувальної фізкультури для дорослих, яких нараховується 584 од., лікувальної фізкультури для дітей кількістю 190 од., голкорексфлексотерапії – 102 од., мануальної терапії – 10 од. і в наступні роки не змінювалась внаслідок епідемії COVID-19. Отже, відповідно до вимог закону про реабілітацію, ці заклади можуть слугувати базами для створення законодавчо обумовленої спеціалізованої мережі реабілітаційних закладів та відділень шляхом їх реорганізації у спосіб, дозволений законодавством.

Після прийняття Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та інших нормативно-правових документів за темою зазнали змін оновлені у 2021 році УКПМД хворим зі стабільною ІХС, гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST та з елевацією сегмента ST в частині надання реабілітації [179 - 181].

Кардіореабілітацію представлено як програму відновлення хворих з даними патологіями, але до її складу віднесені лише регулярна фізична

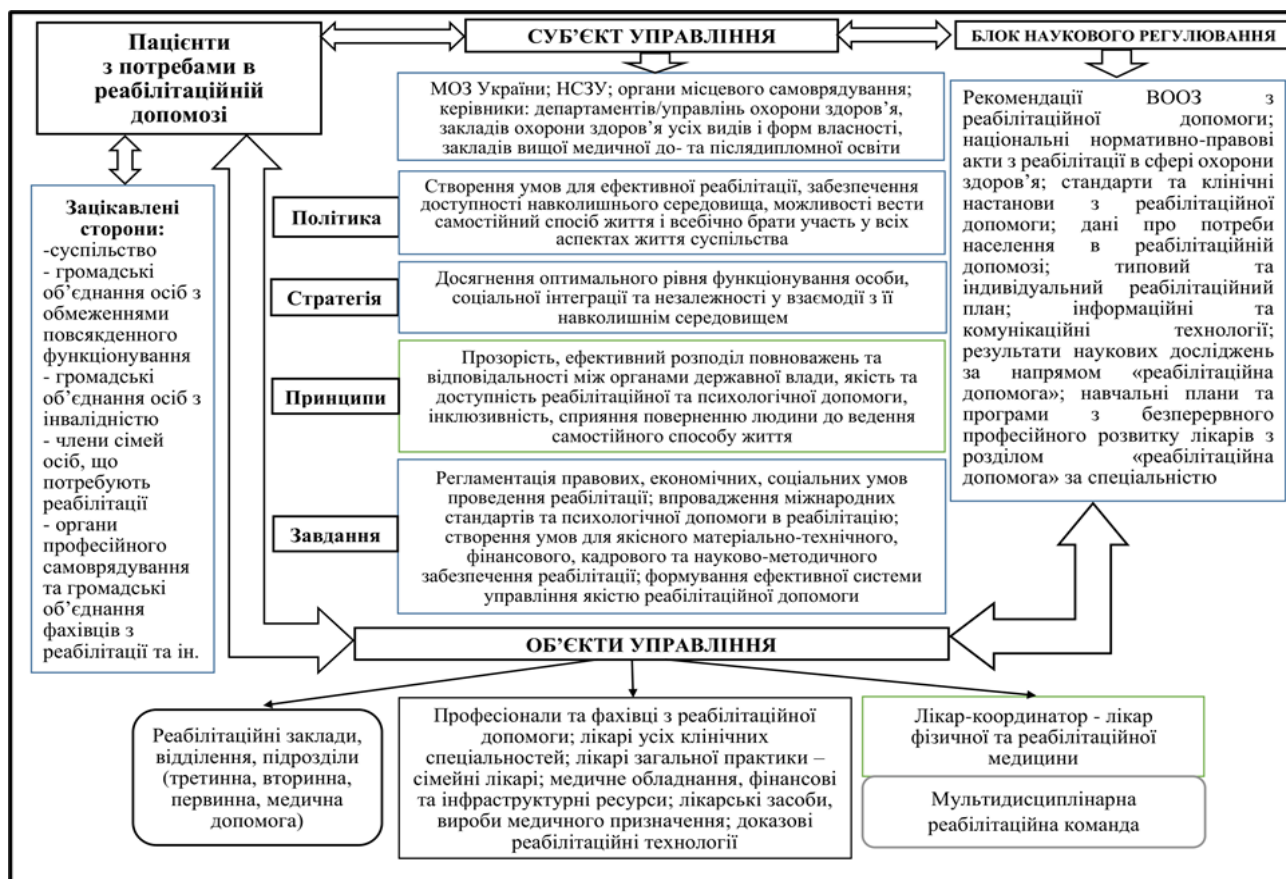


Рис. 1.1. Система реабілітації в сфері охорони здоров'я України (за вимогами законодавства України від 03 грудня 2020 р. в авторському моделюванні)

активність та навантажувальні тренування, що сповільнюють прогресування коронарної хвороби серця. Представлені зміст і обсяг фізичної активності та граничні значення АТ, ЧСС та даних ЕКГ для контролю ефективності тренувань та уникнення ускладнень.

У розроблених та впроваджених в клінічну практику УКПМД як стандартизованих медичних технологіях використовується Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10). Однак немає згадки про використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (МКФ), розробленої ВООЗ в 2009 році, переклад якої на українську мову до використання в вітчизняній охороні здоров'я затверджено наказом МОЗ України [182].

МКФ розглядає знання про те, як хвороба впливає на функціонування людини внаслідок проблем з функціями і структурами організму з урахуванням факторів навколишнього середовища та персональних факторів, у зв'язку зі змінами здоров'я. Такий підхід дозволяє більш широко розглядати проблеми пацієнта, більш ефективно оцінити його власні ресурси для подолання проблем, сформулювати реабілітаційний діагноз, визначити мету та завдання реабілітації й оцінити її ефективність у процесі виконання реабілітаційних заходів на персональному рівні. Для медичних організацій це означає можливість покращити планування реабілітаційних послуг, їх ресурсне забезпечення та моніторинг виконання [183 - 185].

Загальне законодавство регулює безпеку лікувально-діагностичного процесу в закладах охорони здоров'я здійсненням відповідного санітарно-епідемічного нагляду щодо дотримання норм епідемічної безпеки та попередження поширення трансфузійних інфекцій, що є необхідною складовою організації кардіохірургічної допомоги та діагностичних процедур [186, 187].

Кадрове забезпечення реабілітації оцінюється за критеріями наявності та професійного рівня спеціалістів і фахівців; останній потребує постійного вдосконалення. Вимоги до підвищення якості знань лікарів і працівників із спеціальною медичною освітою, зокрема, для сфери реабілітації, задекларовані відповідними нормативно-правовими документами – постановою Кабінету Міністрів України та наказом МОЗ України [188, 189].

Наказами МОЗ України затверджено Положення про групи експертів МОЗ України з метою підвищення ефективності та прозорості надання медичної допомоги населенню України, удосконалення організаційно-методичної, лікувально-діагностичної роботи та забезпечення ефективної координації лікарів різних спеціальностей, зокрема, склад групи експертів МОЗ України за напрямками «Кардіологія. Ревматологія. Дитяча кардіоревматологія. Функціональна діагностика» та «Хірургія серця та магістральних судин. Судинна хірургія» [190, 191].

Важливий внесок у розвиток і вдосконалення спеціалізованої кардіологічної допомоги населенню України здійснює Громадська організація (ГО) «Всеукраїнська асоціація кардіологів України» – добровільна медична спільнота, діяльність якої заснована на співпраці кардіологів – науковців і клініцистів та професіоналів і фахівців інших спеціальностей, дотичних до кардіологічної практики. Діяльність асоціації присвячена проблемам лікування гострого коронарного синдрому, ІХС, АГ, порушення ритму та провідності серця, серцевої недостатності, а також реабілітації кардіологічних хворих. Асоціація підтримує наукові дослідження, професійний рівень та практичну діяльність лікарів-кардіологів України проведенням вітчизняних і міжнародних наукових форумів, майстер-класів, вебінарів, виданням наукових журналів, практичною, педагогічною та науково-дослідницькою роботою за напрямом «Кардіологія» та суміжними дисциплінами [192].

Зміни в законодавстві потребують уваги органів управління та закладів охорони здоров'я, в першу чергу, аналізу нових положень і внесених змін, і розробки заходів з адекватного реагування на них з боку керівників, медичних працівників та інших фахівців, задіяних до реабілітаційної допомоги, зокрема, при ХСК, в т. ч., її найбільш поширеної нозології – ІХС.

Висновки до розділу 1

1. Результатами системного аналізу доведено, що хвороби системи кровообігу є основною причиною інвалідності та глобальною причиною передчасної смертності населення всього світу, які вносять провідний внесок у зростання поширеності усього класу неінфекційних захворювань. Щорічні втрати населення від цих хвороб складають 17,5 млн осіб, з прогнозом зростання чисельності смертей до 23,3 млн випадків до 2030 року.

2. Показано, що в Україні в 2009 та 2019 роках спостерігалися найвищі серед країн східної Європи рівні захворюваності на хвороби системи

кровообігу – 1,782.81/1,918.33 на 100 тис. нас., зокрема, на ішемічну хворобу серця – 1,071.90/1,134.31 на 100 тис. нас., та поширеності цих хвороб – відповідно 11,463.17/12,679.43 та 6,602.44/7,137.08 на 100 тис. нас. Хвороби системи кровообігу стають причинами 66,3% випадків смерті щороку, ймовірність померти від них у працездатному віці в рази вища, ніж у Європі. У структурі хвороб системи кровообігу провідною складовою є ішемічна хвороба серця з питомою вагою 69,7%.

3. Виявлено, що актуальність і значимість проблеми хвороб системи кровообігу позначається на економіках країн світу, зокрема, України. Втрати виробництва через передчасну смерть від хвороб системи кровообігу населення України склали в 2013 році 5739,20 млн грн, а розрахунковий соціально-економічний ефект від зменшення цих втрат може становити 1,721 млрд грн.

4. З'ясовано, що накопичення хвороб системи кровообігу серед людства та, зокрема, в українській популяції, та високий рівень смертності пов'язані з ризикованою поведінкою населення, високими рівнями холестерину й глюкози в крові, високим артеріальним тиском та немодифікованими факторами ризику. Формування інтегрального показника «тягаря хвороб» українців (DALY) внаслідок розвитку хвороб системи кровообігу, пов'язаного з раціоном харчування, становить 25,0% DALY, підвищеним артеріальним тиском – 24,0% DALY, зловживанням алкоголем – 10,0% DALY, високим індексом маси тіла – 9,0% DALY, курінням тютюну – 8,8% DALY, високим загальним рівнем холестерину – 7,9% DALY, високим рівнем глюкози в крові – 4,3% DALY.

5. Показано, що світові системи охорони здоров'я разом з державними, громадськими інституціями та населенням мають реагувати на глобальні виклики, обумовлені хронічними неінфекційними захворюваннями, заходами щодо зміцнення здоров'я та профілактики хвороб, зокрема, системи кровообігу, а також виконувати свої специфічні функції, в т. ч., реабілітації, з метою зниження рівня інвалідності та поліпшення функціонування людей з

порушеннями здоров'я в повсякденному житті при взаємодії з навколишнім середовищем.

6. Установлено, що, незважаючи на визнані в усьому світі переваги реабілітації, задоволення потреб населення країн світу в реабілітації недостатнє, зокрема, в країнах із низьким і середнім рівнем доходу, до яких належить і Україна. Численні проблеми реабілітації в нашій країні торкаються дефіциту реабілітаційних послуг, їх кадрового, фінансового та інформаційного забезпечення, неефективного планування й моніторингу, використання для їх надання лише курортного середовища, а також відсутності тісної координації між міністерствами, задіяними до забезпечення реабілітаційних послуг.

7. Показано, що в Україні розпочато реформування системи реабілітації шляхом удосконалення законодавства, перекладу й затвердження до використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, запровадження спеціальностей і затвердження кваліфікаційних характеристик спеціалістів і фахівців в сфері реабілітації, включення до програми медичних гарантій окремих пакетів послуг з реабілітації в умовах стаціонару та амбулаторних умовах. Однак усі заходи державного регулювання ще потребують розробки організаційних моделей їх практичного впровадження в сферу охорони здоров'я й адаптації в залежності від патологій.

8. Доведено, що розвиток системи кардіореабілітації в Україні відповідає рівню розвитку загальної системи реабілітації в галузі. Не запроваджені основні технології кардіореабілітації – кардіореабілітаційні програми; реабілітаційні заходи поширюються лише на пацієнтів з обмеженим переліком захворювань, зокрема, на пацієнтів з ішемічною хворобою серця – лише в разі гострого інфаркту міокарду; інфраструктура закладів охорони здоров'я потребує адаптації для надання гострої, післягострої та довготривалої кардіореабілітації; Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я не рекомендована до застосування в галузевих

регламентах медичної допомоги при хворобах системи кровообігу. Особливої уваги потребує розробка й запровадження цілісної системи кардіореабілітації в Україні при ішемічній хворобі серця як найбільш вагомій складовій у структурі хвороб системи кровообігу.

Матеріали даного розділу представлені в опублікованих наукових працях автора [193; 194; 210]

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати теоретичного дослідження засвідчили, що Україна залишається країною з найнесприятливішими тенденціями щодо захворюваності, поширеності й смертності населення від ХСК, зокрема, ІХС, серед європейських країн та інших розвинених країн світу. При очікуванні від реабілітаційних заходів оптимізації функціонування осіб з наявними або потенційними обмеженнями в повсякденній діяльності внаслідок ІХС, в Україні спостерігається дефіцит використання реабілітаційних технологій при цій патології, які передбачені лише в разі гострого інфаркту міокарду як однієї з нозологічних форм ІХС, та не включають сучасні міжнародні підходи до реабілітації пацієнтів із стабільною ІХС. Цим показано невідповідність потребам населення з ІХС наявної системи реабілітації, що підтвердило актуальність даного дослідження та стало вихідними умовами для його продовження на емпіричному рівні в напрямку досягнення визначеної мети – здійснити медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця.

Емпіричний рівень дослідження вимагав послідовних і ретельних дій автора з пошуку фактичних даних з різноманітних джерел інформації, їх відбору, накопичення, групування, аналізу виявлених досягнень і проблемних питань у наявній системі організації реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ІХС, з наступним узагальненням результатів, розробкою принципів і підходів щодо її змін у напрямку удосконалення. Такий обсяг завдань потребував від автора розробки спеціальної програми дослідження, яка стала відображенням його методологічної основи з використанням принципу і основного методу дослідження – системного підходу (Рис. 2.1).

Мета дослідження	Здійснити медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця та впровадити окремі елементи моделі в практику діяльності закладів охорони здоров'я	
Перший етап	Провести теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень з медико-соціального й економічного значення хвороб системи кровообігу та внеску кардіореабілітації у відновлення здоров'я населення	
Обґрунтування методологічної основи дослідження: формування мети, об'єкту і предмету, визначення завдань, методів, бази наукового дослідження, структури та обсягу інформаційних матеріалів	Матеріали: 203 од. інформаційних джерел за темою, з них: 158 наукових праць зарубіжних і вітчизняних вчених, у т. ч. 116 англомовних; 45 нормативно-правових актів та збірників офіційних статистичних даних	
Другий етап	Визначити потреби населення м. Київ у кардіореабілітації та дослідити стан організації діяльності закладів охорони здоров'я системи підпорядкування Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) з її забезпечення	
Аналіз потреб населення м. Київ у реабілітації. Аналіз системи реабілітації в охороні здоров'я м. Київ: виконання міської цільової програми «Здоров'я киян», мережі закладів, їх кадрового забезпечення, ресурсної бази, медичних технологій в частині реабілітаційної допомоги. Дослідження стану організації реабілітаційної допомоги пацієнтам з ІХС у КНП «КМКЛ № 4»	Матеріали: форми № 17, № 20, № 47 Центру медичної статистики МОЗ України, МНІАЦМС та КНП «КМКЛ № 4» за 2010-2019 рр. (усього 90 од.); установчі, розпорядчі, аналітично-звітні документи, матеріали особових справ в частині підвищення кваліфікації працівників, положення про структурні підрозділи, посадові інструкції працівників КНП «КМКЛ № 4» за 2010-2019 рр., усього 117 од.	
Третій етап	Дослідити особливості порушень функціонування у повсякденному житті та поширеності факторів ризику у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця	
Дослідження особливостей порушень функціонування у пацієнтів з ІХС з використанням МКХ-10 та МКФ. Дослідження поширеності факторів ризику ІХС та обізнаності пацієнтів щодо програм кардіореабілітації	Матеріали: МКФ; ф. № 003/о відділення кардіології та кардіореабілітації КНП «КМКЛ № 4» за 2019 р. (346 од.); форми № 17, № 20, № 47 КНП «КМКЛ № 4» за 2019 р.; Положення про відділення кардіології та кардіореабілітації, посадові інструкції лікарів КНП «КМКЛ № 4» (усього 7 од.); анкети соціологічного опитування пацієнтів (203 од.)	
Четвертий етап	Обґрунтувати та розробити удосконалену функціонально-організаційну модель реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця	
Узагальнення результатів I-III етапів дослідження. Медико-соціальне обґрунтування та розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця	Матеріали: Глобальний план дій боротьби з НІЗ (ООН і ВООЗ); Rehabilitation in health systems: guide for action, 2021 (ВООЗ); Програма ВООЗ «Реабілітація 2030»; вимоги вітчизняних законодавчих і галузевих нормативно-правових актів; результати власного дослідження	
П'ятий етап	Упровадити окремі елементи функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця в практику роботи закладів охорони здоров'я та надати оцінку її ефективності	
Упровадження окремих елементів моделі; експертна оцінка моделі	Матеріали: анкети експерта (20 од.); матеріали з результатами власного дослідження	
Методи дослідження на етапах: системного підходу і аналізу I-V; бібліосемантичний – I; контент-аналізу – I, II, III; соціологічний – III; порівняльного аналізу – II – V; медико-статистичний - II, III, V; моделювання – IV; організаційного експерименту – V; експертних оцінок – V; графічний - I-V	Упровадження: Методичні рекомендації; співавторство в розробці навчального плану та програми циклу ТУ «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги»; статті: в наукових фахових виданнях України – 3 од., в наукометричному виданні – 1 од.; тези доповідей - 4 од.; акти впровадження – 11 од.	

Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяг і методи дослідження

Системний підхід дозволив розглядати і цілеспрямовано вивчати об'єкт дослідження – наявну систему організації реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ІХС – як складну структуровану систему за багатьма елементами, пов'язаними внутрішньо- і зовнішньосистемними відносинами. Елементи за сутністю становили предмети, на які спрямовувалось дослідження з формуванням у підсумку фактичних знань про досліджуваний об'єкт: поширеність хвороб системи кровообігу, зокрема, ІХС, в світі та Україні; потреби населення м. Київ у реабілітаційній допомозі, обумовлені, зокрема, ХСК та стабільною ІХС; госпіталізована захворюваність на стабільну ІХС за даними закладів спеціалізованої медичної допомоги м. Київ; нормативно-правове регулювання реабілітації хворих на ІХС в Україні та його використання в умовах системи охорони здоров'я територіальної громади; заклади охорони здоров'я/структурні підрозділи, що надають реабілітаційну допомогу хворим на ІХС, їх кадрове й матеріально-технічне забезпечення, внутрішні та зовнішні комунікації; реабілітаційні технології, програми реабілітації хворих із стабільною ІХС; організація кардіореабілітації пацієнтів із стабільною ІХС в закладі, обраному базою наукового дослідження; фактори ризику ІХС та їх реалізація серед контингенту госпіталізованих хворих; обізнаність і готовність пацієнтів брати участь у програмах кардіореабілітації.

Дослідження організації реабілітаційної допомоги пацієнтам з ІХС в закладі, обраному базою наукового дослідження, в умовах усталеної медичної практики проводилося за шістьма аспектами системного підходу:

- системно-компонентному (заклади та структурні підрозділи закладів охорони здоров'я м. Київ, які використовуються для надання реабілітаційної допомоги; кадрове забезпечення реабілітаційної допомоги; регіональні та локальні розпорядчі документи з організації надання реабілітаційної допомоги; регламенти процесу надання реабілітаційної допомоги);

- системно-функціональному (повноваження та обов'язки працівників, дотичних до надання кардіологічної та реабілітаційної допомоги пацієнтам з ІХС);

- системно-структурному (характеристика взаємодій між лікарями закладів охорони здоров'я на різних етапах надання кардіологічної та реабілітаційної допомоги, між лікарями різних спеціальностей, дотичних до надання кардіологічної допомоги та реабілітаційної допомоги в закладі, обраному базою дослідження);

- системно-інтегративному (управлінська діяльність з упровадження інноваційних організаційних та лікувально-діагностичних технологій у відділенні кардіологічного профілю; професійне зростання працівників);

- системно-комунікаційному (рівень розвитку зовнішніх комунікацій між лікарями, між лікарями і пацієнтами з ІХС, освітньо-виховна робота з пацієнтами);

- системно-історичному (врахування позитивного історичного вітчизняного і світового досвіду організації реабілітаційної допомоги пацієнтам з ІХС з метою послідовних логічних змін у підходах до її удосконалення).

Принцип системного підходу як основа методології доповнювався філософським принципом діалектики, що надало можливість автору в процесі дослідження розглядати предмети дослідження в їх постійних змінах, русі та розвитку, а також використати цей принцип при обґрунтуванні та розробці функціонально-організаційної моделі суттєво нової форми вітчизняної реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця.

Обрана автором методологія дослідження складалась із сукупності методів, як загальнонаукових (порівняння, вимірювання, аналізу, синтезу, узагальнення), так і специфічних, визначених паспортом наукової спеціальності «Соціальна медицина»: системного підходу і аналізу, бібліосемантичного, контент-аналізу, соціологічного, медико-статистичного, моделювання, організаційного експерименту, експертних оцінок, графічного [195-198].

Відповідно до програми, дослідження проводилося в декілька послідовних етапів, чисельність і межі яких відповідали визначеним

завданням дослідження. Системний підхід обумовлював можливість використання одержаних результатів попереднього етапу в якості закономірного підґрунтя для виконання завдань наступного етапу. Методи системного підходу і аналізу застосовувались на кожному етапі дослідження, а також додатково, за потреби, – методи соціальної медицини, необхідні для виконання специфічних завдань даного етапу.

Перший етап присвячувався теоретичному аналізу сучасних наукових досліджень з медико-соціального й економічного значення хвороб системи кровообігу та внеску кардіореабілітації у відновлення здоров'я населення. Суттєвою складовою етапу став також системний аналіз накопиченого досвіду використання кардіореабілітації в світових системах охорони здоров'я та, зокрема, в Україні, в т. ч. пацієнтам з ІХС, та нормативного регулювання організації кардіологічної допомоги в Україні й реабілітації хворих з серцево-судинною патологією.

За результатами проведеного теоретичного аналізу виявлено системні недоліки в організації кардіореабілітаційної допомоги в вітчизняній охороні здоров'я, що відповідало рівню розвитку загальної системи реабілітації в галузі. За підсумком, підтверджено актуальність обраної теми наукового дослідження, визначено напрям подальшого наукового пошуку, сформульовано мету, об'єкт і предмет, завдання дослідження, визначено методологічну основу та методи дослідження, розроблено програму, обґрунтовано обсяг інформаційних матеріалів та обрано базу наукового дослідження.

В якості джерел інформації використано 203 од. наукових публікацій за темою, з них: 158 наукових праць зарубіжних і вітчизняних вчених, у т. ч. 116 англійських, отриманих за допомогою електронно-пошукової системи PubMed; 45 нормативно-правових актів та збірників вітчизняних офіційних статистичних даних.

Матеріали першого етапу дослідження відображені в першому та другому розділах дисертації.

Завдання другого етапу полягали у визначенні потреб населення м. Київ у реабілітації та дослідженні стану організації діяльності закладів охорони здоров'я системи підпорядкування Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації - КМДА) з забезпечення надання реабілітаційних послуг населенню, зокрема, кардіореабілітації.

Аналіз потреб населення м. Київ у реабілітації ґрунтувався на ретельному дослідженні динаміки демографічних характеристик, зокрема, чисельності, вікової й статевій структури, структури й рівня смертності, природного руху, а також даних про первинну захворюваність і поширеність (накопичення) хвороб, госпіталізовану захворюваність у популяції киян упродовж 2010-2019 років і внеску ХСК, у т. ч. їхньої основної нозологічної форми – ІХС – у формування цих потреб.

Дослідження системи реабілітації в охороні здоров'я м. Київ охоплювало аналіз результатів виконання міської цільової програми «Здоров'я киян» упродовж 2017-2019 років з продовженням на 2020-2022 роки, мережі закладів/структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, їх кадрового забезпечення, ресурсної бази, медичних технологій в частині реабілітаційної допомоги.

У межах даного етапу виконувалось завдання дослідження реальної управлінської практики з організації реабілітації кардіологічних хворих на прикладі типового багатопрофільного закладу охорони здоров'я м. Київ, підпорядкованого Департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації - КМДА), що надає спеціалізовану медичну допомогу жителям столиці віком від 18 років і старше. Таким закладом в якості бази наукового дослідження обрано Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня № 4» (КНП «КМКЛ № 4») виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), для якого притаманні усі зовнішні управлінські впливи з боку ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), як і для інших

багатопрофільних лікарняних закладів спеціалізованої медичної допомоги столиці, а отже, аналогічні відгуки на них через систему зворотного зв'язку. У даному закладі, як і в інших лікарняних закладах спеціалізованої медичної допомоги для дорослих, отримують медичну допомогу хворі з різними патологіями, зокрема, ураженнями серцево-судинної системи.

Матеріалами дослідження на даному етапі слугували форми офіційної статистичної звітності № 17, № 20, № 47 Центру медичної статистики МОЗ України, МНІАЦМС та КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) за 2010-2019 рр. (усього 90 од.); установчі, розпорядчі, аналітично-звітні документи, матеріали особових справ в частині підвищення кваліфікації працівників, положення про структурні підрозділи, посадові інструкції працівників КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) за 2010-2019 рр., усього 117 од., а додатковими до системного підходу методами слугували медико-статистичний, графічний, контент-і порівняльний аналіз.

Матеріали другого етапу дослідження викладені у третьому розділі дисертації.

Надалі, на третьому етапі, завданнями дослідження передбачалось виявити особливості порушень функціонування в повсякденному житті та поширеності факторів ризику у пацієнтів із стабільною ІХС, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіології та кардіореабілітації в КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) в 2019 році. З цією метою використані адміністративні дані ф. № 003/о відділення кардіології та кардіореабілітації КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) за 2019 р. у кількості 346 од. з контент-аналізом, наступним групуванням і узагальненням даних записів лікарів з використанням класифікаторів МКХ-10 та МКФ про нозологічні форми ІХС, з приводу яких були госпіталізовані хворі, супутні ІХС хвороби, скарги на обмеження функцій, активності та участі пацієнтів у повсякденному житті, а

також фактори ризику, зафіксовані лікарями в медичних картах стаціонарних хворих при зборі анамнезу.

У 2019 році кількість випадків госпіталізацій хворих з приводу ІХС до КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) становила 1730 од. Кількість медичних карт стаціонарних хворих розраховувалась за формулою (2.1) [199]:

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq} \quad (2.1)$$

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення (2);

p – ймовірність наявності ознаки (0,5);

q – ймовірність відсутності ознаки (0,5);

N – обсяг генеральної сукупності (відповідно 1730 осіб);

Δ – припустима помилка у медико-соціологічних дослідженнях (максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5,0\%$).

За результатами проведених розрахунків обсяг вибіркової сукупності медичних карт стаціонарних хворих КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), госпіталізованих з приводу ІХС, становив 324 од., було використано 346 од., отже, кількість матеріалів дослідження представляла генеральну сукупність на репрезентативному рівні.

Оскільки вторинна профілактика включає в себе ряд заходів впливу на фактори ризику розвитку й підтримки ІХС, дослідженню підлягали також заходи з реабілітації, призначені лікарями пацієнтам на персональному рівні, обізнаність пацієнтів щодо факторів ризику ІХС та дотримання ними рекомендацій лікарів з вторинної профілактики цих факторів, а також поінформованість пацієнтів щодо програм кардіореабілітації й готовність дотримуватись програмних заходів в разі участі в програмі.

З метою виконання зазначених завдань використані в якості джерел інформації форми № 17, № 20, № 47 КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу

Київської міської ради (КМДА) за 2019 р.; Положення про відділення кардіології та кардіореабілітації, посадові інструкції лікарів КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) (усього 7 од.), анкети соціологічного опитування пацієнтів в кількості 203 од.

Соціологічне дослідження серед контингенту госпіталізованих пацієнтів з ІХС проводилось з метою уточнення й доповнення інформації про поширеність факторів ризику ІХС, одержаної з медичних карт стаціонарних хворих за 2019 рік, представленої в записах лікарів відділення кардіології та кардіореабілітації. Соціологічне дослідження проводилось упродовж червня-серпня 2020 року.

Усього в опитуванні за цільовою авторською анкетой прийняли участь 203 респондента, що складало 45,3% від усіх пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні упродовж червня-серпня 2020 року.

При відборі респондентів використовувався принцип механічного відбору (опитуванню підлягав кожен другий пацієнт відділення кардіології та кардіореабілітації КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), який був пролікований упродовж визначеного періоду дослідження).

Усі учасники опитувань надали добровільну поінформовану згоду на участь у опитуванні.

Завдання соціологічного дослідження передбачали розробку анкети як інструменту дослідження при дотриманні загальних наукових підходів до її розробки, відповіді на запитання якої мали б забезпечити одержання валідної соціологічної інформації.

Структура анкети передбачала три класичні складові: вступ, основну частину, демографічні дані.

У вступі містилось звернення до респондента з поясненнями мети даного соціологічного опитування та проханням взяти участь в ньому за умови нерозголошення персональних результатів та використання соціологічної

інформації від усіх учасників в узагальненому вигляді в наукових цілях і практиці охорони здоров'я з питань кардіореабілітації з метою її покращення.

Основна частина анкет складалась з цільових запитань, які торкалися: поінформованості пацієнтів щодо факторів ризику ІХС; джерел інформації, якими користуються пацієнти для обізнаності щодо впливу цих факторів ризику на здоров'я; факторів ризику, які сприяли захворюванню на ІХС саме у даного респондента. Запитання також передбачали отримання інформації для дослідника про активність пацієнта щодо усунення негативного впливу реалізованих факторів ризику, лояльність до рекомендацій медичних працівників з протидії факторам ризику та самоконтроль стану здоров'я пацієнтом. Нарешті, до анкети входили запитання з обізнаності пацієнтів про програми кардіореабілітації, їх готовності брати участь в індивідуальній програмі кардіореабілітації та можливостей пацієнтів використовувати цифрові пристрої й електронний зв'язок для проведення заходів програми кардіореабілітації в домашніх умовах.

Запитання в анкеті розташовувались у логічному порядку: на початку основної частини анкети знаходились більш загальні питання, а надалі – більш конкретні; більш складні запитання розміщувались після більш простих; зміст запитань був чітким і однозначним. Віяло можливих відповідей передбачало широкий спектр варіантів, з яких респондент міг обрати одночасно декілька, зважаючи на мультифакторіальність ризиків ІХС та різноманітність форм поведінки респондентів з протидії цим факторам.

Усього анкета складалась із 23 запитань (Додаток Б).

Зібраний статистичний матеріал за результатами соціологічного опитування оброблявся в обчислювальній лабораторії кафедри інформатики, інформаційних технологій та трансдисциплінарного навчання НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Відповіді аналізували за допомогою ліцензованого програмного забезпечення для описової статистики Microsoft Office 2019 (Microsoft Excel) та ліцензованої програми STATISTICA 6.1, STATA/SE 12.0 для Windows.

На даному етапі додатково до методу системного підходу використані методи контент-і порівняльного аналізу, соціологічного опитування, медико-статистичний, графічний.

Матеріали третього етапу дослідження викладені у четвертому розділі дисертаційної роботи.

Отримані на попередніх етапах результати піддавались логічному осмисленню, систематизації, аналізу виокремлених проблем та покладались в основу медико-соціального обґрунтування функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам з ішемічною хворобою серця та розробки практичних рекомендацій щодо її впровадження на галузевому, регіональному та місцевому рівнях медичної допомоги, що проведено на четвертому етапі дослідження.

На даному етапі додатково використані методи синтезу, описового й графічного моделювання.

На п'ятому, заключному етапі дослідження, відбувались упровадження окремих елементів запропонованої моделі, оцінка її медичної, соціальної та економічної ефективності та експертна оцінка моделі.

Експертна оцінка функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам з ішемічною хворобою серця проводилась з використанням «Анкети експерта» за п'ятибальною оціночною шкалою (Додаток В).

Експертна група формувалась за видами професійної діяльності та складалась з 20 осіб:

1) проректора з науково-педагогічної та лікувальної роботи закладу вищої освіти; чотирьох завідувачів кафедр закладів вищої освіти; професора, доцента кафедри; старшого наукового співробітника – усього 8 (40,0%) осіб, які займаються науковою та науково-педагогічною діяльністю за напрямками «кардіологія», «терапія», «внутрішня медицина», «соціальна медицина»;

2) керівників: начальника відділу гуманітарного розвитку районної державної адміністрації – 1 особа; директорів: закладу охорони здоров'я – 2

особи; виконувача обов'язки директора закладу охорони здоров'я – 1 особа; медичного центру, приватного закладу охорони здоров'я (ФОП) – 2 особи; заступника директора з медичної частини закладу охорони здоров'я – 1 особа, завідувачів: кардіологічного відділення та відділення кардіореабілітації та планової кардіології – 2 особи, усього 9 (45,0%) осіб;

3) лікарів-кардіологів – 2 особи; лікаря-хірурга, усього 3 (15,0%) особи.

Отже, 40,0% експертів займалися науковою та науково-педагогічною діяльністю, 45,0% - управлінською діяльністю на різних рівнях, і лише 15,0% експертів були практикуючими лікарями. Високий відсоток науковців та керівників дозволяв очікувати неупереджених експертних оцінок від високопрофесійних експертів, якими були зазначені учасники групи.

Статус наукового, науково-педагогічного працівника передбачає, як правило, наявність наукового ступеня. Серед усіх експертів 16 осіб (80,0%) мали наукові ступені (кандидата медичних наук за спеціальністю «кардіологія» – 4 особи; доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина», наукова спеціальність «Соціальна медицина» – 3 особи; доктора медичних наук – 9 осіб, з них за спеціальністю «кардіологія» – 6 осіб, за спеціальністю «Соціальна медицина» – 3 особи), що ще раз підтвердило високий професійний рівень експертів (Додаток Г).

Тобто, до складу експертів належали високопрофесійні спеціалісти й науковці з профільними спеціальностями, які володіли компетентностями за напрямом і темою дослідження, та були спроможні надати різнобічну оцінку запропонованій моделі.

Експертна оцінка проводилась з використанням електронних засобів комунікацій дослідника і експертів, які надали добровільну згоду на участь у проведенні експертної оцінки, шляхом розсилки електронною поштою матеріалів з результатами проведеного наукового дослідження та анкети експерта. Після ознайомлення з матеріалами дослідження заповнені експертами та повернені автору дисертаційної роботи анкети підлягали медико-статистичному аналізу: визначались середня арифметична бальних

оцінок (M) та середнє квадратичне відхилення (σ). Останнє вираховувалось з метою наступного підрахунку ступеня узгодженості думок експертів за коефіцієнтом варіації (Cv) для кожного об'єкта експертизи у відсотках за формулою:

$$Cv = \sigma : M \times 100\%.$$

Виконання завдань на завершальному етапі стало можливим завдяки використанню методів: організаційного експерименту, порівняльного аналізу, експертної оцінки, медико-статистичного.

Результати, отримані на четвертому і п'ятому етапах дослідження, викладені у п'ятому, заключному розділі дисертації.

Висновки до розділу 2

1. Досягнення мети дослідження – медико-соціального обґрунтування та розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця – відбувалось відповідно до спеціальної програми, яка віддзеркалювала обрану автором методологію дослідження на загальних принципах наукового пізнання – системного підходу та діалектики, та структурованої за послідовними етапами, згідно з визначеними завданнями.

2. В якості методичного інструментарію на етапах дослідження використані загальнонаукові та спеціальні в соціальній медицині методи дослідження: системного підходу і аналізу на всіх етапах дослідження, бібліосемантичний, контент-аналізу, порівняльного аналізу, узагальнення, синтезу, соціологічний, медико-статистичний, моделювання, організаційного експерименту, графічний, експертних оцінок.

3. Інформаційними джерелами дослідження слугували зарубіжні та вітчизняні наукові публікації, рекомендаційні, програмні та аналітичні матеріали міжнародних інституцій за темою, вітчизняні нормативно-правові

акти й локальні нормативні документи, заповнені респондентами анкети соціологічного опитування, заповнені анкети експерта, викопійовані дані з обліково-звітних та аналітично-статистичних матеріалів галузевого, регіонального та локального рівнів організації медичної допомоги.

4. У межах програми передбачалось проведення: теоретичного аналізу медико-соціального й економічного значення хвороб системи кровообігу та внеску кардіореабілітації у відновлення здоров'я населення; емпіричного дослідження з визначення потреб населення м. Київ у кардіореабілітації, стану організації діяльності закладів охорони здоров'я з надання реабілітаційної допомоги, зокрема, пацієнтам з ІХС, особливостей порушень функціонування у повсякденному житті та поширеності факторів ризику у пацієнтів з ІХС та їхньої обізнаності щодо програм кардіореабілітації.

5. Невід'ємною складовою програми визначено обґрунтування та розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ІХС за підсумками проведеного дослідження відповідно до визначеної мети, впровадження її окремих елементів в практику діяльності закладів охорони здоров'я м. Київ та експертна оцінка її ефективності кваліфікованими експертами.

РОЗДІЛ 3

ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ м. КИЇВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ЇЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

3.1. Характеристика стану здоров'я населення м. Київ як фактору формування потреб у реабілітації

Потреби населення у реабілітаційній допомозі визначаються, перш за все, на основі демографічних характеристик, зокрема, чисельності, вікової й статеві структури, структури й рівня смертності, природного руху, а також даних про первинну захворюваність і поширеність (накопичення) хвороб у популяції.

За даними медико-статистичного аналізу матеріалів дослідження, за період 2010-2019 років чисельність наявного населення м. Київ зросла з 2 743 824 до 2 964 101 осіб, або на 7,4%.

Зміни вікової структури торкнулися усіх вікових груп: чисельність населення віком 0-15 років зросла з 379 995 до 508 450 осіб, або на 128 455 осіб, що призвело до зростання питомої ваги цієї вікової групи в структурі всього населення з 13,8% до 17,2%; абсолютна чисельність населення віком 16-59 років також збільшилася з 1 772 812 до 1 786 954 осіб, або на 14 142 особи, але в структурі населення у відсотковому значенні відмічалось зменшення цього контингенту з 64,6% до 60,3%; такі ж тенденції відзначались і в віковій групі 60 років і старше, оскільки абсолютна кількість населення зросла з 591 017 до 614 108 осіб, або на 23 091 особу, але в структурі всього населення питома вага цієї вікової групи зменшилася з 21,5% до 20,7%.

Незважаючи на зміни вікової структури, які в цілому вказували на омолодження населення столиці, що є позитивною ознакою, високою залишалася питома вага осіб старше 60 років. Як група високого ризику за

віковим критерієм щодо захворюваності на хвороби системи кровообігу, це означало збереження високих потреб у кардіореабілітації потенційних хворих на зазначену патологію.

Показники народжуваності упродовж досліджуваного періоду були нестабільними і коливались від 11,5 народжених живими на 1000 нас. у 2010 році до 11,0 на 1000 нас. у 2019 році з максимальним значенням 12,5 на 1000 нас. в 2016 році.

Упродовж 2010-2018 років рівень народжуваності перевищував рівень смертності, останній дорівнював 10,3 на 1000 нас. в 2010 році, 10,9 на 1000 нас. – в 2018 році, що забезпечило позитивний природний приріст у межах 1,2 - 0,8 на 1000 нас. за відповідний період з коливаннями в окремі роки від 1,5 до 2,2 на 1000 нас. Водночас у 2019 році показник смертності (11,2 на 1000 нас.) перевищив показник народжуваності (11,0 на 1000 населення), що призвело до природного скорочення населення столиці.

Загалом показники природного руху населення м. Київ відрізнялись у кращу сторону, ніж в цілому по країні, де народжуваність зменшилась з 10,8 до 7,4 на 1000 нас. за 2010-2019 роки, і навіть зменшення рівня смертності з 15,2 до 13,7 на 1000 нас. за відповідний період не призвело до позитивного природного відтворення, оскільки природне скорочення зросло у відносних показниках з 4,4 до 6,3 на 1000 нас. України.

Аналіз структури смертності населення м. Київ за нозологічними формами засвідчив, що перше місце в ній стабільно займали хвороби системи кровообігу (64,3%), в т. ч. ішемічна хвороба серця (50,5%) та цереброваскулярні хвороби (10,4%). Провідні місця також належали новоутворенням (17,2%), хворобам органів травлення (4,5%), травмам і отруєнням (4,3%), хворобам органів дихання (2,5%). На усі інші хвороби приходилося лише 7,2% в структурі смертності киян (рис. 3.1).

Виявлено, що середня очікувана тривалість життя при народженні у жителів столиці вища, ніж в середньому по Україні, і складала в 2019 році для обох статей 74 роки, зокрема, для чоловіків – 69,6 років, для жінок – 78 років,



Рис. 3.1. Структура смертності населення м. Київ за причинами в 2019 році (у відсотках)

тоді як по країні відповідні показники склали 71,8, 66,9 та 76,8 років. Більша тривалість життя населення слугує вказівником потенційного ризику високого рівня захворюваності на хвороби системи кровообігу, зокрема, ішемічну хворобу серця.

Отже, демографічні характеристики здоров'я населення столиці звертали увагу на актуальність хвороб системи кровообігу як таких, що ставали провідною причиною смертності, та ризику їх розвитку й накопичення в популяції за рахунок значної частки населення старшого віку й подовження тривалості життя киян.

Проведеним медико-статистичним аналізом матеріалів дослідження виявлено, що за період 2010-2019 років відбулося зниження загальної захворюваності дорослого населення м. Київ – з 24 314,8 до 21 231,7 на 10 тис. нас. відповідного віку, або на 12,7%. Зниження відбулося майже за усіма основними класами хвороб, крім новоутворень, рівень яких зріс з 666,6 до 759,6 на 10 тис. відповідного нас., або на 12,2%.

Тенденції здоров'я киян віддзеркалювали загальні закономірності змін здоров'я населення України за показником загальної захворюваності, який також зменшився з 186 786,5 до 170 634,5 на 100 тис. населення віком 18 років і старше за період 2010-2017 років, або на 8,6% (після 2017 року офіційні дані по Україні не оновлюються).

Провідні місця в структурі загальної захворюваності жителів столиці в 2019 році займали ХСК (рівень 6 440,9 на 10 тис. нас., або 30,3% в структурі), у т. ч. ІХС (рівень 2 401,6 на 10 тис. нас., або 11,3% у структурі) й цереброваскулярні хвороби (рівень 586,4, або 2,8%), що в черговий раз підкреслило їх медико-соціальну значимість.

Надалі структуру загальної захворюваності формували хвороби органів дихання (рівень 3 217,9, або 15,2%), травлення (рівень 2 503,8, або 11,8%), сечостатевої системи (рівень 1 860,5, або 8,8%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (рівень 1 313,7, або 6,2%), ока та його придаткового апарату (рівень 1 042,6, або 4,9%), ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (рівень 1 007,4, або 4,7%), нервової системи (801,5, або 3,8%), новоутворення (759,6, або 3,6%); травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (630,8, або 3,0%) (рис. 3.2).

Зазначена вище структура за першими п'ятьма ранговими місцями повторювала таку щодо загальної захворюваності усього населення України з деякими відмінностями за питомою вагою: ХСК стабільно посідали перше рангове місце з рівнем 63 793 на 100 тис. нас. віком 18 років і старше, або 37,4%; ІХС досягла рівня загальної захворюваності 22 274,0 на 100 тис. нас. країни відповідного віку, або 13,1% за питомою вагою. Поширеність хвороб органів дихання дорівнювала 21 474,5 на 100 тис. нас. відповідного віку, питома вага – 12,6%, хвороб органів травлення – відповідно 17 949,5 та 10,5%, сечостатевої системи – 10 291,7 та 6,0%, кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 9 825,8 на 100 тис. нас. та 5,8% у структурі.



Рис. 3.2. Структура загальної захворюваності населення м. Київ за причинами в 2019 році (у відсотках)

Аналогічні тенденції простежувались стосовно рівня первинної захворюваності серед жителів столиці за 2010-2019 роки: відмічалось її зниження з 7 987,7 до 6 070,0 на 10 тис. нас. віком 18 років і старше, або на 24,1%. Серед населення України упродовж 2010-2017 років також відбулося зниження первинної захворюваності, але більш значиме – на третину (33,1%) – з 72 255,4 до 48 212,2 на 100 тис. нас. відповідного віку. На рівень показника вплинули, зокрема, військові події в той час на Сході країни, внаслідок яких змінилась облікова чисельність населення з 2014 року.

У структурі первинної захворюваності населення віком 18 років і старше м. Київ провідні місця належали (на 10 тис. відповідного населення): хворобам органів дихання (рівень 2 180,7, або 35,9% у структурі), сечостатевої системи (відповідно 778,9, або 12,8%), травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх причин (відповідно 594,8, або 9,8%).

ХСК посідали четверте рангове місце (рівень 437,6 на 10 тис. нас. віком 18 років і старше, або 7,2% у структурі), в т. ч. рівень ІХС становив відповідно 125,8, або 2,1%, цереброваскулярних хвороб – відповідно 69,0 на 10 тис. нас. відповідного віку, або 1,1%. Надалі за ранговими місцями розташувались хвороби ока та його придаткового апарату (рівень 327,9 на 10 тис. нас. відповідного віку, або 5,4%), вуха та соскоподібного відростку (265,2 на 10 тис. нас. відповідного віку, або 4,4%) (рис. 3.3).

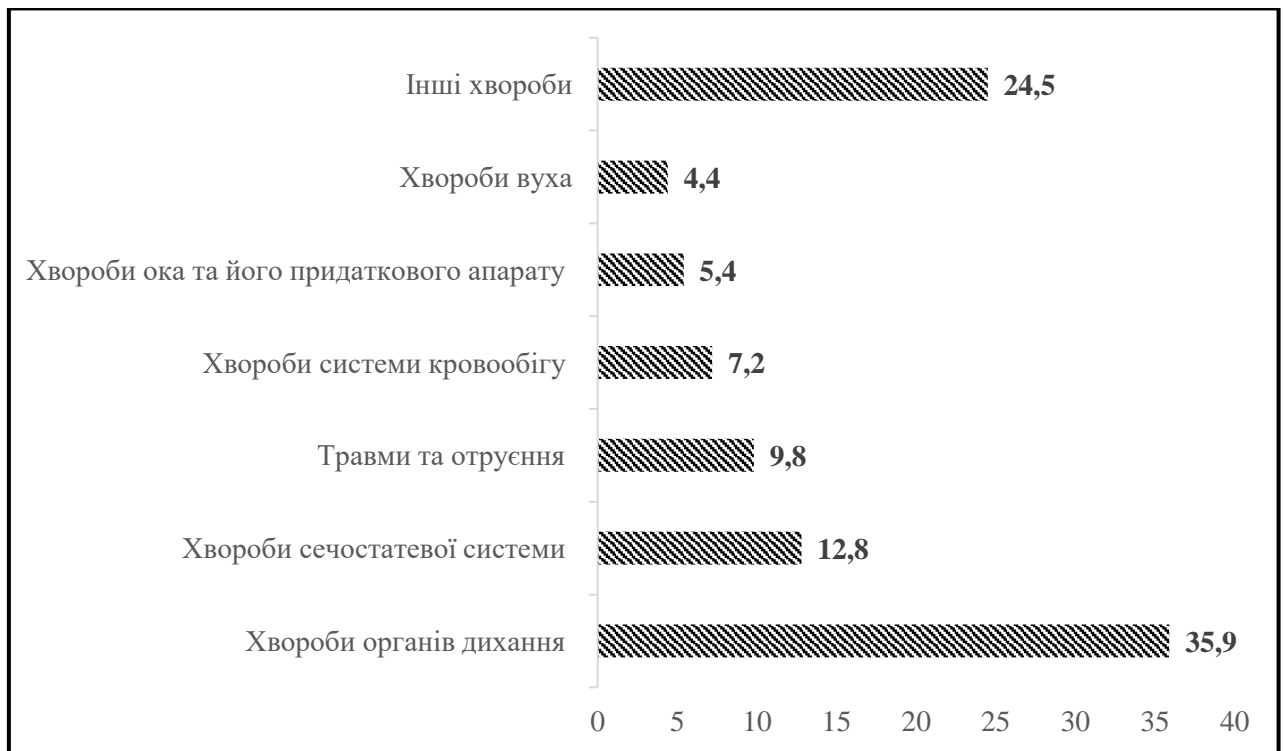


Рис. 3.3. Структура первинної захворюваності населення м. Київ за причинами в 2019 році (у відсотках)

Структура первинної захворюваності населення України дещо відрізнялася від аналогічної по м. Київ: перше місце в структурі належало хворобам органів дихання (рівень 15 320,5 на 100 тис. нас., або 31,8% в структурі). Хвороби системи кровообігу посідали друге місце (рівень 4 957,4 на 100 тис. нас., або 10,3% в структурі, зокрема, рівень ІХС становив 1 331,2

на 100 тис. нас., або 2,8% в структурі первинної захворюваності усього населення).

Наступні рангові місця в структурі первинної захворюваності населення країни належали хворобам сечостатевої системи (рівень 4 415,6 на 100 тис. нас., або 9,2% в структурі), травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх причин (рівень 3 761,4 на 100 тис. нас., або 7,8% в структурі), хворобам ока та придаткового апарату (рівень 3 021,0 на 100 тис. нас., або 6,3% в структурі).

Отже, в нозологічній структурі загальної захворюваності жителів м. Київ більше третини приходилось на хвороби системи кровообігу, серед яких найбільша частка належала ІХС.

У структурі первинної захворюваності ХСК займали лише четверте місце, що при співставленні з першим ранговим місцем в структурі поширеності вказало на накопичення хвороб даного класу в столичній популяції, причини для можливих обмежень функціонування та порушень життєдіяльності в гострих станах цих хвороб або загостренні в разі їх хронічного перебігу, а також несвоєчасне їх виявлення, а отже, відтермінування лікування та реабілітації.

Інші хвороби, які займали провідні місця в структурі первинної та загальної захворюваності жителів столиці, як і жителів усієї України, мають значення як такі, що стають супутніми хворобами для хвороб системи кровообігу, і тим обтяжують перебіг останніх, а отже, можуть впливати на можливості повноцінної кардіореабілітації.

Таким чином, виявлено в цілому низький рівень здоров'я дорослого населення столиці, що підтверджено високими рівнями первинної захворюваності, поширеності хвороб і смертності, та провідне значення хвороб системи кровообігу, зокрема, ІХС, в їх структурі.

Важливою складовою для визначення потреб у реабілітації слід вважати госпіталізовану захворюваність та її структуру, оскільки стаціонарне лікування здійснюється пацієнтам у клінічних станах переважно важкого і

вкрай важкого ступеня тяжкості, що потребує надання реабілітаційної допомоги пацієнтам в гострому, післягострому періодах на лікарняному ліжку з передачею пацієнта на наступний етап реабілітації в періоді ремісії/компенсації в амбулаторних умовах.

За даними медико-статистичного аналізу встановлено, що рівень госпіталізованої захворюваності населення м. Київ у 2010 році дорівнював 19,39 на 100 нас. віком старше 18 років, і був нижчим, ніж по Україні – 21,9 на 100 нас. відповідного населення. Показник змінився в 2019 році: в м. Київ він незначно, але зріс до 19,77, а в Україні помітно зменшився – до 18,77 на 100 нас. віком старше 18 років.

Зокрема, з приводу ХСК в 2010 році госпіталізована захворюваність серед населення м. Київ дорівнювала 3,57 на 100 нас. віком 18 років і старше, а в 2019 році зросла до 4,02 на 100 нас. відповідного населення, що відрізнялось від динаміки аналогічного показника по Україні, який, навпаки, зменшився з 4,43 до 4,35 на 100 нас. обраного контингенту населення.

У структурі госпіталізованої захворюваності жителів столиці в 2010 році перше місце належало хворобам системи кровообігу: із 445 168 випадків лікування осіб, виписаних із стаціонару, 81 890 осіб (18,4%) виписані після лікування зазначених хвороб. Друге місце належало новоутворенням, з приводу яких було проліковано 51 138 осіб (11,5%), третє – хворобам органів травлення – 43 495 осіб (9,8%), четверте – хворобам сечостатевої системи – 35 246 осіб (7,9%), п'яте – хворобам органів дихання – 25 786 пацієнтів (5,8%).

У 2019 році структура госпіталізованої захворюваності серед населення столиці не змінилася за ранговими місцями, але питома вага випадків за класом ХСК зросла: із 467 963 загальної кількості випадків лікування в стаціонарі 95 125, або 20,3%, сталося з приводу цих хвороб. Зросла також кількість випадків лікування з приводу новоутворень (проліковано 82 188 осіб, або 17,6% в структурі госпіталізованої захворюваності).

Госпіталізована захворюваність з приводу інших хвороб у 2019 році зменшилась: щодо хвороб органів травлення, вона дорівнювала 41 193

випадкам, або 8,8%, сечостатевої системи – 29 931 випадкам, або 6,4%, органів дихання – 24 882 випадкам, або 5,3% в структурі цього виду захворюваності (рис. 3.4).

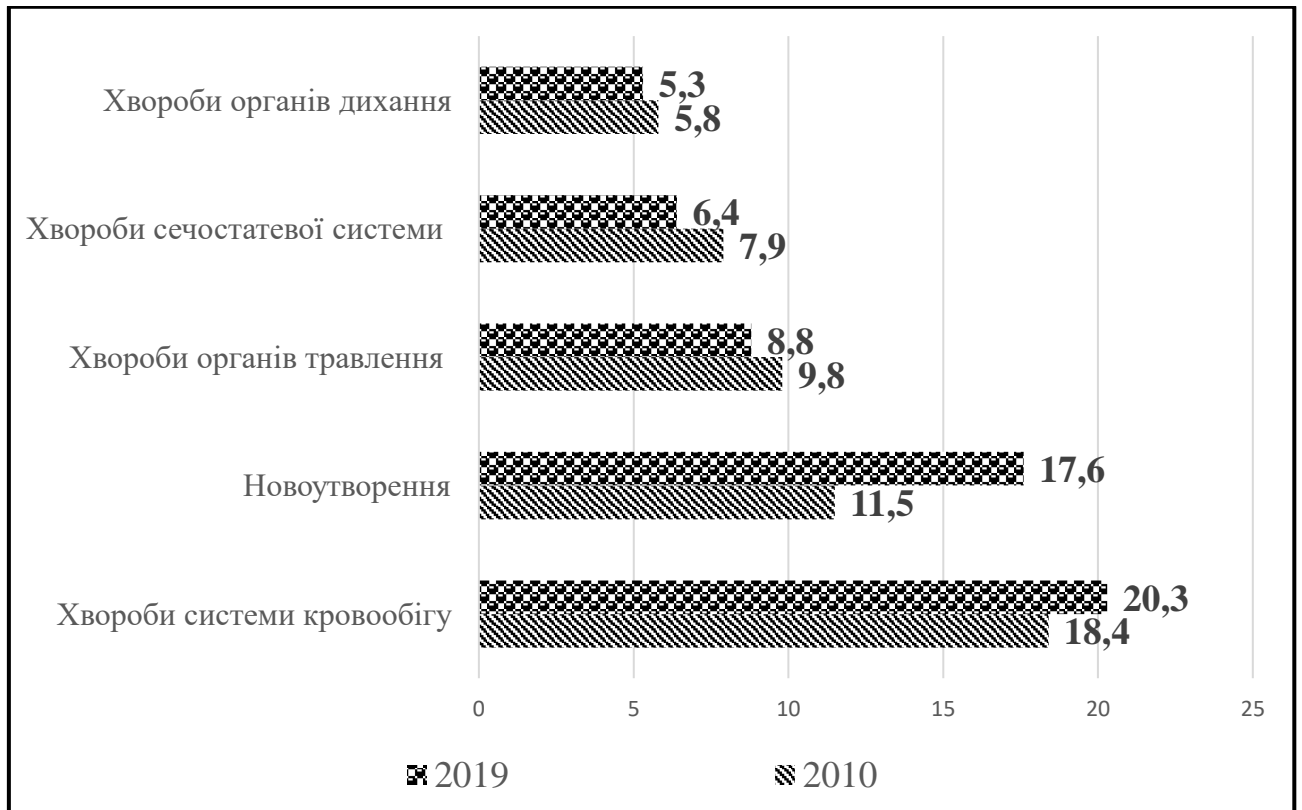


Рис. 3.4. Структура госпіталізованої захворюваності населення м. Київ віком 18 років і старше у 2010 та 2019 роках (у відсотках)

Зазначена структура за ранговим місцем – першим – для ХСК не відрізнялась по м. Київ від такої по Україні; мали місце лише відмінності в питомій вазі – 20,2% в 2010 році, 23,2% – в 2019 році, яка значно, як і серед киян, перевищувала питому вагу інших хвороб, що займали провідні місця в структурі госпіталізованої захворюваності населення України (рис. 3.5).

На потреби в реабілітації вказали також дані про стійкі обмеження функціонування з наданням статусу особи з ознаками інвалідності у частини населення м. Київ. Серед дорослого населення упродовж 2010-2019 років щороку визнавалось особами з ознаками інвалідності від 9 610 до 8 794 осіб,



Рис. 3.5. Структура госпіталізованої захворюваності населення України віком 18 років і старше у 2010 та 2019 роках (у відсотках)

або 42,5-41,2 на 10 тис. відповідного населення. Найвища питома вага в структурі інвалідності за причинами належала випадкам інвалідності внаслідок загального захворювання – 88,0-87,2%, зокрема, третина первинної інвалідності дорослого населення (33,3%) – внаслідок ХСК.

Таким чином, зазначені проблеми зі здоров'ям населення столиці потребували медичної допомоги, зокрема, реабілітації, з огляду на сучасні підходи до внеску останньої в профілактику інвалідності та відновлення функціональної спроможності людини у повсякденному житті в зв'язку з гострими захворюваннями та/або загостреннями хронічних хвороб. Найбільш актуальною проблемою здоров'я киян, як і загалом українців, залишалися ХСК та, зокрема, ІХС, як їх суттєва складова. Отже, активне використання реабілітації пацієнтів з ІХС могло сприяти стабілізації або регресу цього поширеного захворювання.

3.2. Аналіз системи реабілітації в сфері охорони здоров'я м. Київ

Необхідність внесення змін до системи реабілітації простежувалась в Україні з 2012 року, як детально представлено в розділі 1 дисертації, зокрема, в закладах охорони здоров'я м. Київ, з упровадженням нових медичних технологій, заснованих на принципах доказової медицини. Результати оцінки системи реабілітації за ініціативи бюро ВООЗ в Україні в 2016 році, проведена дорадчою групою з питань реабілітації Міжнародної спілки фізичної та реабілітаційної медицини, внесені зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик працівників з реабілітації в 2018 році вимагали перегляду підходів керівників закладів охорони здоров'я і вищих органів управління до організації реабілітаційної допомоги, її змістовного наповнення та ресурсного забезпечення. Тому результати наступної частини дослідження, що проходило після введення в дію зазначених нормативних документів і публікації рекомендацій дорадчої групи з питань реабілітації, висвітлюють стан системи охорони здоров'я в частині реабілітації в м. Київ, зокрема, кардіореабілітації.

Розглядаючи таку складову, як лідерство в сфері реабілітації та стратегічне керівництво реабілітацією, слід зазначити, що ці функції в сфері охорони здоров'я м. Київ притаманні ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА). Останньому підпорядковані управління охорони здоров'я районних в м. Київ державних адміністрацій, а їм безпосередньо – заклади охорони здоров'я первинної і спеціалізованої медичної допомоги, засновані на комунальній власності територіальної громади м. Київ.

Аналізом матеріалів дослідження виявлено, що додаткові заходи щодо підтримки й розвитку медичної допомоги, зокрема, реабілітації населення м. Київ, крім гарантованих законодавством України і розглянутих у розділі 1 дисертації, внесені до переліку завдань і заходів Міської цільової програми «Здоров'я киян», яка діяла в 2017-2019 роках та її дія продовжена на 2020 - 2022 роки.

Програма розроблена, як вказано в преамбулі документу, з метою покращення здоров'я та оптимізації системи медичного обслуговування киян, зниження рівня їх захворюваності й поширеності хвороб, смертності та інвалідності. Однак до основних завдань програми упродовж 2017-2022 років не внесені цільові заходи з реабілітації як цілісної системи з покриттям усіх видів (первинної, спеціалізованої) медичної допомоги, яку надають заклади охорони здоров'я системи ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА). У програмі не визначені пріоритети та напрями діяльності в сфері реабілітації, не представлені диференційовані заходи в залежності від ступеня інтенсивності реабілітації (гостра, підгостра, довготривала).

Загалом слід оцінити заходи програми стосовно реабілітації як фрагментарні, поодинокі й такі, що не охоплюють повний спектр проблем здоров'я населення, які визначають потреби в реабілітації.

Так, серед заходів, включених до програми на 2017-2019 роки, передбачено реабілітацію жінок після лікування раку грудної залози. Інші заходи, які можна віднести до реабілітації, передбачають закупівлю ендопротезів колінних і кульшових суглобів, забезпечення зубним протезуванням пільгових верств населення та слухопротезуванням осіб з проблемами слуху.

Заходами, які можуть бути віднесені до складових реабілітації осіб з патологією серцево-судинної системи, у 2017-2019 роках передбачалось:

- 1) введення програми управління артеріальною гіпертензією на рівні первинної медичної допомоги з реімбурсацією в розмірі 50,0% пенсіонерам і особам працездатного віку. Тобто, цими заходами передбачалося забезпечити доступ до управління одним із головних факторів ризику ІХС – артеріальною гіпертензією;

- 2) введення програми управління стенокардією на рівні первинної медичної допомоги з реімбурсацією в розмірі 50,0%. Цей захід стосувався забезпечення доступності хворих до лікування стенокардії як одного з проявів ІХС;

3) забезпечення інфарктних відділень препаратами для проведення тромболізу та ад'ювантного супроводу хворих на гострий коронарний синдром. Зазначений захід передбачав доступ до медикаментозного лікування інфаркту міокарда в гострій стадії хвороби, як однієї з клінічних форм ІХС;

4) забезпечення хворих високого ризику кардіологічних та інфарктних відділень ефективними засобам профілактики тромбоемболічних ускладнень, антиаритмічними засобами, засобами для лікування кардіогенного шоку, препаратами для стабілізації інфарктзалежної атеросклеротичної бляшки. Заходом передбачалося забезпечення доступу до медикаментозного лікування інфаркту міокарда та пов'язаних з ним станів;

5) забезпечення закладів охорони здоров'я тест-системами для постійного моніторингу глюкози в крові. Захід спрямовувався як на своєчасну діагностику цукрового діабету, так і на виявлення підвищеного рівня цукру в крові як метаболічного фактору ризику хвороб серцево-судинної системи.

Серед заходів, включених до програми на 2020-2022 роки, певним чином такими, що мають відношення до реабілітації, можна вважати наступні:

1) поліпшення інфраструктури закладів охорони здоров'я (будівництво, реконструкція та реставрація закладів охорони здоров'я, що надають екстрену та вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, проведення капітальних ремонтів закладів охорони здоров'я, оновлення та забезпечення їх матеріально-технічної бази, закупівля обладнання). Ці заходи є загальними й спрямовані на покращення якості інфраструктури, що впливає на якість будь-якого виду медичної допомоги, у т. ч., реабілітації;

2) забезпечення різних видів протезування населення (закупівля ендопротезів колінних і кульшових суглобів та інструментарію для їх імплантації, слухових апаратів для осіб з інвалідністю та соціально незахищених верств населення, які мають вади слуху, забезпечення зубного протезування та лікування пільгових категорій населення). Як видно, ці заходи спрямовані на забезпечення населення допоміжними засобами (протезування) в разі втрати/патології органу, внаслідок чого обмежується/втрачається

функціонування. Однак цей перелік занадто стислий і не включає контингенти хворих з найбільш поширеними хронічними хворобами, що призводять до обмеження життєдіяльності людини у зв'язку зі станом здоров'я при її взаємодії із оточенням;

3) надання дитячому населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення із санаторно-реабілітаційного лікування дітей та підлітків м. Київ, забезпечення засобами догляду важкохворих дітей з інвалідністю на амбулаторному етапі. Ці заходи стосуються дитячого населення, вони узагальнені; незрозуміло, які саме послуги передбачено програмою «Здоров'я киян» надавати дітям і підліткам понад гарантований державою обсяг.

Заходи, які стосувалися реабілітації хворих з патологією серцево-судинної системи, включали в себе забезпечення витратними матеріалами для скринінгу населення з визначення рівня холестерину для закладів первинної медичної допомоги, забезпечення лікарськими засобами хворих на легеневу гіпертензію та кардіохірургічних відділень – необхідними медичними виробами та лікарськими засобами.

Тобто, зазначена програма не містила в собі цілісної систематичної складової, присвяченої пріоритетам в реабілітації хворих з найбільш поширеними захворюваннями, в залежності від потреб населення, з максимальним його охопленням реабілітаційними заходами, зокрема, кардіореабілітацією, в якій є найвищі потреби. Із переліку заходів видно, що програма не спрямована на організацію надання реабілітаційних заходів широкому колу осіб з порушенням життєдіяльності внаслідок гострих і хронічних захворювань, у т. ч., серцево-судинних, та оптимального їх сполучення в залежності від виду реабілітаційних послуг та закладів охорони здоров'я, де вони надаватимуться.

Наступна складова системи охорони здоров'я в частині реабілітації, яка досліджувалась, торкалася фінансування останньої. Установлено, що кожен вище зазначений захід Міської цільової програми «Здоров'я киян», зокрема,

заходи, які мають відношення до реабілітації, підкріплені фінансуванням за кошти державного та/або міського бюджету. Виділені кошти розподілені на кожен рік упродовж періоду, на який розрахована програма.

Більш деталізоване фінансування реабілітації передбачено в складі програми медичних гарантій за рахунок державного бюджету за пакетами послуг, що містять типові види реабілітаційної допомоги, етапами надання медичної допомоги та при окремих захворюваннях:

1) амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги, включаючи медичну реабілітацію;

2) надання послуг з медичної реабілітації:

- в гострому періоді інфаркту міокарда та переведення пацієнтів до відділення (центру) реабілітації для надання послуг з медичної реабілітації у підгострому/відновному періоді);

- в гострому періоді мозкового інсульту та переведення пацієнтів до відділення (центру) реабілітації для надання послуг з медичної реабілітації у підгострому/відновному періоді);

- дорослим та дітям від трьох років з ураженням нервової системи та опорно-рухового апарату;

- дорослим та дітям в умовах стаціонару без проведення хірургічних операцій в гострому періоді захворювань та в післяопераційному періоді.

Як видно з положень програми медичних гарантій, надання послуг з медичної реабілітації включено до складу медичної допомоги в умовах амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги, стаціонарної медичної допомоги без проведення хірургічних операцій в гострому періоді захворювань та в післяопераційному періоді. Це вимагає повноцінної інтеграції реабілітації в реальній клінічній практиці в усі види медичної допомоги в гострому, післягострому та віддаленому періоді в разі, якщо в пацієнта є обмеження життєдіяльності або ознаки інвалідності.

У той же час з аналізу положень Міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2020-2022 роки зрозуміло, що заходи останньої не були гармонізовані

з програмою медичних гарантій, тобто, активної інтеграції реабілітації в медичну допомогу в закладах охорони здоров'я, підпорядкованих ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), не передбачалось.

Умовами закупівлі послуг за програмою медичних гарантій є наявність у закладах, зокрема, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та/або фізичного терапевта, та/або ерготерапевта, та/або лікаря з лікувальної фізкультури, та/або лікаря з лікувальної фізкультури та спортивної медицини, та/або лікаря-фізіотерапевта. Цим підтверджено реагування на державному рівні в сфері охорони здоров'я України на міжнародні рекомендації до складу професіоналів і фахівців з реабілітації. Подальший аналіз показав, наскільки в закладах охорони здоров'я м. Київ ці рекомендації запроваджувались.

Аналіз людських ресурсів в сфері реабілітації показав, що в закладах, підпорядкованих ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), упродовж 2010-2019 років відбувались кадрові зміни, однак їх характер не набув відповідності до світових і європейських критеріїв в сфері реабілітації.

Зокрема, загалом мав місце високий рівень укомплектованості штатних посад лікарів різних спеціальностей, які можуть бути включені до мультидисциплінарних команд для надання реабілітаційної допомоги, в залежності від патології, незважаючи на певне зменшення цього показника упродовж 10 років: у 2010 році усього нараховувалось 15 323,0 штатних посад лікарів, у 2019 – 12 820,50 посад, або на 16,3% менше; зайнятими в 2010 році виявились 14 092,75 посад, а в 2019 році – 11 162,75 посад, отже, рівень зайнятості штатних посад дорівнював відповідно 91,9% та 87,1%.

У той же час рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами практично не змінився: в 2010 році працювало 11 924 фізичних особи лікарів, у 2019 році – 9 970,00; рівень укомплектованості складав відповідно 77,8% та 77,7%, що викликало насторогу внаслідок дефіциту більш ніж на 20,0% робочої сили.

Зокрема, динаміка штатних посад лікарів різних спеціальностей, які могли бути долученими до реабілітації хворих на ІХС, представлена в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Штатні посади та їх зайнятість персоналом, якого можна було задіяти до кардіореабілітації, в мережі закладів охорони здоров'я м. Київ у 2010 та 2019 роках

Лікарі та молодший персонал з медичною освітою	Усього штатних посад працівників		Кількість штатних посад працівників, зайнятих фізичними особами		Укомплектованість штатних посад фізичними особами (у відсотках)	
	2010	2019	2010	2019	2010	2019
Лікарі – усього у тому числі:	15323,0	12 820,5	14092,75	11162,75	77,8	77,7
лікарі-кардіологи	248,25	243,5	232,25	222,5	91,0	85,4
лікарі-дієтологи	12,5	6,5	8,75	4,5	40,0	61,5
лікарі-фізіотерапевти	168,50	129,0	137,00	100,75	65,9	61,2
лікарі з лікувальної фізкультури	62,75	37,0	54,0	28,0	63,7	56,8
лікарі-психотерапевти	34,25	26,25	30,0	21,5	93,4	81,9
лікарі-психологи	61,25	57,75	47,5	43,5	80,0	83,1
Логопеди		89,0		85,75		94,5
Молодший персонал зі спеціальною медичною освітою – усього у. т. ч. за спеціальностями:	23123,0	23259,5	21480,0	19981,25	85,7	73,4
медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів		994,25		924,75		77,7

Зокрема, штатних посад лікарів-кардіологів скорочено з 248,25 в 2010 році до 243,50 у 2019 році, або на 2,0%. З них зайнятими були відповідно 232,25 та 222,50 посад, рівень зайнятості штатних посад дорівнював 93,6% у 2010 році та 91,4% – в 2019 році. Працювало лікарів цієї спеціальності 226 фізичних осіб у 2010 році, 208 осіб – у 2019 році, рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами складав відповідно 91,0% та 85,4%, тобто, незважаючи на зменшення, був вищим, ніж в цілому серед усього контингенту лікарів м. Київ.

Суттєво скоротилися штатні посади лікарів-дієтологів по закладах охорони здоров'я м. Київ – з 12,5 до 6,5 посад, або на 48,0%; зайнятих посад нараховувалось відповідно 8,5 та 4,5, що складало 70,8% та 69,2%, а працювало п'ять фізичних осіб лікарів цієї спеціальності у 2010 році, що складало 40,0% укомплектованості штатних посад фізичними особами, та чотири фізичні особи у 2019 році, що дорівнювало 61,5% укомплектованості штатних посад.

Штатних посад лікарів-фізіотерапевтів нараховувалось 168,5 у 2010 році, та 129 – у 2019 році, з них зайнятих посад відповідно 137,0 та 100,75, зайнятість у відсотках складала 81,3% та 78,1%; фізичних осіб лікарів працювало відповідно 111 та 79, таким чином, рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами був низьким, оскільки складав відповідно 65,9% та 61,2%.

Для лікарів з лікувальної фізкультури в 2010 році було виділено 62,75 штатних посад, зайнятими виявились 54 посади, рівень зайнятості досягнув 86,1%. На цих посадах працювало 40 лікарів, що забезпечило 63,7% укомплектованості штатних посад фізичними особами. У 2019 році лікарі з лікувальної фізкультури загальною чисельністю 21 особа займали 28 посад із 37 штатних; таким чином, зайнятість штатних посад складала 75,7%, а рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами цих лікарів складав лише 56,8%.

Штатних посад лікарів-психотерапевтів виділено по м. Київ у 2010 році – 34,25, а в 2019 році – 26,25, тобто, чисельність їх скоротилася на 23,6%, а зайнятість штатних посад скоротилася з 87,6% до 81,9%, оскільки зайнятими були відповідно 30,0 та 21,5 штатних посад. Укомплектованість штатних посад фізичними особами цих лікарів значно скоротилася за досліджуваний період – з 93,4% до 76,2%, оскільки їх займали відповідно 32 та 20 лікарів.

Для лікарів-психологів у 2010 році виділено 61,25 штатних посад, зайнятими виявились 47,5, таким чином, укомплектованість штатних посад була низькою, оскільки дорівнювала 77,6%. Фізичних осіб лікарів цієї спеціальності працювало 49 осіб, отже, укомплектованість штатних посад фізичними особами становила 80,0%.

У 2019 році число штатних посад лікарів-психологів скоротилося до 57,75, або на 6,1%; з них 43,5, або 75,3%, виявились зайнятими 48 особами лікарів за відповідною спеціальністю, а укомплектованість штатних посад фізичними особами становила 83,1%.

Фахівцями, які надавали реабілітаційну допомогу в структурних підрозділах з надання логопедичної допомоги особам з порушеннями мови і мовлення – логопедами, було зайнято 85,75 посад із 89,00 виділених за штатним розкладом, зайнятість штатних посад складала таким чином 96,3%, фізичних осіб цих фахівців нараховувалось 81, а укомплектованість фізичними особами дорівнювала 94,5%.

Важливу роль на момент проведення дослідження в наявній системі реабілітації відігравав молодший персонал із медичною освітою, чисельність якого скоротилася за досліджуваний період з 19 806 до 17 071 осіб. Виділено по закладам охорони здоров'я м. Київ у 2010 році 23 123,0 штатних посад молодшого персоналу із медичною освітою, в 2019 році – 23 259,5 штатних посад, або на 0,6% більше. Зайнятість штатних посад зменшилася з 92,9% до 85,9%, а укомплектованість посад фізичними особами – з 85,7% до 73,4%.

Зокрема, молодший персонал із медичною освітою фізіотерапевтичних кабінетів у 2019 році в кількості 773 особи займав 924,75 штатні посади з їх

загального числа 994,25. Отже, зайнятість штатних посад цих працівників складала 93,0%, а укомплектованість штатних посад фізичними особами – лише 77,7%.

Таким чином, у мережі закладів охорони здоров'я м. Київ ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) протягом 2010-2019 років складалася переважно несприятлива ситуація з кадровим забезпеченням тими спеціалістами й фахівцями, які могли бути залучені до кардіореабілітації, оскільки укомплектованість фізичними особами лікарів-фізіотерапевтів, лікарів з лікувальної фізкультури, лікарів-психотерапевтів, молодшого персоналу із медичною освітою зменшилось, у той час, коли увага до реабілітації взагалі та до кардіореабілітації, зокрема, підвищилась в Україні у відповідь на міжнародні рекомендації з розвитку реабілітації в сфері охорони здоров'я, в т. ч., в частині забезпечення достатньою кількістю персоналу як одного з найважливіших ресурсів забезпечення реабілітації.

Крім того, в сфері охорони здоров'я столиці не запроваджені за усіма визначеними спеціальностями, необхідними для реабілітації, посади професіоналів і фахівців з реабілітації, незважаючи на те, що кваліфікаційні характеристики професіоналів – лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевта, фізичного терапевта, асистента ерготерапевта, асистента фізичного терапевта – були затверджені наказом МОЗ України в 2018 році, а професіонали і фахівці близьких спеціальностей після навчання мали бути перекваліфіковані. Положення Міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2020-2022 роки не врахували необхідність формування корпусу персоналу з питань реабілітації, а саме, фінансової підтримки додаткового навчання та матеріального заохочення працівників до виконання заходів з реабілітації.

Для успішного виконання завдань з надання реабілітаційної допомоги необхідна відповідна інфраструктура. За даними Центру медичної статистики ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), станом на 31 грудня 2019 року сформована мережа закладів і структурних підрозділів, що використовували в своїй діяльності реабілітаційні технології. До них належали

відділення відновного лікування в кількості 17 од., які входили до складу дев'яти консультативно-діагностичних центрів для дорослих, чотирьох дитячих лікарень, Київського міського госпіталю ветеранів війни, шкірно-венерологічної лікарні, Київського міського дитячого діагностичного центру.

Функціонувало також 60 фізіотерапевтичних відділень: 11 – у складі консультативно-діагностичних центрів для дорослих, одне – у складі консультативно-діагностичного центру для дітей, решта – у складі Центру ПМСД, усіх міських клінічних багатопрофільних та чотирьох спеціалізованих лікарень, міських дитячих лікарень, ТМО «Психіатрія», КНП «Київська стоматологія» та інших.

До складу восьми консультативно-діагностичних центрів для дорослих, двох – для дітей, п'яти міських дитячих лікарень, Міського медичного центру слуху та мовлення «Суваг» та інших закладів м. Київ входив загалом 21 структурний підрозділ з надання логопедичної допомоги.

Відділення/кабінети лікувальної фізкультури в кількості 13 од. працювали загалом у складі шести консультативно-діагностичних центрів, трьох міських клінічних лікарень, Міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги, Міській студентській поліклініці, КНП «Центр спортивної медицини м. Києва», фізіотерапевтичній поліклініці.

Кабінети голкорексфлексотерапії функціонували в чотирьох закладах (трьох консультативно-діагностичних центрах та одному Центрі ПМСД).

З метою надання кардіологічної допомоги хворим та відновлення їх клінічного стану до складу ряду закладів охорони здоров'я м. Київ – Олександрівської клінічної лікарні, КНП «Київський міський Центр радіаційного захисту населення м. Києва від наслідків Чорнобильської катастрофи», КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), КНП «Київська міська клінічна лікарня № 3» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), КНП «Київська міська клінічна лікарня № 5» виконавчого органу Київської

міської ради (КМДА), КНП «Київська міська клінічна лікарня № 8» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), КНП «Київська міська клінічна лікарня № 12» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), КНП «Київська міська клінічна лікарня № 15» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), Київського міського госпіталю ветеранів війни – входили стаціонарні кардіологічні відділення (разом 15 відділень).

Упродовж 2010-2019 років спеціалізований ліжковий фонд зазнав певних змін у межах реформування сфери охорони здоров'я столиці як складової реформи галузі: в 2010 році серед спеціалізованих ліжок було відведено 910 кардіологічних, на яких проліковано загалом 24 654 хворих, зокрема, з яких власне кардіологічних ліжок нараховувалось 525, на них проліковано 15 346 хворих.

Для лікування ІХС в 2010 році використовувалося 50 спеціалізованих ліжок, на яких проліковано 1 299 пацієнтів. Було розгорнуто 265 ліжок для лікування хворих з інфарктом міокарду, на яких проліковано 6 368 хворих, з них померло 334 пацієнта, показник летальності склав 4,98%.

Функціонувало 70 ліжок для кардіологічної реабілітації, на яких проліковано 1 641 хворого.

У 2019 році загальна кількість кардіологічних ліжок скоротилася до 785 од., тобто, на 13,7%. На них проліковано загалом 26 673 хворих, або на 8,2% більше, ніж в 2010 році. Зокрема, власне кардіологічних ліжок залишилось 485 од., або на 7,6% менше аналогічного профілю ліжок у 2010 році, на яких проліковано 17 737 хворих, або на 15,6% більше, ніж у 2010 році.

Для лікування ІХС в 2019 році було розгорнуто 40 ліжок, або на 20,0% менше, ніж у 2010 році, на яких пролікований 1 291 пацієнт, або лише на 0,6% менше. Для надання стаціонарної медичної допомоги хворим з інфарктом міокарду залишилося 210 ліжок, або на 20,8% менше, ніж у 2010 році. На них був пролікований 6 351 хворий, що було лише на 0,3% менше, ніж у 2010 році; померло 183 пацієнта, летальність значно зменшилася – до 2,80%.

Число ліжок для кардіологічної реабілітації скоротилося до 50 од., або на 28,6%, на яких проліковано 1 294 хворих, або на 21,1% менше, ніж у 2010 році.

Отже, порівняльний медико-статистичний аналіз показав, що при скороченні ліжкового фонду закладів охорони здоров'я м. Київ для лікування кардіологічних хворих кількість осіб, які потребували госпіталізації, зросла. Це віддзеркалювало зростання захворюваності на ХСК та накопичення їх у популяції жителів столиці. Зокрема, ліжка, призначені для лікування хворих на ІХС, після скорочення за кількістю повністю відповідали потребам населення у стаціонарній медичній допомозі з цією патологією, в т. ч., з інфарктом міокарду. Однак спеціалізовані ліжка, відведені для кардіореабілітації, були суттєво скорочені, й кількість хворих, пролікованих на цих ліжках, також значно скоротилася, що засвідчило зменшення уваги керівників сфери охорони здоров'я столиці до розвитку кардіореабілітації як важливої складової медичної допомоги.

Ресурсна база реабілітаційної допомоги забезпечувалась, крім медичних кадрів та інфраструктурних компонентів, медичним обладнанням, відповідно до табелів матеріально-технічного оснащення, в тих структурних підрозділах (кабінетах, відділеннях), які призначалися для надання реабілітаційної допомоги, в т. ч., для хворих з патологією серцево-судинної системи. Це підтверджено ліцензіями на господарчу діяльність з медичної практики, яку мав кожен заклад, заснований на комунальній власності територіальної громади м. Київ, і знаходиться в підпорядкуванні ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА).

За даними звітів за 2016-2019 роки виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) на щорічних колегіях, на виконання заходів з профілактики та лікування серцево-судинних захворювань запроваджено скринінг населення в закладах первинної медичної допомоги на визначення рівня цукру та холестерину в крові. У кожному клініко-діагностичному центрі (КДЦ) відкрито кабінети діагностики серцево-судинних захворювань, які обладнані

апаратами УЗД, комплектами моніторингу добової ЕКГ та холтеровського моніторингу, електрокардіографами. Усього придбано обладнання на 8,4 млн грн., проведено навчання медичного персоналу щодо роботи з цим обладнанням.

Запроваджено проєкт «Лікар у Вашому домі», в рамках якого охоплено консультаціями та обстеженнями 115,0 тис. осіб, виявлено 55,0 тис. жителів з підвищеним артеріальним тиском, 66 тис. осіб із надлишковою вагою, 33 тис. осіб з підвищеним рівнем холестерину, 18 тис. осіб – підвищеним рівнем цукру.

У Олександрівській клінічній лікарні м. Київ відкрито відділення рентгенендоваскулярної хірургії, кардіохірургічний блок з палатами інтенсивної терапії, реабілітаційне відділення. Закуплено обладнання на загальну суму 68,0 млн грн. Проведено понад 6 900 оперативних втручань (стентування, імплантація, коронарорентгенографія). З березня 2019 виконуються операції на відкритому серці (проведено до кінця року 339 втручань), з червня 2019 року проводиться імплантація аортальних клапанів «TAVI» (усього проведено 22 втручання).

Результати впровадження зазначених технологій свідчать про акцент на профілактику ХСК в закладах первинної медичної допомоги столиці та відкриті, таким чином, можливості контролю за станом серцево-судинної системи особам на стадії довготривалої реабілітації після серцево-судинної події.

Запровадження сучасних медичних технологій в кардіохірургії вказує на потреби пацієнтів після кардіохірургічних втручань у реабілітації високої інтенсивності та післягострій реабілітації, яка може відбуватися на ліжках інтенсивної терапії та в реабілітаційному відділенні лікарні, де здійснено втручання. Втім, потреби в реабілітації хворих на стабільну ІХС, які не перенесли оперативних втручань і не вимагають такого виду лікування, значно більші, й мають відбуватися практично в кожному закладі спеціалізованої

медичної допомоги, який надає медичну допомогу хворим з даними захворюваннями.

Медичні технології з реабілітації регулювалися галузевими клінічними протоколами медичної допомоги, про що свідчили щорічні рішення колегій виконавчого органу Київської міської ради (КМДА). Зокрема, в сфері кардіореабілітації запроваджено галузевий Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» для первинної, екстреної та вторинної медичної допомоги, створений у 2012 році. Надалі, починаючи з 2016 року, в діяльність закладів охорони здоров'я, за рішенням колегій, були запроваджені галузеві Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST, з елевацією сегмента ST, стабільною ІХС. Складовими кожного з цих нормативних документів є розділи, що стосуються кардіореабілітації.

Наскільки типовий заклад спеціалізованої медичної допомоги забезпечує потреби широкого кола пацієнтів із стабільною ІХС в кардіореабілітації, свідчать результати дослідження, представлені в наступному підрозділі роботи.

3.3. Стан організації кардіореабілітації в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)

Відповідно до програми дослідження, наступний її етап містив виконання завдань з вивчення реальної управлінської практики щодо організації реабілітації кардіологічних хворих у КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), як типовому багатопрофільному закладі охорони здоров'я м. Київ, що надає спеціалізовану медичну допомогу жителям столиці віком від 18 років і старше.

У даному закладі отримують медичну допомогу хворі з різними патологіями, зокрема, ураженнями серцево-судинної системи.

За даними медико-статистичного аналізу обліково-звітних документів, у досліджуваному закладі в 2010 році з 17 092 хворих проліковано з приводу ХСК 4 278 пацієнтів, або 25,0%. З них нараховувалось 1250 осіб, пролікованих з приводу стабільної ІХС, або 29,2% від загальної кількості пацієнтів з ХСК.

У 2019 році в досліджуваному закладі проліковано загалом 5 494 пацієнта з ХСК, або на 22,3% більше, ніж у 2010 році, з яких із стабільною ІХС – 1 730 осіб, або 31,5% від загальної кількості пацієнтів з ХСК та на 27,7% більше, ніж у 2010 році. Чисельність пацієнтів з ХСК складала 26,9% від загальної кількості хворих, пролікованих у лікарні, що перевищувало аналогічний показник 2010 року на 7,7%.

Контент-аналіз розпорядчих документів закладу засвідчив, що заходи з реабілітаційної допомоги включені до перспективних та річних планів роботи КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) на всіх рівнях управління (закладу, структурних підрозділів, лікарів), але вони стосуються контингенту хворих з хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини, наслідками травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин, наслідками інсультів. Наявні плани не структуровані за клінічними станами (гострий, післягострий, довготривалої реабілітації) для забезпечення цільової реабілітації, як запроваджено в найкращих світових практиках. Тобто, реабілітацією охоплюється обмежене коло пацієнтів, що відповідає окремим пакетам реабілітаційних послуг, які фінансуються з державного бюджету за нозологічним принципом. У той же час орієнтованого підходу до реабілітації широкого контингенту хворих, зокрема, з хворобами системи кровообігу, у т. ч. стабільною ІХС, як пропонується міжнародними рекомендаціями, не планується.

Питання ефективності надання реабілітаційної допомоги розглядаються епізодично на засіданнях медичної ради в межах питань діяльності закладу, що засвідчено протокольними рішеннями, за напрямами, зазначеними в планах. Однак відповідні зміни з перепроєктування діяльності з метою

запровадження реабілітації за міжнародними рекомендаціями та вітчизняними нормативно-правовими вимогами не розроблені.

Подальший контент-аналіз матеріалів дослідження засвідчив, що потреби пацієнтів з кардіологічною патологією задовольнялись у самостійному структурному стаціонарному підрозділі – відділенні кардіології та кардіореабілітації з кількістю 60 ліжок у 2010 році, що складало 9,4% від усього ліжкового фонду лікарні, потужність якого дорівнювала 640 ліжок. Чисельність ліжок цього відділення набула скорочення до 40 од. станом на 31 грудня 2019 року, що складало вже 6,2% в структурі загального ліжкового фонду обсягом 645 ліжок.

Кадровий склад КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), який працював на момент дослідження у відділенні та загалом у лікарні й міг бути задіяний до кардіореабілітації, представлений у табл. 3.2.

Як свідчать дані табл. 3.2, в лікарні був достатній за структурою та укомплектованістю штатними посадами корпус спеціалістів як базовий для перекваліфікації для приведення у відповідність міжнародним рекомендаціям та вітчизняним вимогам до кадрового складу в сфері реабілітації.

Певні проблеми відзначалися з укомплектованістю молодшим персоналом зі спеціальною медичною освітою, оскільки вона дорівнювала лише 73,7%, зокрема, за спеціальністю медичні сестри – 75,8%, а медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів – 80,0%.

Проблемами кадрового забезпечення реабілітації в досліджуваному закладі, незважаючи на наявні спроможності, слід вважати те, що згадки в локальних розпорядчих і обліково-звітних документах по закладу щодо мультидисциплінарних реабілітаційних команд як функціонально-організаційних одиниць для надання реабілітаційної допомоги в гострому та післягострому періодах захворювань не виявлено; дотримується традиційне використання реабілітаційних заходів спеціалістами і фахівцями як однієї із

Таблиця 3.2

Штати, зайнятість посад та укомплектованість посад фізичними особами КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) (станом на 31.12.2019)

Заклад охорони здоров'я	Усього штатних посад працівників	Кількість штатних посад працівників, зайнятих фізичними особами	Укомплектованість штатних посад працівників фізичними особами (відсоток)
Лікарі – усього з них:	160,25	140	87,4
дієтологи	0,25	1	400,0
фізіотерапевти	1,0	1	100,0
з лікувальної фізкультури	1	1	100,0
лікарі-психологи	1	1	100,0
Молодший персонал із медичною освітою - усього з них:	339,25	250	73,7
за спеціальністю: медичні сестри	279,75	212	75,8
за спеціальністю: медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів	7,5	6	80,0

складових лікування, а не комплексу унікальних і специфічних методів відновлення, адаптації, компенсації, навчання, комунікацій пацієнта та його найближчого оточення із зовнішнім середовищем. Це слідує з наступних даних аналізу матеріалів дослідження.

Відповідно до Положення про відділення кардіології та кардіореабілітації, воно призначено для надання спеціалізованої лікувально-діагностичної та консультативної медичної допомоги хворим із патологією

серцево-судинної системи. Незважаючи на те, що назва відділення свідчить про його призначення надавати реабілітаційну допомогу, остання як самостійний вид медичної допомоги при описові завдань і функцій відділення не виокремлена. Поодинокі згадки про реабілітацію кардіологічних хворих у профільному відділенні знайдені в посадовій інструкції завідувача відділення, який повинен контролювати застосування лікарями сучасних методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації відповідно до клінічних протоколів медичної допомоги, та посадовій інструкції лікаря-кардіолога, який зобов'язаний застосовувати сучасні методи реабілітації, визначати програму реабілітаційних заходів та знати сучасні методи реабілітації хворих при внутрішніх захворюваннях.

До функціональних обов'язків лікаря-кардіолога віднесені також знання Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ). Разом з тим, від лікаря-кардіолога посадовою інструкцією не вимагається знання й використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України 23.05.2018 № 981, яка призначена для впорядкування даних й визначення порушень і обмежень життєдіяльності хворого з подальшою реабілітацією.

У закладі функціонує мережа Інтернет, яка дозволяє лікарям з робочих місць отримувати доступ до галузевих клінічних настанов і Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, а також актуальних світових наукових джерел – систематичних оглядів і мета-аналізів з реабілітації хворих на ІХС. Існує внутрішня локальна цифрова мережа, яка використовується для передачі даних функціональних і лабораторних досліджень між спеціалістами та фахівцями. Однак вона не застосовується для обміну інформацією з метою організації та проведення мультидисциплінарних утручань, зокрема, з питань надання реабілітаційної допомоги.

Клінічні маршрути пацієнтів з ІХС, як локальні організаційні регламенти, містять заходи з проведення медикаментозного лікування хворих

у стаціонарі та функціональних і лабораторних досліджень в діагностичних структурних підрозділах. Реабілітаційні втручання та їх диференціація в залежності від клінічного стану хворого та структурні підрозділи, де вони можуть надаватися, а також мультидисциплінарні команди фахівців, які мають їх виконувати, в локальних організаційних регламентах не прописані.

Разом з тим, ресурсна база для реабілітаційної допомоги в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), крім відділення кардіології та кардіореабілітації й кадрового складу лікарні, містить фізіотерапевтичне відділення та відділення лікувальної фізкультури, поруч з відділенням функціональної діагностики, ультразвукової діагностики, клініко-діагностичною лабораторією з обладнанням та оснащенням відповідно табелю оснащення для лікарень планового лікування,

Окремі результати діяльності КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) з надання медичної допомоги хворим на серцево-судинні захворювання представлені в табл. 3.3.

Як видно з табл. 3.3, за окремими показниками використання ліжкового фонду та результатів лікування показники діяльності демонстрували покращення: помітно зменшилась тривалість перебування хворих на ліжку за усіма досліджуваними позиціями, що вказало на більш раціональне використання ліжкового фонду як одного з найбільш затратних ресурсів. Зокрема, тривалість перебування на ліжку хворих на гіпертонічну хворобу в 2010 році значно перевищувала показник по м. Київ, який складав 11,2. У 2019 році цей показник по лікарні (9,3) наблизився до рівня, середнього по м. Київ (9,2).

Летальність у стаціонарі від усіх ХСК залишилась на стабільному рівні, зокрема, від ІХС зменшилася з 5,1% до 4,9%. Високою залишалась летальність від гострого інфаркту міокарду: в 2010 році летальними були три випадки з чотирьох, у 2019 році – 14 випадків з 18.

Таблиця 3.3

Окремі результати діяльності КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) з надання медичної допомоги хворим на серцево-судинні захворювання у 2010 і 2019 роках

Нозологічна форма	Середня тривалість перебування хворого на ліжку		Летальність (у відсотках, випадках)	
	2010	2019	2010	2019
Хвороби системи кровообігу	13,3	10,6	6,2	6,2
Гіпертонічна хвороба	12,3	9,3	-	-
Ішемічна хвороба серця	12,5	9,2	5,1	4,9
Стенокардія	12,4	9,8	-	-
Гострий інфаркт міокарда	32,0	11,3	3 випадки з 4	14 випадків з 18

Отже, за даними матеріалів дослідження, в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) покращились окремі показники використання ліжкового фонду та утримувались стабільними та/або покращились результати надання медичної допомоги хворим на серцево-судинні захворювання, у т. ч. на ІХС.

У той же час пацієнтам бракувало реабілітаційних технологій, оскільки відсутні свідоцтва їх надання в гострому та післягострому періодах кардіологічних захворювань, а резерви удосконалення організації реабілітаційної допомоги закладені в наявному ліжковому фонді, кадровому складі та вітчизняних клінічних протоколах і міжнародних клінічних рекомендаціях з кардіореабілітації на принципах доказової медицини.

Усі ці ресурси потребували використання шляхом змін в управлінні реабілітацією в сфері охорони здоров'я м. Київ, зокрема, в закладах охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичну допомогу хворим з ІХС.

Висновки до розділу 3

1. Показано, що динаміка демографічних характеристик здоров'я населення столиці обумовлювала зростання потреб в кардіореабілітації. Це підтверджено значною часткою осіб віком 60 років і старше (20,7%) в популяції, високою середньою очікуваною тривалістю життя при народженні – для обох статей 74 роки, зокрема, для чоловіків – 69,6 років, для жінок – 78,0 років, утриманням в структурі смертності першого місця хворобами системи кровообігу (64,3%), в т. ч. ішемічною хворобою серця (50,5%).

2. З'ясовано, що в нозологічній структурі загальної захворюваності жителів м. Київ третина (30,3%) приходилось на хвороби системи кровообігу, серед яких найбільша частка (11,3%) належала ішемічній хворобі серця; 33,3% випадків первинної інвалідності дорослого населення обумовлені хворобами системи кровообігу. Питома вага випадків лікування в стаціонарі за класом хвороб системи кровообігу упродовж 2010-2019 років зросла з 18,4% до 20,3%. Це підкреслювало необхідність широкого охоплення даного контингенту пацієнтів кардіореабілітацією.

3. Доведено, що планування заходів з упровадження реабілітації закладами охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги відповідно до міжнародних рекомендацій і вітчизняних нормативно-правових змін носило фрагментарний характер і спрямовувалось переважно на підтримку осіб з інвалідністю. Не передбачалось активної інтеграції реабілітації в медичну допомогу широкому колу осіб з кардіологічною патологією в залежності від клінічних потреб та ресурсних можливостей місцевої громади й закладів охорони здоров'я їх задовольнити.

4. Виявлено, що в мережі закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги м. Київ протягом 2010-2019 років зменшилась укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів-кардіологів з 91,0% до 85,4%, лікарів-фізіотерапевтів – з 65,9% до 61,2%, лікарів з лікувальної фізкультури – з 63,7% до 56,8%, молодшого персоналу із медичною освітою – з 85,7% до 73,4%. Констатовано низький рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами лікарів-дієтологів – 61,5%, лікарів-психологів – 83,1%, медичних сестер фізіотерапевтичних кабінетів – 77,7%. Міська цільова програма «Здоров'я киян» на 2017-2019 та 2020-2022 роки не передбачала фінансової підтримки залучення, додаткового навчання та матеріального заохочення спеціалістів і фахівців з реабілітації.

5. Виявлено, що структурні підрозділи закладів спеціалізованої медичної допомоги використовували в своїй діяльності різноманітні реабілітаційні технології: відновне лікування, фізіотерапевтичні втручання, логопедичну допомогу, лікувальну фізкультуру. Ці технології були відокремлені від лікувального процесу, а вибіркоче розташування профільних структурних підрозділів ускладнювало комплексне їх застосування: відділення/кабінети лікувальної фізкультури функціонували лише в половині консультативно-діагностичних центрів та трьох міських багатопрофільних клінічних лікарнях, а відновного лікування – тільки на амбулаторному етапі; в усіх закладах розташовані лише фізіотерапевтичні відділення/кабінети, що вказувало на дефіцит гострої та післягострої реабілітації.

6. Підтверджено, що в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» ДООЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), як типовому лікарняному закладі спеціалізованої медичної допомоги м. Київ, реабілітацією охоплюється обмежене коло пацієнтів – з інфарктом міокарду, мозковим інсультом, ураженнями опорно-рухового апарату, наслідками травм відповідно до окремих пакетів реабілітаційних послуг, які фінансуються з державного бюджету. Водночас забезпечення доступності до реабілітації широкого контингенту хворих на хронічні хвороби, зокрема, ішемічну

хворобу серця, як пропонується міжнародними рекомендаціями, не внесено в плани оперативно-тактичного управління закладом та його структурними підрозділами.

7. Показано, що локальними розпорядчими документами передбачено проведення реабілітації кардіологічним хворим; у той же час локальні регламенти медичної допомоги хворим з ішемічною хворобою серця містять лише медикаментозне лікування та функціональні й лабораторні дослідження. Посадовою інструкцією лікаря-кардіолога не вимагається знання й використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. Не передбачені мультидисциплінарні утручання при наданні реабілітаційної допомоги, оскільки не налагоджено забезпечення закладу спеціалістами й фахівцями з реабілітації, підготовленими за європейськими стандартами.

8. Таким чином, виявлений низький стан здоров'я населення столиці та високий рівень госпіталізації хворих із серцево-судинними захворюваннями, у т. ч., ішемічною хворобою серця, потребував активного запровадження реабілітації, як виду медичної допомоги, спрямованого на профілактику інвалідності та зменшення порушень життєдіяльності людини в зв'язку з гострими захворюваннями та/або загостренням хронічної патології, зокрема, ішемічною хворобою серця.

Матеріали даного розділу представлені в опублікованих наукових працях автора [209]

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ
ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
(ЗА ДАНИМИ ВЛАСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

Цілеспрямоване формування ресурсної бази закладу спеціалізованої медичної допомоги, зокрема, інфраструктури та корпусу спеціалістів і фахівців для надання реабілітаційної допомоги хворим з ішемічною хворобою серця, можливо за умов ретельного аналізу типового контингенту пацієнтів, які потрапляють на лікарняне ліжко. Дослідження особливостей порушень функціонування та реалізації факторів ризику у хворих на ішемічну хворобу серця, за гіпотезою автора, тісно пов'язано з потребами обраної популяції в реабілітації та розробкою і запровадженням відповідних організаційних заходів керівником закладу охорони здоров'я із задоволення цих потреб.

Інформаційною базою для перевірки гіпотези слугували медичні карти стаціонарних хворих КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) з даними про скарги пацієнтів, клінічними діагнозами відповідно до МКХ-10, та об'єктивною оцінкою спеціалістами параклінічних результатів. А також співставлення цих потреб з програмами реабілітації, розробка яких передбачена посадовими інструкціями лікарів, та їх ресурсним забезпеченням.

Сучасні підходи до проведення реабілітації передбачають використання лікарями не менш як двох класифікацій – МКХ-10 та МКФ. Ці класифікації призначені, відповідно, для кращого розуміння лікарями, дотичними до надання медичної допомоги хворим, стану здоров'я пацієнта шляхом уніфікації даних, незалежно від країни, де відбувається клінічна діяльність, та отримання інформації про функціональний стан пацієнта, що разом збільшує обсяг інформації про стан здоров'я, а отже, потреби в реабілітації. За

очікуваннями дослідника, таке глибоке розуміння потреб в реабілітації цільової популяції дозволить визначити концептуальні підходи до організації реабілітації та структури цільових програм її надання в закладах спеціалізованої медичної допомоги та інших, дотичних до реабілітації інституціях, а отже, наблизити реабілітацію безпосередньо до кожного пацієнта.

Отримана інформація доповнювалась даними із заповнених анкет з цільовими запитаннями щодо протидії факторам ризику ішемічної хвороби серця з боку пацієнтів та їх можливої участі в програмах кардіореабілітації.

4.1. Виявлення особливостей порушень функціонування та реалізації факторів ризику у хворих на ішемічну хворобу серця з використанням МКХ-10 та МКФ

Медико-статистичний аналіз основних соціально-демографічних характеристик пацієнтів здійснювався за даними вибірки обсягом 346 медичних карт стаціонарних хворих, які перебували на лікуванні в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) з різними формами ІХС, й не були госпіталізовані повторно, що складало 20,0% від загального числа хворих, пролікованих у лікарні з даною патологією в 2019 році. Проаналізовані випадки госпіталізацій представляли генеральну сукупність на репрезентативному рівні, як підтверджено розрахунками в Розділі 2 дисертаційної роботи (табл. 4.1).

Показано, що переважну кількість вибірки склали жінки – 219 (63,3%) осіб; чоловіків нараховувалось значно менше – 127 (36,7%) осіб, що відрізнялось на достовірно значущому рівні ($p < 0,05$) та віддзеркалювало гендерні особливості захворюваності на ішемічну хворобу серця в загальній популяції.

Таблиця 4.1

Основні соціально-демографічні характеристики вибірки пацієнтів з ішемічною хворобою серця, пролікованих у 2019 році в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)

№ з/п	Соціально-демографічні характеристики пацієнтів	Кількісні значення соціально-демографічних характеристик пацієнтів, абс., (%)
1	2	3
1	Загальна кількість пацієнтів	346 (100,0)
2	З них:	
2.1	чоловіки	127 (36,7)
2.2	жінки	219 (63,3)
3	Середній вік (роки, $M \pm m$)	71,1 \pm 10,3
3.1	чоловіків	68,7 \pm 10,3
3.2	жінок	72,3 \pm 10,0
4	Місце проживання:	
4.1	м. Київ, Солом'янський та Голосіївський райони	251 (72,5)
4.2	інші райони м. Київ	81 (23,4)
4.3	регіони України	14 (4,0)
5	Зайнятість:	
5.1	працюють	41 (11,8)
5.2	не працюють	305 (88,2)

Середній вік пацієнтів дорівнював 71,1 \pm 10,3 роки, зокрема, чоловіків – 68,7 \pm 10,3 роки, жінок – 72,3 \pm 10,0 років. Більш старший вік жінок достовірно відрізнявся від віку чоловіків ($t=0,001372806$ при $p \leq 0,05$), що підтверджувало ураженість чоловічої частини населення ішемічною хворобою серця в більш ранньому віці в порівнянні з жінками.

У Солом'янському та Голосіївському районах м. Київ постійно проживала найбільша кількість пацієнтів вибірки – 251 (72,5%) особа; майже четверта частина – 81 (23,4%) особа – були мешканцями інших районів

столиці; госпіталізовано з інших регіонів України й проліковано з приводу ішемічної хвороби серця 14 (4,0%) осіб. Чисельність пацієнтів – мешканців Солом'янського та Голосіївського районів – достовірно відрізнялася від кількості пацієнтів з інших місць проживання ($p < 0,05$), оскільки КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) територіально найбільш наближена саме до мешканців зазначених районів.

Непрацюючими виявились 305 (88,2%) пацієнтів вибірки, відповідно, лише 41 (11,8%) особа працювала в різних сферах економічної діяльності; відмінності в статусі зайнятості достовірно підтверджені ($p < 0,05$). Зокрема, серед осіб, які не працювали, пенсіонерами за віком були 288 (94,4%) пацієнтів, а непрацюючих осіб з інших причин нараховувалось відповідно 17 (5,6%) осіб.

Серед осіб пенсійного віку 50 (17,4%) пацієнтів мали інвалідність у зв'язку з загальним захворюванням, а саме, з приводу хвороб системи кровообігу.

Отже, переважаючими особами серед госпіталізованих виявилися люди пенсійного віку, для яких, як відомо з огляду наукових літературних джерел, ризику ішемічної хвороби серця, тобто, її розвитку та перебігу, обумовлені, зокрема, віковим фактором.

За матеріалами дослідження виявлено, що маршрути надходження пацієнтів до лікарні відрізнялися: більше половини – 198 (57,2%) пацієнтів – надійшли в плановому порядку за скеруванням лікаря ЗП-СЛ; третина – 116 (33,5%) хворих – госпіталізовані в екстреному порядку; 32 (9,2%) пацієнтів звернулись до лікарні самостійно й були госпіталізовані в зв'язку з наявністю показань. Надходження значної частини хворих шляхом екстреної госпіталізації та за самозверненнями свідчить про недостатній рівень якості роботи лікарів та іншого медичного персоналу первинної медичної допомоги, зокрема, програм диспансерного нагляду, а також несвоечасність звернень

пацієнтів за медичною допомогою й недостатній рівень довіри хворих до працівників первинної ланки.

Нозологічна структура випадків госпіталізації пацієнтів з ішемічною хворобою серця за її окремими формами визначена лікарями-кардіологами з використанням МКХ-10. Результати піддавались медико-статистичному аналізу та групуванню й представлені в табл. 4.2.

Як видно з табл. 4.2, переважаюче місце в структурі випадків госпіталізації хворих на ішемічну хворобу серця займала така нозологічна форма, як кардіосклероз – 226 (65,3%) випадків, у т. ч. дифузний – 201 (58,1%) від загального числа випадків вибірки, постінфарктний – 25 (7,2%) випадків. Крім того, сполучалися зі стенокардією 37 (10,7%) випадків постінфарктного кардіосклерозу та 47 (13,6%) випадків – дифузного від усієї кількості розглянутих випадків захворювань. Таким чином, постінфарктний кардіосклероз був діагностований загалом у 62 (17,9%) випадках від загального числа випадків госпіталізації, а дифузний – у 248 (71,7%) випадках.

На стенокардію приходилося всього 120 (34,7%) випадків захворювання на ІХС, у т. ч. 101 (29,2%) випадок – на стабільну стенокардію напруження, 17 (4,9%) випадків – на нестабільну стенокардію. Серед випадків стабільної стенокардії напруження зареєстровано 18 (17,8%) випадків з II функціональним класом (ФК) цієї форми захворювання, та 83 (82,2%) – з III ФК стенокардії.

Слід зазначити, що, за даними записів лікарів у медичних картах стаціонарних хворих, усі випадки нестабільної стенокардії були переведені в стабільний стан шляхом медикаментозної корекції, з них 4 (23,5%) випадки – з II ФК, 13 випадків (74,5%) – з III ФК стенокардії.

Прогресуюча стенокардія (стенокардія спокою) із IV ФК зареєстрована лише в двох випадках, що складало 0,6% від загального числа хворих.

Таблиця 4.2

Структура випадків госпіталізації пацієнтів з ішемічною хворобою серця за окремими нозологічними формами (на основі клінічних діагнозів, за даними 346 медичних карт стаціонарних хворих)

№ з/п	Клінічний діагноз основний/супутній (за МКХ-10)	Кількість хворих (абс)	Кількість хворих (у відсотках від загального числа вибірки)
1	Стенокардія:	120	34,7
1.1	Стабільна стенокардія напруження, у т. ч. з постінфарктним кардіосклерозом у т. ч. з дифузним кардіосклерозом	101 37 47	29,2 10,7 13,6
1.2	Нестабільна стенокардія	17	4,9
1.3	Прогресуюча стенокардія (стенокардія спокою)	2	0,6
2	Кардіосклероз:	226	65,3
2.1	Постінфарктний кардіосклероз із зазначенням дати і локалізації перенесених інфарктів міокарду, форми та стадії серцевої недостатності, порушень ритму серця і провідності	25	7,2
2.2	Кардіосклероз дифузний з порушеннями ритму серця і провідності та стадії серцевої недостатності, у т. ч. з аневризмою висхідного відділу аорти	201 2	58,1 0,6

Серед усіх випадків вибірки, що піддавались медико-статистичному аналізу, виявлено 154 (44,5%) випадки з наявністю аритмій. З них – 64 (41,6%) випадки – з постійною фібриляцією передсердь, 27 (17,5%) – з персистуючою

формою фібриляції передсердь. У 42 (27,3%) випадках діагностовано пароксизмальну форму фібриляції передсердь з медикаментозним відновленням серцевого ритму. Виявлено 21 (13,6%) випадок інших видів аритмій, з них із шлуночковою аритмією – 8 (2,3%) випадків від загального числа випадків вибірки. Тобто, у 91 (26,3%) випадків виявлено неконтрольовані форми надшлуночкових та у 8 (2,3%) випадках – шлуночкових аритмій, що загалом дорівнювало 99 (28,6%) випадків, при яких фізична кардіореабілітація була протипоказана.

Серед випадків госпіталізації, що піддавались медико-статистичному аналізу, виявлено 28 (8,1%) випадків з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) 1-го ступеню, 223 (64,5%) випадки – з ХСН 2А ступеню та 51 (14,7%) випадок – із ХСН 2Б ступеню. У одному випадку, що складало лише (0,3%) від загального числа, визначена ХСН 4 ступеню, що також було протипоказанням до фізичної кардіореабілітації.

Переважає частина випадків захворювань на ІХС – 321 (92,8%) – супроводжувалась іншими хворобами; таким чином, лише 25 (7,2%) випадків ІХС протікали без супутніх захворювань. Особливості сполучень ІХС з іншими патологіями представлено в табл. 4.3.

Значна кількість випадків ІХС, що супроводжувались іншими хворобами, сполучалася з гіпертонічною хворобою (ГХ) – 316 (98,4%) від усієї кількості випадків ІХС із супутніми хворобами. Як відомо з теоретичного аналізу літературних джерел, артеріальна гіпертензія (АГ) – основний симптом ГХ – є одним з провідних факторів ризику розвитку й підтримки перебігу ІХС. Із усіх випадків ІХС, що сполучалася з ГХ, зареєстровано 255 (80,7%) випадків ІХС з ГХ без інших захворювань, а 61 (19,3%) випадок – ІХС з ГХ та іншими захворюваннями, тобто, мала місце поліморбідна патологія, яка значно обтяжувала перебіг основного захворювання.

Таблиця 4.3

Сполучення випадків ішемічної хвороби серця з випадками супутніх хвороб у пацієнтів досліджуваної вибірки (N=346)

№ з/п	Нозологічні форми захворювань	Абсолютна кількість	Кількість у відсотках від загального числа відповідних випадків (%)
1	ІХС без супутніх захворювань	25	7,2
2	ІХС із супутніми захворюваннями усього	321	92,8
	у т. ч.		
2.1	ІХС з ГХ	316	98,4
2.1.1	з них ІХС з ГХ без інших захворювань	255	80,7
2.1.2	з них ІХС з ГХ та іншими захворюваннями	61	19,3
2.2	ІХС із супутніми захворюваннями без ГХ	5	1,6

Зареєстровано одночасно з ГХ 51 (83,6%) випадок ще однієї хвороби та / або її ускладнень, а також 10 (16,4%) випадків двох і більше хвороб, які супроводжували ІХС.

Структура випадків ІХС з ГХ та ще однією супутньою для ІХС хворобою наведена на рис. 4.1.

Серед випадків ІХС з ГХ та ще однією супутньою для ІХС хворобою зареєстровано 12 (23,5%) випадків з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) в анамнезі, з яких половина – ГПМК в анамнезі без будь-яких наслідків, а половина – з наслідками у вигляді вестибуло-атаксічного синдрому та дисциркуляторної енцефалопатії, що необхідно враховувати при розробці програми кардіореабілітації для пацієнтів з виявленими наслідками.

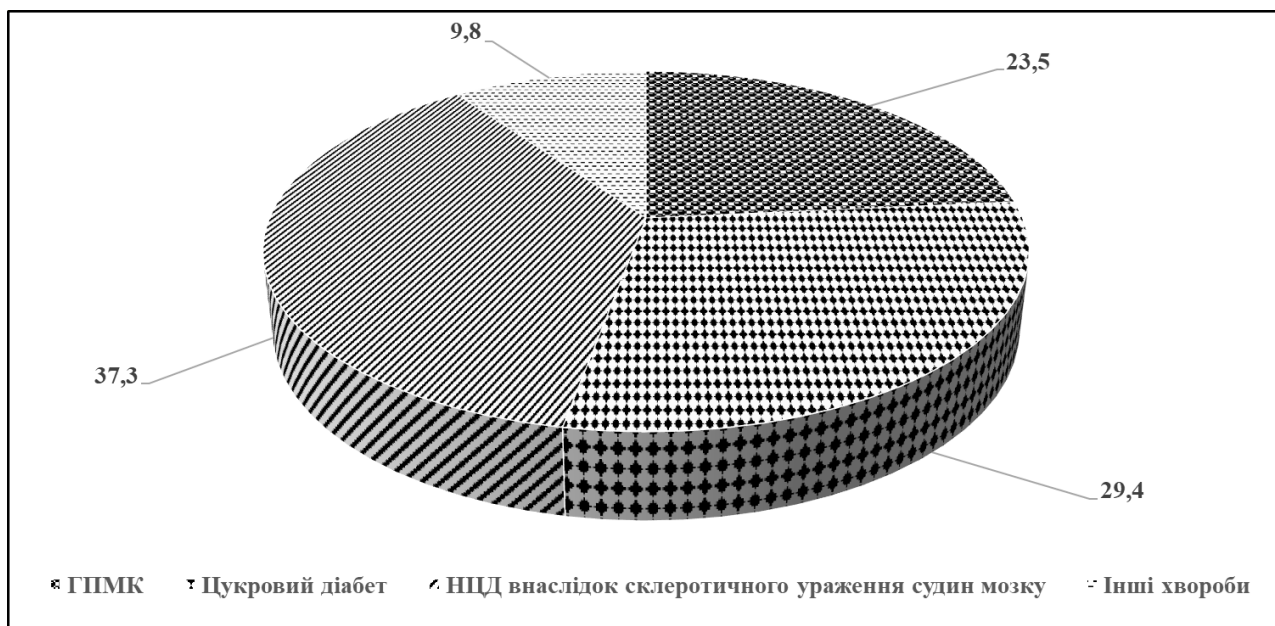


Рис. 4.1. Структура випадків ІХС з ГХ та ще однією супутньою для ІХС хворобою (у відсотках) (N=51)

У 15 (29,4%) випадках ІХС сполучалася з ГХ та цукровим діабетом, з них зареєстровано два випадки важкої інсулінзалежної форми діабету, решта випадків – цукрового діабету другого типу в суб- або компенсованій формі, з них – три випадки цукрового діабету з полінейропатією нижніх кінцівок. Цукровий діабет, як і АГ, є одним з провідних факторів ризику ішемічної хвороби серця, і він був виявлений у хворих досліджуваної вибірки.

Наступна хвороба, що супроводжувала ІХС в сполученні з ГХ – нейроциркуляторна дистонія (НЦД) внаслідок склеротичних змін судин головного мозку, якої діагностовано 19 (37,3%) випадків від групи, яка розглядалася.

Решта випадків – 10 (9,8%) – це інші хвороби (хронічне обструктивне захворювання легень, анемії), які супроводжували ІХС разом з ГХ в кількості ще однієї хвороби, і наявність яких також вочевидь потребувала певної корекції заходів кардіореабілітації при розробці програми останньої та її ресурсного забезпечення.

Лише 10 випадків ІХС з ГХ супроводжувались ще кількома іншими патологіями, серед яких: три випадки ІХС з ГХ, хронічним бронхітом та цукровим діабетом; два випадки ІХС з ГХ, гіпотиреозом та астено-невротичним синдромом; два випадки ІХС з ГХ, дисциркуляторною енцефалопатією та остеохондрозом поперекового відділу хребта; по одному випадку: ІХС з ГХ, ГПМК в анамнезі та цукровим діабетом; ІХС з ГХ, дисциркуляторною енцефалопатією та еутиреозом; ІХС з ГХ, ожирінням 2 ступеню та поширеним остеохондрозом. Таким чином, ці супутні хвороби ще раз вказали на необхідність комплексної кардіореабілітації з оглядом на поліморбідність супутньої патології, що повинно вносити відповідні корективи при розробці лікарями персональних реабілітаційних програм.

Характер патологій, представлений лікарями за допомогою МКХ-10, доповнювався скаргами пацієнтів на порушення здоров'я при надходженні до стаціонару. Види скарг та відсоткові значення їх чисельності за сукупністю випадків, де вони простежувалися, від загального числа випадків вибірки, представлені на рис. 4.2.

Скарга на біль голови була однією з найпоширеніших скарг, оскільки зустрічалася в 154 (44,5%) випадків госпіталізованої захворюваності на ІХС, майже такою за кількістю виявлена скарга на загальну слабкість – у 153 (44,2%) випадках.

На біль за грудиною, в ділянці серця, грудній клітині різного характеру скаржились пацієнти в 124 (35,8%) випадках госпіталізацій, а на відчуття серцебиття, перебоїв в роботі серця – в 110 (31,8%) випадках.

Задихою, задишкою в різний час доби та в залежності від фізичного навантаження страждали, на підставі скарг, пацієнти в 102 (29,5%) випадках, головокружінням, запамороченнями – в 98 (28,3%) випадках.

Набряки кінцівок простежувалися в скаргах пацієнтів у 26 (7,5%) випадках, зниження здатності до ходьби, фізичного навантаження – в 99 (28,6%) випадках.

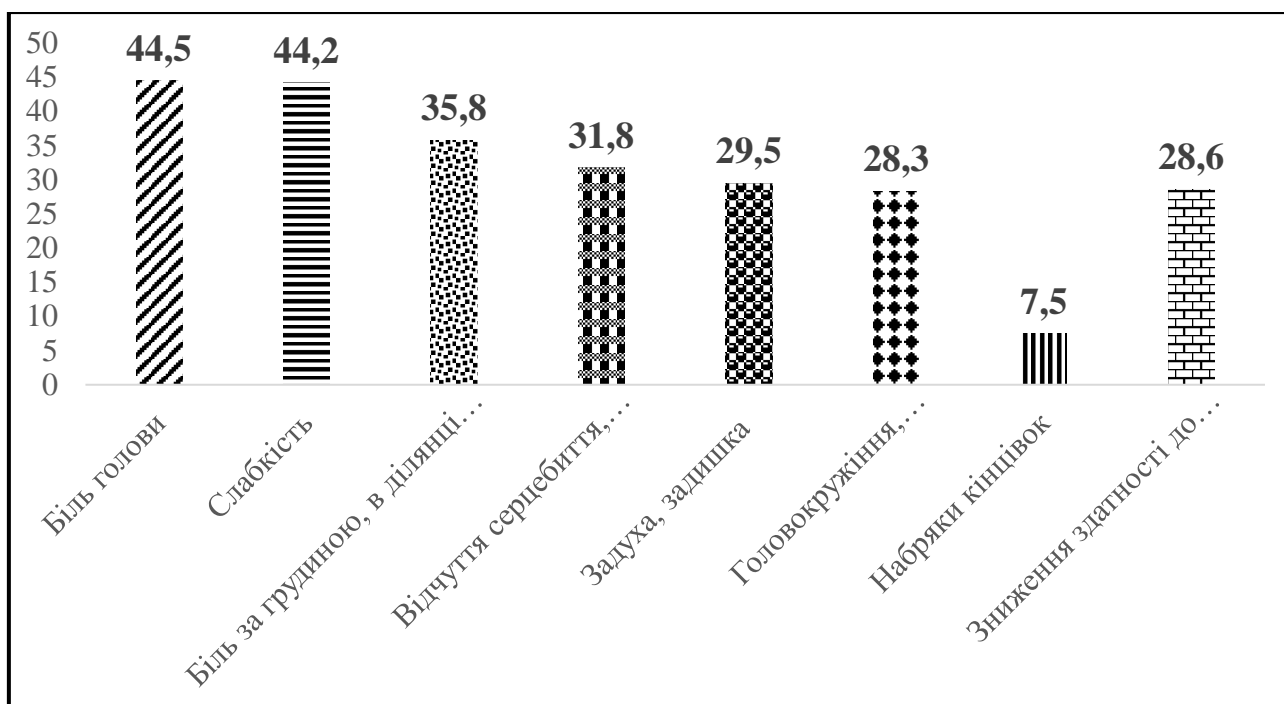


Рис. 4.2. Кількість скарг на порушення здоров'я у хворих на ІХС за видами порушень (у відсотках кожного виду порушень від загального числа випадків вибірки) (N=346)

Отримана інформація щодо стану здоров'я осіб, госпіталізованих у 2019 році до КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» ДООЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) з приводу ІХС, може бути доповнена, як виявлено з аналізу літературних джерел, профілями їх функціонування з охопленням усіх функцій, видів діяльності та участі особи в повсякденному житті та/або їх порушень з урахуванням факторів навколишнього середовища, що взаємодіють з усіма визначеними категоріями. Кодифікатор МКФ дозволяє отримати кількісні показники порушень функцій, структури, активності та участі на персональному рівні.

Як виявлено контент-аналізом Положення про відділення кардіології та кардіореабілітації та посадових інструкцій лікарів цього відділення, вимоги щодо володіння лікарями положень МКФ не висуваються. То ж автором дисертаційної роботи використано методичний підхід щодо групування даних про стан здоров'я, визначених лікарями на основі МКХ-10, за принципом,

визначеним МКФ, на дані, що вказують на порушення функцій, структури, активності та участі, а також на відчуття та больовий синдром, з урахуванням особливостей представлення інформації в популяційних дослідженнях (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Порушення функцій, структури, активності та участі у хворих на ІХС, визначені на основі МКХ-10, за принципами МКФ

Види порушень	Причини порушень	Клінічні симптоми, нозологічні форми
1	2	3
Порушення функцій	Порушення скорочувальної сили міокарду	Ознаки ХСН
	Порушення коронарного кровообігу	Симптоми стенокардії
	Порушення функцій, пов'язаних з регуляцією серцевих скорочень	Аритмії
	Порушення функцій, пов'язаних з регуляцією тону судин	Підвищений артеріальний тиск, ГПМК (в анамнезі), нейроциркуляторні порушення
	Порушення функцій, пов'язаних з регуляцією вестибулярного апарату	Вестибуло-атаксічний синдром
	Порушення функцій вуглеводного обміну	Цукровий діабет, полінейропатія нижніх кінцівок
	Порушення функцій обміну гормонів щитовидної залози	Еутиреоз, гіпотиреоз
	Порушення функцій дихання	ХОЗЛ, хронічний бронхіт
	Порушення функції збереження маси тіла	Ожиріння
	Порушення нейром'язових, скелетних і пов'язаних з рухом функцій	Ознаки остеохондрозу

<i>продовження табл. 4.4</i>		
1	2	3
Порушення структури	Склеротичні ураження судин головного мозку, серця, кінцівок	
	Набряки різної локалізації	
	Аномалії клапанного апарату серця	
	Аневризми аорти, стінки шлуночка серця	
	Стенти АКШ Імпланти	
	Структура бронхіального дерева	
	Структура підшлункової залози	
	Структура щитовидної залози	
	Структури, пов'язані з рухом	
Активність і участь		Зниження здатності до ходьби, фізичного навантаження, пересування вулицею, підйому сходинами, ведення домашнього господарства, підтримання дієти, фізичного комфорту
Відчуття		Загальна слабкість, відчуття серцебиття, перебоїв в роботі серця, задухи, задишки, запаморочення, головокружіння
Біль		Біль голови; біль за грудиною, в ділянці серця, в грудній клітині, поперековому відділі хребта

Як видно з табл. 4.4, ознаки хронічної серцевої недостатності (ХСН), що проявляються обмеженням фізичної активності, задишкою, втомлюваністю чи

серцебиттям, дискомфортом самопочуттям різного ступеню вираженості, в залежності від ступеня ХСН, що вказано лікарями в медичних картах стаціонарних хворих з діагнозом ХСН, обумовлені порушенням функції, що забезпечує скорочувальну силу міокарду.

Клінічні прояви стенокардії з різним функціональним класом цього захворювання викликають, за даними скарг хворих, викладених лікарями в медичних картах, труднощі при ходьбі впродовж 1-2-х і більше двох кварталів по вулиці, підйомі сходами вище, ніж на один чи вище одного поверху, дискомфорт при виконанні різних фізичних навантажень. Зі стенокардією пов'язані також відчуття болю за грудиною, в ділянці серця, в грудній клітині. Дані про клінічні прояви стенокардії, за МКФ, свідчать порушення функції коронарного кровообігу.

Аритмії клінічно виявлені лікарями як відчуття хворими серцебиття, перебоїв в роботі серця й підтверджені функціональними дослідженнями, та обумовлені порушеннями функцій, пов'язаних з регуляцією серцевих скорочень.

Порушення функцій регуляції тону судин проявлялися болем голови, підвищеним артеріальним тиском, нейроциркуляторними порушеннями (головокружінням, запамороченнями).

Вестибуло-атаксічний синдром діагностований у осіб з ГПМК в анамнезі як наслідок порушення функцій регуляції вестибулярного апарату.

Порушення функцій ендокринних залоз обумовлює ознаки цукрового діабету різного типу та його ускладнень, а також порушень функцій щитовидної залози як супутніх ІХС захворювань. Порушення метаболізму обумовили розвиток ожиріння різного ступеню з клінічними проявами обмеження здатності до пересування, виконання домашньої роботи, задишки при незначному фізичному навантаженні, дискомфорту самопочуття.

Наслідками порушення нейром'язових, скелетних і пов'язаних з рухом функцій стали ознаки остеохондрозу як супутнього ІХС захворювання з больовим поперековим синдромом, обмеженням мобільності, фізичним

дискомфортом та вимушеною позою, що потребувало сторонніх утручань для підтримки активності та участі у повсякденному житті.

Порушення функцій тісно пов'язані, згідно з МКФ, з порушеннями структури органів або їх частин: склеротичними ураженнями судин головного мозку, серця, кінцівок; аномаліями клапанного апарату серця (вродженими і набутими у кількості 18 випадків); аневризмами аорти і стінки лівого шлуночка серця (п'ять випадків). До порушень структури, згідно з МКФ, нами віднесені встановлені лікарями набряки кінцівок, прояви гідроперикарду та гідротораксу (шість випадків), а також встановлені стенти (24 випадки), шунти (15 випадків) та імпланти (чотири випадки) внаслідок кардіохірургічних утручань.

Порушення функцій дихання у вигляді задишки, кашлю, зменшення здатності до фізичних навантажень, життєвої ємкості легень, відчуття фізичного дискомфорту обумовлювалося порушеннями структури бронхіального дерева, а гормональних порушень – відповідними порушеннями підшлункової та щитовидної залоз.

Порушення структур, пов'язаних з рухом, призвели до клінічних ознак остеохондрозу.

Застосування принципів МКФ на рівні популяції госпіталізованих хворих та відсутність використання лікарями цієї класифікації на персональному рівні не надало можливостей чітко визначити величину й вираженість порушень. Виходячи з наявних даних, можна лише зробити узагальнений висновок, що розкид величини і вираженості порушень коливався від незначних (0-4,0%) до тяжких (високих, інтенсивних) (50,0-95,0%), з найбільшою концентрацією випадків з помірною вираженістю (25,0-49,0%) за загальним кваліфікатором МКФ з негативною шкалою.

Запровадження оцінки порушень у повсякденній лікарській практиці надаватиме змогу проводити об'єктивну оцінку порушень життєдіяльності пацієнтів з ІХС, розробляти відповідні організаційні заходи й виділяти

кадрові, інфраструктурні, технологічні, технічні, інформаційні, фінансові та організаційні ресурси для їх запровадження.

Таким чином, установлені порушення функцій, структури, активності й участі, відчуття та больові синдроми вказали на необхідність заходів з реабілітації досліджуваної популяції хворих з урахуванням рекомендацій щодо протипоказань до фізичної реабілітації хворих на ІХС.

Протипоказання до фізичної реабілітації хворих на ІХС включають: нестабільну стенокардію; неконтрольовану надшлуночкову та шлуночкову аритмію; неконтрольовану серцеву недостатність; високоступеневу блокаду без штучного водія ритму; тромбоемболію легеневої артерії, нещодавно перенесений тромбофлебіт; інші причини, не пов'язані з кардіальним захворюванням.

Як виявлено результатами дослідження, пацієнти з протипоказаннями до фізичної реабілітації складають групу в 100 (28,9%) осіб, тобто, близько третини вибірки, однак цим пацієнтам можна проводити інші заходи з кардіореабілітації. Отже, основна популяція хворих, госпіталізованих з приводу ІХС (більше 71,1%), потребують комплексу реабілітаційних заходів, включаючи фізичну реабілітацію. Важливо звертати увагу на супутні захворювання, які будуть вносити свої корективи до програми заходів з кардіореабілітації з урахуванням ступеню важкості та поліморбідності патології з використанням принципу пацієнт-орієнтованості щодо кожного хворого.

Найбільш часте супутнє захворювання – ГХ у 80,7% пацієнтів – має однакові фактори ризику з ІХС, тому заходи з реабілітації, спрямовані на корекцію факторів ризику, мають співпадати.

З огляду на різноманітність клінічних проявів ІХС, слід було очікувати наявності персональних програм кардіореабілітації, спрямованих на: корекцію факторів ризику, медикаментозну терапію, реконструктивну хірургію, дієтотерапію, психологічне консультування, консультування з приводу

харчової поведінки, фізичну терапію, як слідує з даних огляду наукових літературних джерел.

Однак при аналізі змісту матеріалів медичних карт стаціонарних хворих не виявлено програм кардіореабілітації хворим на ІХС. Увага лікарів стаціонару була прикута до медикаментозного лікування та клініко-діагностичних і функціональних досліджень. Не призначалися лікувальна фізкультура, психологічна корекція, консультування з нормалізації харчової поведінки тощо. За даними медичних карт стаціонарних хворих простежувалося одноосібне ведення хворого лікуючим лікарем з періодичним оглядом завідувачем відділення.

При виписці зі стаціонару рекомендації лікарів також обмежувались лікарськими засобами, короткими фразами «Режим праці та відпочинку» та «Дієта: стіл № 9» хворим на цукровий діабет, «Дієта: стіл № 10» - іншим хворим. Не надавались рекомендації щодо довготривалої реабілітації в амбулаторних умовах або кардіореабілітації вдома.

Таким чином, доведено, що за наявності ІХС із супутніми хворобами або без них, у пацієнтів мають місце порушення функцій, активності та їх участі в повсякденному житті, больові синдроми та хворобливі відчуття, що вказує на потреби пацієнтів у кардіореабілітації в гострому та післягострому періодах.

У той же час має місце недостатня увага лікарів та лінійних керівників і вищого керівництва лікарні до можливостей організації реагування на них шляхом запровадження системи кардіореабілітації в межах загальної системи реабілітації хворих в типовому закладі охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

4.2. Поширеність факторів ризику ішемічної хвороби серця (за даними медичних карт стаціонарних хворих)

Як з'ясовано теоретичним аналізом, численні фактори ризику сприяють розвитку ішемічної хвороби серця та підтримують хронічний перебіг

патологічного процесу. Тому надалі увага автора концентрувалася на виявленні цих факторів, ступеню вираженості та оцінці закономірностей їх розподілу в залежності від статі пацієнтів у досліджуваній вибірці за даними медичних карт стаціонарних хворих.

Простежено такі фактори ризику, представлені в матеріалах дослідження, як артеріальна гіпертензія, вага та індекс маси тіла, залежність від тютюну, рівень глюкози та холестерину в крові. Узагальнені результати представлені в табл. 4.5.

Як засвідчили отримані дані, із загального числа пацієнтів досліджуваної вибірки у 316 (91,3%) осіб ішемічна хвороба серця сполучалася з АГ. Клінічний діагноз вказував на наявність у цих хворих гіпертонічної хвороби, про що засвідчено вище як про супутню ІХС патологію. Поширеність АГ була практично однаковою серед чоловіків та жінок – відповідно у 116 (91,3%) та 197 (90,0%) пацієнтів відповідної групи ($>0,05$). Отже, серед пацієнтів вибірки виявлена висока поширеність АГ як одного з основних факторів ризику ІХС.

Середня вага всіх пацієнтів вибірки, за даними, представленими в медичних картах стаціонарних хворих, складала $84,9 \pm 18,1$ кг, зокрема, чоловіків – $87,9 \pm 17,4$ кг, а жінок – $83,3 \pm 18,4$ кг.

З метою визначення індексу маси тіла (ІМТ) прослідковано також зріст пацієнтів, який дорівнював відповідно $167,4 \pm 8,3$ см у середньому по вибірці, зокрема, чоловіків – $173,9 \pm 7,3$ см, жінок – $163,5 \pm 6,2$ см. Результати обчислень ІМТ вказали на його кількісне середнє значення по вибірці $30,4 \pm 6,3$ кг/см², зокрема, чоловіків – $29,2 \pm 5,4$ кг/см², жінок – $31,1 \pm 6,7$ кг/см². Статистичне порівняння середніх рівнів ІМТ чоловіків і жінок показало їх достовірну відмінність ($t=0,003738195$ при $p \leq 0,05$).

Таблиця 4.5

Фактори ризику ішемічної хвороби серця у вибірці пацієнтів
 КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу
 Київської міської ради (КМДА), 2019 рік
 (за даними 346 медичних карт стаціонарних хворих)

№ з/п	Фактори ризику	Чисельність абс. (відсоток); рівень (середнє значення плюс стандартне відхилення $M \pm m$)		
		усі пацієнти	чоловіки	жінки
1	Артеріальна гіпертензія абс., (у відсотках від загального числа випадків відповідної групи хворих)	316 (91,3)	116 (91,3)	197 (90,0)
2	Вага, кг	84,9±18,1	87,9±17,4	83,3±18,4
3	Зріст, см	167,4±8,3	173,9±7,3	163,5±6,2
3	Індекс маси тіла (ІМТ), кг/м ²	30,4±6,3	29,2±5,4	31,1±6,7
4	Тютюнопаління (активне, пасивне)	поодинокі випадки		
4	Рівень глюкози в крові натщесерце, ммоль/л	5,6±2,0	5,5±1,6	5,7±2,2
6	Рівень загального холестерину в крові, ммоль/л	4,8±0,8	4,7±0,7	4,9±0,9

З огляду на рекомендований рівень ІМТ в межах 18,5-24,9 кг/м² [200, С. 18], визначені середні рівні показників як у цілому по вибірці, так і серед осіб

як чоловічої, так і жіночої статі, значно підвищені, що свідчить про наявний ще один вагомий фактор ризику розвитку та перебігу ІХС у пацієнтів досліджуваної вибірки – надлишкову масу тіла та навіть ожиріння.

Ретельний контент-аналіз записів лікарів у медичних картах стаціонарних хворих в частині збору анамнезу пацієнтів щодо тютюнопаління засвідчив лише поодинокі випадки залежності від тютюну. Відомостей щодо пасивного тютюнопаління або наявності цієї проблеми в більш молодому віці пацієнтів у медичних записах не знайдено.

Підрахунки середнього рівня глюкози в крові пацієнтів вибірки, за даними проведених лабораторних досліджень, представлених у медичних картах стаціонарних хворих, показали значення показника у $5,6 \pm 2,0$ ммоль/л, зокрема, у чоловіків – $5,5 \pm 1,6$ ммоль/л, у жінок – $5,7 \pm 2,2$ ммоль/л. Отримані дані вказували на рівні глюкози в межах референтних значень, але разом з тим стійке тяжіння до верхньої межі норми [201].

Схожа ситуація виявлена і при визначенні середнього рівня загального холестерину в сироватці крові пацієнтів досліджуваної вибірки: в середньому по вибірці від дорівнював $4,8 \pm 0,8$ ммоль/л, зокрема, у чоловіків – $4,7 \pm 0,7$ ммоль/л, у жінок – $4,9 \pm 0,9$ ммоль/л.

Таким чином, серед факторів ризику розвитку й підтримки ІХС серед популяції госпіталізованих хворих як провідні виявлені АГ та високий ІМТ. На межі референтних значень виявились рівні глюкози та холестерину в крові, зокрема, найвищими вони були у жінок (відповідно $5,7 \pm 2,2$ ммоль/л та $4,9 \pm 0,9$ ммоль/л).

Додаткова інформація щодо факторів ризику отримана за результатами соціологічного опитування пацієнтів.

4.3. Поширеність факторів ризику ішемічної хвороби серця та обізнаності пацієнтів щодо програм кардіореабілітації (за даними соціологічного дослідження)

З метою уточнення й доповнення інформації про поширеність факторів ризику ІХС, вторинна профілактика яких має бути суттєвою складовою програм кардіореабілітації у пацієнтів з ІХС, та обізнаності пацієнтів щодо програм кардіореабілітації, за методикою, представленою в Розділі 2 дисертаційної роботи, проведено соціологічне дослідження серед відповідного контингенту хворих. Усього в опитуванні за цільовою авторською анкетой прийняли участь 203 респондента.

Аналізом соціально-демографічних характеристик учасників соціологічного дослідження визначено, що середній вік респондентів дорівнював $67,9 \pm 8,3$ роки, що підтвердило високий віковий ценз пацієнтів з ІХС. Решта характеристик представлені в табл. 4.6.

У більшості респондентів – 125 (61,6%) – тривалість ІХС визначена ними до п'яти років; решта опитаних – 78 (38,4%) – страждали на цю хворобу більше зазначеного терміну, тобто, більше п'яти років. Значна кількість пацієнтів – 116 (68,9%) осіб – мали супутні хвороби.

На запитання анкети про відомі фактори ризику ІХС переважна кількість респондентів продемонструвала достатньо високий рівень обізнаності щодо кожного запропонованого фактору.

Так, про АГ, як фактор ризику ІХС, було відомо 175 (86,2%) респондентам, тютюнопаління – 177 (87,2%), нераціональну дієту – 167 (82,3%), малорухомий спосіб життя – 163 (80,3%), порушення сну – 154 (75,9%), порушення емоційної рівноваги – 156 (76,8%), надмірна вага – 169 (83,3%), підвищений рівень ліпідів у крові – 138 (67,9%), підвищений рівень

Таблиця 4.6

Соціально-демографічні характеристики респондентів (N=203)

№ з/п	Характеристики	Кількість	
		абс.	відсоток від загального числа респондентів
1	2	3	4
1	Стать:		
1.1	чоловіки	74	36,5
1.2	жінки	129	63,5
2	Сімейний стан:		
2.1	одружений/заміжня	148	72,9
2.2	неодружений/незаміжня	55	27,1
3	Освіта:		
3.1	середня	79	38,9
3.2	середня спеціальна	61	30,1
3.3	вища	63	31,0
4	Зайнятість:		
4.1	не працює	134	66,0
4.2	робітник	33	16,3
4.3	службовець	6	3,0
4.4	аграрій	4	1,9
4.5	інший	26	12,8
5	Місце проживання:		
5.1	місто	177	87,2
5.2	село	26	12,8
6	Рівень доходу:		
6.1	низький	109	53,7
6.2	середній	84	41,4
6.3	високий	10	4,9

глюкози в крові – 148 (72,9%), спадковість – 130 (64,0%) опитаним (рис. 4.3).



Рис. 4.3. Результати опитування пацієнтів щодо відомих їм факторів ризику ІХС (кількість респондентів, що надали стверджувальні відповіді, по кожному фактору ризику, у відсотках)

Водночас рівень обізнаності респондентів щодо впливу на розвиток ІХС таких факторів ризику, як порушення сну та емоційної рівноваги, підвищений рівень ліпідів і глюкози в крові, спадковість був достовірно нижчим, ніж такий стосовно АГ та тютюнопаління, як і обізнаність щодо підвищеного рівня ліпідів і глюкози в крові та спадковості в порівнянні з обізнаністю з таких факторів, як нераціональна дієта та надмірна вага ($p < 0,05$). Тобто, метаболічні фактори ризику ще недостатньо знайомі пацієнтам, а отже, при складанні програм кардіореабілітації необхідно враховувати цю позицію.

Респонденти назвали різні джерела інформації про фактори ризику: від лікаря ЗП-СЛ отримали інформацію 42 (20,7%) опитаних, від лікаря-кардіолога – 101 (49,8%), від лікарів обох вище зазначених спеціальностей – 18 (8,9%) пацієнтів, а від лікарів інших спеціальностей – 10 (4,9%).

Загалом від лікарів різних спеціальностей інформацію про фактори ризику ІХС отримали 171 (84,2%) опитаних. Ще 6 (3,0%) опитаних отримали

інформацію від молодшого персоналу із спеціальною медичною освітою. З інших джерел (від знайомих, із засобів масової інформації, популярної літератури, інтернет-ресурсів тощо) отримали інформацію 22 (10,8%) опитаних. Лише чотири респонденти (1,9%) не вказали про будь-які джерела інформації для них про фактори ризику ІХС (рис. 4.4).

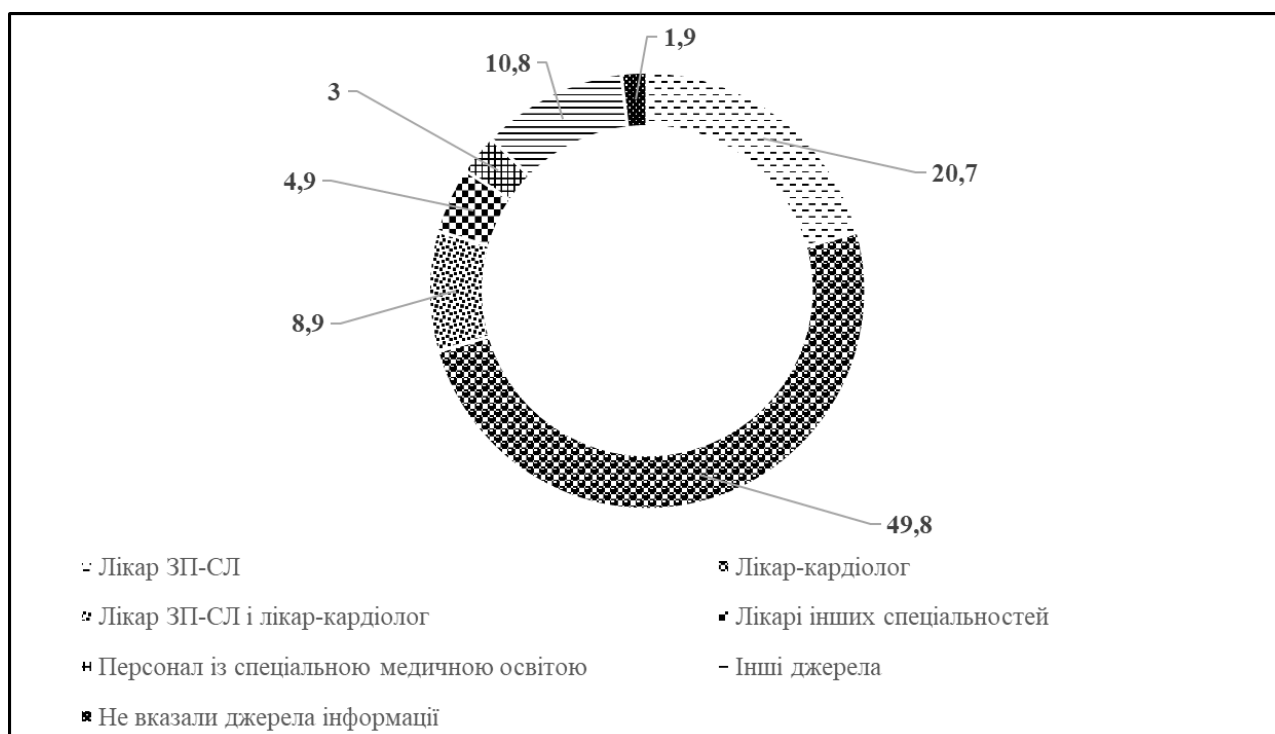


Рис. 4.4. Джерела, з яких респонденти отримали інформацію про фактори ризику ІХС (у відсотках відповідей)

Аналіз отриманих даних свідчить про нерівномірну участь медичних працівників різних спеціальностей та різної кваліфікації в освітній роботі з пацієнтами. Так, лікарі ЗП-СЛ значно поступаються своєю активністю з даного питання в порівнянні з лікарями-кардіологами, в той час коли саме на перших покладається освітня складова як першочергова в професійній діяльності, зокрема, з такого питання, як профілактика факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань, одним з найбільш поширених з яких є ІХС.

Недостатньо активними є й лікарі інших, крім лікарів-кардіологів, спеціальностей, як і персонал із середньою спеціальною освітою, що підтверджує їх зосередженість на лікувально-діагностичних заходах та низький рівень профілактичної роботи з населенням.

Наступне питання анкети спрямовувалось на отримання інформації від респондентів стосовно тих факторів ризику, які, на їх думку, сприяли розвитку ІХС саме в їхньому конкретному випадку.

За даними відповідей, лише 9 (4,4%) опитаних пов'язували своє захворювання з одним фактором ризику з представленого переліку. Решта вважали, що ІХС сприяли кілька факторів ризику в різних сполученнях із вище перерахованих: два фактори – для 24 (11,9%) респондентів, три – для 40 (19,7%), чотири – для 49 (24,1%), п'ять і більше – для 81 (39,9%) пацієнта, який прийняв участь у опитуванні. Тобто, пацієнти визнали переважно багатофакторність ризиків, які вплинули на розвиток у них ІХС.

Більш ретельний аналіз отриманих даних з урахуванням різних сполучень факторів ризику показав, що з АГ пов'язують своє захворювання на ІХС 193 (95,1%) респонденти, нераціональною дієтою – 162 (79,8%), надмірною вагою – 118 (58,1%), тютюнопалінням – 69 (33,9%), підвищеним рівнем глюкози в крові – 68 (33,5%), малорухомим способом життя – 61 (30,0%), порушеннями сну – 54 (26,6%), спадковістю – 45 (22,2%), порушеннями емоційної рівноваги – 38 (18,7%), підвищеним рівнем ліпідів у крові – 31 (15,3%) пацієнт (рис. 4.5).

Питаннями анкети було диференційовано складові нераціональної дієти. За даними відповідей виявлено, що пацієнти, як правило, зазначали кілька складових у різних сполученнях. Зокрема, у 76 (46,9%) осіб із 162 респондентів, які вважали, що їх захворювання на ІХС пов'язано з різними порушеннями дієти, мав місце низький рівень споживання фруктів та овочів, у 83 (51,2%) – цільнозернових продуктів і риби.

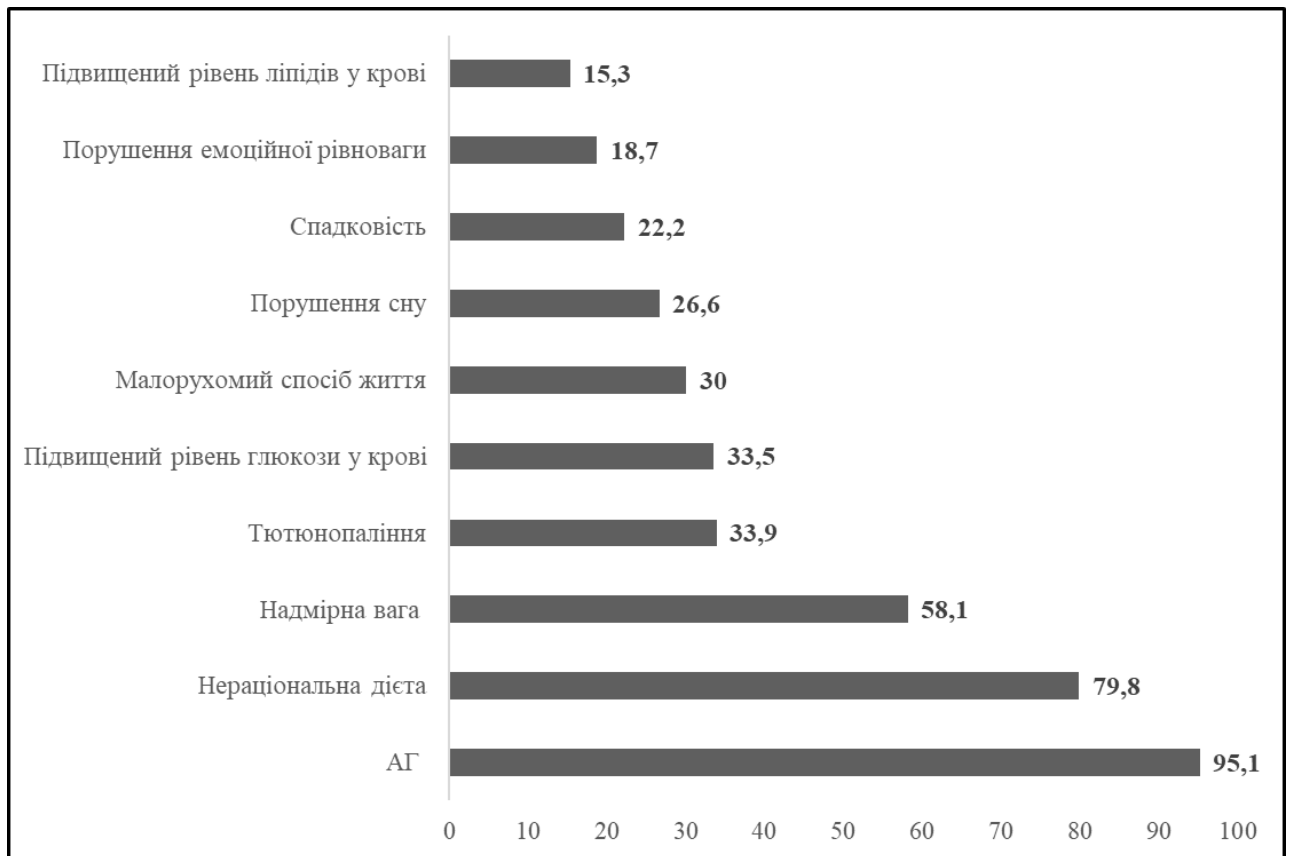


Рис. 4.5. Результати опитування пацієнтів щодо впливу факторів ризику на розвиток ІХС в їхньому випадку захворювання (у відсотках відповідей за зазначеним фактором ризику)

Уважали причиною нераціональності своєї дієти надмірне споживання жирних м'ясних і молочних продуктів 77 (47,5)% опитаних, а копченостей і жарених продуктів – 88 (54,3%).

На споживання надлишку здоби та солодоців вказали 110 (67,9%) пацієнтів, а гострих приправ і солі більше 5 грамів на добу – 86 (53,1%); 32 (19,8%) опитаних визнали вживання алкоголю як фактору, що сприяв їхньому захворюванню на ІХС. Значна кількість учасників опитування – 63 (38,9%) – визнала, що споживала значні обсяги їжі шляхом частотою більше п'яти її прийомів за добу в кількості, що перевищувала рекомендовані для дорослої людини норми.

Отже, найбільш поширеними складовими нераціональної харчової поведінки респондентів були надмірне споживання здоби та солодощів, копченостей і жарених продуктів, гострих приправ і солі більше 5 грамів на добу, низький рівень споживання цілюзернових продуктів і риби (рис. 4.6).



Рис. 4.6. Складові харчової поведінки, за даними опитування, що сприяли розвитку ІХС у респондентів (у відсотках відповідей по кожній позиції від загального числа опитаних)

Незважаючи на тісні контакти з лікарями і обізнаність щодо факторів ризику ІХС, відповіді на наступні запитання анкети показали, що респонденти далеко не завжди дотримуються рекомендацій лікарів, спрямованих на зниження або усунення впливу факторів ризику на подальший розвиток їх захворювання. Результати відповідей представлені в табл. 4.7.

Так, рекомендаціям з дотримання дієти слідує лише 46 (22,6%) опитаних, уникання активного та/або пасивного тютюнопаління – 41 (22,2%), підтримки ваги – 40 (19,7%), емоційної рівноваги – 36 (17,7%).

За вище вказаними позиціями більшість пацієнтів – відповідно 139 (68,5%), 94 (46,3%), 116 (57,1%), 134 (66,0%) – дотримувались рекомендацій лише частково, а решта – не дотримувалась, що вказувало на низьку особисту

Таблиця 4.7

Результати опитування пацієнтів щодо дотримання ними рекомендацій лікаря з профілактики факторів ризику ІХС

Рекомендації лікаря	Ступінь дотримання рекомендацій лікаря пацієнтами					
	повністю		частково		не дотримуються	
	абс.	відсоток	абс.	відсоток	абс.	відсоток
Дотримання дієти	46	22,6	139	68,5	18	8,9
Уникання тютюнопаління (активного, пасивного)	41	20,2	94	46,3	68	33,5
Підтримка ваги тіла відповідно до нормативної	40	19,7	116	57,1	47	23,2
Підтримка емоційної рівноваги	36	17,7	134	66,0	33	16,3
Дотримання правил прийому лікарських засобів	102	50,3	94	46,3	7	3,4
Дотримання режиму сну	21	10,3	26	12,8	156	76,9

відповідальність пацієнта за своє здоров'я та недостатню лояльність до порад лікаря.

Найменше пацієнтів дотримуються режиму сну – лише 21 (10,3%), і саме ця позиція для них виявилась найбільш складною для виконання, оскільки переважна їх кількість – 156 (76,9%) – вказала, що саме цю пораду лікаря виконувати не вдається. Серед усіх позицій найбільше респондентів – 102 (50,3%) – виконують правила прийому лікарських засобів, ще 94 (46,3%) – частково, і лише 7 (3,4%) осіб зовсім їх не виконують.

Отже, серед поширених факторів ризику, успішність протидії яким залежить від поведінки пацієнтів, слід визнати найбільш керованими правила прийому лікарських засобів, оскільки їх повністю дотримується більше, ніж половина опитаних. Однак зрозуміло, що загалом ця частка є недостатньою, а лише часткове дотримання цих правил навіть значною кількістю пацієнтів – 94 (46,3%) – не гарантує позитивного результату лікування та, навпаки, містить ризики зниження клінічної ефективності. Також отримані дані показали, що пацієнти, як і лікарі, надають перевагу медикаментозному лікуванню, і тим самим недооцінюють значимість інших складових вторинної профілактики, які мають бути включені до програм кардіореабілітації як такі, що можуть позитивно вплинути на перебіг ІХС.

Нераціональна поведінка більшості пацієнтів щодо зменшення негативного впливу керованих факторів ризику ІХС та пов'язаної з нею ГХ супроводжувалась низькою схильністю до об'єктивного самоконтролю стану свого здоров'я (рис. 4.7).

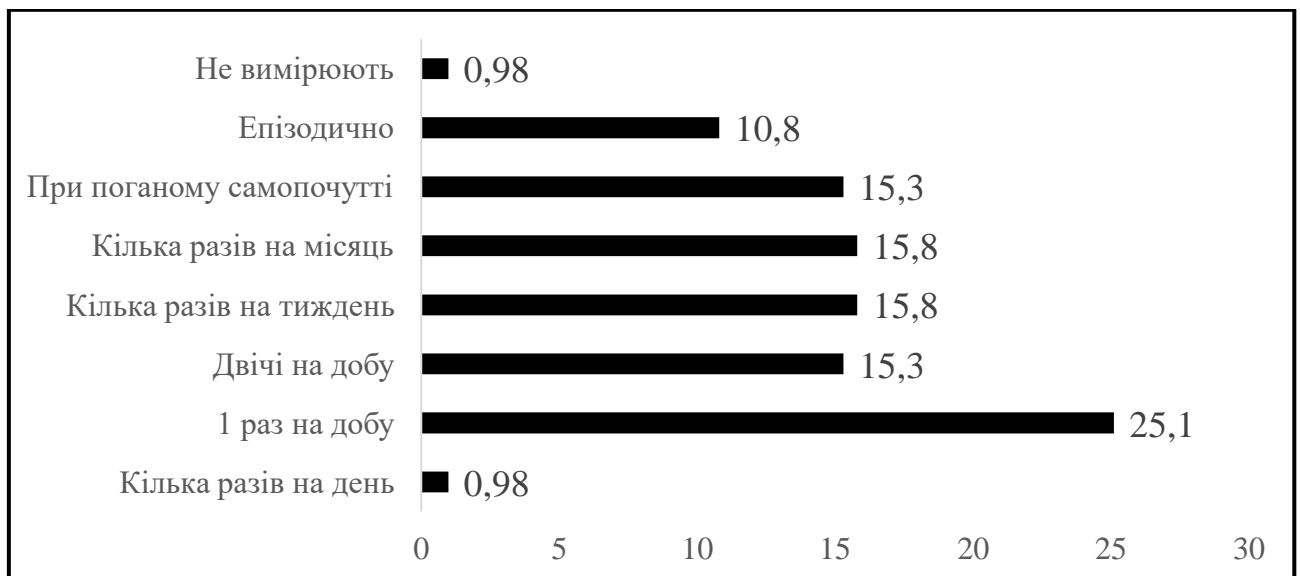


Рис. 4.7. Кількість пацієнтів, які вимірюють артеріальний тиск (за результатами соціологічного опитування, у відсотках, відповідно до визначеної частоти вимірювань)

Результатами опитування з'ясовано, що вимірюють артеріальний тиск кілька разів на день лише 2 (0,98%) пацієнти, один раз на добу – 51 (25,1%), два рази на добу 31 (15,3%), кілька разів на тиждень – 32 (15,8%), кілька разів на місяць така ж кількість опитаних – 32 (15,8%), лише при поганому самопочутті – 31 (15,3%), епізодично – 22 (10,8%), а ніколи не вимірюють – 2 (0,98%) хворих на ІХС, які прийняли участь у опитуванні.

Таким чином, відповідальну поведінку за даною позицією можна визнати лише у 84 (41,4%) респондентів при наявності серед усіх опитаних 193 (95,1%) осіб, які пов'язують своє захворювання на ІХС з ГХ, за даними опитування.

Вазі тіла та її динаміці приділяли увагу менша частка від усіх опитаних: повідомили, що щодня вимірюють вагу 2 (0,9%) пацієнти, один раз на тиждень – 18 (8,9%), один раз на місяць – 19 (9,4%), а кілька разів на місяць – 52 (25,6%) респондентів.

У той же час не займалися контролем ваги більшість пацієнтів: відповіді показали, що епізодично це роблять 44 (21,7%) особи, ніколи не вимірюють – 68 (33,5%), тобто, усього 112 (55,2%) опитаних. Отримані дані близькі за обсягом з даними про 118 (58,1%) респондентів, які пов'язують своє захворювання на ІХС з надмірною вагою (рис. 4.8).

За даними опитування встановлено, що респонденти з різною частотою упродовж року вимірюють рівень ліпідів та цукру в крові: від кількох разів на тиждень/місяць до одного разу на півроку/рік. Однак кількість осіб, які ніколи не вимірювали рівень ліпідів у крові, дорівнювала 113 (55,7%) опитаних, цукру в крові – 142 (69,9%) пацієнтам. Ці дані вказували на те, що скринінгові заходи на визначення рівня цукру та холестерину в крові в умовах закладів ПМСД на виконання заходів з профілактики та лікування серцево-судинних захворювань ще не досягли достатнього охоплення населення в м. Київ.

Відповіді на запитання щодо фізичної активності пацієнтів у повсякденному житті були достатньо різноманітними. Із 203 респондентів 61 (30,1%) вказали, що не займаються фізичною активністю за переліком,

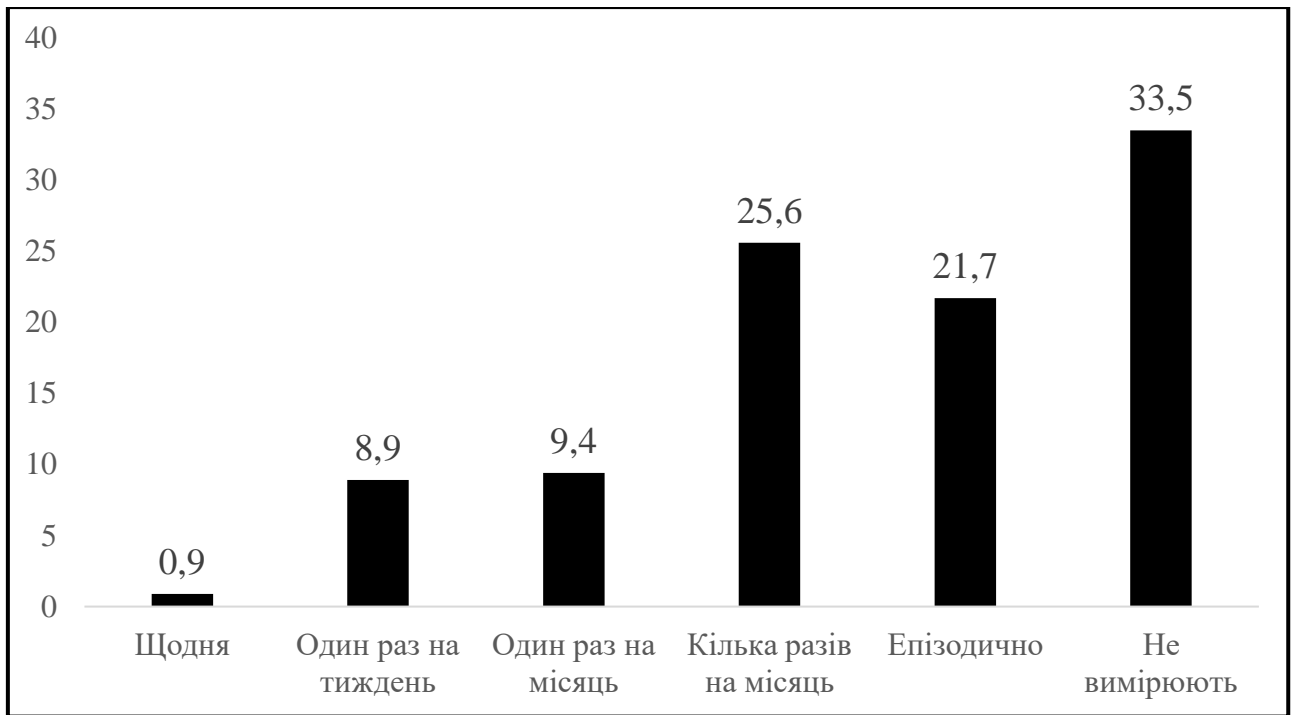


Рис. 4.8. Кількість пацієнтів, які вимірюють вагу тіла (за результатами соціологічного опитування, у відсотках, відповідно до визначеної частоти вимірювань)

представленим в анкеті, хоча можливість зазначити інші види фізичної активності, які не увійшли до переліку, була передбачена в графі «інші».

Тобто, лише 142 (69,9%) пацієнти з ІХС практикують у повсякденному житті різні види фізичної активності, представлені на рис. 4.9.

Так, легкою ходьбою займаються 135 (95,1%) опитаних, легкою роботою по дому – 115 (81,0%), прибиранням квартири – 105 (73,9%), ходьбою по сходинкам – 55 (38,7%), садівництвом – 45 (31,7%), їздою на велосипеді – 21 (14,8%), плаванням – 15 (10,6%), танцями – 14 (9,9%), зайняттями йогою – 12 (8,5%), виконують вправи з гантелями – 5 (7,7%), біг підтюпцем практикують 4 (2,8%) респонденти із 142 осіб, які практикують фізичне навантаження в повсякденному житті.

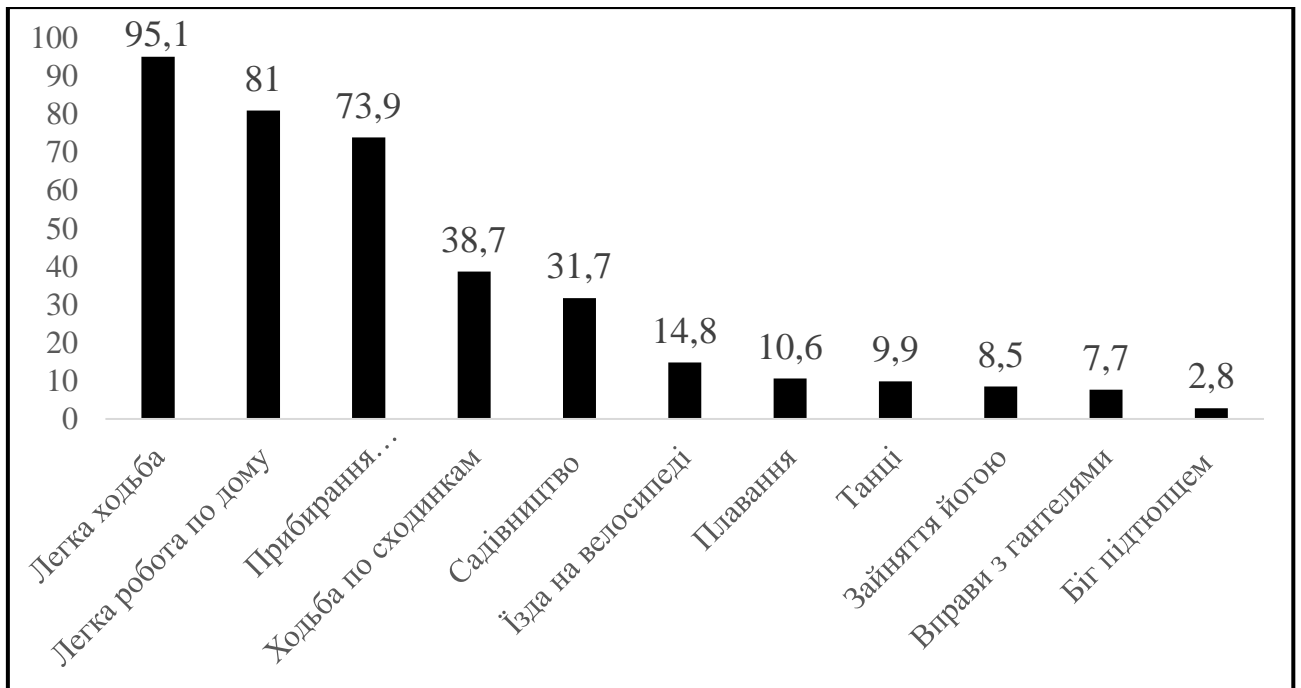


Рис. 4.9. Кількість пацієнтів, які займаються різними видами фізичними активності в повсякденному житті (у відсотках, в залежності від виду активності, за даними опитування)

Слід звернути увагу на те, що тими видами активності, які передбачають помірні фізичні навантаження, показані при ІХС (біг підтюпцем, садівництво, їзда на велосипеді, плавання, танці), займалися всього від 2,8% до 31,7% пацієнтів, в залежності від виду активності, в той час, коли легкі фізичні навантаження практикували 73,9% - 95,1% опитаних. Також лише 69 (48,6%) осіб повідомили, що виконують вказане ними фізичне навантаження не менше 30 хвилин на день 3-5 разів на тиждень; у решти пацієнтів кратність і тривалість навантажень були значно меншими, а отже, можна зробити висновки, що ефективність фізичних навантажень за зазначеними видами у них була низькою.

Наслідком впливу факторів ризику, зокрема, поведінкових, низької прихильності пацієнтів до порад лікарів щодо профілактики факторів ризику, самоконтролю стану свого здоров'я та фізичної активності слід вважати результати відповідей респондентів на питання щодо зміни стану здоров'я в

динаміці за останній рік: вказали, що він покращився, лише 38 (18,7%) опитаних, погіршився – у 66 (32,5%) хворих, залишився без змін – у 99 (48,8%) респондентів (рис. 4.10).

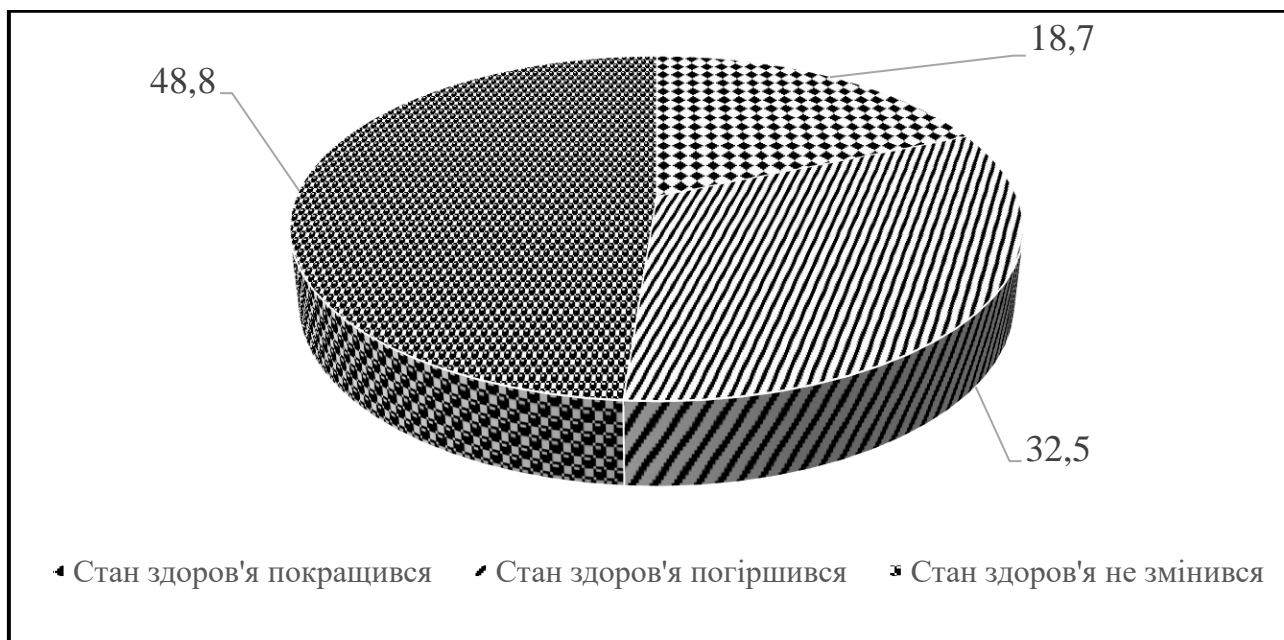


Рис. 4.10. Динаміка стану здоров'я пацієнтів за останній рік (кількість пацієнтів у відсотках, в залежності від динаміки стану здоров'я)

Наступний блок запитань анкети для пацієнтів стосувався їх обізнаності з програм кардіореабілітації та готовності брати участь у цих програмах, оскільки найпоширенішою причиною низької участі є недостатня обізнаність пацієнтів щодо позитивного впливу програм кардіореабілітації на перебіг ІХС, як з'ясовано даними огляду літературних наукових джерел.

Установлено, що 129 (63,5%) пацієнтів чули про програми кардіореабілітації, а брали участь у таких програмах лише 22 (10,8%) опитаних. Оскільки анкета в цільовому запитанні містила інформацію про складові програми реабілітації, 144 (70,9%) респондентів заявили про намір долучитися до участі в програмі.

Важливою інформацією став аналіз відповідей на запитання, де було б зручно пацієнту проходити кардіореабілітацію за індивідуальною програмою.

Повідомили, що зручним місцем для 64 (31,5%) пацієнтів було б стаціонарне відділення лікарні, для 50 (24,6%) осіб – стаціонарне відділення лікарні і домашні умови, а для 28 (13,8%) опитаних – амбулаторне відділення лікарні і домашні умови з розподілом складових програми кардіореабілітації між ними. Отже, загалом 142 (69,9%) пацієнти зручними для себе вбачали різні можливості лікарень у сполученні з домашніми умовами, що вказало на наявність запитів пацієнтів з потребами в кардіореабілітації до надавачів реабілітаційної допомоги – лікарняних закладів, а також необхідність реагування на ці запити з боку керівництва закладів в частині розміщення інфраструктурних компонентів для проведення реабілітаційних заходів, визначення організації, форм і методів їх надання.

Лише домашні умови зручними для себе визнали 32 (15,8%) опитаних, а найменш зручними локаціями пацієнти вважали амбулаторію сімейного лікаря, оскільки її обрали лише 14 (6,9%) пацієнтів, та амбулаторне реабілітаційне відділення при поліклініці, про яке заявили як зручне лише 10 (4,9%) респондентів. П'ять учасників опитування проігнорували дане запитання.

Отримані результати вказали на більшу довіру пацієнтів до лікарняних закладів та прихильність їх до домашніх умов як можливих місць проходження кардіореабілітації за відповідними програмами.

Із 144 пацієнтів, які заявили про намір взяти участь у програмі кардіореабілітації, 138 (95,8%) осіб висловили готовність виконувати усі складові програми кардіореабілітації. Цим пацієнтам також було запропоновано відповісти на запитання, чи зможуть вони використовувати цифрові пристрої для періодичних консультацій лікарів-спеціалістів при проведенні/продовженні кардіореабілітації в домашніх умовах. Позитивну відповідь надали 126 (87,5%) пацієнтів, вказавши на можливості використовувати різні пристрої або засоби електронних комунікацій (планшет, ноутбук, мобільний телефон, електронну пошту). Решта пацієнтів –

18 (12,5%) – заявили про відсутність такої можливості, оскільки або не вміють користуватися, або застосовувати спеціальні додатки до них.

Таким чином, за результатами опитування встановлено, що загалом серед контингенту пацієнтів, хворих на ІХС, спостерігається відсутність активних заходів з кардіореабілітації за цільовими програмами як з боку лікарів ЗП-СЛ, так і лікарів-спеціалістів, що сполучається з реалізацією факторів ризику ІХС, низькою лояльністю респондентів до порад медичних працівників щодо протидії цим ризикам та подальшим прогресуванням захворювання. У той же час більшість респондентів готові взяти участь у програмах кардіореабілітації.

Висновки до розділу 4

1. Установлено, що структуру випадків госпіталізованої захворюваності на ІХС склали стенокардія (34,7%), зокрема, стабільна стенокардія напруження (29,2%), нестабільна стенокардія (4,9%), прогресуюча (стенокардія спокою, 0,6%) та кардіосклероз (65,3%), зокрема, дифузний (58,1%) та постінфарктний (7,2%). Частина випадків стабільної стенокардії напруження поєднувалась із постінфарктним (10,7%) та дифузним кардіосклерозом (13,6%). ІХС в 92,8% випадків супроводжувалась іншими хворобами.

2. Показано, що до об'єктивних ознак ІХС та супутньої патології додавались суб'єктивні скарги пацієнтів на: біль за грудиною, в ділянці серця, грудній клітині (35,8% випадків), загальну слабкість (44,2% випадків), відчуття серцебиття, перебої в роботі серця (31,8% випадків), задуху, задишку (29,5% випадків), головокружіння, запаморочення (28,3% випадків), набряки кінцівок (7,5% випадків), зниження здатності до ходьби, фізичного навантаження (28,6% випадків), що вказало на порушення функцій, структури,

активності та участі хворих в повсякденному житті, які обумовлюють потребу в реабілітації.

3. Доведено, що за загальним кваліфікатором МКФ з негативною шкалою, серед пацієнтів, госпіталізованих з приводу ІХС, переважають випадки з помірною вираженістю порушень функціонування (25,0-49,0%), а протипоказання до фізичної кардіореабілітації мають 28,9% пацієнтів. Отже, 71,1% пацієнтів потребують комплексу реабілітаційних заходів, включаючи фізичну реабілітацію, а пацієнтам з протипоказаннями до останньої можливо застосовувати інші складові програми кардіореабілітації.

4. Доведено, що в пацієнтів, які отримали стаціонарне лікування з приводу ІХС, реалізовані такі фактори ризику, як АГ, яка сполучалася з ІХС в 91,3% випадків госпіталізованої захворюваності, та надмірна вага: середнє значення ІМТ по вибірці дорівнювало $30,4 \pm 6,3$ кг/см², зокрема, у чоловіків – $29,2 \pm 5,4$ кг/см², жінок – $31,1 \pm 6,7$ кг/см². На потенційні ризики за рахунок стійкого тяжіння до верхньої межі норми вказали: середні рівні глюкози в сироватці крові хворих загалом по вибірці $5,6 \pm 2,0$ ммоль/л, зокрема, у чоловіків – $5,5 \pm 1,6$ ммоль/л, у жінок – $5,7 \pm 2,2$ ммоль/л, та холестерину – відповідно $4,8 \pm 0,8$ ммоль/л, $4,7 \pm 0,7$ ммоль/л, $4,9 \pm 0,9$ ммоль/л.

5. Виявлено високу обізнаність пацієнтів щодо впливу факторів ризику на розвиток ІХС, про що повідомили 67,9% - 87,2% осіб, в залежності від фактору, за результатами соціологічного дослідження. Незважаючи на поінформованість, з АГ пов'язували своє захворювання на ІХС 95,1%, нераціональною дієтою – 79,8%, надмірною вагою – 58,1%, тютюнопалінням – 33,9%, підвищеним рівнем глюкози в сироватці крові – 33,5%, малорухомим способом життя – 30,0%, порушеннями сну – 26,6%, порушеннями емоційної рівноваги – 18,7%, підвищеним рівнем ліпідів у крові – 15,3% респондентів.

6. Установлено, що найбільш поширеними складовими нераціональної харчової поведінки пацієнтів були надмірне споживання здоби та солодощів (67,9% опитаних), копченостей і жарених продуктів (54,3% особами), гострих приправ і солі більше 5 грамів на добу (53,1%

респондентами), низький рівень споживання цільнозернових продуктів і риби (51,2% опитаних).

7. Виявлено, що рекомендаціям лікарів з дотримання дієти повністю слідують лише 22,6% опитаних, уникання активного та/або пасивного тютюнопаління – 22,2%, підтримки ваги – 19,7%, емоційної рівноваги – 17,7%, а частково слідували відповідно 68,5%, 46,3%, 57,1% та 66,0% опитаних. З'ясовано, що лише 41,4% респондентів регулярно вимірюють артеріальний тиск, а 44,8% - контролюють вагу тіла. Помірні фізичні навантаження практикували лише 2,8% - 31,7% пацієнтів, в залежності від виду активності, решта віддавали перевагу легким формам. Усе це вказувало на низьку особисту відповідальність пацієнтів за власне здоров'я та недостатню лояльність до заходів вторинної профілактики.

8. Доведено, що управлінська діяльність з адекватного реагування на потреби пацієнтів з ІХС в реабілітації та на законодавчі вимоги щодо широкого запровадження реабілітації в заклади охорони здоров'я, має значні резерви для свого вдосконалення в частині використання лікарями-кардіологами стаціонару МКФ, розробки індивідуальних програм кардіореабілітації хворим на ІХС, посилення освітньо-виховної роботи з пацієнтами, а також організації мультидисциплінарного підходу до надання реабілітаційної допомоги, забезпечення кадровими, інфраструктурними, технологічними, технічними, інформаційними, фінансовими ресурсами з боку керівників закладів спеціалізованої медичної допомоги.

Матеріали даного розділу представлені в опублікованих наукових працях автора [207]

РОЗДІЛ 5

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО- ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ

5.1. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця

Результати теоретичної частини дослідження засвідчили, що глобальні тенденції у сфері охорони здоров'я та старіння вимагають значного розширення реабілітаційних послуг у країнах світу, зокрема в країнах із низьким і середнім рівнем доходів населення, до яких належить Україна. Ситуація значним чином актуалізується наслідками військових подій для населення, яке страждає фізично та емоційно як у зв'язку з безпосереднім впливом руйнівних факторів, так і опосередковано шляхом підтримки перебігу й загострення хронічних неінфекційних хвороб, до яких належать ХСК, зокрема, найвагоміша їх складова – ІХС.

За даними проаналізованих літературних джерел та довідково-статистичних матеріалів зроблено висновки, що ІХС є однією з основних хвороб системи кровообігу, яка вражає населення планети, зокрема, України, та стає основною причиною його смерті. У 2016 році ІХС спричинила в світі приблизно дев'ять мільйонів смертей. Поведінкові патерни, генетичні фактори та фактори навколишнього середовища є факторами ризику, поширеність яких обумовлює вірогідність розвитку ІХС у найближчому майбутньому. До таких

факторів належать цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, тютюнопаління, гіперліпідемія, ожиріння, психосоціальний стрес [202 - 204].

Найбільш несприятливий характер перебігу хвороби може призвести до раптової серцевої смерті. Розвиток та перебіг стабільної стенокардії при ІХС найчастіше призводить до больового синдрому в грудях пацієнта з іррадіацією в верхні кінцівки, шию, щелепу, спину або верхню частину живота, що супроводжується відчуттям стиснення або тривоги, задишкою. Ці симптоми посилюються при фізичному або емоційному навантаженні.

Аритмії, інфаркт міокарду, серцева недостатність стають ускладненнями ІХС, що вкупі з початковими симптомами цієї хвороби несприятливо впливають на звичайну життєдіяльність людини, порушують її існування в оточуючому середовищі.

Основою запобігання ІХС визнано первинну профілактику з оцінкою факторів ризику та попередженням впливу їх керованої частки на організм людини. Лікування й менеджмент ІХС з метою зниження ймовірності виникнення важких ускладнень та раптової смерті передбачають заходи вторинної профілактики, які, за даними American Heart Association (АНА) та American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR), мають складатися зі специфічних компонентів, спрямованих на оптимізацію регулювання кардіоаскулярних ризиків, сприяння здоровій поведінці та дотримання такої поведінки, зменшення інвалідності, ведення активного способу життя.

Саме ці компоненти покладаються в основу програм кардіореабілітації, які в умовах активної інтеграції реабілітаційної допомоги в вітчизняну сферу охорони здоров'я мають стати ефективним інструментом впливу на ІХС, зокрема, зниження розвитку важких форм захворювання, фізичних і психологічних обмежень життєдіяльності, інвалідності, смертності.

Рекомендації ВООЗ «Rehabilitation in health systems: guide for action» до 2030 року (2019) та Rehabilitation in health systems (2017) передбачають, що для надання реабілітаційних послуг необхідно використовувати весь доступний

арсенал ресурсів охорони здоров'я: багатoproфільні реабілітаційні команди для мультидисциплінарності реабілітації; заклади охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги та їх структурні підрозділи – як стаціонарні, так і амбулаторні; фінансові ресурси; ресурсні можливості територіальних громад. Інтеграція реабілітаційних послуг на всіх рівнях може сприяти наданню допомоги, орієнтованої на людину, запровадження концепції відповідності медичних послуг потребам людей, а не стану здоров'я. Надійним помічником для ідентифікації потреб має стати Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я. Системи охорони здоров'я повинні забезпечити доступність реабілітаційних послуг на кожному рівні із встановленими механізмами координації для забезпечення безперервності, своєчасності та якості реабілітації за умови сильного керівництва та політичної підтримки реабілітації на рівні уряду та держави.

В Україні зроблено ряд важливих кроків для забезпечення нормативно-правового регулювання реабілітації, однак усі ці заходи ще потребують розробки організаційних моделей їх практичного впровадження в сферу охорони здоров'я й адаптації в залежності від виду медичної допомоги та патологій, оскільки наявні реабілітаційні заходи поширюються лише на пацієнтів з обмеженим переліком захворювань, зокрема, на пацієнтів з ІХС – лише в разі гострого інфаркту міокарду.

Проблеми реабілітації в нашій країні полягають у дефіциті реабілітаційних послуг, їх кадрового, фінансового та інформаційного забезпечення, використання в якості інфраструктури лише курортного середовища, в той час як заходи гострої та післягострої реабілітації найбільш ефективні в ранньому періоді захворювань, коли пацієнт перебуває в умовах стаціонару або амбулаторії.

МКФ не знайшла свого широкого використання при хворобах системи кровообігу.

Результатами власного дослідження встановлено, що, незважаючи на високі потреби в кардіореабілітації пацієнтів зі стабільною ІХС – мешканців

м. Київ – за рахунок значної частки осіб віком 60 років і старше (20,7%) в демографічній структурі населення, високою середньою очікуваною тривалістю життя при народженні – для обох статей 74 роки, зокрема, для чоловіків – 69,6 років, для жінок – 78,0 років, утриманням в структурі смертності першого місця ХСК (64,3%), в т. ч. ІХС (50,5%), найбільшою часткою ІХС в нозологічній структурі загальної захворюваності (11,3%), третини випадків первинної інвалідності дорослого населення (33,3%) внаслідок ХСК, зростання питомої ваги випадків лікування в стаціонарі за класом ХСК упродовж 2010-2019 років з 18,4% до 20,3%, – на рівні міського департаменту охорони здоров'я планування заходів з активної інтеграції реабілітації з метою охоплення нею широкого кола осіб з кардіологічною патологією в закладах первинної та спеціалізованої медичної допомоги не здійснювалося.

Незважаючи на ухвалену державну політику в сфері реабілітації, в мережі закладів охорони здоров'я м. Київ погіршилось кадрове забезпечення спеціалістами і фахівцями, які могли б бути залучені до кардіореабілітації: зменшилась укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів-кардіологів з 91,0% до 85,4%, лікарів-фізіотерапевтів – з 65,9% до 61,2%, лікарів з лікувальної фізкультури – з 63,7% до 56,8%, молодшого персоналу зі спеціальною медичною освітою – з 85,7% до 73,4%, мала місце низька укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів-дієтологів – 61,5%, лікарів-психологів – 83,1%, медичних сестер фізіотерапевтичних кабінетів – 77,7%. Заходи з фінансової підтримки залучення, додаткового навчання та матеріального заохочення спеціалістів і фахівців з реабілітації не передбачались.

Різноманітні реабілітаційні технології – відновне лікування, фізіотерапевтичні втручання, логопедична допомога, лікувальна фізкультура – використовувались автономно від лікувального процесу та надавались в структурних підрозділах окремих, розпорочених по місту, закладів охорони

здоров'я, що призводило до низької доступності реабілітаційних послуг жителям столиці.

Типова картина обмеженого доступу до кардіореабілітації осіб зі стабільною ІХС розгорнулася в КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), де проводилася експериментальна частина дослідження: показано, що реабілітацією охоплюються лише пацієнти з інфарктом міокарду, мозковим інсультом, ураженнями опорно-рухового апарату, наслідками травм, відповідно до окремих пакетів реабілітаційних послуг, які фінансуються з державного бюджету за програмою медичних гарантій. Водночас перепроєктування управлінської діяльності з метою забезпечення доступності до реабілітації широкого контингенту хворих на хронічні хвороби, зокрема, стабільну ІХС, як пропонується міжнародними рекомендаціями, не внесено в плани оперативного-тактичного управління закладом та його структурними підрозділами та, відповідно, не набуло практичного втілення.

Виявлено, що локальними розпорядчими документами передбачено проведення реабілітації кардіологічним хворим; разом з тим локальні регламенти медичної допомоги хворим зі стабільною ІХС містять лише фармакологічну складову та функціональні й лабораторні дослідження. Посадовою інструкцією лікаря-кардіолога не вимагається знання й використання МКФ. Не передбачені мультидисциплінарні утручання при наданні реабілітаційної допомоги, оскільки заклад не забезпечений спеціалістами й фахівцями з реабілітації, підготовленими за європейськими стандартами.

Установлено, що за сукупністю суб'єктивних і об'єктивних ознак у пацієнтів зі стабільною ІХС реєструвалися порушення функцій, структури, активності та участі в повсякденному житті з помірним ступенем вираженості порушень функціонування, що обумовлювало потреби в кардіореабілітації. Протипоказання до фізичної кардіореабілітації мали 28,9% пацієнтів. Отже, 71,1% пацієнтів потребували комплексу реабілітаційних заходів, а пацієнтам з

протипоказаннями до фізичної реабілітації можливо застосовувати решту складових програми кардіореабілітації.

Доведено, що в пацієнтів, які отримали стаціонарне лікування з приводу ІХС, реалізовані такі фактори ризику, як АГ, яка сполучалася з ІХС в 91,3% випадків госпіталізацій, та надмірна вага: середнє значення ІМТ по вибірці дорівнювало $30,4 \pm 6,3$ кг/см², зокрема, у чоловіків – $29,2 \pm 5,4$ кг/см², жінок – $31,1 \pm 6,7$ кг/см². На стійке тяжіння до верхньої межі норми вказали середні рівні глюкози в сироватці крові хворих загалом по вибірці $5,6 \pm 2,0$ ммоль/л, зокрема, в чоловіків – $5,5 \pm 1,6$ ммоль/л, жінок – $5,7 \pm 2,2$ ммоль/л, та холестерину – відповідно $4,8 \pm 0,8$ ммоль/л, $4,7 \pm 0,7$ ммоль/л, $4,9 \pm 0,9$ ммоль/л.

Виявлено, що незважаючи на високу поінформованість щодо впливу факторів ризику, з АГ пов'язували своє захворювання на стабільну ІХС 95,1% опитаних пацієнтів, нераціональною дієтою – 79,8%, надмірною вагою – 58,1%, тютюнопалінням – 33,9%, підвищеним рівнем глюкози в сироватці крові – 33,5%, малорухомим способом життя – 30,0%, порушеннями сну – 26,6%, порушеннями емоційної рівноваги – 18,7%, підвищеним рівнем ліпідів у крові – 15,3% респондентів.

З'ясовано, що найбільш поширеними складовими нераціональної харчової поведінки пацієнтів були надмірне споживання здоби та солодоців (67,9% опитаних), копченостей і жарених продуктів (54,3% особами), гострих приправ і солі більше 5 грамів на добу (53,1% респондентами), низький рівень споживання цільнозернових продуктів і риби (51,2% опитаних).

Доведено низьку лояльність пацієнтів до рекомендацій лікарів: з питань дотримання дієти повністю їх дотримувались лише 22,6% опитаних, щодо уникання активного та/або пасивного тютюнопаління – 22,2% пацієнтів, підтримки ваги – 19,7%, емоційної рівноваги – лише 17,7%. Частково слідували рекомендаціям лікарів із зазначених питань відповідно 68,5%, 46,3%, 57,1% та 66,0% опитаних.

Самоконтролем стану свого здоров'я регулярно займались лише 41,4% респондентів, які регулярно вимірювали артеріальний тиск, і тільки 44,8% -

контролювали вагу тіла. Помірні фізичні навантаження практикували лише від 2,8% до 31,7% пацієнтів, в залежності від виду активності, решта віддавали перевагу її легким формам, що не могло впливати позитивно на перебіг ІХС.

Таким чином, на підставі вищезазначеного, в основу медико-соціального обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ІХС покладались ідентифіковані проблеми, виявлені на різних етапах дослідження, в залежності від предметних областей, що потребувало обрання й відповідних напрямів їх вирішення, як представлено в табл. 5.1.

Таблиця 5.1

Предметні області, проблемні питання та напрями їх вирішення щодо реабілітації осіб з хворобами системи кровообігу

№ з/п	Предметна область	Проблемні питання для сфери охорони здоров'я України	Напрями вирішення проблемних питань
1	2	3	4
1	Нормативно-правове регулювання реабілітації на рівні держави, уряду країни	Відсутні організаційні моделі впровадження нормативно-правових вимог	Розробка та впровадження організаційних моделей реабілітаційної допомоги в залежності від виду медичної допомоги та характеру патології, зокрема, стабільної ІХС
2	Реабілітація як складова діяльності закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги	Відокремлення реабілітаційних послуг від інших видів медичної допомоги. Низька доступність і	Уведення реабілітаційних послуг до переліку послуг закладів охорони здоров'я. Забезпечення доступу

		дефіцит реабілітаційних послуг	до реабілітації в гострому, післягострому, віддаленому періоді захворювання. Фінансування реабілітації з різних джерел. Координація діяльності з реабілітації закладів охорони здоров'я на різних етапах медичної допомоги. Використання дистанційних технологій кардіореабілітації
<i>продовження табл. 5.1</i>			
1	2	3	4
3	Умови для надання реабілітації в гострому, післягострому, віддаленому періоді захворювання в закладах охорони здоров'я	Використання переважно інфраструктури санаторно-курортних закладів для реабілітації	Адаптація інфраструктури закладів охорони здоров'я для проведення реабілітації в гострому, післягострому, віддаленому періоді захворювань
4	Використання мультидисциплінарної робочої сили для забезпечення реабілітації	Дефіцит кадрів професіоналів та фахівців з реабілітації	Підготовка та перепідготовка професіоналів та фахівців з реабілітації в закладах вищої освіти та за підтримки керівників закладів охорони здоров'я, ГО лікарів різних спеціальностей
5	МКФ як інструмент для лікарів різних спеціальностей для більш точної діагностики і	Обмежене використання МКФ лікарями різних спеціальностей	Популяризація МКФ у медичному середовищі та навчання лікарів

	визначення потреб пацієнтів у реабілітації		різних спеціальностей використанню МКФ
<i>продовження табл. 5.1</i>			
1	2	3	4
6	Програми кардіореабілітації як складова стандартів медичних технологій	Положеннями УКПМД передбачено використання програм кардіореабілітації пацієнтам після інфаркту міокарду та пацієнтам зі стабільною ІХС за наявності цих програм	Увести індивідуальні програми кардіореабілітації пацієнтам зі стабільною ІХС до складу локальних регламентів медичної допомоги
7	Поведінкові патерни населення щодо впливу керованих факторів ризику ХСК	Низька лояльність пацієнтів щодо рекомендацій лікарів з дотримання здорової поведінки	Посилення законодавства України з профілактики поширення факторів ризику ХСК серед населення. Активізація профілактичної діяльності виконавчих органів влади і закладів охорони здоров'я. Посилення цільової профілактики факторів ризику ХСК на персональному рівні. Покращення комунікативних навичок лікарів

5.2. Розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця

Запропонована удосконалена функціонально-організаційна модель реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ІХС побудована за

класичним принципом з виокремленням в її структурі трьох основних блоків: суб'єкту управління, об'єкту управління і блоку інформаційного забезпечення.

Суб'єкт управління моделі включає в себе органи законодавчої та виконавчої влади до рівня департаментів/відділів охорони здоров'я регіону/Об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

На думку автора, доцільно здійснити коригування покладених на них функцій в частині регулювання кардіореабілітації, зокрема, у пацієнтів зі стабільною ІХС. Започаткувати корективи необхідно на рівні Верховної Ради України як законодавчого органу, оскільки є потреба в перегляді та удосконаленні законодавства з посилення боротьби з тютюном, алкоголем, цукровмісними продуктами, заохочення населення до фізичної культури і спорту. Цим посилюватиметься вплив держави на обмеження поширення факторів ризику розвитку ІХС в популяції, які є спільними й для інших неінфекційних захворювань. Таким чином, можливо досягнення загалом оздоровлення нації, дотримання населенням засад здорового способу життя.

З боку Кабінету Міністрів України доцільно зберегти функцію фінансування кардіореабілітації в амбулаторних і лікарняних умовах в межах програми медичних гарантій та з інших джерел, подальшу підтримку програм реімбурсації вартості лікарських засобів для лікування ІХС як фармакологічної складової кардіореабілітації.

На МОЗ України, МОН України, групи експертів МОЗ України за напрямом «Кардіологія» покладаються завдання з прискорення підготовки та перепідготовки фахівців з реабілітації в закладах вищої медичної освіти з метою усунення їх дефіциту в закладах охорони здоров'я різних форм власності та різних видів медичної допомоги. Важливим є адаптація міжнародних клінічних рекомендацій та розробка й впровадження УКПМД на їх основі з кардіореабілітації на принципах доказової медицини.

Безперечним завданням залишається розробка типових програм кардіореабілітації, з урахуванням міжнародного досвіду їх створення та використання, які можуть бути покладені в основу розробки індивідуальної

програми кардіореабілітації, зокрема, при стабільній ІХС. МОЗ України в запропонованій моделі залишається основним галузевим координатором діяльності закладів охорони здоров'я різних видів і форм власності та закладів інших відомств з питань кардіореабілітації шляхом підготовки розпорядчих документів та створення координаційних рад. Обов'язковою є участь кожного елемента цього суб'єкту управління в організації популяційних освітніх кампаній в різних засобах масової інформації з профілактики ХСК, зокрема, ІХС.

Координація і моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я регіону та територіальної громади, регулювання їх взаємодії з іншими відомствами, додаткове фінансування впровадження й підтримки кардіореабілітації за рахунок власних надходжень, регіональні та місцеві освітні кампанії з профілактики ХСК покладаються в моделі на департаменти/управління охороною здоров'я, відділи охорони здоров'я ОТГ.

Моделлю передбачається продовження активної діяльності ГО «Всеукраїнська асоціація кардіологів України», ГО лікарів первинної медичної допомоги та лікарів інших спеціальностей, які надаватимуть рекомендації МОЗ України щодо координації діяльності закладів охорони здоров'я з питань кардіореабілітації, братимуть участь у підтримці професійного рівня фахівців шляхом співучасті в організації наукових форумів, різних форм інформального навчання лікарів з питань кардіореабілітації, вноситимуть внесок у покращення організації діяльності мультидисциплінарних команд з кардіореабілітації в закладах охорони здоров'я, розробку індивідуальних програм кардіореабілітації. При розробці пропозицій враховуватимуть позицію представників громадських організацій пацієнтів з ХСК, зокрема, зі стабільною ІХС.

Як видно з розподілу функцій між складовими суб'єкту управління, вони спрямовані на регулювання діяльності об'єкту управління – пацієнта зі стабільною ІХС з потребами кардіореабілітації та закладів охорони здоров'я різних видів медичної допомоги, які спроможні ці запити задовольнити.

На заклади охорони здоров'я первинної медичної допомоги покладаються визначені на нормативно-правовому рівні функції первинної профілактики ІХС, формування груп ризику на захворюваність на ІХС серед прикріпленого населення та відповідні заходи з попередження реалізації факторів ризику серед цих груп. Особи, яким встановлено діагноз стабільної ІХС, і які потребують кардіореабілітації в довготривалому періоді за індивідуальною програмою, також знаходяться під спостереженням лікаря ЗП-СЛ та/або фахівців з реабілітації, які працюють/співпрацюють в/із закладі/ом первинної медичної допомоги. Лікарі ЗП-СЛ як лікарі першого контакту з пацієнтом та його медичного супроводу упродовж усього життя мають взяти на себе роль координаторів у налагодженні комунікацій між медичними працівниками, дотичними до реабілітації кожного окремого пацієнта, за допомогою такого інструменту, як клінічний маршрут пацієнта з ІХС, який потребує реабілітації вдома, в закладі первинної медичної допомоги та/або в громаді.

Обов'язковою є участь закладів первинної медичної допомоги в місцевих освітніх кампаніях з профілактики ХСК, зокрема, ІХС.

На заклади охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги покладається максимум завдань з надання реабілітаційної допомоги в гострому та післягострому періоді особам з ІХС. У разі потрапляння за важкістю стану здоров'я на стаціонарне лікування цим пацієнтам в разі відсутності протипоказань проводиться рання реабілітація в гострому періоді, до якої долучається лікар-кардіолог, який безпосередньо надає медичну допомогу, та члени мультидисциплінарної команди, з урахуванням персональних факторів ризику, важкості клінічного стану хворого та ступеня обмежень життєдіяльності. Останні визначаються за допомогою клінічних, параклінічних даних та МКХ-10 і МКФ.

Гостра реабілітація може надаватися за місцем медичної допомоги хворому, куди його було госпіталізовано. Надалі, при покращенні клінічного стану, реабілітаційна допомога включає в себе заходи післягострої

реабілітації, яка надається у відділенні кардіореабілітації. Ураховуючи клінічний стан хворого, післягостра реабілітація може надаватись також в амбулаторному відділенні лікарні або пацієнт передається під нагляд лікаря ЗП-СЛ та фахівців з реабілітації закладу первинної медичної допомоги.

При проведенні післягострої реабілітації в лікарняному закладі активно використовуються не лише інфраструктурні можливості внутрішнього простору лікарні з відповідним обладнанням, але й обладнані зони прилеглої території в межах відкритого простору лікарні – марковані доріжки, екологічні стежки, зони для фізичної реабілітації, психотерапії, йоги і т. і.

Надання реабілітаційної допомоги здійснюється лікарями-кардіологами та фахівцями з реабілітації відповідно до індивідуальної програми кардіореабілітації пацієнтам зі стабільною ІХС з використанням сучасних медичних технологій на основі доказової медицини, представлених у відповідних УКПМД.

Зважаючи на типові проблемні питання з порушеннями здоров'я та поведінки пацієнтів зі стабільною ІХС, представленими в Розділі 4 дисертаційної роботи, типова програма кардіореабілітації пацієнту зі стабільною ІХС повинна розроблятися мультидисциплінарною реабілітаційною командою, до складу якої входить лікар фізичної та реабілітаційної медицини, лікар-кардіолог, лікар-дієтолог, фізичний терапевт, лікар-психолог. Розподіл завдань з формування індивідуальної програми кардіореабілітації відповідає профілю спеціаліста, але в сукупності вони складають єдину програму, націлену на задоволення потреб окремого пацієнта у відновленні функціонування, викликаного клінічними проявами хвороби.

Лікар-кардіолог забезпечує фармакологічну складову програми, яка доповнює/змінює/оновлює повністю або частково той набір лікарських засобів, які пацієнт приймав до госпіталізації, або вперше складає план фармакологічного лікування. Фармакологічна терапія відштовхується від рекомендацій доказової медицини, представлених у відповідних галузевих і

локальних протоколах медичної допомоги, та враховує як перебіг основного захворювання у пацієнта – стабільної ІХС, так і супутніх захворювань. За необхідності, додаються рекомендації інших профільних спеціалістів. Фармакотерапія включає в себе лікарські засоби для досягнення нормативного рівня артеріального тиску, ліпідів і цукру в крові (за потребами пацієнта)

Лікар-дієтолог, з урахуванням особливостей харчової поведінки даного пацієнта, розробляє індивідуальну дієту, яка за складом продуктів (високий вміст овочів, фруктів і цільнозернових продуктів) і калорійністю відповідає вимогам раціонального й збалансованого харчування, що сприятиме нормалізації ліпідного обміну, підтримки здорової ваги (ІМТ <25 кг/м²), зниженню артеріальної гіпертензії.

Фізичний терапевт створює складову програми кардіореабілітації – фізичну терапію з метою забезпечення регулярної фізичної активності/фізичних вправ та самостійності пацієнта, розробляє та впроваджує комплекс заходів та рекомендацій, спрямованих на поліпшення діяльності серцево-судинної системи, нормалізації ваги тіла з використанням регулярної фізичної активності/фізичних вправ – 30 - 60 хвилин аеробної активності середньої інтенсивності упродовж п'яти або більше днів на тиждень, масажу, преформованих фізичних чинників.

Лікар-психолог здійснює психодіагностику та психологічну реабілітацію пацієнтів зі стабільною ІХС із застосуванням спеціальних методик, враховуючи достатньо розповсюджені в досліджуваній популяції порушення сну та емоційні порушення, на які вказали пацієнти під час опитування. Надає психологічну допомогу пацієнтам, неспроможним справитися з несприятливими умовами їхнього життя, соціальним, сімейним та професійним дистресом, тривожністю. Проводить навчання та консультування пацієнтів, спрямоване на зменшення психологічної залежності від тютюнопаління та вживання алкоголю, за необхідності, скеровує до лікаря-психотерапевта, лікаря-нарколога.

На лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, як провідного фахівця з реабілітації, покладаються функції координатора команди, який встановлює реабілітаційні цілі, визначає реабілітаційні втручання, необхідні для досягнення цих цілей, виконує роль організатора розробки, узгодження між усіма учасниками команди та виконання індивідуальної програми кардіореабілітації, проводить її коригування за потреби, контролює ефективність реабілітаційних втручань пацієнту зі стабільною ІХС та несе відповідальність за процес реабілітації в цілому.

Усі реабілітаційні заходи супроводжуються навчанням і консультуванням пацієнтів за відповідним напрямком діяльності учасника мультидисциплінарної команди з метою досягнення прихильності до реабілітації, усвідомленого ставлення до виконання індивідуальної програми реабілітації та власної відповідальності пацієнта за результати для свого здоров'я.

Важливо, що кожен учасник мультидисциплінарної реабілітаційної команди повинен використовувати весь арсенал впливу на пацієнта – емпатію, комунікативні навички, навчання пацієнта, встановлення довірливих стосунків, налагодження взаєморозуміння, простоту подання інформації – з метою підвищення мотивації та усвідомленого ставлення пацієнта до виконання програми кардіореабілітації. Цей важливий момент викликаний результатами опитування пацієнтів, згідно з якими, при повній поінформованості про фактори ризику, більша частина респондентів не виконувала порад лікарів.

З метою вирішення цього завдання доцільно також проводити навчання лікарів на робочих місцях з напрацювання й вдосконалення в них комунікативних навичок, відповідних компетенцій зі спілкування з пацієнтами за допомогою сценаріїв рольових ігор, прямого спостереження за зустрічами пацієнтів в клінічних умовах та інших.

Пацієнт зі стабільною ІХС обов'язково знайомиться з індивідуальною програмою кардіореабілітації, надає згоду на участь у програмі. За його

побажаннями, до програми, якщо це можливо за медичних показань, вносяться корективи.

У разі переведення пацієнта зі стабільною ІХС на етап амбулаторної довготривалої реабілітації під нагляд лікаря ЗП-СЛ та фахівців з реабілітації Центру ПМСД або реабілітації в умовах територіальної громади йому можуть бути запропоновані консультативні послуги відділу телекомунікаційної реабілітації та дистанційного навчання для продовження кардіореабілітації в амбулаторних/домашніх умовах. Соціально-економічні, транспортні та логістичні питання для тих пацієнтів, які живуть віддалено, можуть обмежувати відвідування реабілітаційних заходів після виписки із стаціонару. Тому завданнями відділу телекомунікаційної реабілітації та дистанційного навчання стосовно пацієнтів визначені: консультативний супровід пацієнтів на етапі довготривалої реабілітації, нагадування про програмні заходи з вторинної профілактики, освітньо-виховна робота серед пацієнтів і їх сімей з метою запобігання повторенню серцевих подій, зменшення частоти госпіталізації та смертності від хвороб системи кровообігу.

Усі види робіт, що здійснюються з використанням дистанційних технологій, потребують від пацієнта вміння їх використання та наявності електронних пристроїв.

Взаємодія між пацієнтом та мультидисциплінарною реабілітаційною командою з виконання індивідуальної програми кардіореабілітації повинна бути задокументована з використанням офіційних форм медичної статистичної звітності. Середня тривалість реабілітаційних заходів за умови постійного спостереження й консультування членами реабілітаційної команди повинна тривати не менш як вісім тижнів, як рекомендують [205].

Оцінка ефективності програми проводиться обов'язково після її завершення лікарем фізичної та реабілітаційної медицини або лікарем ЗП-СЛ, фахівцем з реабілітації, залежно від того, в яких умовах (амбулаторному відділенні лікарні, закладі первинної медичної допомоги, реабілітаційному

закладі територіальної громади, вдома) проводилась в післягострому та довготривалому періоді та завершена кардіореабілітація.

Оцінці можуть підлягати компоненти програми:

- 1) зміна впливу факторів ризику, пов'язаних з поведінкою пацієнта (куріння тютюну, дотримання кардіопротекторної дієти, зміна ваги, вживання алкоголю, фізична активність та фізичні вправи);
- 2) зміна психосоціального здоров'я (динаміка рівнів тривожності, депресії, психологічного стресу, соціальної підтримки, самооцінка якості життя);
- 3) управління медичним ризиком (динаміка значень артеріального тиску, рівнів ліпідів та глюкози в крові, дотримання фармакотерапії);
- 4) обсяг виконання програми кардіореабілітації, покращення клінічного стану пацієнта, зменшення ступеню обмежень життєдіяльності.

Завдання відділу телекомунікаційної реабілітації та дистанційного навчання також полягають у координації взаємодії закладів охорони здоров'я різних видів медичної допомоги та/або за потреби закладів різних відомств на етапі довготривалої реабілітації пацієнта зі стабільною ІХС, та підтримка високого рівня компетентностей лікарів закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги з питань кардіореабілітації шляхом проведення сумісних навчальних занять, практичних конференцій, семінарів, тренінгів, науково-практичних заходів за підтримки закладів вищої медичної освіти та ГО лікарів, обміну практичним досвідом, удосконалення комунікативних навичок.

Функціонування цього відділу потребує укомплектування аудіо, відеотехнікою, комп'ютерним і програмним забезпеченням, методичними навчальними матеріалами, технічними співробітниками.

Таким чином, використання мобільних технологій забезпечить можливість безбар'єрного спілкування між лікарями, дотичними до кардіореабілітації конкретного хворого, та підвищить доступність пацієнтів до програми кардіореабілітації й своєчасного та в повному обсязі виконання пацієнтами кардіореабілітаційних заходів.

Реабілітаційна інфраструктура та відділ телекомунікаційної реабілітації та дистанційного навчання утворюють реабілітаційний центр як інфраструктурну одиницю закладу спеціалізованої медичної допомоги, основним функціонально-організаційним елементом якого є мультидисциплінарні команди фахівців, зокрема, з кардіореабілітації, з мобільним форматом роботи, а очолити такий центр бажано лікарю фізичної та реабілітаційної медицини з додатковою спеціалізацією за фахом «Організація і управління охороною здоров'я».

Це надаватиме можливість забезпечення реабілітації пацієнтам у різних стадіях хвороби (гострій, післягострій), в різних умовах (амбулаторних, стаціонарних), фахівцями різних спеціальностей в сфері реабілітації та різними заходами реабілітації (фізична реабілітація, ерготерапія, психотерапія, дієтотерапія, терапія мови і мовлення та інші), при різних патологіях, зокрема, пацієнтам з потребами в кардіореабілітації при стабільній ІХС.

Остання складова моделі – блок інформаційного забезпечення, в якому накопичується і оновлюється інформація, необхідна для функціонування об'єкту і суб'єкту управління. Це рекомендації ВООЗ з різних напрямів укріплення систем охорони здоров'я з метою підвищення їх спроможності забезпечити максимальне охоплення реабілітацією пацієнтів з потребами в ній надавати результативні та доступні реабілітаційні послуги. Це міжнародні клінічні рекомендації, які є джерелом реабілітаційних технологій і програм кардіореабілітації на основі доказової медицини, використання яких надає можливість розробляти галузеві УКПМД з кардіореабілітації, зокрема, при стабільній ІХС.

Демографічні, епідеміологічні дані про населення та стан його здоров'я, зокрема, хвороби системи кровообігу, поширеність факторів ризику ІХС в популяції країни, регіону, територіальної громади необхідні для планування ресурсів охорони здоров'я із задоволення потреб в кардіореабілітації та профілактиці факторів ризику серцево-судинних хвороб.

Постачальниками цієї інформації можуть бути регіональні Центри контролю та профілактики хвороб, підрозділи Державної служби статистики України, відповідні структурні підрозділи ОТГ, заклади охорони здоров'я.

Дані про кількість, рівень кваліфікації, віковий ценз, спеціальності, міграцію медичних кадрів в динаміці необхідні для планування їх підготовки та перепідготовки.

Дані моніторингу результатів кардіореабілітації від закладів охорони здоров'я надаватимуть можливість оцінити ефективність зусиль, які витрачатимуться на надання кардіореабілітаційних послуг. Для цього доцільно орієнтуватися на такі показники, як:

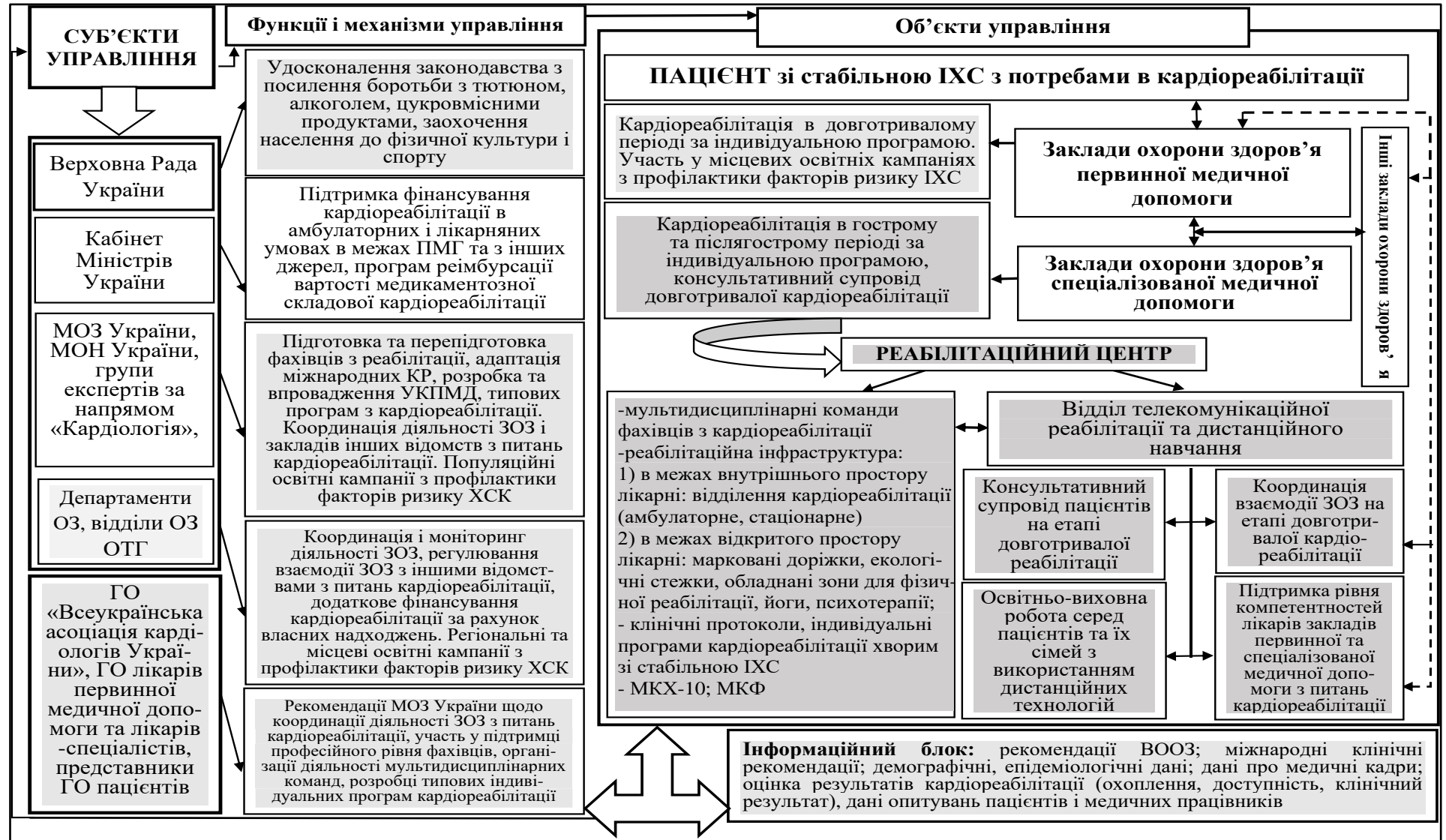
1) відсоток охоплення осіб кардіореабілітацією від числа тих, які того потребують;

2) доступність кардіореабілітації через показники укомплектованості штатних посад фізичними особами фахівців з реабілітації, відповідності інфраструктурних компонентів складовим кардіореабілітації, наявності та актуальності кардіореабілітаційних технологій;

3) результат кардіореабілітації – в показниках задоволеності пацієнта.

Остання визначається шляхом регулярного збору даних через опитування пацієнтів. Доповнює цей блок соціологічна інформація від медичних працівників як безпосередніх надавачів кардіореабілітаційної допомоги, що допоможе керівникові закладу краще орієнтуватися в підходах до постійного вдосконалення організації реабілітаційного процесу та його ресурсного забезпечення.

Усі складові моделі пов'язані між собою внутрішніми і зовнішніми зв'язками, як вертикальними (суб'єкти і об'єкти на відповідних рівнях управління), так і горизонтальними (внутрішніми). Горизонтальні зв'язки притаманні також громадським організаціям і закладам охорони здоров'я в межах корпоративного простору (рис. 5.1).



Удосконалені елементи	Інноваційні елементи	Елементи без змін
-----------------------	----------------------	-------------------

Рис. 5.1. Удосконалена функціонально-організаційна модель реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця

5.3. Упровадження окремих елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця на галузевому, регіональному рівнях та в практику діяльності закладів охорони здоров'я. Експертна оцінка ефективності моделі

Упровадження основних елементів обґрунтованої та розробленої удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця відбувалось на етапах наукового дослідження та по його завершенні на галузевому, регіональному та місцевому (локальному) рівнях.

Упровадження результатів дослідження на галузевому рівні забезпечувалося підготовкою, виданням та поширенням методичних рекомендацій «Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця» [212] та співучастю автора в розробці навчального плану і програми циклу тематичного удосконалення лікарів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Безпека пацієнта як складова якості медичної допомоги» (затверджено вченою радою НУОЗ України імені П. Л. Шупика 13 жовтня 2021 року, протокол № 8).

Матеріали дисертаційного дослідження розглянуті та взяті до використання в роботі в наукових установах України: Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова та ДУ «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».

Результати дослідження використовуються в освітньому процесі кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини Івано-Франківського національного медичного університету та кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

На регіональному та локальному рівні матеріали дисертаційного дослідження впроваджені в діяльність мережі закладів охорони здоров'я, що засновані на комунальній власності територіальної громади м. Київ: КНП «КМКЛ № 5» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА); КНП «КМКЛ № 6» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА); КНП «КМКЛ № 7» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА); КНП «КМКЛ № 14» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА); КНП «КМКЛ № 17» ДОЗвиконавчого органу Київської міської ради (КМДА).

На локальному рівні матеріали дисертаційного дослідження впроваджені в роботу КНП «Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради» та КНП «Міська лікарня № 4» Запорізької міської ради.

Результати впровадження результатів дисертаційного дослідження підтверджені актами впровадження в кількості 11 од. (Додаток Д).

Інформування науковців і медичних працівників з питань інтеграції реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ІХС в діяльність закладів спеціалізованої медичної допомоги відбувалось також шляхом опублікування результатів проведеного автором наукового дослідження в наукових фахових виданнях України та наукометричному (іноземному) виданні (усього 4 од.), презентацій результатів та їх публікацій в матеріалах наукових форумів, що засвідчено відповідними сертифікатами (4 од.), а також при безпосередньому спілкуванні з колегами в середовищі лікарів-організаторів охорони здоров'я під час ділових нарад.

Найбільшим попитом користувались розробки автора в частині організації діяльності відділень реабілітації як структурної складової реабілітаційного центру та досвід автора як керівника закладу спеціалізованої медичної допомоги в підтримці підготовки фахівців з реабілітації з виділенням посад та укомплектуванням останніх фізичними особами.

У закладі охорони здоров'я, де проводилось дослідження, - КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), за ініціативи та безпосереднього керівництва й участі автора здійснено:

- введення до штатного розпису лікарні штатних посад: лікаря фізичної та реабілітаційної медицини – 4 ст., лікаря-психолога – 1 ст., лікаря-психотерапевта – 1 ст., логопеда – 1 ст., лікаря-кардіолога – 2 ст., лікаря-невролога – 1 ст., фізичного терапевта – 3,5 ст., ерготерапевта – 3,5 ст., асистента фізичного терапевта – 3 ст., ерготерапевта, сестри медичні – 10 ст., з укомплектованістю штатних посад фізичними особами;
- підписаний договір з Національною службою здоров'я України за пакетами «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах»;
- розроблено та затверджено посадові інструкції лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, асистента фізичного терапевта;
- реконструйовано під реабілітаційний центр частину однієї з будівель КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА);
- закуплено та встановлено обладнання для фізичної реабілітації (фото 1-4);
- облаштовані та оснащені кабінети фахівців з реабілітації;
- проводиться облаштування маркованих доріжок та екологічних стежок відведеної ділянки на прилеглий території лікарні;
- заплановано закупівлю обладнання для Центру телереабілітації та технологій дистанційного навчання на 2023 -2024 роки.

На відміну від надання медичної допомоги пацієнтам відділення в 2019 році, лікування хворих з ІХС проводилось з включенням реабілітаційних заходів у гострому та післягострому періоді та з використанням набутих потужностей лікарні внаслідок інтеграції реабілітації в діяльність лікарні.

Лікування проводилось за курацією лікаря-кардіолога та фахівців з реабілітації за індивідуальною реабілітаційною програмою, заходами якої



Фото 1-4. Обладнання для фізичної реабілітації в КНП «КМКЛ № 4» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації);

упродовж перебування в стаціонарі були охоплені усі пацієнти з показаннями до реабілітації.

Тривалість перебування в стаціонарі дозволяла найбільш ефективно проводити навчання та консультування пацієнтів, які стосувалися більш детального роз'яснення і практичного втілення рекомендацій щодо здорового харчування шляхом розробки індивідуальних дієт, засвоєння пацієнтами індивідуального комплексу фізичних вправ в реальних умовах відкритого простору та в залі фізичної терапії, використання системи нагадувань щодо регулярного прийому фармакологічних засобів, вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, контролю ваги тіла, рівня цукру та ліпідів у крові. Усі пацієнти отримали сеанси психологічного розвантаження.

За результатами впровадження обсяги виконання програм реабілітації досягли 95,0-97,0%.

По завершенні впровадження результатів дослідження в практику роботи КНП «КМКЛ № 4» ДОЗ виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) впродовж 2021 року проведена експертна оцінка ефективності удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця. Експертна оцінка була здійснена експертною групою чисельністю 20 осіб з використанням спеціально розроблених автором дослідження анкет експертів за п'ятибальною шкалою, за методикою, представленою в Розділі 2 дисертаційної роботи.

Результати експертної оцінки надані в табл. 5.2.

Як видно з наведених даних, експерти високо оцінили запропоновану модель: діапазон середніх оцінок за визначеними позиціями анкети експерта знаходився в межах $4,7 \pm 0,47$ - $5,0 \pm 0,00$ балів за п'ятибальною шкалою.

Одноставно експерти надали максимальну оцінку за критерієм «Орієнтованість моделі на інтеграцію реабілітації в діяльність закладу спеціалізованої медичної допомоги» у $5,0 \pm 0,00$ балів. Профілактична спрямованість моделі також оцінена дуже високими оцінками – $4,95 \pm 0,22$ бали, як і мультидисциплінарний підхід до надання реабілітаційної допомоги,

Таблиця 5.2

Результати експертної оцінки удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця

№	Критерії для оцінки	Середня оцінка в балах (M)	Середньоквадратичне відхилення (σ)	Коефіцієнт варіації (Cv) (%)
1	Орієнтованість моделі на інтеграцію реабілітації в діяльність закладу спеціалізованої медичної допомоги	5,00	0,00	0,0
2	Профілактична спрямованість моделі	4,95	0,22	4,4
3	Модель передбачає мультидисциплінарний підхід до надання реабілітаційної допомоги	4,90	0,31	6,3
4	Модель спрямована на надання доступної та безперервної реабілітаційної допомоги пацієнтам шляхом координації діяльності та послідовної взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги	4,85	0,37	7,6
5	Модель носить інноваційний характер за рахунок розширення інфраструктурної зони надання реабілітаційних послуг та організації відділу телереабілітації та дистанційного навчання	4,85	0,37	7,6
6	Прогнозна оцінка ефективності моделі:			
6.1	- зменшення негативного впливу факторів ризику ІХС на здоров'я популяції	4,75	0,44	9,3
6.2	- досягнення цільових значень артеріального тиску, ваги, рівня глюкози та холестерину крові у пацієнта (медична складова)	4,70	0,47	10,0
6.3	- зменшення ризику ускладнень та інвалідності населення внаслідок ІХС (соціальна складова)	4,75	0,44	9,3
6.4	- зменшення економічних витрат на лікування ускладнень та інвалідності населення внаслідок ІХС (економічна складова)	4,80	0,41	8,5

закладений в моделі, – $4,90 \pm 0,31$ бали. За критерієм спрямування на надання доступної та безперервної реабілітаційної допомоги пацієнтам шляхом координації діяльності та послідовної взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги модель оцінена у $4,85 \pm 0,37$ бали, таку ж оцінку надали експерти за критерієм інноваційного характеру моделі за рахунок розширення інфраструктурної зони надання реабілітаційних послуг та організації відділу телереабілітації та дистанційного навчання.

Серед прогнозних оцінок ефективності моделі найвищу отримано за критерієм зменшення економічних витрат на лікування ускладнень та інвалідності населення внаслідок ІХС – $4,80 \pm 0,41$ бали. Значні сподівання покладали експерти на зменшення негативного впливу факторів ризику ІХС на здоров'я популяції та зменшення ризику ускладнень та інвалідності населення внаслідок ІХС (соціальна складова ефективності), оцінивши модель за цими критеріями у $4,75 \pm 0,44$ бали.

Високу оцінку, але найменшу серед усіх оцінок за визначеними критеріями, надали моделі експерти за таким критерієм, як досягнення цільових значень артеріального тиску, ваги, рівня глюкози та холестерину крові у пацієнта (медична складова) – $4,70 \pm 0,47$ бали, можливо, це пов'язано з метаболічними факторами ризику, закладеними в критерії, що є достатньо складним для керованості цих факторів.

Коефіцієнт варіації (C_v) думок експертів знаходився в межах 0,00-10,0%, тобто, низьких значень розкиду, що засвідчило достатньо високу ступінь узгодженості думок незалежних експертів при оцінці моделі.

Таким чином, розроблена та впроваджена за окремими елементами в діяльність закладів охорони здоров'я удосконалена функціонально-організаційна модель реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця підтвердила свою медичну, соціальну та економічну ефективність у високих прогнозних оцінках кваліфікованих експертів.

Висновки до розділу 5

1. У основу медико-соціального обґрунтування та розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця покладались рекомендації ВООЗ з реабілітації в охороні здоров'я, експертів Американської кардіологічної асоціації, вітчизняні галузеві нормативно-правові вимоги та результати власного дослідження.

2. Показано, що ключовим елементом удосконаленої моделі є реабілітаційний центр у складі закладу спеціалізованої медичної допомоги, призначений для: 1) інтеграції кардіореабілітації хворих на ІХС у спеціалізовану медичну допомогу шляхом організації її надання в гострому та післягострому періоді на відміну від усталеної практики кардіореабілітації на санаторно-курортному етапі; 2) організації діяльності мультидисциплінарних команд фахівців з кардіореабілітації з використанням індивідуальних програм кардіореабілітації; 3) підтримки та розвитку реабілітаційної інфраструктури закладу в межах внутрішнього (амбулаторне, стаціонарне відділення кардіореабілітації) та відкритого (зовнішнього) простору (зони для фізичної та психічної реабілітації).

3. Суттєвою інноваційною складовою запропонованої моделі слід вважати відділ телекомунікаційної реабілітації та дистанційного навчання як функціонально-структурного підрозділу реабілітаційного центру, основними завданнями якого визначені: консультативний супровід пацієнтів з ІХС фахівцями з реабілітації та координація взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги на етапі довготривалої кардіореабілітації; проведення освітньо-виховної роботи серед пацієнтів та їх сімей з використанням дистанційних технологій після виписки зі стаціонару; підтримка рівня компетентностей лікарів закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги з питань кардіореабілітації.

4. Доведено, що основними перевагами моделі є: 1) профілактична спрямованість, яка полягає в удосконаленні законодавства з посилення боротьби з тютюном, алкоголем, цукровмісними продуктами, заохочення населення до фізичної культури і спорту, проведенні популяційних регіональних та місцевих освітніх кампаній з профілактики факторів ризику хвороб системи кровообігу, зокрема, ішемічної хвороби серця; 2) мультидисциплінарний підхід до надання кардіореабілітаційної допомоги; 3) спрямованість на надання доступної та безперервної кардіореабілітаційної допомоги шляхом забезпечення послідовної взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги; 4) підготовка та перепідготовка фахівців з реабілітації, адаптація міжнародних клінічних рекомендацій, розробка та впровадження уніфікованих клінічних протоколів та типових програм з кардіореабілітації; 5) додаткове фінансування кардіореабілітації за рахунок власних надходжень об'єднаних територіальних громад.

5. Результати впровадження елементів запропонованої моделі в закладі спеціалізованої медичної допомоги засвідчені виділенням посад та укомплектуванням останніх фізичними особами фахівців з реабілітації, реконструкцією інфраструктури для створення реабілітаційного центру, закупівлею та встановленням обладнання для кардіореабілітації, запровадженням індивідуальних програм кардіореабілітації в практику роботи лікарів-кардіологів та мультидисциплінарних команд з кардіореабілітації.

6. Обґрунтована, розроблена та впроваджена за окремими елементами удосконалена функціонально-організаційна модель реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця високо оцінена кваліфікованими експертами в межах $4,7 \pm 0,47$ - $5,0 \pm 0,00$ балів за п'ятибальною шкалою при низьких коефіцієнтах варіації думок (0,00-10,0%) експертів, що підтвердило реальну і потенційну дієздатність моделі та дозволяє рекомендувати її для подальшого впровадження в закладах охорони здоров'я України.

Матеріали даного розділу представлені в опублікованих наукових працях автора [206; 208;211; 212]

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість організації кардіореабілітаційної допомоги хворим на стабільну ішемічну хворобу серця, що обумовило проведення теоретичного та емпіричного дослідження за темою та обґрунтування й розробку удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця, впровадження окремих елементів якої довело свою потенційну медичну, соціальну та економічну ефективність, що передбачалось метою та завданнями дослідження.

1. Результатами теоретичного аналізу показано, що хвороби системи кровообігу є основною причиною інвалідності, передчасної смертності населення та значних економічних витрат країн світу. В Україні спостерігаються найвищі серед країн східної Європи рівні захворюваності та поширеності цих хвороб, відповідно – 1,782.81-1,918.33 на 100 тис. нас. та 11,463.17-12,679.43 на 100 тис. нас. У структурі хвороб системи кровообігу 69,7% складає ішемічна хвороба серця. Втрати виробництва через передчасну смерть населення від хвороб системи кровообігу в 2013 році дорівнювали 5739,20 млн грн.

2. Показано, що реагування систем охорони здоров'я на виклики, пов'язані з хворобами системи кровообігу, передбачає заходи щодо зміцнення здоров'я, профілактики хвороб та кардіореабілітації. Зокрема, зростання потреб в кардіореабілітації населення столиці підтверджено значною часткою осіб віком 60 років і старше (20,7%), високою середньою очікуваною тривалістю життя при народженні (для обох статей 74 роки, для чоловіків – 69,6 років, для жінок – 78,0 років), першим місцем в структурі смертності хвороб системи кровообігу (64,3%), в т. ч., ішемічної хвороби серця (50,5%). На останню приходиться найбільший відсоток випадків (11,3%) в структурі захворюваності киян на хвороби системи кровообігу.

3. Доведено, що Міською цільовою програмою «Здоров'я киян» на 2017-2019 та 2020-2022 роки не передбачалось фінансової підтримки кадрового забезпечення реабілітації; протягом 2010-2019 років зменшилась укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів, які могли бути залучені до кардіореабілітації: лікарів-кардіологів – з 91,0% до 85,4%, лікарів-фізіотерапевтів – з 65,9% до 61,2%, лікарів з лікувальної фізкультури – з 63,7% до 56,8%; мав місце низький рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами лікарів-дієтологів – 61,5%, лікарів-психологів – 83,1%, медичних сестер фізіотерапевтичних кабінетів – 77,7%. Планування заходів з інтеграції кардіореабілітації в первинну та спеціалізовану медичну допомогу носило фрагментарний характер.

4. Виявлено обмежене застосування реабілітації в лікарняних закладах системи виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), що підтверджено відокремленням реабілітаційних технологій від лікувального процесу, обмеженим доступом пацієнтів до відділень/кабінетів лікувальної фізкультури, відновного лікування, логопедичної та психологічної допомоги. Кардіореабілітацією охоплюються лише пацієнти з інфарктом міокарду. Не передбачені мультидисциплінарні утручання при наданні реабілітаційної допомоги, не вимагається знання й використання лікарями-кардіологами Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

5. Проведено аналіз структури порушень функціонування у госпіталізованих хворих на ішемічну хворобу серця: суб'єктивні скарги на біль за грудиною, в ділянці серця, грудній клітині (35,8% випадків), загальна слабкість (44,2% випадків), відчуття серцебиття, перебої в роботі серця (31,8% випадків), задуха, задишка (29,5% випадків), головокружіння, запаморочення (28,3% випадків), набряки кінцівок (7,5% випадків), зниження здатності до ходьби, фізичного навантаження (28,6% випадків), чим підтверджено потребу в кардіореабілітації даного контингенту пацієнтів в гострому та післягострому періоді.

6. Доведено, що в пацієнтів стаціонару реалізовані такі фактори ризику ішемічної хвороби серця, як артеріальна гіпертензія (у 91,3% випадків), надмірна вага (середнє значення ІМТ по вибірці дорівнювало $30,4 \pm 6,3$ кг/см², зокрема, у чоловіків – $29,2 \pm 5,4$ кг/см², жінок – $31,1 \pm 6,7$ кг/см²), надмірне споживання здоби та солодоців (67,9% опитаних), копченостей і жарених продуктів (54,3% особами), гострих приправ і солі більше 5 грамів на добу (53,1% респондентами), низький рівень споживання цільнозернових продуктів і риби (51,2% опитаних).

7. Виявлено, що рекомендаціям лікарів з дотримання раціональної дієти повністю слідує лише 22,6% опитаних, уникання активного та/або пасивного тютюнопаління – 22,2%, підтримки ваги – 19,7%, емоційної рівноваги – 17,7% опитаних. Лише 41,4% респондентів регулярно вимірюють артеріальний тиск, а 44,8% – контролюють вагу тіла; помірні фізичні навантаження практикували лише 2,8% - 31,7% пацієнтів, в залежності від виду активності. Усе це вказувало на низьку особисту відповідальність пацієнтів за власне здоров'я та недостатню схильність до заходів вторинної профілактики.

8. Визначено, що 70,9% респондентів заявили про намір долучитися до участі в програмі кардіореабілітації; зручним місцем для 31,5% пацієнтів було б стаціонарне відділення лікарні, для 24,6% осіб – стаціонарне відділення і домашні умови, для 13,8% опитаних – амбулаторне відділення лікарні і домашні умови з розподілом складових програми кардіореабілітації між ними. Загалом 69,9% пацієнтів зручними для себе вбачали різні можливості лікарень у сполученні з реабілітацією в домашніх умовах.

9. Здійснено медико-соціальне обґрунтування та розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця, ключовим елементом якої є реабілітаційний центр у складі закладу спеціалізованої медичної допомоги, призначений для: 1) інтеграції кардіореабілітації у спеціалізовану медичну допомогу в гострому та післягострому періоді перебігу ішемічної хвороби серця на відміну від усталеної практики кардіореабілітації на санаторно-курортному етапі; 2) організації діяльності мультидисциплінарних команд фахівців з

реабілітації з використанням індивідуальних програм кардіореабілітації; 3) розвитку реабілітаційної інфраструктури закладу в межах внутрішнього та відкритого (зовнішнього) простору.

10. Доведено, що суттєвою інноваційною складовою моделі є відділ телекомунікаційної реабілітації та дистанційного навчання як функціонально-структурний підрозділ реабілітаційного центру, основними завданнями якого є: консультативний супровід пацієнтів фахівцями з кардіореабілітації та координація взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги на етапі довготривалої кардіореабілітації; освітньо-виховна робота серед пацієнтів після виписки зі стаціонару та їх сімей з використанням дистанційних технологій; підтримка рівня компетентностей лікарів закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги з питань кардіореабілітації.

11. Показано, що основними перевагами моделі є: 1) посилення законодавства з боротьби з тютюном, алкоголем, цукровмісними продуктами, заохочення населення до фізичної культури і спорту, проведення популяційних освітніх кампаній з профілактики факторів ризику хвороб системи кровообігу; 2) мультидисциплінарний підхід до надання кардіореабілітаційної допомоги; 3) спрямованість на доступну та безперервну кардіореабілітацію шляхом послідовної взаємодії закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги; 4) підготовка та перепідготовка фахівців з реабілітації, адаптація міжнародних клінічних рекомендацій, розробка та впровадження уніфікованих клінічних протоколів та типових програм кардіореабілітації; 5) додаткове фінансування кардіореабілітації за рахунок власних надходжень об'єднаних територіальних громад.

12. Обґрунтована, розроблена та впроваджена за окремими елементами удосконалена функціонально-організаційна модель реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця високо оцінена кваліфікованими експертами в межах $4,7 \pm 0,47 - 5,0 \pm 0,00$ балів за п'ятибальною шкалою при низьких коефіцієнтах варіації думок (0,00-10,0%) експертів, що

підтвердило реальну і потенційну дієздатність моделі та дозволяє рекомендувати її для подальшого впровадження в закладах охорони здоров'я України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Noncommunicable diseases country profiles 2014. World Health Organization : Geneva, 2014. 214 p. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf (дата звернення: 10.11. 2019).
2. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization: Geneva, 2014. 302 p. URL: <https://repository.gheli.harvard.edu/repository/10985/> (дата звернення: 10.11. 2019).
3. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020. № 396(10258). P. 1250-1284. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30750-9 (дата звернення: 10.11. 2019).
4. Olvera Lopez E, Ballard BD, Jan A. Cardiovascular Disease. [Updated 2021 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535419/> (дата звернення: 10.11. 2019).
5. Cardiovascular diseases (CVDs). WHO : website. URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (дата звернення: 25.05.2023).
6. Коваленко В. М., Дорогой А. П. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні. *Український кардіологічний журнал*. 2016. № 4, додаток 3: матеріали XVII Національного конгресу кардіологів України. С. 5-14.
7. Кількість померлих за окремими причинами смерті. Архів. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/ds/kpops/kpops_u/arh_kpops2020_u.html (дата звернення: 10.04.2021).

8. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. *The Lancet*, 2018. Vol. 392, Issue 10159, P. 1789-1858. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7) (дата звернення: 10.11. 2019).
9. Global Health Data Exchange: web-site. URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (дата звернення: 10.04.2021).
10. European Cardiovascular Disease Statistics 2017 / Wilkins E. et al. European Heart Network. Brussels, 2017. 192 p.
11. Крапівіна А. А. Характеристика особливостей захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення України в гендерному аспекті. Україна. *Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 326-327. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_74 (дата звернення: 10.11. 2019).
12. Єрошкіна Т. В., Дерев'янко Д. В. Медико-демографічні проблеми України та деякі шляхи їх подолання. *Медичні перспективи*. 2018. Том XXIII. № 3. С. 104-109. URL: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.3.147966>.
13. Heart disease and stroke statistics—2020 update: A report from the American Heart Association / S. S. Virani et al. *Circulation*. 2020. Vol. 141, No. 9 Mar 3. Pages E139-E596. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757> (дата звернення: 10.12. 2021).
14. US Preventive Services Task Force. Risk Assessment for Cardiovascular Disease With Nontraditional Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement / S. J. Curry et al. *JAMA*. 2018. № 320(3). P. 272-280. doi: 10.1001/jama.2018.8359 (дата звернення: 10.12. 2021).
15. Karunathilake S. P., Ganegoda G. U. Secondary Prevention of Cardiovascular Diseases and Application of Technology for Early Diagnosis. *Biomed Res Int*. 2018. 2018:5767864. doi:10.1155/2018/5767864 (дата звернення: 10.11.2019).

16. Саханда І. В., Негода Т. С., Сятиня М. Л. Фактори ризику виникнення, структура і динаміка розвитку серцево-судинної захворюваності населення України. *Ліки України*. 2015. № 4 (25). С. 116–118. URL: http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr_plus/2015-12-14/28.pdf (дата звернення: 10.11.2019).
17. Лехан В. М., Крячкова Л. В. Система заходів поліпшення здоров'я населення України на основі аналізу глобального тягара хвороб та факторів його ризику. *Медичні перспективи*. 2019. Т. 24, № 3. С. 113-122. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.3.181893> (дата звернення: 10.11.2019).
18. Дзюба О. М., Пазинич Л. М., Ситенко О. Р., Кривенко Є. М. Щодо питання глобального тягара хвороб в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 2 (72). С. 8-13. DOI 10.11603/1681-2786.2017.2.8101 (дата звернення: 10.11.2019).
19. Heart Disease and Stroke Statistics—2018 update: A Report From the American Heart Association / E. J. Benjamin et al. *Circulation*. 2018. Vol. 137, No. 12. Pages e67-e492. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000558> (дата звернення: 10.11.2019).
20. Trepanowski J. F., Ioannidis JPA. Perspective: Limiting Dependence on Nonrandomized Studies and Improving Randomized Trials in Human Nutrition Research: Why and How. *Adv Nutr*. 2018. № 9(4). P. 367-377. doi: 10.1093/advances/nmy014 (дата звернення: 10.11.2019).
21. Cardiovascular Diseases in Central and Eastern Europe: A Call for More Surveillance and Evidence-Based Health Promotion / N. K. Movsisyan et al. *Annals of Global Health*, 2020. № 86(1)21, P.1–10. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.2713/> (дата звернення: 15.01.2021).
22. Francula-Zaninovic S., Nola I. A. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Curr Cardiol Rev*. 2018. № 14(3). P. 153-163. doi: 10.2174/1573403X14666180222102312 (дата звернення: 10.11.2019).

23. Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen / J. H. Prochaska et al. *Herz*. 2018. № 43(1). P. 87-100. doi: 10.1007/s00059-017-4669-8 (дата звернення: 10.11.2019).
24. American Heart Association. Projected Costs of Informal Caregiving for Cardiovascular Disease 2015 to 2035: A Policy Statement From the American Heart Association / S. B. Dunbar et al. *Circulation*. 2018. Volume 137, Issue 19. № 137 (19). P. e558-e577. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000570> (дата звернення: 10.11.2019).
25. Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? OECD and The King's Fund Workshop Proceedings: Paris, 2020. 82 p. <https://doi.org/10.1787/47a04a11-en> (дата звернення: 15.01.2021).
26. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення: Закон України від 22 вересня 2005 року № 2899-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2899-15#Text> (дата звернення: 02.11.2019).
27. Про фізичну культуру і спорт: Закон України від 24 грудня 1993 року N 3808-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text> (дата звернення: 02.11.2019).
28. Кодекс України про адміністративні правопорушення. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text> (дата звернення: 02.11.2019).
29. Всемирный доклад о старении и здоровье. Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. 34 с.
30. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, Lloyd-Sherlock P, Epping-Jordan JE, Peeters GMEEG, Mahanani WR, Thiyagarajan JA, Chatterji S. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing / Beard J. R. et al. *Lancet*. 2016. № 387(10033). P. 2145-2154. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4 (дата звернення: 02.11.2019).
31. WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability. World Health Organization 2015. 32 p.

32. Всемирный доклад об инвалидности. Всемирная организация здравоохранения. Всемирный банк. 2011. 28 с.
33. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014. “Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность” Всемирная организация здравоохранения, 2014 г. 16 с.
34. Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge. World Health Organization 2018. 32 p.
35. ВОЗ. Европейское региональное бюро. Информационный бюллетень. Цели в области устойчивого развития: задачи в области здравоохранения. Реабилитация. Всемирная организация здравоохранения, 2020. 18 с.
36. Сисоєнко І. Інвестиції у здоров'я: як має працювати система реабілітації? *LB.ua*: веб-сайт. URL: https://lb.ua/blog/iryna_sysoenko/341153_investitsii_zdorovya_yak_maie.html (дата звернення: 02.11.2022).
37. Григус І. М., Брега Л. Б. Фізична терапія в кардіології: навчальний посібник. Рівне: НУВГП, 2018. 268 с.
38. Примачок Л. Л. Історія медицини та реабілітації : навч. посіб. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2014. 104 с.
39. Берлінець І. А. Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1416> (дата звернення: 03.05.2021). DOI: 10.32702/2307-2156-2019.4.100.
40. Rehabilitation. Key facts. *World Health Organization*: website. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation> (дата звернення: 10.01.2021).
41. Шинкарчук М. В., Шинкарчук М. В. Розроблення програми реабілітації для підвищення ефективності медицини в сучасних умовах (як одна з умов переходу до сталого розвитку). Збірка тез доповідей XVIII Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих учених. С. 195. URL:

https://lib.iitta.gov.ua/10140/1/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F_%D0%A3%D0%BA%D1%80_%D0%A4%D1%96%D0%BD.pdf (дата звернення: 10.01.2021).

42. The Sustainable Development Goals Report 2020. United Nations. 68 с. URL: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf> (дата звернення: 10.01.2021).

43. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року. Указ Президента України від 30.09.2019 № 722/2019. *Верховна рада України*. Офіційний вебсайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>.

44. Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review / Clemente KAP, et al. *Rev Saude Publica*. 2022. P. 56:64. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056003893.

45. Fraser M. J., Leslie S. J., Gorely T., Foster E., Walters R. Barriers and facilitators to participating in cardiac rehabilitation and physical activity: A cross-sectional survey. *World J Cardiol*. 2022. № 14(2). P. 83-95. doi: <https://dx.doi.org/10.4330/wjc.v14.i2.83/>

46. Sérvio, T. C., Britto, R. R., de Melo Ghisi, G. L. et al. Barriers to cardiac rehabilitation delivery in a low-resource setting from the perspective of healthcare administrators, rehabilitation providers, and cardiac patients. *BMC Health Serv Res*. 2019. 19:615. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4463-9> (дата звернення: 10.01.2021).

47. Farah R., Groot W. G., Pavlova M. P. Barriers to cardiac rehabilitation: a first national survey, *European Heart Journal*. 2021. Vol. 42. ehab724.3033. URL: https://www.researchgate.net/publication/356194041_Barriers_to_cardiac_rehabilitation_a_first_national_survey (дата звернення: 10.01.2022).

48. Bakhshayeh S., Sarbaz M., Kimiafar K., Vakilian F., Eslami S. Barriers to participation in center-based cardiac rehabilitation programs and patients' attitude toward home-based cardiac rehabilitation programs. *Physiother Theory Pract*. 2021. № 37(1). P. 158-168. doi: 10.1080/09593985.2019.1620388.

49. Maart S., Jelsma J. Disability and access to health care - a community based descriptive study. *Disabil Rehabil.* 2014. № 36(18). P. 1489-93. doi: 10.3109/09638288.2013.807883.
50. Tessler J., Bordoni B. Cardiac Rehabilitation. 2022. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 30725881. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725881/> (дата звернення: 10.05.2023).
51. Physicians' Perceptions Of People With Disability And Their Health Care / Lisa I. Iezzoni et al. *HEALTH AFFAIRS.* 2021. Vol. 40. № 2. P. 297-306. URL: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01452> (дата звернення: 10.01.2022).
52. Rehabilitation in health systems: guide for action. World Health Organization 2019. 76 p.
53. Cieza A. Rehabilitation the Health Strategy of the 21st Century, Really? *Arch Phys Med Rehabil.* 2019. №100(11). P. 2212-2214. doi: 10.1016/j.apmr.2019.05.019.
54. Rehabilitation Is a Global Health Priority / Heinemann A. W., et al. *Arch Phys Med Rehabil.* 2020. № 101(4). P. 728-729. doi: 10.1016/j.apmr.2019.08.468.
55. Jesus T. S., Landry M. D., Hoenig H. Global Need for Physical Rehabilitation: Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *Int J Environ Res Public Health.* 2019. № 16(6). P. 980. doi: 10.3390/ijerph16060980.
56. Корчинський В.С. Кардіореабілітація: сучасний стан та пріоритети розвитку. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2015, № 1, Т.19. С. 244-247. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnmu_2015_19_1_64 (дата звернення: 10.01.2022).
57. Науменко Л. Ю., Борисова І. С., Березовський В. М. Сучасні підходи до визначення порушень життєдіяльності у практиці сімейного лікаря. *СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА* 2017. № 4 (72) С. 74-77. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2017_4_17 (дата звернення: 10.01.2022).
58. Centers for Medicare & Medicaid Services. The Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS, is part of the Department of Health and Human Services (HHS): *an official website of the United States government* / Decision Memo for

Cardiac Rehabilitation Programs (CAG-00089R) URL: <https://www.cms.gov/> (дата звернення: 10.01.2022).

59. Practice Recommendations Development Group. Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with chronic heart failure: a Dutch practice guideline / Achttien R. J. et al. *Neth Heart J*. 2015. № 23(1). P. 6-17. doi: 10.1007/s12471-014-0612-2.

60. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) / Walter R., et al. *Elsevier*. 2020. Pages 678-683. URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-54947-9.00123-1> (дата звернення: 10.01.2022).

61. Cardiac rehabilitation and physical activity: systematic review and meta-analysis / Dibben G. O., et al. *Heart*. 2018. № 104(17). P. 1394-1402. doi: 10.1136/heartjnl-2017-312832.

62. McMahon S. R., Ades P. A., Thompson P. D. The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. *Trends Cardiovasc Med*. 2017. № 6. P. 420-425. doi: 10.1016/j.tcm.2017.02.005.

63. Servey J. T., Stephens M. Cardiac Rehabilitation: Improving Function and Reducing Risk. *Am Fam Physician*. 2016. № 94(1). P. 37-43. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27386722/> (дата звернення: 10.01.2022).

64. Winzer E. B., Woitek F., Linke A. Physical Activity in the Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. *J Am Heart Assoc*. 2018. № 7(4). P. e007725. doi:10.1161/JAHA.117.007725.

65. Outpatient cardiac rehabilitation: Effects on patient improvement outcomes. / Gardiner F. W., et al. *Diabetes Metab Syndr*. 2017. № 2. P. S1025-S1030. doi: 10.1016/j.dsx.2017.07.034.

66. Akyuz A. Exercise and Coronary Heart Disease. *Adv Exp Med Biol*. 2020. № 1228. P. 169-179. doi: 10.1007/978-981-15-1792-1_11.

67. Швед М. І., Левицька Л. В. Сучасні технології та методи кардіореабілітації. К.: Медкнига, 2016. 144 с.

68. Chronic heart failure in adults: diagnosis and management. NICE guideline [NG106]. 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng106/> (дата звернення: 10.01.2022).

69. Bäck M, Öberg B, Krevers B. Important aspects in relation to patients' attendance at exercise-based cardiac rehabilitation - facilitators, barriers and physiotherapist's role: a qualitative study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017. № 17(1). P. 77. doi: 10.1186/s12872-017-0512-7.

70. Physical Activity after Cardiac EventS (PACES) - a group education programme with subsequent text-message support designed to increase physical activity in individuals with diagnosed coronary heart disease: study protocol for a randomised controlled trial / Herring L. Y., et al. *Trials*. 2018. № 19(1). P. 537. doi: 10.1186/s13063-018-2923-x.

71. ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2020. Vol. 41, Issue 3. P. 407–477. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>. (дата звернення: 10.01.2022).

72. The role of cardiac rehabilitation in secondary prevention after coronary events / Peersen K., et al. *Eur J Prev Cardiol*. 2017. № (13). P. 1360-1368. doi: 10.1177/2047487317719355 (дата звернення: 10.01.2022).

73. Secondary prevention advices after cardiovascular index event: From drug prescription to risk factors control in real world practice / Faggiano P., et al. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2019. № 89(2). doi: 10.4081/monaldi.2019.1040.

74. Sjölin I., Bäck M., Nilsson L., Schiopu A., Leosdottir M. Association between attending exercise-based cardiac rehabilitation and cardiovascular risk factors at one-year post myocardial infarction. *PLOS ONE*. 2020. № 15(5). P. e0232772. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232772> (дата звернення: 10.01.2022).

75. Association of Cardiac Rehabilitation With All-Cause Mortality Among Patients With Cardiovascular Disease in the Netherlands / Eijsvogels TMH., et al.

JAMA Netw Open. 2020. № 3(7). P. e2011686. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.11686.

76. Schopfer D. W., Forman D. E. Cardiac rehabilitation in older adults. *Can J Cardiol.* 2016. № 32(9). P. 1088-1096. doi:10.1016/j.cjca.2016.03.003.

77. Alfaraidhy M. A., Regan C., Forman D. E. Cardiac rehabilitation for older adults: current evidence and future potential. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2022. № 20(1). P. 13-34. doi: 10.1080/14779072.2022.2035722.

78. Lutz A. H., Forman D. E. Cardiac rehabilitation in older adults: Apropos yet significantly underutilized. *Prog Cardiovasc Dis.* 2022. № 70. P. 94-101. doi: 10.1016/j.pcad.2022.01.001.

79. Flint K. M., Pastva A. M., Reeves G. R. Cardiac Rehabilitation in Older Adults with Heart Failure: Fitting a Square Peg in a Round Hole. *Clin Geriatr Med.* 2019. № 35(4). P. 517-526. doi: 10.1016/j.cger.2019.07.008.

80. Cardiac rehabilitation and all-cause mortality in patients with heart failure: a retrospective cohort study / Buckley BJR., et al. *Eur J Prev Cardiol.* 2021. № 28(15). P. 1704-1710. doi: 10.1093/eurjpc/zwab035.

81. Cardiac Rehabilitation Programs for Chronic Heart Disease: A Bayesian Network Meta-analysis / Huang R., et al. *Can J Cardiol.* 2021. № 37(1). P. 162-171. doi: 10.1016/j.cjca.2020.02.072.

82. Rehabilitation: Essential along the Continuum of Care. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, et al., editors. *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty.* 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. Chapter 15. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525298/>. doi: 10.1596/978-1-4648-0527-1_ch15.

83. Implementation of Post-Acute Rehabilitation at Home: A Skilled Nursing Facility-Substitutive Model / Augustine M. R., et al. *J Am Geriatr Soc.* 2020. № 68(7). P. 1584-1593. doi: 10.1111/jgs.16474.

84. Mofina A., Miller J., Tranmer J., Donnelly C. Home care rehabilitation therapy services for individuals with multimorbidity: A rapid review. *J Comorb.* 2020. № 10. P. 2235042X20976282. doi: 10.1177/2235042X20976282.

85. National Guideline Centre (UK). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018. (NICE Guideline, No. 94.) Chapter 13, Community rehabilitation. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564897/> (дата звернення: 10.01.2022).

86. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines / Arnett D. K., et. al. *Circulation.* 2019. № 140(11). P. e596-e646. doi: 10.1161/CIR.0000000000000678.

87. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines / Heidenreich P. A., et. al. *Circulation.* 2022. № 145(18). P. e895-e1032. doi: 10.1161/CIR.0000000000001063.

88. 2020 AHA/ACC Guideline for the Diagnosis and Treatment of Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines / Ommen S. R., et. al. *Circulation.* 2020. № 142(25). P. e533-e557. doi: 10.1161/CIR.0000000000000938.

89. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines / Lawton J. S., et. al. *Circulation.* 2022. № 145(3). P. e4-e17. doi: 10.1161/CIR.0000000000001039.

90. Writing Committee Members; ACC/AHA Joint Committee Members. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *J Card Fail.* 2022. № 28(5). P. e1-e167. doi: 10.1016/j.cardfail.2022.02.010.

91. 2020 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Adults With Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart

Association Task Force on Performance Measures / Heidenreich P. A., et al. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2020. № 13(11). P. e000099. doi: 10.1161/HCQ.0000000000000099.

92. Standards and core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation / Cowie A., et al. *Heart*. 2019. № 105. P. 510–515. doi:10.1136/heartjnl-2018-314206.

93. Cardiac rehabilitation and its essential role in the secondary prevention of cardiovascular diseases / Winnige P., et al. *World J Clin Cases*. 2021. № 9(8). P. 1761-1784. doi: 10.12998/wjcc.v9.i8.1761.

94. Early Phase II Comprehensive Cardiac Rehabilitation after Acute Myocardial Infarction / Tsai Y. J., et al. *Acta Cardiol Sin*. 2019. № 35(4). P. 425-429. doi: 10.6515/ACS.201907_35(4).20190330A.

95. Association Between Phase 3 Cardiac Rehabilitation and Clinical Events. / Brawner C. A., et al. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2017. № 37(2). P. 111-118. doi: 10.1097/HCR.0000000000000201.

96. Hybrid cardiac rehabilitation - The state of the science and the way forward. / Heindl B., et al. *Prog Cardiovasc Dis*. 2022. № 70. P. 175-182. doi: 10.1016/j.pcad.2021.12.004.

97. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis / Buckingham S. A., et al. *Open Heart*. 2016. № 3(2). P. e000463. doi:10.1136/openhrt-2016-000463.

98. Home-Based Cardiac Rehabilitation: A Scientific Statement From the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology / Randal J. Thomas, et al. *Circulation*. 2019. Vol. 140. Issue 1. P. e69-e89. URL: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000663> (дата звернення: 10.01.2022).

99. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis / Anderson L., et al. *J Am Coll Cardiol*. 2016. № 67(1). P. 1-12. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.044.

100. Sumner J., Harrison A., Doherty P. The effectiveness of modern cardiac rehabilitation: A systematic review of recent observational studies in non-attenders versus attenders. *PLoS One*. 2017. № 12(5). P. e0177658. doi:10.1371/journal.pone.0177658.

101. Effect of a 6-week and 12-week cardiac rehabilitation program on heart rate recovery / El Missiri A., et al. *Egypt Heart J*. 2020. № 72(1). P. 69. doi: 10.1186/s43044-020-00107-8.

102. Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings / Grace S. L., et al. *Heart*. 2016. № 102. P. 1449-1455.

103. Швед М. І., Левицька Л. В., Липовецька С. Й. Базові принципи кардіореабілітації пацієнтів після інфаркту міокарда. *Практикуючий лікар*. 2018. Том 7, № 3. С. 49-53. URL: <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/view/33> (дата звернення: 10.01.2022).

104. Lessons from contemporary trials of cardiovascular prevention and rehabilitation: A systematic review and meta-analysis / Gijs van Halewijn, et al. *Int J Cardiol*. 2017. № 232. P. 294-303. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.12.125.

105. Nesterak R. Psychological Adaptation of Patients with Ischemic Heart Disease at the Stages of Rehabilitation after Reperfusion Interventions. *Galician Medical Journal*. 2019. № 26(1). E201912. URL: <https://doi.org/10.21802/gmj.2019.1.2>. (дата звернення: 10.01.2022).

106. Нестерак Р. В. Психоемоційний стан хворих на ішемічну хворобу серця, яким проведено аортокоронарне шунтування та потреба у психологічному супроводі. *Буковинський медичний вісник*. 2018. Т. 22, № 3. С. 60-66. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bumv_2018_22_3_12 (дата звернення: 10.01.2022).

107. Нестерак Р. В. Роль сугестивної терапії у відновному лікуванні хворих після гострого коронарного синдрому. *Art of medicine*. 2019. № 1. С. 89-94. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/artmed_2019_1_19 (дата звернення: 10.01.2022).

108. Kotseva K., Wood D., De Bacquer D., EUROASPIRE investigators. Determinants of participation and risk factor control according to attendance in cardiac

rehabilitation programmes in coronary patients in Europe: EUROASPIRE IV survey. *Eur J Prev Cardiol.* 2018. № 25(12). P. 1242-1251. doi: 10.1177/2047487318781359.

109. Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis / Richards S. H., et al. *Eur J Prev Cardiol.* 2018. № 25(3). P. 247-259. doi: 10.1177/2047487317739978.

110. Суховей В. Ю., Мирна А. І., Мирний С. П. Особливості фізичної реабілітації осіб похилого віку з ішемічною хворобою серця. Запорізький Національний технічний університет. Тиждень науки. Збірник тез доповідей щорічної науково-практичної конференції серед студентів, викладачів, науковців, молодих учених і аспірантів 18–22 квітня 2016 року. Запоріжжя: ЗНТУ, 2016. Том 4. С. 66-67. URI: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/6528> (дата звернення: 10.01.2022).

111. Куртян Т. В., Полянська О. С., Амеліна Т. М., Олексенко І. М. Сучасний кардіореабілітаційний підхід у хворих на ішемічну хворобу серця. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика.* 2017. № 28. С. 181-190.

112. Колоденко О. В. Сучасні підходи до фізичної реабілітації хворих з ішемічною хворобою серця та супутньою патологією після хірургічної реваскуляризації міокарду. *ScienceRise: Medical Science.* 2017. № 9(17). С. 28-32.

113. Застосування сучасних медико-реабілітаційних заходів при серцево-судинних захворюваннях / Зюзін В. О. Та ін. *Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу "Києво-Могилянська академія"]*. Серія : Екологія. 2015. Т. 256, Вип. 244. С. 104-107. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npchdue_2015_256_244_24 (дата звернення: 10.01.2022).

114. Yin Ong J. S., Lin W., Yeo T. J. The Role of Exercise-based Cardiac Rehabilitation in Heart Failure. *Curr Pharm Des.* 2023. Epub ahead of print. doi: 10.2174/1381612829666230217145100.

115. Pavy B., Iliou M. C., Meurin P., Tabet J. Y., Corone S.; Functional Evaluation and Cardiac Rehabilitation Working Group of the French Society of Cardiology. Safety of exercise training for cardiac patients: results of the French

registry of complications during cardiac rehabilitation. *Arch Intern Med.* 2006. № 166. P. 2329-34. doi: 10.1001/archinte.166.21.2329.

116. Meurin P., Pavy B. Benefits and risks of exercise training in coronary artery disease patients. *Annales de Cardiologie et D'angiologie.* 2006. № 55(4). P. 171-177. DOI: 10.1016/j.ancard.2006.05.004.

117. Safety of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation and Exercise Testing for Cardiac Patients in Japan / Masahiko Saito, et al. *Circ J.* 2014. № 78. P. 1646–1653. doi: 10.1253/circj.cj-13-1590.

118. Safety of home-based cardiac rehabilitation: A systematic review / Marios Stefanakis, et al. *Heart & Lung.* 2022. Vol. 55. P. 117-126. doi: 10.1016/j.hrtlng.2022.04.016.

119. Van Camp S. P., Peterson R. A. Cardiovascular complications of outpatient cardiac rehabilitation programs. *JAMA* 1986. Vol. 256. P. 1160-3. doi: 10.1001/jama.256.9.1160

120. British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. BACPR standards and core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation 2017. 3rd ed. UKBACPR, 2017. URL: https://www.researchgate.net/publication/321676829_British_Association_for_Cardiovascular_Prevention_and_Rehabilitation_Standards_and_Core_Components_3rd_Edition_2017 (дата звернення: 10.01.2022).

121. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure. / Long L., et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019. Issue 1. Art. No.: CD003331. doi: 10.1002/14651858.CD003331.pub5.

122. Virtual and in-person cardiac rehabilitation / Dalal H. M., et al. *BMJ.* 2021. No 373. P. n1270. doi: 10.1136/bmj.n1270.

123. Cardiac rehabilitation services: A global perspective on performance and barriers / Hendriks JML., et al. *Int J Cardiol Heart Vasc.* 2019. № 24. P. 100410. doi: 10.1016/j.ijcha.2019.100410.

124. Організація реабілітації кардіологічних хворих / Заремба Є. Х., та ін. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* 2018. № 1. С. 6-13.

125. McMahon S. R., Ades P. A., Thompson P. D. The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. *Trends Cardiovasc Med*. 2017. № 27(6). P. 420–425. doi:10.1016/j.tcm.2017.02.005.
126. Servey J. T., Stephens M. Cardiac Rehabilitation: Improving Function and Reducing Risk. *Am Fam Physician*. 2016. № 94(1). P. 37-43. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27386722/> (дата звернення: 10.01.2022).
127. The role of cardiac rehabilitation in improving cardiovascular outcomes / Taylor R. S., et al. *Nat Rev Cardiol*. 2022. № 19. P. 180–194. URL: <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00611-7> (дата звернення: 15.01.2023).
128. Гребеник М. В., Левчик О. І. Прихильність до довготривалої вторинної профілактики після інфаркту міокарда. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 1 (75). С. 18-23. doi: 10.11603/1681-2786.2018.1.9233.
129. Implementation of Telerehabilitation Interventions for the Self-Management of Cardiovascular Disease: Systematic Review / Subedi N., et al. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020. № 8(11). P. e17957. doi: 10.2196/17957.
130. Short-Term Exercise Progression of Cardiovascular Patients throughout Cardiac Rehabilitation: An Observational Study / De Cannière H., et al. *J Clin Med*. 2020. № 9(10). P. 3160. doi: 10.3390/jcm9103160.
131. Smart wearable devices in cardiovascular care: where we are and how to move forward / Bayoumy K., et al. *Nat Rev Cardiol*. 2021. № 18(8). P. 581-599. doi: 10.1038/s41569-021-00522-7.
132. E-coaching: New future for cardiac rehabilitation? A systematic review / Veen E. V., et al. *Patient Educ Couns*. 2017. № 100(12). P. 2218-2230. doi: 10.1016/j.pesc.2017.04.017.
133. Effect of home-based high-intensity interval training using telerehabilitation among coronary heart disease patients / Dosbaba F., et al. *Medicine (Baltimore)*. 2020. № 99(47) P. e23126. doi: 10.1097/MD.00000000000023126.
134. Effects of cardiac telerehabilitation in patients with coronary artery disease using a personalised patient-centred web application: protocol for the SmartCare-CAD

randomised controlled trial / Brouwers R. W., et al. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017. № 17(1) P. 46. doi: 10.1186/s12872-017-0477-6.

135. Lear, S. A., Cartledge, S. Why do we keep asking, do we still need cardiac rehabilitation? *European Journal of Preventive Cardiology.* 2021. 28(14), e20-e22. <https://doi.org/10.1177/2047487320902745> (дата звернення: 15.01.2023).

136. Frederix I., Vanhees L., Dendale P., Goetschalckx K. A review of telerehabilitation for cardiac patients. *J Telemed Telecare.* 2015. № 21(1). P. 45-53. doi: 10.1177/1357633X14562732.

137. Effectiveness of e-Health cardiac rehabilitation program on quality of life associated with symptoms of anxiety and depression in moderate-risk patients / Raquel Bravo-Escobar, et al. *Scientific Reports.* 2021. № 11. P. 3760. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83231-y>.

138. Telerehabilitation in heart failure patients: The evidence and the pitfalls / Piotrowicz E., et al. *Int J Cardiol.* 2016. № 220. P. 408-13. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.06.277.

139. Complications of Heart Rhythm Management Devices After Cardiac Rehabilitation Program / Rakhshan M., et al. *Clin Nurse Spec.* 2017. № 31(3). P. E1-E6.

140. Saner H, van der Velde E. eHealth in cardiovascular medicine: A clinical update. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2016. № 23(2_suppl). P. 5-12. doi:10.1177/2047487316670256.

141. A facilitated home-based cardiac rehabilitation intervention for people with heart failure and their caregivers: a research programme including the REACH-HF RCT. Programme Grants for Applied Research / Dalai, Hasnain M., et al. *White Rose Research Online.* 2021. URL: <https://eprints.whiterose.ac.uk/171493/1/3035957.pdf> (дата звернення: 15.01.2022).

142. Longer-term effects of home-based exercise interventions on exercise capacity and physical activity in coronary artery disease patients: A systematic review and meta-analysis / Claes J., et al. *Eur J Prev Cardiol.* 2017. № 24(3). P. 244-256. doi: 10.1177/2047487316675823.

143. Efficacy of Different Types of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation on Coronary Heart Disease: a Network Meta-analysis / Xia T. L., et al. *J Gen Intern Med*. 2018. № 33(12). P. 2201-2209. doi: 10.1007/s11606-018-4636-y.

144. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 року 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 25.08.2020).

145. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 25.08.2020).

146. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1064 від 20.06.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02> (дата звернення: 15.08.2019).

147. Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України: наказ МОЗ України та НАМН України від 24.07.2013 № 621/60. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1365-13#Text> (дата звернення: 15.08.2019).

148. Про удосконалення системи кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України: наказ МОЗ від 29.08.2017 № 975. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-17#Text> (дата звернення: 15.08.2019).

149. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text> (дата звернення: 15.08.2019).

150. Ткаченко В. І., Гайова О. А. Вторинна профілактика ішемічної хвороби серця у практиці лікаря загальної практики. *Семейная медицина*. 2017. № 4 (72). С. 6-9. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2017_4_3 (дата звернення: 15.08.2019).

151. Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії: Указ Президента України від 4 лютого 1999 року № 111/99. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/117/99#Text> (дата звернення: 15.08.2019).

152. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки: Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. N 14 Із змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України N 1109 (1109-2011-п) від 20.10.2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.08.2019).

153. Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки від 31 травня 2006 р. N 761: Постанова Кабінету Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/761-2006-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.08.2019).

154. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 2 березня 2015 року № 222-VIII. Ред. від 01.05.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19> (дата звернення: 25.08.2020).

155. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1024-XII у редакції Закону № 1791-VIII від 20.12.2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12#Text> (дата звернення: 25.08.2020).

156. Про внесення змін до Закону України «Про інформацію»: Закон України від 13.01.2011 № 2938-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2938-17#Text> (дата звернення: 25.08.2020).

157. Про лікарські засоби: Закон України від 07.05.1996 № 123/96-ВР, зі змінами, внесеними Законом № 1396-VIII від 31.05.2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 25.08.2020).

158. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 24.05.2012 № 384. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0384282-12#n20> (дата звернення: 25.08.2020).

159. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Профілактика серцево-судинних захворювань: наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 № 564. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_564_ukpmd_pssz.pdf (дата звернення: 25.08.2020).

160. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Стабільна ішемічна хвороба серця: наказ Міністерства охорони здоров'я України 02.03.2016 № 152 (зі змінами 23.09.2016 № 994). URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_152_ukpmd_ihs.pdf (дата звернення: 25.08.2020).

161. Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.03.2016 № 1643. URL: http://vnmed3.kharkiv.ua/wp-content/uploads/2016/03/%D0%A3%D0%9A%D0%9F%D0%9C%D0%94_NSTEMI_04.03.16.pdf (дата звернення: 25.08.2020).

162. Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2014 № 455. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0455282-14#Text> (дата звернення: 25.08.2020).

163. Оцінювання системи реабілітації в Україні. Грудень 2015 року. Основні висновки. Дорадча група з питань реабілітації, Міжнародна спілка фізичної та реабілітаційної медицини. URL: <https://physrehab.org.ua/wp-content/uploads/docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf> (дата звернення: 25.08.2020).

164. Про затвердження Зміни № 5 до Національного класифікатора України ДК 003:2010: наказ Міністерства економіки та розвитку України від 10.08.2016 № 1328. URL: <https://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=49884613-84ea-4cc4-8979->

[cc5ce4f793b7&title=NakazMinekonomrosvitkuVid10-08-2016-1328-proZatverdzhenniaZmini5-oNatsionalnogoKlasifikatoraUkrainiDk003](https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text)

(дата

звернення: 25.08.2020).

165. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text> (дата звернення: 10.01.2021).

166. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: наказ МОЗ України від 13 грудня 2018 р. № 2331. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2331282-18#Text> (дата звернення: 29.07.2022).

167. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, редакція від 19.07.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#top> (дата звернення: 29.07.2022).

168. Міністерство охорони здоров'я України: вебсайт. Доступні ліки. URL: <https://moz.gov.ua/dostupni-liki> (дата звернення: 29.07.2022).

169. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 22.07.2009 № 529 із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 429 від 26.06.2014 та № 1856 від 12.08.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09#Text> (дата звернення: 29.07.2022).

170. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року: Постанова КМУ від 15 лютого 2021 р. № 133. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 29.07.2022).

171. Специфікації та умови закупівлі пакетів медичних послуг у 2020 році. *Національна служба здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020> (дата звернення: 10.01.2021).

172. Вимоги ПМГ 2020. *Національна служба здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/likar-2020> (дата звернення: 29.07.2022).

173. Вимоги ПМГ 2021. *Національна служба здоров'я України*: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021> (дата звернення: 29.07.2022).

174. Вимоги до пакетів послуг Програми медичних гарантій 2021. Національна служба здоров'я України, 2021. 102 с. URL: <https://www.medsprava.com.ua/files/news-medsprava/3691/pmg-booklet.pdf> (дата звернення: 29.07.2022).

175. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 3 грудня 2020 року № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 10.01.2021).

176. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 6 жовтня 2005 року № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 10.01.2021).

177. Порядок надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг: Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 80. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/65103477> (дата звернення: 10.01.2021).

178. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні. Довідник за 2019 рік. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html> (дата звернення: 10.01.2021).

179. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Стабільна ішемічна хвороба серця»: наказ МОЗ України 23.12.2021 № 2857. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/12/2021_2857_ukpmd_stabihs.pdf (дата звернення: 29.07.2022).

180. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації "Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST":

наказ Міністерства охорони здоров'я України 15 вересня 2021 року № 1957. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1957282-21#n11> (дата звернення: 29.07.2022).

181. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 вересня 2021 року № 1936. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1936282-21#n11> (дата звернення: 29.07.2022).

182. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.05.2018 № 981. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf (дата звернення: 29.07.2022).

183. Prodinge B., Stucki G., Coenen M., Tennant A. The measurement of functioning using the International Classification of Functioning, Disability and Health: comparing qualifier ratings with existing health status instruments. *Disabil Rehabil.* 2019. № 41(5). P. 541-548. doi: 10.1080/09638288.2017.1381186.

184. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018. № 54(2). P. 125-155. doi: 10.23736/S1973-9087.18.05143-2.

185. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в управлінні реабілітацією / Бакалюк Т. Г., та ін. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2019. № 4 (82). С. 36-39. doi: 10.11603/1681-2786.2019.4.10946.

186. Про протидію поширенню хвороб, обумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 12.12.1991 № 1972-XII в редакції Закону № 5460-VI (5460-17) від 16.10.2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text> (дата звернення: 29.07.2022).

187. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-XII у редакції Закону № 901-VIII від 23.12.2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text> (дата звернення: 29.07.2022).

188. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#n8> (дата звернення: 29.07.2022).

189. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.02.2019 № 446, редакція від 15.04.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text> (дата звернення: 29.07.2022).

190. Про затвердження Положення про групи експертів МОЗ України: наказ МОЗ України від 21.03.2017 № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0488-17> (дата звернення: 29.07.2022).

191. Про затвердження складу груп експертів МОЗ України: наказ МОЗ України від 28 жовтня 2020 року N 2455. URL: https://moz.gov.ua/uploads/5/26942-dn_2455_28_10_2020_dod.pdf (дата звернення: 29.07.2022).

192. Про Всеукраїнську асоціацію кардіологів України. *Всеукраїнська асоціація кардіологів України*: вебсайт. URL: <https://cardiohub.org.ua/vaku/> (дата звернення: 29.07.2022).

193. Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Законодавче регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 1 (63). С. 81-87. doi: 10.24144/2077-6594.1.1.2021.227160.

194. Мостепан Т. В., Шекера О. Г., Горачук В. В., Долженко М. М. Хвороби системи кровообігу як перманентна проблема. *Здоров'я суспільства*. Том 10, № 2, 2021. С. 68-75. doi: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.2.2021.238583>.

195. Важинський С. Е., Щербак Т. І. Методика та організація наукових досліджень : навч. посіб. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 260 с.;
196. Паспорт спеціальності 14.02.03 - соціальна медицина : Постанова президії ВАК України 09.04.2003 N 18-09/4. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v09_4330-03 (дата звернення 16.08.2020).
197. Швець Ф. Д. Методологія та організація наукових досліджень. Навчальний посібник. Рівне: НУВГП, 2016. 151 с.
198. Біостатистика / Грузєва Т. С., Лехан В. М., Огнев В. А. та ін.; за заг. ред. Грузєвої Т. С. Київ, 2020. 384 с.
199. Аналіз результатів медичних досліджень у пакеті EZR (R–statistics). Посібник з біостатистики. / Гур'янов В. Г. та ін. : Навчальний посібник. К. : Вістка, 2018. С. 22-31.
200. Body Mass Index (BMI): A Screening Tool Analysis / Khanna D., et al. *Cureus*. 2022. № 14(2). P. e22119. doi: 10.7759/cureus.22119.
201. Lee Y., Siddiqui W. J. Cholesterol Levels. [Updated 2021 Jul 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542294/> (дата звернення 16.08.2022).
202. Mortality From Ischemic Heart Disease / Nowbar A. N., et al. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019. № 12(6). P. e005375. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005375.
203. A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics / Malakar A. K., et al. *J Cell Physiol*. 2019. № 234(10). P. 16812-16823. doi: 10.1002/jcp.28350. Epub 2019 Feb 20. PMID: 30790284.
204. Regmi M., Siccardi M. A. Coronary Artery Disease Prevention. [Updated 2023 Feb 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547760/> (дата звернення 16.08.2022).

205. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes / Knuuti J., et al. *Eur Heart J.* 2020. № 41(3). P. 407-477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425.

206. Tatiana V. Mostepan, Victoria V. Horachuk. Rehabilitation Care: Opportunities for Integration Into Clinical Practice. *Acta Balneol*, TOM LXIV, Nr 4(170);2022:353-357. doi: 10.36740/ABAL202204114.

207. Мостепан Т. В., Горачук В. В. Поширеність факторів ризику у пацієнтів з ішемічною хворобою серця. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*, 6 (152) – XI/XII 2022. С. 1-3. doi: 10.32471/umj.1680-3051.152.236222.

208. Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.

209. Mostepan T. V., Horachuk V. V. State of resource provision of healthcare institutions of Kyiv as a basis for the introduction of cardiological rehabilitation. DOI: 10.5281/zenodo.6815177. Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 4.0», м. Київ, 30 травня 2022 року. С. 44.

210. Мостепан Т. В. Безпека пацієнтів з потребами в кардіореабілітації. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, м. Київ, 17 вересня 2021 року. М. Київ, 2021. С. 61-62.

211. Горачук В. В., Мостепан Т. В. Організація реабілітації в умовах закладу вторинної медичної допомоги. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Правові, організаційні та економічні засади програм реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності». М. Київ, 10 листопада 2022 року. С. 13-15.

212. Мостепан Т. Горачук В., Долженко М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с. № 300.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Список публікацій здобувача за темою дисертації та відомості про апробацію результатів дисертації

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Законодавче регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 1 (63). С. 81-87. DOI: 10.24144/2077-6594.1.1.2021.227160.
2. Мостепан Т. В., Шекера О. Г., Горачук В. В., Долженко М. М. Хвороби системи кровообігу як перманентна проблема. *Здоров'я суспільства*. Том 10, № 2, 2021. С. 68-85. DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.2.2021.238583>.
3. Tatiana V. Mostepan, Victoria V. Horachuk. Rehabilitation Care: Opportunities for Integration Into Clinical Practice. *3. Acta Balneol*, ТОМ LXIV, Nr 4(170);2022:353-357. DOI: 10.36740/ABAL202204114.
4. Мостепан Т. В., Горачук В. В. Поширеність факторів ризику у пацієнтів з ішемічною хворобою серця. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*, 6 (152) – XI/XII 2022. С. 1-3. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.152.236222.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

5. Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я

України ім. П. Л. Шупика. Вінниця: ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.

6. Mostepan T. V., Horachuk V. V. State of resource provision of healthcare institutions of Kyiv as a basis for the introduction of cardiological rehabilitation. DOI: 10.5281/zenodo.6815177. Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 4.0», м. Київ, 30 травня 2022 року. С. 44.

7. Мостепан Т. В. Безпека пацієнтів з потребами в кардіореабілітації. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, м. Київ, 17 вересня 2021 року. М. Київ, 2021. С. 61-62.

8. В. В. Горачук, Т. В. Мостепан. Організація реабілітації в умовах закладу вторинної медичної допомоги. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Правові, організаційні та економічні засади програм реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності». М. Київ, 10 листопада 2022 року. С. 13-15.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:

9. Мостепан Т. Горачук В., Долженко М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с. № 300.

ДОДАТОК Б

Анкета пацієнта

Вельмишановний друже!

Висловлюємо Вам свою повагу та просимо надати відповіді на запитання анкети стосовно факторів ризику ішемічної хвороби серця та Вашої можливої участі в програмі кардіореабілітації.

Дослідження проводиться аспірантом кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика Тетяною Мостепан ((066) 055-50-72; E-mail: mostepan.tatyana@gmail.com).

Дослідження проводиться на базі КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4» (03110, Київ, вул. Солом'янська, 17; тел. (066) 055-50-72; E-mail: kankmkl@gmail.com).

Повідомляємо Вам, що:

- участь в дослідженні є абсолютно добровільною;
- Ви можете відмовитися від участі в дослідженні або вийти з нього в будь-який момент. Вам не відмовлять в наданні медичних послуг, на які Ви маєте право як громадянин України, не будучи учасником дослідження;
- Ваша участь в дослідженні може бути корисною для Вас, про що Ви дізнаєтесь з інформованої згоди;
- Ваша участь у дослідженні може не мати для Вас користі, але в ході дослідження будуть отримані нові знання на користь інших людей та розвитку медицини;
- дослідник, або інша уповноважена особа, може відсторонити Вас від участі у дослідженні за медичними показаннями, або через недотримання Вами вимог дослідження, незвичайних або серйозних небажаних явищ, або через припинення дослідження його організаторами.

Метою дослідження є збір даних про обізнаність факторів ризику ішемічної хвороби серця та можливості їх активного попередження. Вам запропонована участь у дослідженні, оскільки Ви лікуєтесь з приводу ішемічної хвороби серця в стаціонарному відділенні міської лікарні. У ході дослідження планується анкетне опитування близько 200 пацієнтів з аналогічною патологією упродовж трьох місяців поточного року.

Будь-яких незручностей або шкоди для здоров'я в ході дослідження Ви відчувати не будете.

Користю від участі у дослідженні є підвищення Вашої обізнаності з профілактики факторів ризику та їх активного подолання, що значно поліпшить перебіг хвороби, сприяє поверненню до активного життя й покращенню його якості.

Фінансові витрати з Вашого боку в ході дослідження не передбачаються. Організатором даного дослідження є аспірант Мостепан Т. В. Спонсорів у дослідження немає. Конфлікту інтересів немає.

Інформація, отримана від Вас, буде зібрана та проаналізована як фрагмент загального дослідження. Ця інформація буде об'єднана з даними, отриманими від інших досліджуваних. Використання Ваших персональних даних буде здійснюватися за умови забезпечення їх належного захисту відповідно до Закону України «Про захист персональних даних». Будь-яка інформація, що ідентифікує Вашу особу, буде зберігатися у таємниці.

Право доступу до первинної медичної документації для перевірки, зі збереженням Вашої анонімності, мають представники організації, яка планує та проводить дослідження, комісії з питань етики.

Інформація, яка не ідентифікує Вас особисто, може бути опублікованою у наукових виданнях або бути використаною у майбутніх дослідженнях.

Ви як учасник дослідження маєте право доступу до первинної медичної документації, в якій містяться Ваші медичні дані.

Якщо Ви маєте додаткові запитання, що стосуються Ваших прав як суб'єкта дослідження, самого дослідження, Вам належить звернутися до дослідника, контакти якого наведені вище.

З метою захисту Ваших прав як суб'єкта дослідження план дослідження та інформована згода були розглянуті комісією з питань етики Національного університету охорони здоров'я України (НУОЗ) імені П.Л. Шупика, вул. Догорожицька 9, Київ.

Якщо у Вас є питання, що стосуються Ваших прав, Ви можете звернутися до комісії з питань етики НУОЗ імені П.Л. Шупика, тел.: (38044)205-49-87.

ЩОБ ВЗЯТИ УЧАСТЬ В ЦЬОМУ ДОСЛІДЖЕННІ ВИ МАЄТЕ ПОСТАВИТИ СВІЙ ПІДПИС НАВПРОТИ КОЖНОГО ПУНКТУ, ОСОБИСТО ПІДПИСАТИ ТА ДАТУВАТИ ЦЮ СТОРІНКУ.

Я підтверджую, що:	Підпис досліджуваного
<ul style="list-style-type: none"> • я прочитав та зрозумів всю інформацію і у мене був час подумати для прийняття рішення 	
<ul style="list-style-type: none"> • я мав можливість поставити досліднику додаткові питання, на які була отримана вичерпна відповідь 	
<ul style="list-style-type: none"> • я розумію, що моя участь є добровільною і я маю можливість відмовитися від участі в дослідженні в будь-який час без пояснення причин, без обмеження моїх прав, без завдання шкоди моєму лікуванню згідно існуючих в Україні протоколів 	
<ul style="list-style-type: none"> • я отримав копію цієї Інформованої згоди 	
<ul style="list-style-type: none"> • я погоджуюсь взяти участь у вищевказаному дослідженні 	

ПАЦІЄНТ-досліджуваний:

П.І.Б. Друкованими літерами	Підпис	Контактні дані (адреса, телефон)	Дата

ГОЛОВНИЙ ДОСЛІДНИК:

П.І.Б.	Підпис	Контактні дані (адреса, телефон)	Дата
Мостепан Т. В.		03110, Київ, вул. Солом'янська, 17; (066) 055-50-72 mostepan.tatyana@gmail.com	

Ваш вік (повних років) _____

1. **Стать:** чоловіча; жіноча (підкреслити)
2. **Сімейний стан:** неодружений; одружений (підкреслити)
3. **Освіта:** середня; середня спеціальна; вища (підкреслити)
4. **Зайнятість** (підкреслити правильну відповідь):
 - 1) не працюю;
 - 2) працюю: робітником; службовцем; військовим; педагогом; науково-педагогічним працівником; у сільськогосподарському секторі; інший вид зайнятості
5. **Місце проживання:** місто; село (підкреслити)
6. **Статус доходу** на Ваш розсуд: низький, середній, високий (підкреслити)
7. **Хворію на ішемічну хворобу серця:**
 - 1) 4 і менше років;
 - 2) 5 і більше років (підкреслити)
8. **Маю супутні до ішемічної хвороби серця захворювання:** так, ні (підкреслити)
9. **Загальна кількість** госпіталізацій у зв'язку з хворобою серця (підкреслити):
 - 1) 4 і менше разів;

2) 5 і більше разів

11. Які вам відомі фактори ризику, що обумовлюють та підтримують ішемічну хворобу серця? (підкресліть правильну відповідь):

- 1) Артеріальна гіпертензія – так; ні
- 2) Тютюнопаління (активне та пасивне) – так; ні
- 3) Нераціональна дієта (низький рівень споживання фруктів, овочів, цільнозернових продуктів і риби; споживання жирних м'ясних та молочних продуктів, копченостей, жарених продуктів, сдоби, солодощів, гострих приправ, алкоголю, солі більше 5 г/добу; кількість прийомів їжі більше 5-ти разів на день (перекуси, крім сніданку, другого сніданку, обіду, полуденка, вечері) – так; ні
- 4) Малорухомий спосіб життя (низька фізична активність) – так; ні
- 5) Порушення сну (тривалість менше 8 годин, поверхневий, переривчастий, з «важкими» сновидіннями) – так; ні
- 6) Порушення емоційної рівноваги, схильність до депресії – так; ні
- 7) Підвищена вага тіла – так; ні
- 8) Підвищений рівень ліпідів у крові – так; ні
- 9) Підвищений рівень глюкози (цукру) в крові – так; ні
- 10) Спадковість – так; ні
- 11) Інші – назвіть, які _____

12. З яких джерел вам стало відомо про фактори ризику:

сімейний лікар; лікар-кардіолог; лікар іншої спеціальності; середній медичний працівник; знайомі; популярна література; інтернет-ресурси; інші джерела (підкреслити)

13. Які, на Вашу думку, фактори ризику сприяли захворюванню саме у Вас (підкреслити):

- 1) Артеріальна гіпертензія – так; ні
- 2) Тютюнопаління:
активне (в минулому або в теперішній час палю більше 5 сигарет на добу) – так; ні
пасивне (вдихання тютюнового диму в побуті) – так; ні
- 3) Дієта:
низький рівень споживання фруктів, овочів – так; ні
низький рівень споживання цільнозернових продуктів і риби – так; ні
споживання жирних м'ясних та молочних продуктів – так; ні
споживання копченостей, жарених продуктів – так; ні
споживання сдоби, солодощів – так; ні
споживання гострих приправ, солі більше 5 г/добу – так; ні
споживання алкоголю – так; ні
кількість прийомів їжі більше 5-ти разів на день (додаткові перекуси, крім сніданку, другого сніданку, обіду, полуденка, вечері) – так; ні
- 4) Малорухомий спосіб життя (низька фізична активність) – так; ні

5) Порушення сну (тривалість менше 8 годин, поверхневий, переривчастий, з «важкими» сновидіннями) (підкреслити, які саме порушення)

6) Порушення емоційної рівноваги, схильність до депресії (підкреслити, які саме порушення)

7) Підвищена вага тіла – так; ні

8) Підвищений рівень ліпідів у крові – так; ні

9) Підвищений рівень глюкози (цукру) в крові – так; ні

10) Спадковість – так; ні

14. Як часто ви самостійно/за своєї ініціативи вимірюєте в повсякденному житті:

1) Артеріальний тиск: щодня вранці і ввечері; 1 раз на добу; кілька разів на тиждень; при поганому самопочутті; кілька разів на місяць; епізодично; ніколи (підкреслити правильну відповідь)

2) Частоту серцевих скорочень – разом з артеріальним тиском; коли відчуваю перебої; ніколи (підкреслити правильну відповідь)

3) Вагу тіла - раз на тиждень; раз на місяць; кілька разів на місяць; епізодично; ніколи (підкреслити правильну відповідь)

4) Рівень ліпідів у крові: раз на місяць; раз на квартал; раз на півроку, раз на рік; лише коли призначає лікар; за своєї ініціативи не вимірюю (підкреслити правильну відповідь)

5) Рівень глюкози (цукру) в крові: раз на місяць; раз на квартал; раз на півроку; раз на рік; лише коли призначає лікар; за своєї ініціативи не вимірюю (підкреслити правильну відповідь)

15. Чи Вам вдається дотримуватися рекомендацій щодо (необхідне підкреслити):

1) дієтичного харчування – так; частково; ні

2) уникання активного/пасивного тютюнопаління – так; частково; ні

3) дотримання бажаної ваги тіла – так; частково; ні

4) збереження емоційної рівноваги – так; частково; ні

5) прийому лікарських засобів, призначених лікарем-кардіологом – так; частково; ні

6) бажаної тривалості та якості сну – так; частково; ні

16. Як ви можете оцінити динаміку Вашого захворювання впродовж останніх 3-х років (необхідне підкреслити):

1) Перебіг став більш легким - так; ні

2) Стан погіршився - так; ні

3) Стан не змінюється - так; ні

17. Повідомте, будь-ласка, скільки часу в повсякденному житті Ви витрачаєте на: (вказіть тривалість у хвилинах або годинах та скільки разів на тиждень, наприклад, 30 хв. 5 разів на тиждень або інше)

Фізична активність	Тривалість у хвилинах/ годинах	Кратність (скільки разів на тиждень)	Не займаюсь
легка ходьба			
зайняття йогою			
легка робота по дому			
швидка ходьба, ходьба по сходинкам			
біг підтюпцем			
садівництво			
їзда на велосипеді			
танці			
плавання			
прибирання будинку/квартири			
біг			
зайняття з гантелями			
інше			

18. Чи чули ви про програму кардіореабілітації (компоненти програми: оцінка стану пацієнта; консультування та навчання щодо раціонального харчування; підтримка ваги; контроль артеріального тиску; контроль холестерину крові; контроль цукру крові; відмова від тютюну; контроль психологічного дистресу; консультації, навчання та тренування з фізичної активності):

так; ні (необхідне підкреслити)

19. Якщо ви чули про програму кардіореабілітації (необхідне підкреслити):

- 1) Ви брали участь у програмі кардіореабілітації - так; ні
- 2) Ви берете участь у програмі кардіореабілітації - так; ні
- 3) Ви маєте намір брати участь у програмі кардіореабілітації - так; ні

20. Де для Вас було б зручно проходити програму кардіореабілітації (необхідне підкреслити):

- 1) лікарня (стаціонар)
- 2) амбулаторний центр при лікарні
- 3) амбулаторія сімейного лікаря
- 4) вдома
- 4) в лікарні та вдома
- 5) в амбулаторному центрі та вдома

21. Чи готові Ви дотримуватися програми кардіореабілітації (необхідне підкреслити):

- 1) готовий

- 2) не готовий
- 3) готовий, але за певних умов

22. Які перешкоди можуть Вам заважати брати участь у програмі кардіореабілітації в лікувальному закладі: (необхідне підкреслити):

- 1) значна відстань до лікарні, до амбулаторії сімейного лікаря
- 2) брак часу
- 3) сумнів у ефекті
- 4) вважаю, що немає потреби
- 5) поганий фізичний стан
- 6) інші причини _____ (вказіть, які)

23. У разі, якщо Ви погодитесь на участь у програмі кардіореабілітації в домашніх умовах, чи зможете Ви використовувати цифрові пристрої (планшет, ноутбук, мобільний телефон) та електронний зв'язок (електронну пошту) для періодичних консультацій лікарів-спеціалістів:

- 1) **так, зможу використовувати:**
планшет, ноутбук, мобільний телефон, електронну пошту (підкресліть, що саме)
- 3) **ні, не зможу з причини:**
не вмю користуватися; не маю наявності пристроїв; немає інтернет-зв'язку; не вважаю за потрібне (необхідне підкреслити)

Бажаємо Вам міцного здоров'я і щиро дякуємо за участь в опитуванні!

ДОДАТОК В

Анкета експерта

з оцінки удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця

Вельмишановний експерте!

Вам пропонується за Вашою згодою надати власну оцінку запропонованої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця (автор Мостепан Т. В., 2022 р.) за п'ятибальною шкалою.

Зробіть, будь-ласка, позначку (+) у відповідній графі анкети, що найбільш повно представить Вашу думку.

№ з/п	Характеристики функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця	Оцінка в балах				
		1	2	3	4	5
1	Орієнтованість моделі на інтеграцію реабілітації в діяльність закладу спеціалізованої медичної допомоги					
2	Профілактична спрямованість моделі					
3	Модель передбачає мультидисциплінарний підхід до надання реабілітаційної допомоги					
4	Модель спрямована на надання доступної та безперервної реабілітаційної допомоги пацієнтам шляхом координації діяльності та послідовної взаємодії закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги					
5	Модель носить інноваційний характер за рахунок розширення інфраструктурної зони надання реабілітаційних послуг та організації відділу телереабілітації та дистанційного навчання					
6	Прогнозна оцінка ефективності моделі:					
6.1	- зменшення негативного впливу факторів ризику ІХС на здоров'я популяції;					
6.2	- досягнення цільових значень артеріального тиску, ваги, рівня глюкози та холестерину крові у пацієнта (медична складова)					
6.3	- зменшення ризику ускладнень та інвалідності населення внаслідок ІХС (соціальна складова)					

6.4	- зменшення економічних витрат на лікування ускладнень та інвалідності населення внаслідок ІХС (економічна складова)					
-----	--	--	--	--	--	--

« ____ » _____

підпис _____

Щиро дякую за Вашу участь і надані оцінки!

Прошу надати окремі особисті дані для підтвердження Вашого статусу.

Дані про експерта

П. І. Б.	Місце роботи	Посада	Лікарська категорія (за якою спеціальністю)	Науковий ступінь, вчене звання

ДОДАТОК Г

Список експертів,

які проводили експертну оцінку удосконаленої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам зі стабільною ішемічною хворобою серця

№	П. І. Б.	Місце роботи	Посада	Кваліфікаційна категорія за фахом	Науковий ступінь
1	2	3	4	5	6
1	Гетьман Т. В.	Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України»	Старший науковий співробітник	Вища, «кардіологія»	К. мед. н.
2	Потабашній В. А.	Дніпровський державний медичний університет	Завідувач кафедри терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО	Вища, «кардіологія»	Д. мед. н. професор
3	Шершньова О. В.	КНП «КМКЛ № 4» Запорізької міської ради	Лікар-кардіолог	Вища, «кардіологія»	не має
4	Гура Ю. В.	КНП «КМКЛ № 4» Запорізької міської ради	Завідувач кардіологічного відділення	Вища, «кардіологія»	не має
5	Катеренчук І. П.	Полтавський державний медичний університет	Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2	Вища, «кардіологія»	Д. мед. н. професор

6	Тесленко Ю. В.	Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр	Завідувач відділення кардіореабілітації та планової кардіології	Вища, «кардіологія», Лікар-спеціаліст, «лікар фізичної та реабілітаційної медицини»	К. мед. н. доцент
7	Колесник Т. В.	Дніпровський державний медичний університет	Професор кафедри сімейної медицини ФПО та пропедевтики внутрішньої медицини	Вища, «кардіологія»	Д. мед. н. професор
8	Федоров С. В.	Івано-Франківський національний медичний університет	Завідувач кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини	Вища, «кардіологія»	Д. мед. н. професор
9	Батушкін В. В.	ПВНЗ «Київський медичний університет»	Завідувач кафедри внутрішніх та професійних хвороб	Вища, «кардіологія»	Д. мед. н. професор
10	Іванько О. В.	КНП «КМКЛ № 1» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)	Директор	Вища, «організація і управління охороною здоров'я»	К. мед. н., доцент
11	Крижевський В. В.	КНП «КМКЛ № 6» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)	В. о. директора	Вища, «хірургія», «організація і управління охороною здоров'я»	Д. мед. н. професор
12	Казека В. Г.	КНП «КМКЛ № 5» виконавчого органу Київської	Директор	Вища, «хірургія», «організація і управління	К. мед. н.

		міської ради (КМДА)		охороною здоров'я»	
<i>продовження списку експертів</i>					
1	2	3	4	5	6
13	Коткіна І. В.	КНП «КМКЛ № 5» виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)	Заступник директора з медичної частини	Вища, «терапія», «організація і управління охороною здоров'я»	не має
14	Чижевська О. О.	Національний інститут серцево- судинної хірургії імені М. М. Амосова	Лікар- кардіолог	Вища, «кардіологія»	не має
15	Дяченко Л. О.	Бучанська РДА Київської області	Начальник відділу гуманітарно- го розвитку	Вища, «організація і управління охороною здоров'я»	Доктор філософії, 222 «Медици- на» («Соціаль- на медичина»)
16	Глебова Є. Є.	ФОП	Директор	Лікар- спеціаліст, «організація і управління охороною здоров'я»	Доктор філософії, 222 «Медици- на» («Соціаль- на медичина»)
17	Клименко І. А.	КНМ «Київський міський клінічний ендокринологічний центр»	Лікар-хірург	Перша, «хірургія»; лікар- спеціаліст, «організація і управління охороною здоров'я»	Доктор філософії, 222 «Медици- на» («Соціаль- на медичина»)
18	Круть А. Г.	НУОЗ України імені П. Л. Шупика	Директор стоматологі- чного практично- навчального	Вища, «організація і управління охороною здоров'я»	Д. мед. н. доцент

			медичного центру		
<i>продовження списку експертів</i>					
1	2	3	4	5	6
19	Моїсеєнко Р. О.	НУОЗ України імені П. Л. Шупика	Проректор з науково- педагогічної та лікувальної роботи, професор кафедри педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації	Вища, «організація і управління охороною здоров'я»	Д. мед. н. професор
20	Брич В. В.	Ужгородський національний університет	Доцент кафедри наук про здоров'я	Вища, «організація і управління охороною здоров'я»	Д. мед. н. доцент

ДОДАТОК Д
Додаток Д-1

Затверджую

Д. М. Н. Прохорів Б.М.

підпис керівника

назва закладу

підпис

« »

дата



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
Започаткувати інтеграцію реабілітації пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.
2. Ким запропоновано:
НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.
3. Джерела інформації:
 - 1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с.
 - 2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.
4. Ким, коли впроваджено:
в роботу "Бюролення кардіоневрології" АУ "Інститут серця МОЗ України"
5. Ефективність впровадження: проведено навчання персоналу з питань законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в кардіологічній практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в різних клінічних стадіях перебігу ІХС.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:

(П.І.Б., посада відповідального)

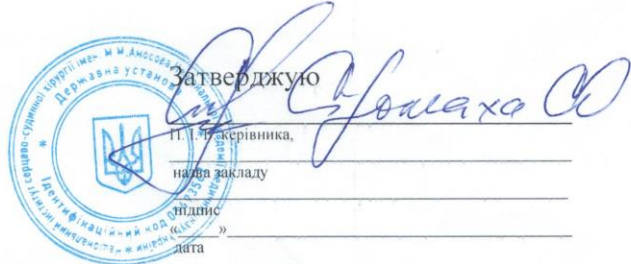
Печатка закладу

Мамонтовський Д.С.

підпис

Зав. Бюролення кардіоневрології АУ "Інститут серця МОЗ України"

Додаток Д-2



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
 Започаткувати інтеграцію реабілітації пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.
2. Ким запропоновано:
 НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.
3. Джерела інформації:
 - 1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОР Середняк Т. К.», 2023. 40 с.
 - 2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.
4. Ким, коли впроваджено:
кр. лікування пацієнтів лікаря серцевої хірургії та лікарів ендокринології, кардіологів, кардіологів та лікарів
5. Ефективність впровадження: проведено навчання персоналу з питань законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в кардіологічній практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в різних клінічних стадіях перебігу ІХС.
6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:

(П.І.Б., посада відповідального)

Печатка закладу

підпис

Додаток Д-3

Затверджую

Горачук В.В.
П. І. Б. керівника,

назва закладу

підпис
« 27 » грудня 2023 р.
дата

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Започаткувати інтеграцію реабілітації пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.

3. Джерела інформації:

1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с.

2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.

4. Ким коли впроваджено:

Муромець В.В. лікер-ординачор
керівником відділення

5. Ефективність впровадження: проведено навчання персоналу з питань законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в кардіологічній практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в різних клінічних стадіях перебігу ІХС.

6. Зауваження: немає.

Відповідає за впровадження:
(П.І.Б. посада відповідального)

Муромець В.В.

підпис *[підпис]*



Додаток Д-4

Затверджую

Мостепан Т. В.
 П.І.Б. керівника
 «МІД» № 6
 назва закладу

підпис
 «27» квітня 2023р.
 дата

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
 Започаткувати інтеграцію реабілітації пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.
2. Ким запропоновано:
 НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.
3. Джерела інформації:
 - 1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с.
 - 2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.
4. Ким, коди впроваджено:
Кумарей Віталій Вікторович
завідувач відділенням стоматології
5. Ефективність впровадження: проведено навчання персоналу з питань законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в кардіологічній практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в різних клінічних стадіях перебігу ІХС.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:
 (П.І.Б., посада відповідального)

Печатка закладу



підпис

Додаток Д-5

Затверджую

Щервико Оксандр Ігорів

П. І. В. керівника

назва закладу

підпис

« 27 »

дата

«Світло» 10.13.р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
Започаткувати інтеграцію реабілітації пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.
2. Ким запропоновано:
НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.
3. Джерела інформації:
 - 1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОР Середняк Т. К.», 2023. 40 с.
 - 2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.
4. Ким, коли впроваджено:
27.04.23р. Впроваджено у відділеннях кардіології та реабілітації КНП «КМБА №7»
5. Ефективність впровадження: проведено навчання персоналу з питань законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в кардіологічній практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в різних клінічних стадіях перебігу ІХС.
6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:

(П.І.В., посада відповідального) Котинець Ірина Василівна

підпис

Печатка закладу




Додаток Д-6

Затверджую
 МВАНЬКО О.В.
 П. І. Б. керівника
 КИІУ КМ КН МЧ
 назва закладу
 ІІІ
 підпис
 «28» ІВІТНЯ 2023
 дата

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
 Започаткувати інтеграцію реабілітації пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.
2. Ким запропоновано:
 НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.
3. Джерела інформації:
 - 1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОР Середняк Т. К.», 2023. 40 с.
 - 2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.
4. Ким, коли впроваджено:

5. Ефективність впровадження: проведено навчання персоналу з питань законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в кардіологічній практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в різних клінічних стадіях перебігу ІХС.
6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження: *Зав. дубов В. І. ІІІ КМ КН МЧ*
 (П.І.Б. Подписи відповідального) *Сергеев Сергій Сергійович* підпис
Мостепан Т. В.
 Печатка закладу


Додаток Д-7

Затверджую

П. І. Б. керівника,

назва закладу

підпис

дата

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозицій для впровадження:
Започаткувати інтеграцію реабілітації пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.
- 2. Ким запропоновано:
НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.
- 3. Джерела інформації:
 - 1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с.
 - 2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.
- 4. Ким, коли впроваджено:
Муромець ЗВ лікер-ординатор
керівником відділення
- 5. Ефективність впровадження: проведено навчання персоналу з питань законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в кардіологічній практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в різних клінічних стадіях перебігу ІХС.
- 6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:
(П.І.Б. посада відповідального)

Печатка закладу



Муромець ЗВ

підпис

Додаток Д-8

Затверджую
В.о. директора КНП ЦМКЛ
Володимир Вовчук

« _____ »
дата

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:
Започаткувати інтеграцію реабілітації пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.
2. Ким запропоновано:
НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.
3. Джерела інформації:
 - 1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с.
 - 2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.
4. Ким, коли впроваджено:
Кардіологічне відділення КНП «Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради»
5. Ефективність впровадження: проведено навчання персоналу з питань законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в кардіологічній практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в різних клінічних стадіях перебігу ІХС.
6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:
(П.І.Б., посада відповідального)
Зав. відділення
Печатка закладу



підпис
Ольга Вербовська

Додаток Д-9

Затверджую

Богаринська Анна Степанівна
 П.І.Б. керівника
Київська лікарня №4 ЗМП
 назва закладу

підпис

« »

дата



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Започаткувати впровадження телекомунікаційної реабілітації пацієнтам закладу з хронічною ішемічною хворобою серця після виписки із стаціонару.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.

3. Джерела інформації:

1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с.;

2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.

4. Ким, коли впроваджено:

5. Ефективність впровадження: проведено навчання топ-менеджерів і лінійних керівників закладу з питань організаційної, ресурсної, кадрової складових впровадження телекомунікаційної реабілітації пацієнтам закладу з загостренням хронічної ішемічної хвороби серця після виписки із стаціонару та налагодження комунікацій з медичними працівниками закладів первинної медичної допомоги.

6. Зауваження: немає.

Відповідальний за впровадження:

(П.І.Б., посада відповідального)

Печатка закладу

Т.В. Мостепан

підпис

Додаток Д-10

Затверджую
В.о. директора КНП ЦМКЛ
Володимир Вовчук

« _____ »
дата

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Започаткувати інтеграцію реабілітації пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.

3. Джерела інформації:

1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с.

2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.

4. Ким, коли впроваджено:

Кардіологічне відділення КНП «Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради»

5. Ефективність впровадження: проведено навчання персоналу з питань законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в кардіологічній практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в різних клінічних стадіях перебігу ІХС.

6. Зауваження: немає.Відповідальний за впровадження:

(П.І.Б., посада відповідального)

Зав. відділення
Печатка закладу



підпис
Ольга Вербовська

Додаток Д-11



Затверджую
 Перший проректор
 НУОЗ України імені П. Л. Шупика
 Ю. П. Вдовиченко
 06 червня 2023 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозицій для впровадження:

Використовувати в якості навчальних матеріалів дисертаційного дослідження Мостепан Т. В., аспіранта кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування, з організації реабілітації пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця в гострому, післягострому та віддаленому після загострення періоді хвороби.

2. Ким запропоновано:

НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аспірант Мостепан Т. В.

3. Джерела інформації:

1) Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Організація реабілітаційної допомоги пацієнтам із стабільною ішемічною хворобою серця. Методичні рекомендації. Дніпро: «ФОП Середняк Т. К.», 2023. 40 с.

2) Мостепан Т. В., Горачук В. В. Координація діяльності закладів охорони здоров'я для забезпечення реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р. Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика. Вінниця: ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 43-44.

4. Ким, коли впроваджено:

Горачук В. В., д. мед. н., професор, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування.

5. Ефективність впровадження: матеріали дисертаційного дослідження Мостепан Т. В. внесені до навчально-методичного комплексу навчальної програми циклу тематичного вдосконалення «Управління якістю медичної допомоги як механізм підвищення її ефективності» кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування в частині законодавчого регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в лікарській практиці, міждисциплінарного підходу до організації реабілітаційної допомоги в закладах охорони здоров'я.

6. Зауваження: немає.Відповідальний за впровадження:

Голубчиков М. В.,
 Д. мед. н. професор,
 в. о. завідувача кафедри
 управління охороною здоров'я
 та публічного адміністрування
 НУОЗ України імені П. Л. Шупика

підпис