ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Кваліфікаційна наукова

праця на правах рукопису

ПРОКОПІВ МАРІЯ МИРОСЛАВІВНА

УДК:  614.2-028.79(477)+616-084:616.831

**ДИСЕРТАЦІЯ**

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ХВОРОБАМИ НА РІВНІ МЕГАПОЛІСУ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

14.02.03 – соціальна медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.М.Прокопів

Науковий консультант Слабкий Геннадій Олексійович, доктор медичних наук, професор

Київ – 2020

АНОТАЦІЯ

Прокопів М.М. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (222 – Медицина).

Дисертація виконана в Українському інституті стратегічних досліджень МОЗ України, Київ, 2020.

Дисертація захищається в Харківському національному медичному університеті МОЗ України, Харків, 2021.

Дисертація присвячена вирішенню важливої науково-практичної проблеми охорони здоров’я – науковому обґрунтуванню оптимізованої функціонально - організаційної системи медичної допомоги населенню мегаполісу при цереброваскулярних хворобах та мозкових інсультах.

Метою дослідження є підвищення рівня доступності та ефективності медичної допомоги шляхом обґрунтування та розробки оптимізованої функціонально-організаційної системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги.

В роботі були використані безпосередньо та в різних комбінаціях наступні **методи дослідження:**

1. *системного підходу* – для кількісного та якісного аналізу даних, що стосуються проблеми дослідження;
2. *бібліосемантичний* – спрямований на аналіз й узагальнення даних наукової літератури щодо проблеми дослідження;

3) *соціологічний –* для вивчення прикладних соціальних проблем;

4) *епідеміологічний* – для аналізу основних епідеміологічних показників;

5) *моделювання* – для проведення функціонально-структурного аналізу та моделювання запропонованих інновацій;

6) *експертних оцінок* – спрямований на оцінку прийнятності запропонованої в роботі оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги.

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає в тому, що вперше в Україні:

- системно, на сучасному етапі реформування системи охорони здоров’я та реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, представлено проблеми забезпечення населення мегаполісу профілактичною та медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах і мозкових інсультах, які полягають в невідповідності системи спеціалізованої медичної допомоги таким в провідних країнах світу при недостатній доступності, якості та ефективності медичної допомоги і недостатній спроможності наявної мережі закладів охорони здоров’я м. Києва з її ресурсами до забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах (ЦВХ) та мозкових інсультах по забезпеченню реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення та способи їх вирішення шляхом обгрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу з досягненням позитивних медичних та соціальних результатів;

- встановлено низький рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах, який полягає в теоретичній та практичній підготовці до даного виду діяльності на рівні нижче 10% і обгрунтовано види медичних послуг і заходи з забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні первинної медико-санітарної допомоги, що полягають в проведенні скринінгу на виявлення ЦВХ на ранніх стадіях розвитку (89,6±1,6%), ефективній лікувальній допомозі (84,4±1,8%), забезпеченні послуг реабілітаційного характеру (87,2±1,7%), надання медико-соціальної допомоги сім’ям в яких живуть інваліди після перенесеного церебрального інсульту (87,2±1,7%), невідкладній допомозі при гострому порушенні мозкового кровообігу (100%) та визначені необхідних для цього компетенцій і шляхів підвищення рівня можливості сімейних лікарів до ефективного надання ними відповідної комплексної медичної допомоги;

- визначено види медичних послуг і заходи щодо забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні системи громадського здоров’я міста, які включають інформаційно-просвітницьку комплексну роботу з питань профілактики та наслідків ЦВХ та мозкових інсультів на рівні громади, організованих колективів та сімей (100,0%), епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку ЦВХ та мозкових інсультів, комунікацію та соціальну мобілізацію в інтересах збереження та зміцнення здоров’я населення міста і адвокацію з формування здоров’язберігаючого профілю міста (92,0±1,4%), формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я (88,0±1,6%);

- науково обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну структуру спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, в якому при централізації ресурсів забезпечується комплексна медична допомога пацієнтам із мозковими інсультами з розрахунком потреби у спеціалізованому ліжковому фонді, що становить 1,6 ліжок на 10 тис дорослого населення для надання лікувальної допомоги та 1,5 ліжка для проведення нейрореабілітації. Структурну основу центру складають наявні ресурси системи охорони здоров’я, які структуризуються в наступні підрозділи: приймальне відділення з кабінетами візуалізації патології головного мозку і суміжних лікарів-спеціалістів; нейрохірургічне відділення з операційним блоком та блоком інтенсивної терапії; неврологічне відділення з палатами інтенсивної терапії; відділення для надання медичної допомоги дітям із гострими порушеннями мозкового кровообігу; діагностична служба; стаціонарне відділення та кабінет амбулаторної нейрореабілітації, а також інформаційно-аналітична служба; кабінет телемедичних консультацій та навчально-методичний кабінет при цьому клінінгові та кейтерингові послуги рекомендується забезпечити шляхом укладання відповідних договорів;

- науково обґрунтовано та розроблено оптимізовану пацієнтоорієнтовану систему профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу, яка організаційно включає владні структури, систему охорони здоров’я, службу соціального захисту населення, громадські та благодійні організації, державний та приватний сектор праці з застосуванням механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази**,** при цьому для кожного учасника процесу визначено завдання та функції**,** координацію яких забезпечує міська міжсекторальна координаційна рада боротьби з інсультом. Експертно визначено (за 10 бальною 9,28±0,42), що на відміну від існуючої ситуації,впровадження запропонованої системи дає змогу усунути існуючі недоліки при наданні медичної допомоги при ЦВХ та мозкових інсультах (МІ) і підвищити її доступність та ефективність;

*-* уточнено наукові дані про фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб до яких на рівні мегаполісу: додатково віднесеноу чоловіків: відсутність власного житла (ВР – 1.727; ДІ 95% (7.200 – 34.400), ВШ – 15,737), постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР – 2,333; ДІ 95% (6.434-25.598), ВШ – 12.833); психоемоційні навантаження на роботі (ВР – 1.857; ДІ 95% (4.233-15.439), ВШ – 8.084); та у жінок: відсутність власного житла (ВР-1.459; ДІ 95% (7.422-26.669), ВШ – 14.060); психоемоційні навантаження на роботі (ВР – 1.679; ДІ 95% (4.115-11.723), ВШ – 6.946); постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР – 1.830; ДІ 95% (3.359-9.136), ВШ – 5.540)*;*

*-* доповнено наукові дані проорганізацію та ефективність надання медичної допомоги пацієнтам при мозкових інсультах в приватних закладах охорони здоров’я мегаполісу, потреба в якій за 2014-2019 рр. зросла в 1,7 (р ≤0,05) рази з рівнем летальності при ішемічних мозкових інсультах до 6,0% у 2019 році, що є достовірно нижчим, ніж у комунальних ЗОЗ (р ≤0,01) і зумовлено госпіталізацією пацієнтів з мозковими інсультами меншої тяжкості захворювання та більш досконалою ресурсною базою закладів.

**Практичне значення отриманих результатів.**

Основні результати дисертаційної роботи впроваджувалися в практику на етапах його виконання на галузевому та регіональному рівнях: участь в розробці уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, наказів щодо оптимізації системи надання медичної допомоги населення, профілактичних і просвітницьких заходах міста Києва, впровадження в роботу науково-дослідних та медичних закладів, в освітній процес вищих навчальних медичних закладів України.

На підставі проведених досліджень розроблено методичні рекомендації щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами, які є алгоритмом дій на рівні мегаполісу по забезпеченню населення при ЦВХ та МІ доступною, якісною та ефективною медичною допомогою.

**Ключові слова:**  м. Київ, цереброваскулярні хвороби, мозкові інсульти, медична допомога, оптимізована функціонально - організаційна система, між секторальний підхід.

**Abstract**

**Prokopiv M.M. Medical and social substantiation of an optimized system of prevention and medical care for the population with cerebrovascular diseases at the metropolitan level against the backdrop of healthcare reforms. – Qualifying scientific work as a manuscript.**

Dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences on speciality 14.02.03 “Social Medicine” (222 – Medicine). The dissertation was completed at the Ukrainian Institute for Strategic Studies of the Ministry of Healthcare of Ukraine, Kyiv, 2020.

The dissertation is defended at Kharkiv National Medical University, Kharkiv, 2021.

The dissertation is devoted to the solution of an important research and practice problem of public health: the scientific substantiation of an optimized functional and organizational system of medical care to the population of a metropolis with cerebrovascular diseases and cerebral strokes.

The aim of the study is to increase the level of accessibility and efficiency of medical care by substantiating and developing an optimized functional and organizational system of prevention and medical care for the population with cerebrovascular diseases at the metropolitan level in the context of healthcare reforms and the implementation of a programme of state guarantees of medical care.

**In the work, the following research methods were employed directly and in various combinations:**

*1)* *a systems approach*: for qualitative and quantitative analyses of data related to the research problem;

*2)* *bibliosemantic one*: aimed at analyzing and generalizing scientific literature data on the research problem;

*3)* *sociological one*: for the study of applied social problems;

*4) epidemiological one*: to analyze the main epidemiological indicators;

*5) modelling*: to carry out functional and structural analysis and modelling of the proposed innovations;

*6) expert assessments*: aimed at assessing the acceptability of the proposed optimized system of prevention and medical care.

**The academic novelty of the results obtained** consists in that, for the first time in Ukraine:

– at the system level, at the present stage of reforming the healthcare system and implementing the programme of state guarantees of medical care for the population, the problems of providing the population of the megalopolis with preventive and medical care for cerebrovascular diseases and cerebral strokes are presented, which consist in the discrepancy between the system of specialized medical care the ones in the leading countries of the world under the insufficient availability, quality and efficiency of medical care and the insufficient ability of the existing network of healthcare institutions in Kyiv with its resources to provide the population with comprehensive medical care in CVDs and cerebral strokes to ensure the implementation of the programme of state guarantees of medical care for the population and ways to solve them by substantiation of an optimized system of prevention and medical care to the population with cerebrovascular diseases at the metropolitan level with the achievement of positive medical and social results;

– а low level of readiness of general practitioners – family doctors – to provide comprehensive medical care to the population in cerebrovascular diseases has been established, which consists in theoretical and practical preparations for this type of activity at a level below 10% and types of medical services and measures to provide the population with comprehensive medical care in cerebrovascular diseases at the level of primary healthcare, consisting in screening for the detection of CVDs early in the course of development (89.6 ± 1.6%), effective medical care (84.4 ± 1.8%), providing rehabilitation services (87.2 ± 1.7%), the provision of medical and social assistance to families in which members with disabilities live after cerebral stroke (87.2 ± 1.7%), emergency care in cerebrovascular accidents (100%) were substantiated and necessary competencies as well as ways to improve the ability of family doctors to effectively provide them with the appropriate complex medical care have been determined;

– the types of medical services and measures to provide the population in cerebrovascular diseases with comprehensive medical care at the level of city public healthcare system have been identified, which include information and educational comprehensive work on the prevention and overcoming consequences of CVDs and cerebral strokes at the community level, organized groups and families (100.0 %), epidemiological surveillance of the risks of CVDs and cerebral strokes, communication and social mobilization in the interests of maintaining and strengthening the health of the city population and advocacy for the formation of a health-caring profile of the city (92.0 ± 1.4%), and the formation of a responsible attitude to personal health (88.0 ± 1.6%);

– the functional and organizational structure of a specialized centre for the provision of medical care to patients in cerebral strokes has been established scientifically and developed in the context of the implementation of the programme of state guarantees of medical care for the population, in which, at the centralization of resources, comprehensive medical care is provided for patients with cerebral strokes with the calculation of the need for a specialized bedspace, which amounts 1.6 beds per 10 thou. of adults for the provision of medical care and 1.5 beds per 10 thou. of adults for neurorehabilitation. The structural basis of the centre is formed by the available resources of the healthcare system, which are structured into the following units: admission department with rooms for visualization of brain pathology and related subspecialists; neurosurgical department with an operating unit and an intensive care unit; neurological department with intensive care units; a department for providing urgent medical care to children with cerebrovascular accidents; a diagnostic service; an inpatient department and an outpatient neurorehabilitation office, as well as an information and analytical service; a telemedicine consulting room and an educational and methodological room, while cleaning and catering services are recommended to be provided by concluding appropriate contracts;

– an optimized patient-oriented system of prevention and medical care for the population in cerebrovascular diseases at the metropolitan level was given scientific credence and developed, which organizationally includes government structures, the healthcare system, the social welfare service, public and charitable organizations, the public and private sectors of labour using the mechanism of public-private partnerships to develop the necessary resource base, with tasks and functions defined for each participant in the process, coordinated by the city intersectoral coordinating council on stroke control. It was expertly determined (estimated as 9.28 ± 0.42 on a scale of 1 to 10) that in contrast to the current situation, the introduction of the proposed system allows to eliminate the existing shortcomings in the provision of medical care for CVD and CI patients and to increase its availability and efficiency;

– research findings on the risk factors for the development of cerebrovascular diseases to which at the metropolitan level *have been clarified*: additionally attributed in men: lack of own housing (RR: 1.727; CI: 95% (7.200 - 34.400), OR: 15.737), constant lack of financial resources (RR: 2.333; CI: 95% (6.434-25.598), OR: 12.833), psycho-emotional stress at work (RR: 1.857; CI: 95% (4.233-15.439), OR: 8.084), and in women: lack of own housing (RR: 1.459; CI: 95% (7.422-26.669), OR: 14.060), psycho-emotional stress at work (RR: 1.679; CI: 95% (4.115-11.723), OR: 6.946), constant lack of financial resources (RR: 1.830; CI: 95% (3.359-9.136 ), OR: 5.540);

– *research findings on* the organization and effectiveness of providing medical care for patients with cerebral strokes in private healthcare institutions of the metropolis *were supplemented*. The need in such medical care over the period of 2014-2019 is increased 1.7 times (*p* ≤ 0.05) with the mortality rate in ischemic cerebral strokes up to 6.0% in 2019, which is significantly lower than in municipal healthcare institutions (*p* ≤ 0.01) and is due to hospitalization of patients with cerebral strokes of less severity and a higher-end resource base of the private healthcare institutions.

**Practical significance of the results obtained**

The main results of the dissertation research were introduced into practice at the stages of its execution at the sectoral and regional levels, viz.: participation in the development of unified clinical protocols for medical care, orders concerning the optimization of the system of medical care for the population, preventive and educational activities in Kyiv city, introduction of results into the practice of research and medical institutions, as well as in the educational process of higher educational medical institutions of Ukraine.

On the grounds of the conducted studies, methodological recommendations were developed for optimizing medical care for the metropolis people with cerebrovascular diseases, which constitute an algorithm for actions at the level of a metropolis to provide the CVD and CI patients with affordable, high-quality and effective medical care.

**Key words:**  Kyiv city, cerebrovascular diseases, brain strokes, medical care, optimized functional and organizational system, sector-wide approach.

### Список особистих робіт за темою дисертації

**Список праць в яких висвітлено основні результати дослідження**

1. Прокопів М.М.Якість життя мешканців мегаполісу, що перенесли церебральний інсульт. *Україна.* *Здоров’я нації.* 2020. №1(58). С.43-46.

2. Прокопів М.М. Оцінка лікарями-неврологами стаціонарної медичної допомоги при церебральних інсультах (за результатами соціологічного дослідження). *Україна.* *Здоров’я нації.* 2020. №3(60). С.21-29.

3. Прокопів М.М. Характеристика оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу – м. Києва*. Україна. Здоров’я нації*. 2020. №3-1(61). С.18- 22.

4. Прокопів М.М. Аналіз роботи неврологічної служби дорослої мережі м. Києва за 2016 рік. *Український неврологічний журнал*. 2017. № 1. С.82-86.

5. Прокопів М.М. Аналіз роботи неврологічної служби дорослої мережі м. Києва за 2015 р. *Український неврологічний журнал.* 2016. №1. С.98-101.

6. Прокопів М.М. Вертебробазилярні інфаркти: принципи класифікації, клініко-нейровізуалізаційний аналіз і термінологічні визначення діагнозу. *Серце і судини*. 2019. №2. С.7-17.

7. Прокопів М.М. Результати дослідження якості медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами. *Економіка і право охорони здоров’я*. 2020. №2(12). - С. 11-14

8.Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Методичні підходи до створення сучасної системи надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні захворювання в мегаполісі. *Україна*. *Здоров'я нації*. 2019. №3(56). С.16-19. *(Дисертантом проведено збір, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків, написання статті).*

9. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. Епідеміологія цереброваскулярних хвороб серед жителів міста Києва. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України.* 2019. №4(82). С.10-15. *(Дисертантом проведено збір і обробку первинної інформації, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків).*

10. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Рівень готовності сімейних лікарів до проведення цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобам. *Економіка і право охорони здоров’я*. 2019. №2(10). С.98-100. *(Дисертантом проведено соціологічне дослідження, формування таблиць та аналіз отриманих даних, формування висновків, написання статті).*

11. Прокопів М.М., Слабкий Г.О., Яцина А.Т. Спроможність реформованої системи охорони здоров’я м. Києва до надання медичної допомоги хворим на церебральний інсульт. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України.* 2020. №2 (84). С.17-21. *(Дисертантом проведено збір первинних матеріалів та їх структурно-логічний аналіз, формування висновків, написання статті, написання статті).*

12. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. Стан первинної медико-санітарної допомоги в м. Києві. The unitу of science. December 2019-January 2020. Р.151-154. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків).*

13. Прокопів М.М.,Слабкий Г.О. Напрями і форми  діяльності системи громадського здоров’я в  боротьбі із  цереброваскулярними хворобами  у мегаполіс. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України.* 2020. №3(85). С. 5-9 *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків, написання статті).*

14. Прокопів М.М., Рогоза С.В. Стан надання медичної допомоги хворим із мозковим інсультом у м. Києві та шляхи його поліпшення. *Український неврологічний журнал.* 2018. №1. С.7-12. *(Дисертантом проведено узагальнення та аналіз результатів діяльності закладів охорони здоров’я міста, розроблено шляхи оптимізації їх діяльності)*

15. Прокопів М.М., Рогоза С.В., Трепет Л.М., Вакуленко Л.О., Ярощук І.Б., Скрипова Т.В., Пелешок С.Р., Поляков Є.О., Трейтяк В.С., Колєрова В.Г., Дубініна Л.В., Кошарська С.С., Яворський В.В., Несукай В.Г., Рябіченко Т.М., Ярємова С.О., Дупляк Л.М., Стасула Т.О., Теленгатор О.Я. Фактори ризику, структура та наслідки гострого періоду інсульту у місті Києві за результатами прагматичного спостереження. *Український медичний часопис.* 2017. №2.(118). С.124-127. *(Дисертантом проведено обробку та аналіз результатів результатами прагматичного спостереження, написання статті).*

16. Прокопів М.М., Трепет Л.М., Трепет Г.С., Єльська О.Ю. Система надання невідкладної медичної допомоги хворим на мозковий інсульт у м. Києві: оцінка клінічної ефективності тромболітичної терапії та біофлавоноїду кверцетину в лікуванні гострого ішемічного інсульту в різні періоди після його розвитку. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2019. №8(110). С.35-47. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків, написання статті).*

17. Прокопів М.М., Рогоза С.В., Трепет Л.М., Вакуленко Л.О., Пелешок С.Р., Карнаух Ю.Д., Літовальцева Г.М., Царюк М.Л. Коморбідність мозкового інсульту за результатами прагматичного спостереження у м. Києві. *Український неврологічний журнал*. 2017. №3. С.27-32. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків).*

18. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. Результати вивчення факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб у жінок міста Києва. *Здоровье женщины.* 2020. №5-6 (151-152). С.54-57. *(Дисертантом проведено соціологічне дослідження, статистично опрацьовано та проаналізовано результати, написано статтю).*

19. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. До питання забезпечення осіб із цереброваскулярними хворобами комплексною медичною допомогою на рівні первинної медико-санітарної допомоги (За даними соціологічного дослідження). *Семейная медицина*. 2020. №3(89). С.57-60. *(Дисертантом проведено соціологічне дослідження, статистично опрацьовано та проаналізовано результати, написано статтю).*

20. Виничук С.М., Прокопив М.М., Пустовая О.А., Фартушная Е.Е., Трепет Л.Н. Внутримозговое кровоизлияние: факторы, определяющие тяжесть состояния и исход заболевания. *Український медичний часопис*. 2007. №5. С.25-32. *(Дисертанту належить ідея проведення дослідження та формування його дизайну, ним проведено збір та аналіз результатів, написання статті).*

21. Maria M. Prokopiv, Olena Y. Fartushna Clinical syndromes of the thalamic stroke in the classical vascular territories: a prospective hospital-based cohort stud. *Wiadomości Lekarskie*. 2020. tom LXXIII. nr3. Р.489-493. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків, написання статті).*

22. Prokopiv M., Slabkiy G. Modern system of medical care for patients with cerebral stroke at the metropolitan level. Scientific basis of modern medicine. scientific basis of modern medicine: monography. Boston. 2020. С.68-76. *(Дисертантом проведено збір і статистичну обробку матеріалів, аналіз результатів, формування висновків, написання розділу монографії).*

***Роботи апробаційного характеру***

23. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Задоволеність хворих на церебральні інсульти отриманою стаціонарною медичною допомогою. *XI International Scientific and Practical Conference.* (Liverpool, United Kingdom, 24-26 June 2020). Liverpool, 2020. Р.419-428.

24. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Узагальнені проблеми організації надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт в закладах охорони здоров’я м. Києва. *Science and education: problems, prospects and innovations*: Abstracts of the 1st International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. (Kyoto, Japan, 7-9 October 2020). Kyoto, 2020. P.424-428.

25. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Захворюваність населення м. Києва на церебральні інсульти. The ХХIII International scientific and practical conference *«Theoretical and practical foundations of social process management».* (San Francisco, USA, 29 – 30 June 2020). San Francisco, 2020. Р.262-267.

26. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Концептуальні підходи до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на первинному рівні в умовах мегаполісу: тези доп. учасників міжнародної науково-практичної конференції *«Міждисциплінарні аспекти скринінгу, профілактики та лікування в роботі лікаря первинної ланки*». (Україна. м. Ужгород, 8–9 квітня 2020 р.). *Здоров’я Нації*, Ужгород, 2020. №2. С.169-170.

27. Prokopiv M. Acute ischemic stroke: current choice of therapy*.* Abstracts of the Іnternational scientific conference *«HELTH-2016». 2016-NJI YYLYN (20-22 July 2016, Turkmenistan, Asgabat)*. Asgabat, 2016. Р.284.

28. Прокопів М.М. Оптимізація надання медичної допомоги хворим з гострими порушеннями мозкового кровообігу в закладах охорони здоров’я м. Києва: матеріали сьомого науково-освітнього форуму *«Академія інсульту»*. (м. Київ, 9-10 листопада 2017 р.), Київ, 2017. С. 28.

29. Прокопів М.М., Кащенко О.І. Відновлення неврологічних та психологічних функцій у хворих з півкульним ішемічним інсультом під впливом комплексної терапії: матеріали науково-практичної конференції *«Сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи».* (м. Київ, 25-26 вересня 2014 року). *Український неврологічний журнал,* Київ, 2014. № 3-4. С.114.

30. Прокопів ММ., Слабкий Г.О. До питання лікування хворих на мозковий інсульт в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва: *Abstracts of International Scientific and Practical Conference, (Osaкa, Japan, 9-11 September 2020),* Osaкa, 2020. Р.217-222.

***Роботи, що додатково відображають результати дослідження***

31. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб у жителів мегаполіса. *Український вісник медико-соціальної експертизи.* 2019. № 3–4 (33 – 34). С.7-12.

32. Хобзей М.К., Міщенко Т.С., Вершигора А.В., Матюха Л.Ф., Нетяженко В.З., Дударь Л.В., Педаченко Є.Г., Швець О.В., Божко Л.І., Величко С.О., Гуляєва М.В., Костюк М.Р., Сехедько О.А., Острополець Н.А., Парій В.Д., Прокопів М.М., Титова Т.А., Фломін Ю.В., Шуляк В.І. Ішемічний інсульт. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги 2012. *ВГО «УАБІ»,* Київ, 2012. 120 с.

33. Хобзей М.К., Міщенко Т.С., Степаненко А.В., Морозов А.М., Глумчер Ф.С., Вершигора А.В., Матюха Л.Ф., Нетяженко В.З., Педаченко Є.Г., Божко Л.І., Гуляєва М.В., Костюк М.Р., Зозуля І.С., Коваленко О.Є., Острополець Н.А., Парій В.Д., Прокопів М.М., Сапон М.А., Соколова Л.І., Титова Т.А., Фломін Ю.В., Худошина О.В., Цимейко О.А., Шуляк В.І. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Неврологія. УКПМД і МР Геморагічний інсульт (внушрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив). Нормативні директивні правові документи. 2014. *МНІАЦ медичної статистики МВЦ «Медінформ»,* Київ, 2014. 118 с.

34. Хобзей М.К., Міщенко Т.С., Вершигора А.В., Матюха Л.Ф., Нетяженко В.З., Дударь Л.В., Педаченко Є.Г., Швець О.В., Божко Л.І., Величко С.О., Гуляєва М.В., Костюк М.Р., Мехедько О.А., Острополець Н.А., Парій В.Д., Прокопів М.М., Титова Т.А., Фломін Ю.В., Шуляк В.І. Геморагічний інсульт. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги 2012. *ВГО «УАБІ»,* Київ, 2014. 120 с.

35. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. Методичні рекомендації щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами. Київ. 2019. 30 с.

36.Фартушина О.Є., Прокопів М.М. Артеріальна гіпертензія як чинник розвитку транзиторних ішемічних атак. *Проблеми військової охорони здоров’я.* Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. Випуск 18. Київ, 2007 - С. 193-197

37.Фартушина О.Є., Прокопів М.М. Актуальність проблеми цереброваскулярних захворювань, транзиторних ішемічних атак та вдосконалення їх діагностики в системі охорони здоров’я в Україні ( огляд літератури). *Проблеми військової охорони здоров’я.* Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. Випуск 19. Київ, 2007 - С. 335-342

38. Оптимізація лікування гострого ішемічного інсульту обтяженого ішемічною хворобою серця: Патент 104583 Україна. МПК А61К 31/00. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту / Прокопів М.М., Трепет Г.С., Тромса Т.В. Балабан К.М.; заявник і патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця. – № u201507150; заявл. 17.07.2015; опубл. 10.02.2016, Бюл. “Промислова власність”, 2016р., №3

39. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту, обтяженого ішемічною хворобою серця. Прокопів М.М., Трепет Л.М., Балабан К.М., Бабенко В.В., Тромса Т.В., Кащенко О.І. Патент на корисну модель №82717, Україна А61К 31/00, Бюл. №15, 2013.

40. Оптимізація лікування гострого ішемічного інсульту з метаболічним синдромом. Патент 104585 Україна. МПК А61К 31/00. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту / Прокопів М.М., Трепет Г.С., Тромса Т.В. Агафонова І.М.; заявник і патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця. – №u201507152; заявл. 17.07.2015; опубл. 10.02.2016, Бюл. “Промислова власність”, 2016 р., №3.

41. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту Прокопів М.М., Трепет Г.С., Тромса Т.В. Патент на корисну модель №104584, Україна, А61К31/00 від 10.02.2016 р., Бюл.№3.

42. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту Прокопів М.М., Бабенко В.В. Патент на корисну модель №79196, Україна, А61К 31/00, Бюл. №7, 2013.

43. Спосіб лікування ішемічного інсульту у хворих на цукровий діабет. Віничук С.М., Прокопів М.М., Мохнач В.О., Мельник С.Д. Деклараційний патент на корисну модель, 16209, 2006, Україна, А61К 38900, Бюл.№7.

44. Прокопив М.М., Виничук С.М., Трепет Л.М. Таламические инсульты: монографія. Київ: «Агат принт». 2018. 91с. *(Дисертанту належить ідея написання монографії, ним проведено збір первинних матеріалів і їх обробку, аналіз та узагальнення результатів, формування загальних висновків).*

Зміст

[Умовні скорочення 23](#_Toc64578308)

[Вступ 25](#_Toc64578309)

[Розділ 1 ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ХВОРОБИ ТА ЇХ УСКЛАДНЕННЯ, ЯК ГЛОБАЛЬНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ТА СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ЇЇ ВИРІШЕННЯ 39](#_Toc64578310)

[1.1.Епідеміологія цереброваскулярних хвороб та церебральних інсультів - глобальна медико-демографічна проблема 39](#_Toc64578311)

[1.1.1 Аналіз захворюваності населення та поширеності цереброваскулярних хвороб і церебральних інсультів 39](#_Toc64578312)

[1.1.2. Аналіз смертності населення внаслідок мозкового інсульту в країнах, які використовують статистичний код «цереброваскулярні хвороби» 44](#_Toc64578313)

[1.1.3. Проблема церебральних інсультів у дитячому віці 51](#_Toc64578314)

[1.2 Характеристика організації медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та церебральних інсультах 53](#_Toc64578315)

[1.3. Всесвітня організація охорони здоров’я про боротьбу з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами 56](#_Toc64578316)

[1.4. Місце боротьби з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами в реформованій системі охорони здоров’я України](#_Toc64578317) 60

[1.5. Роль системи первинної медико-санітарної допомоги в забезпечені комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах 62](#_Toc64578318)

[1.6. Роль наукових досліджень в організації боротьби з церебральними інсультами](#_Toc64578319) 69

[1.7. Про необхідність проведення подальших наукових досліджень](#_Toc64578320) 74

[РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ](#_Toc64578321) 76

[Розділ 3 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ХВОРОБ: ПОКАЗНИКИ ПОШИРЕНОСТІ, ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ХВОРОБ І СМЕРТНОСТІ У М. КИЄВІ](#_Toc64578322) 95

[3.1. Комплексний аналіз показників захворюваності дорослого населення м. Києва на цереброваскулярні хвороби](#_Toc64578323) 95

[3.2. Аналіз показників поширеності цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення м. Києва](#_Toc64578324) 98

[3.3. Комплексний аналіз показників захворюваності населення м. Києва на церебральні інсульти 102](#_Toc64578325)

[3.4. Комплексний аналіз показників захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця серед дорослого населення м. Києва як факторів ризику розвитку цереброваскулярних захворювань 107](#_Toc64578326)

[3.5. Комплексний аналіз показників інвалідизації населення м. Києва як мегаполіса, обумовлених цереброваскулярними хворобами та їх ускладненнями 111](#_Toc64578327)

[3.6. Комплексний аналіз показників смертності населення м.  Києва як мегаполіса внаслідок цереброваскулярних хвороб та їх ускладнень 112](#_Toc64578328)

[3.7. Комплексний статистичний аналіз факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб та їх ускладнень за даними соціологічного дослідження 115](#_Toc64578329)

[3.8. Наявність та частота факторів ризику у осіб, які перенесли церебральний інсульт за  результатами прагматичного спостереження 126](#_Toc64578332)

[3.9. Характеристика якості життя осіб, що перенесли церебральний інсульт 128](#_Toc64578333)

[Висновки за розділом 131](#_Toc64578334)

[Розділ 4 ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ТА ГОТОВНІСТЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ХВОРОБАМИ 137](#_Toc64578335)

[4.1.Кількісна характеристика населення в різних адміністративних районах м. Києва 138](#_Toc64578336)

[4.2. Характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини 138](#_Toc64578337)

[4.3. Основні показники діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги 141](#_Toc64578338)

[4.4. Завдання та роль первинної ланки медичної допомоги в профілактиці церебральних інсультів та забезпеченні нейрореабілітації пацієнтів після них з урахуванням міжнародних рекомендацій 142](#_Toc64578339)

[4.5. Організація надання медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на первинному рівні 147](#_Toc64578340)

[4.6. Рівень готовності сімейних лікарів до проведення цільової диспансеризації хворих з цереброваскулярними хворобами 151](#_Toc64578341)

[4.7. Визначення видів медичних послуг та заходів по забезпеченню населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні первинної медико-санітарної допомоги 155](#_Toc64578342)

[4.8. Методологія підвищення рівня готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до оптимізації на первинному рівні медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами 160](#_Toc64578343)

[Використання клінічної настанови «Скринінг у первинній медичній допомозі» 161](#_Toc64578344)

[Висновки за розділом 163](#_Toc64578345)

[**Список особистих друкованих робіт за матеріалами розділу** [10, 12, 19]. 165](#_Toc64578346)

[Розділ 5 ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ХВОРОБИ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНІ ІНСУЛЬТИ В М. КИЄВІ 166](#_Toc64578347)

[5.1. Аналіз забезпечення спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва лікарями неврологами при цереброваскулярних хворобах 166](#_Toc64578348)

[5.2. Організація стаціонарнозамінної неврологічної допомоги дорослому населенню міста Києва 168](#_Toc64578349)

[5.3. Результати експертної оцінки амбулаторно-поліклінічної допомоги пацієнтам із цереброваскулярними хворобами 169](#_Toc64578350)

[5.4. Характеристика спеціалізованого ліжкового фонду для надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при цереброваскулярних хворобах 172](#_Toc64578351)

[5.5.1. Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при цереброваскулярних хворобах 175](#_Toc64578352)

[5.5.2. Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при ішемічних інсультах 175](#_Toc64578353)

[5.5.3. Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при геморагічних інсультах 177](#_Toc64578354)

[5.5.4. Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва хворому на інсульт не уточнений як крововилив або інфаркт мозку 177](#_Toc64578355)

[5.5.5. Аналіз використання госпітальних ліжок нейрореабілітаційного профілю 178](#_Toc64578356)

[5.6. Характеристика надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби та їх ускладнення (церебральні інсульти) в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва](#_Toc64578357) 180

[5.7. Результати експертного дослідження якості стаціонарної медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами 182](#_Toc64578358)

[5.8. Спроможність реформованої системи охорони здоров’я м. Києва до надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт 185](#_Toc64578359)

[Висновки за розділом 190](#_Toc64578360)

[Розділ 6 ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ОРГАНІЗАЦІЙНО-КЛІНІЧНИХ ПІДХОДІВ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ПІСЛЯ ЙОГО РОЗВИТКУ 195](#_Toc64578361)

[6.1. Комплексний аналіз застосування системної тромболітичної терапії в лікуванні гострого ішемічного інсульту 195](#_Toc64578362)

[6.1.1. Організаційні засади застосування системної тромболітичної терапії 195](#_Toc64578363)

[6.1.2. Неврологічний і функціональний аналіз ефективності системного тромболізису та оцінка її наслідків 200](#_Toc64578364)

[6.2. Аналіз ефективності застосування різних організаційних схем медикаментозної нейропротекції в лікуванні хворих із гострим ішемічним інсультом 204](#_Toc64578365)

[6.3. Термінологічні визначення діагнозу після розвитку ішемічного інсульту у вертебробазилярному басейні та внутрішньомозкового крововиливу 212](#_Toc64578366)

[Висновки за розділом 216](#_Toc64578367)

[Розділ 7 ОЦІНКА ХВОРИМИ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ХВОРОБИ ТА МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ СИСТЕМИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 219](#_Toc64578368)

[7.1. Рівень задоволеності хворих на церебральні інсульти отриманою медичною допомогою 219](#_Toc64578369)

[7.2. Оцінка лікарями-неврологами, які надають стаціонарну допомогу рівня стаціонарної медичної допомоги при церебральних інсультах 237](#_Toc64578370)

[7.3. Оцінка лікарями-неврологами, які надають амбулаторну допомогу, рівня амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах 246](#_Toc64578371)

[Висновки за розділом 255](#_Toc64578372)

[Розділ 8 ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ХВОРОБАМИ НА РІВНІ МЕГАПОЛІСУ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я 260](#_Toc64578373)

[8.1. Теоретичні основи та концептуальні підходи до розробки оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я 260](#_Toc64578374)

[8.2. Напрями та форми діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі 273](#_Toc64578375)

[8.3. Задачі первинної медичної допомоги з раннього виявлення цереброваскулярних хвороб та профілактики розвитку гострих порушень мозкового кровообігу 277](#_Toc64578376)

[8.4. Оптимізована система надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу 278](#_Toc64578377)

[8.5. Функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах 286](#_Toc64578378)

[8.6. Модель управління організацією медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу 292](#_Toc64578379)

[8.7. Впровадження та експертна оцінка оптимізованої системи медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу](#_Toc64578380) 298

[8.7.1. Впровадження окремих елементів оптимізованої системи медичної опомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу 299](#_Toc64578381)

[8.7.2. Експертна оцінка оптимізованої системи медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу 304](#_Toc64578382)

[Висновки за розділом 307](#_Toc64578383)

[ВИСНОВКИ 312](#_Toc64578384)

[ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ 319](#_Toc64578385)

[Список використаних джерел літератури 321](#_Toc64578386)

[Додатки 358](#_Toc64578387)

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

|  |  |
| --- | --- |
| АГ | Артеріальна гіпертензія |
| ВООЗ | Всесвітня організація охорони здоров’я |
| ВР | Відносні ризики |
| ВРНІОКР | Внутрішні витрати на науково-дослідницькі та досвідно-конструкторські роботи |
| ГІМ | Гострий інфаркт міокарду |
| ГПМК | Гостре порушення мозкового кровообігу |
| ДІ | Довірчий інтервал |
| ДОЗ | Департамент охорони здоров’я |
| ЕМД | Екстрена медична допомога |
| ЄС | Європейський Союз |
| Ж | Жінки |
| ЗОЗ | Заклад охорони здоров’я |
| ЗСК | Захворювання системи кровообігу |
| ІІ | Ішемічний інсульт |
| ІХС | Ішемічна хвороба серця |
| КДЦ | Клініко-діагностичний центр |
| КМУ | Кабінет міністрів України |
| КНП | Комунальне неприбуткове підприємство |
| ЛЗП-СЛ | Лікарі загальної практики-сімейні лікарі |
| МДА | Міська державна адміністрація |
| МІ | Мозкові інсульти |
| МНПК | Міжнародна науково-практична конференція |
| МОЗ | Міністерство охорони здоров’я |
| НІХ | Неінфекційні хвороби |
| НПК | Науково-практична конференція |
| НХВ | Нейрохірургічне відділення |
| НХД | Нейрохірургічна допомога |
| ООФГЗ | Основні оперативні функції громадського здоров’я |
| ПМСД | Первинна медико-санітарна допомога |
| сВРНІОКР | Скориговані внутрішні витрати на науково-дослідницькі та досвідно-конструкторські роботи по паритету купівельної спроможності |
| ТІА | Транзиторні ішемічні атаки |
| ТЛТ | Тромболізісна терапія |
| ФР | Фактори ризику |
| ХСК | Хвороби системи кровообігу |
| ЦВХ | Цереброваскулярні хвороби |
| Ч | Чоловіки |
| ВШ | Відношення шансів |

# ВСТУП

**Актуальність теми.** Судинні захворювання головного мозку на сьогодні являються актуальною медико-соціальною проблемою, оскільки вони є ведучими в структурі захворюваності, інвалідизації та смертності населення в більшості розвинених країн світу [1-4]. Щорічно у США реєструється понад 800 тис. інсультів, у країнах об’єднаної Європи – 1,75 млн. [5]. Згідно з даними ВООЗ, інсульт щорічно вражає у світі близько 20 млн людей, з яких 5 млн. помирає внаслідок інсульту [6]. З 15 млн., які виживають, приблизно третина пацієнтів стає інвалідами в наслідок інсульту і потребує сторонньої допомоги у повсякденному житті [7]. Кожні дві секунди в у однієї людини у світі трапляється інсульт [8,9]. Поширеність мозкових інсультів збільшується в основному за рахунок країн, що розвиваються [10]. В Україні за рік реєструється близько 100 тис. мозкових інсультів, серед яких 40 тис. закінчується летально, а показник смертності перевищує відповідні показники розвинених країн Європи [11]. У структурі мозкових інсультів переважають ішемічні порушення мозкового кровообігу. За даними міжнародних мультицентрових досліджень, співвідношення ішемічних інсультів до геморагічних у Європейських країнах становить відповідно 7:1, а в Україні – 4:1. Безумовно, це визначає високий показник смертності від інсультів, серед яких переважають особи, які перенесли його геморагічний варіант [12,13].

Цереброваскулярні хвороби та мозкові інсульти визнані глобальною проблемою людства [14] у зв’язку з чим (ВООЗ) прийняла низку документів, які скеровані на боротьбу з цереброваскулярними хворобами, мозковими інсультами та факторами ризику, що їх формують [15,16] в тому числі «План дій боротьби з інсультом у Європі» [17]. Даний план є комплексним і визначає ключові цілі, які країни Європи і їх системи охорони здоров’я повинні прагнути досягти до 2030 року.

Зазначені показники визначають для України актуальність організації ефективної медичної допомоги населенню при церебральних хворобах та мозкових інсультах на сучасному етапі розвитку суспільства і реформування системи охорони здоров’я [18-20]. При цьому наукові публікації останніх років вказують на недосконалість системи охорони здоров’я країни по її забезпеченню [21-23] та її невідповідність міжнародним підходам та рекомендація ВООЗ [24,25]. Більшість закладів охорони здоров’я країни спеціалізованої та частина високоспеціалізованої медичної допомоги явилася неготовими до виконання вимог Національної служби здоров’я України по забезпеченню хворих якісною та ефективною медичною допомогою в рамках державних гарантій згідно з Законом України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII ”Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення**”** [25,26].

В таких умовах наукове обґрунтування оптимізації системи медичної допомоги населенню мегаполісу при цереброваскулярних хворобах та їх ускладненнях відповідно до рекомендацій ВООЗ та даних з доведеною ефективністю на даному етапі розвитку суспільства те реформування системи охорони здоров’я в країні є важливою науково-практичною пробюлемою, що і зумовило актуальність дослідження та визначило його мету та завдання.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, темами, планами.**

Дисертаційна робота є фрагментом НДР  “Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров’я в Україні на регіональному рівні”, № держреєстрації: 0115U002852, термін виконання: 2015-2017 рр., яка виконувалася в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, де дисертант був виконавцем окремих фрагментів роботи.

**Мета дослідження:** підвищення рівня доступності та ефективності медичної допомоги шляхом обґрунтування та розробки оптимізованої функціонально-організаційної системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги.

*Завдання дослідження,* обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо епідеміології цереброваскулярних хвороб та їх ускладнень та досвіду, що існує, по забезпеченню населення з цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами профілактичною та медичною допомогою.
2. Дослідити та провести аналіз динаміки епідеміологічної ситуації щодо цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів в м. Києві, як мегаполісі та столиці держави та вивчити і провести аналіз поширеності факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів серед населення м. Києва.
3. Дослідити стан розвитку в м. Києві первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини та встановити рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах та встановити види медичних послуг та заходи щодо забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні первинної медико-санітарної допомоги.
4. Вивчити та провести аналіз мережі закладів охорони здоров’я м. Києва, в яких надається спеціалізована медична допомога населенню з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами, стан їх ресурсного забезпечення та основні показники надання медичної допомоги при вказаних захворюваннях в тому числі дослідити якість надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами у відділеннях неврологічного та нейрохірургічного профілю.
5. Дослідити та проаналізувати стан організації медичної допомоги хворим на мозкові інсульти в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва.
6. Оцінити ефективність використання різних організаційно-клінічних підходів в лікуванні гострого ішемічного інсульту в різні періоди після його розвитку.

7. Дослідити рівень професійного ставлення лікарів-неврологів, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну медичну допомогу до системи надання медичної допомоги населенню при мозкових інсультах та встановити рівень їх задоволеності умовами праці.

8. Вивчити оцінку пацієнтами рівня якості медичної допомоги, яку вони отримували під час стаціонарного лікування та рівень якості життя в осіб, які перенесли мозковий інсульт.

9. Встановити рівень спроможності чинної мережі закладів охорони здоров’я м. Києва з її ресурсами до забезпечення населення комплексною медичною допомогою при мозкових інсультах в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

10. Обґрунтувати напрями та форми діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі.

11. Науково обґрунтувати та розробити функціонально-організаційну структуру спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення та розрахувати потребу в спеціалізованому ліжковому фонді.

12. Науково обґрунтувати та розробити оптимізовану систему профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами на рівні мегаполісу та оцінити її ефективність і придатність в умовах реформування галузі охорони здоров’я.

**Об’єкт дослідження:** організація медичної допомогинаселенню м. Києва при цереброваскулярних хворобах та церебральних інсультах.

**Предметом дослідження**стали показники захворюваності населення та поширеності цереброваскулярних хвороб, церебральних інсультів, гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця**;** показники первинного виходу на інвалідність та смертності населення внаслідок цереброваскулярних хвороб та церебральних інсультів; фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб та якість життя осіб, які перенесли церебральний інсульт; мережа закладів охорони здоров’я в яких надається медична допомога населенню при вказаних хворобах та їх ресурсне забезпечення і показники діяльності, спроможність вказаних закладів надавати медичну допомогу при церебральних інсультах в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення; задоволеність хворих на церебральні інсульти отриманою медичною допомогою та оцінка лікарями ефективності системи надання допомоги при цереброваскулярних хворобах.

*База наукового дослідження:* заклади охорони здоров’я м. Києва, в яких надається медична допомога при цереброваскулярних хворобах та система первинної медико-санітарної допомоги міста на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

Дослідження охоплювало період 2009-2019 років.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження:

1. *системного підходу* – для проведення кількісного та якісного аналізу забезпечення населення м. Києва профілактичною та медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах і мозкових інсультах та обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню із цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичного обслуговування населення;
2. *бібліосемантичний* – для вивчення даних наукової літератури щодо епідеміології цереброваскулярних хвороб та світового і вітчизняного досвіду по забезпеченню населення з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами профілактичною та медичною допомогою;

3) *соціологічний –* для дослідження ставлення лікарів-неврологів до системи надання медичної допомоги при мозкових інсультах, рівня готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання комплексної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та з метою вивчення оцінки стаціонарними пацієнтами якості медичної допомоги та особами, які перенесли мозкові інсульти якості життя і опитування населення з метою вивчення факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб;

4) *епідеміологічний* – для аналізу основних показників динаміки епідеміологічної ситуації щодо цереброваскулярних хвороб в м. Києві, показників діяльності закладів охорони здоров’я з надання медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та мозкових інсультах і оцінки розробленої моделі;

5) *моделювання* – для проведення функціонально-структурного аналізу, моделювання та представлення системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’яз алгоритмом впровадження запропонованих інновацій;

6) *експертних оцінок* – для вивчення рівня якості медичної допомоги, визначення переліку послуг для надання на первинному рівні населенню комплексної медичної допомоги при ЦВХ та необхідних для цього компетенцій і оптимальних шляхів їх набуття, встановлення напрямів та форм діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі, оцінки прийнятності запропонованої оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

**Наукова новизна** роботи полягає в тому, що вперше в Україні:

- системно, на сучасному етапі реформування системи охорони здоров’я та реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, представлено проблеми забезпечення населення мегаполісу профілактичною та медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах і мозкових інсультах, які полягають в невідповідності системи спеціалізованої медичної допомоги таким в провідних країнах світу при недостатній доступності, якості та ефективності медичної допомоги і недостатній спроможності наявної мережі закладів охорони здоров’я м. Києва з її ресурсами до забезпечення населення комплексною медичною допомогою при ЦВХ та мозкових інсультах по забезпеченню реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення та способи їх вирішення шляхом обгрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу з досягненням позитивних медичних та соціальних результатів;

- встановлено низький рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах, який полягає в теоретичній та практичній підготовці до даного виду діяльності на рівні нижче 10% і обгрунтовано види медичних послуг і заходи з забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні первинної медико-санітарної допомоги, що полягають в проведенні скринінгу на виявлення ЦВХ на ранніх стадіях розвитку (89,6±1,6%), ефективній лікувальній допомозі (84,4±1,8%), забезпеченні послуг реабілітаційного характеру (87,2±1,7%), надання медико-соціальної допомоги сім’ям в яких живуть інваліди після перенесеного церебрального інсульту (87,2±1,7%), невідкладній допомозі при гострому порушенні мозкового кровообігу (100%) та визначені необхідних для цього компетенцій і шляхів підвищення рівня можливості сімейних лікарів до ефективного надання ними відповідної комплексної медичної допомоги;

- визначено види медичних послуг і заходи щодо забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні системи громадського здоров’я міста, які включають інформаційно-просвітницьку комплексну роботу з питань профілактики та наслідків ЦВХ та мозкових інсультів на рівні громади, організованих колективів та сімей (100,0%), епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку ЦВХ та мозкових інсультів, комунікацію та соціальну мобілізацію в інтересах збереження та зміцнення здоров’я населення міста і адвокацію з формування здоров’язберігаючого профілю міста (92,0±1,4%), формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я (88,0±1,6%);

- науково обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну структуру спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, в якому при централізації ресурсів забезпечується комплексна медична допомога пацієнтам із мозковими інсультами з розрахунком потреби у спеціалізованому ліжковому фонді, що становить 1,6 ліжок на 10 тис. дорослого населення для надання лікувальної допомоги та 1,5 ліжка для проведення нейрореабілітації. Структурну основу центру складають наявні ресурси системи охорони здоров’я, які структуризуються в наступні підрозділи: приймальне відділення з кабінетами візуалізації патології головного мозку і суміжних лікарів-спеціалістів; нейрохірургічне відділення з операційним блоком та блоком інтенсивної терапії; неврологічне відділення з палатами інтенсивної терапії; відділення для надання медичної допомоги дітям із гострими порушеннями мозкового кровообігу; діагностична служба; стаціонарне відділення та кабінет амбулаторної нейрореабілітації, а також інформаційно-аналітична служба; кабінет телемедичних консультацій та навчально-методичний кабінет при цьому клінінгові та кейтерингові послуги рекомендується забезпечити шляхом укладання відповідних договорів;

- науково обґрунтовано та розроблено оптимізовану пацієнтоорієнтовану систему профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу, яка організаційно включає владні структури, систему охорони здоров’я, службу соціального захисту населення, громадські та благодійні організації, державний та приватний сектор праці з застосуванням механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази**,** при цьому для кожного учасника процесу визначено завдання та функції**,** координацію яких забезпечує міська міжсекторальна координаційна рада боротьби з інсультом. Експертно визначено (за 10 бальною 9,28±0,42), що на відміну від існуючої ситуації,впровадження запропонованої системи дає змогу усунути існуючі недоліки при наданні медичної допомоги при ЦВХ та МІ і підвищити її доступність та ефективність;

- уточнено наукові дані про фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб до яких на рівні мегаполісу: додатково віднесеноу чоловіків: відсутність власного житла (відносні ризики (ВР) – 1.727; довірчий інтервал (ДІ) 95% (7.200 – 34.400), відношення шансів (ВШ) – 15,737), постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР – 2,333; ДІ 95% (6.434-25.598), ВШ – 12.833); психоемоційні навантаження на роботі (ВР – 1.857; ДІ 95% (4.233-15.439), ВШ – 8.084); та у жінок: відсутність власного житла (ВР-1.459; ДІ 95% (7.422-26.669), ВШ – 14.060); психоемоційні навантаження на роботі (ВР – 1.679; ДІ 95% (4.115-11.723), ВШ – 6.946); постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР – 1.830; ДІ 95% (3.359-9.136), ВШ – 5.540)*;*

*-* доповнено наукові дані проорганізацію та ефективність надання медичної допомоги пацієнтам при мозкових інсультах в приватних закладах охорони здоров’я мегаполісу, потреба в якій за 2014-2019 рр. зросла в 1,7 (р ≤0,05) рази з рівнем летальності при ішемічних мозкових інсультах до 6,0% у 2019 році, що є достовірно нижчим, ніж у комунальних закладах охорони здоров’я (ЗОЗ) (р ≤0,01) і зумовлено госпіталізацією пацієнтів з мозковими інсультами меншої тяжкості захворювання та більш досконалою ресурсною базою закладів.

**Теоретичне значення** отриманих результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоровʼя, зокрема, щодо забезпечення населення профілактичною та медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах і церебральних інсультах на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я.

**Практичне значення** отриманих результатів полягає в тому, що розроблено методичні рекомендації щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами, які є алгоритмом дій на рівні мегаполісу по забезпеченню населення при ЦВХ та МІ достопною, якісною та ефективною медичною допомогою.

*Впровадження результатів* дослідження в практику проводилося на етапах його виконання на галузевому та регіональному рівнях.

***На галузевому рівні*** матеріали дослідження були використані при розробці уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, які затверджені наказами МОЗ України: Ішемічний інсульт. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги 2012. Наказ МОЗ України від 3.08.2012 № 602 із змінами і доповненнями, внесеними Наказом Міністерства охорони здоров’я України від 15.01.2014 №34; Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Неврологія. УКПМД і МР Геморагічний інсульт (внушрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив). Нормативні директивні правові документи Наказ МОЗ України від 17.04.2014, № 275; Геморагічний інсульт. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 17.04.2014, № 275 « Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при геморагічному інсульті» від 17.04.2014, № 275.

Методичних рекомендацій щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами. Г.О.Слабкий, М.М. Прокопів. Київ, 2019 – 31 с.

***На регіональному рівні при розробці наказів Департаменту охорони здоров’я Київської міської державної адміністрації:***

* від 03.05.2016 року №430 «Про організацію проведення нейровізуалізації пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу»; від 25.05.2016 року № 228 «Про внесення змін до наказу ДОЗ № 646 від 28.15.2015 «Про систему надання стаціонарної медичної допомоги населенню у 2016 році»; від 23.12.2016 року №716 «Про систему надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню у 2017 році»; від 25.05.2017 року №229 «Про проведення перевірки стану надання медичної допомоги хворим з гострим порушенням мозкового кровообігу»; від 14.06.2017 року №264 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування у місті Києві»; від 20.10.2017 року №599 «Про проведення 23- 28 жовтня 2017 року тижня профілактики інсульту в закладах охорони здоров’я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва»; від 07.05.2018 року №447 «Про внесення змін до наказу Департаменту охорони здоров’я від 03 травня 2018 року №430 «Про організацію проведення нейровізуалізації пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу»; від 15.05.2018 року № 475 « Про проведення Дня боротьби з артеріальною гіпертензією в закладах охорони здоров’я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва»; від 06.06.2018 року №544 «Про перевірку стану надання первинної медико-санітарної допомоги населенню міста Києва в умовах реформування галузі охорони здоров’я»; від 20.09.2018 №971 «Про перегляд регіональної формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров’я м. Києва»; від 28.09. 2018 року №1001 «Про проведення в місті Києві заходів з нагоди Всесвітнього дня серця, Всесвітнього дня тромбозу і Всесвітнього дня боротьби з інсультом»; від 24.05.2019 року и № 559 «Про внесення змін до наказу Департаменту охорони здоров’я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 20.09.2018 №971 « Про перегляд регіональної формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров’я м. Києва»; від 13.09.2019 року №1059 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню»; від 04.10.2019 року № 1129 «Про перевірку стану надання медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією в умовах комунальних некомерційних підприємств «Центр первинної медико-санітарної допомоги» та комунальних некомерційних підприємств «Консультативно-діагностичний центр» міста Києва; від 08.10.2019 року №1138 «Про удосконалення здійснення фармаконагляду у закладах охорони здоров’я міста Києва»; від 25.10.2019 року № 1215 « Про проведення з 28 жовтня по 02 листопада 2019 року тижня профілактики інсульту в закладах охорони здоров’я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва»; від 04.11.2019 року №1242 «Про внесення змін до наказу Департаменту охорони здоров’я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 13 вересня 2019 року №1059 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню»; від 23.03.2020 року № 347 «Про організацію надання ургентної стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню в умовах поширення корона вірусної хвороби (COVID-19)».

**На регіональному** рівніокремі інновації впроваджуються в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМНУ», відділ судинної патології головного мозку та реабілітації (акти впровадження від 23.06.2020 р. та 26.06.2020р), КНП «Київська міська клінічна лікарня №4» (акти впровадження від 04.06.2020р).

Результати дослідження впроваджені в навчальний процес в наступних ВНЗ: Сумський медичний інститут Сумського державного університету(акт впровадження від 01.07.2020 року), Івано-Франківський національний медичний університет (акт впровадження від 29.06.2020 року), Ужгородський національний університет (акт впровадження від 24.06.2020 року), Українська медична стоматологічна академія (акт впровадження від 15.12.2020 року).

**Особистий внесок автора.** Автором самостійно визначено тему, мету та завдання дослідження. Самостійно розроблено програму дослідження; обрано, розроблено методологію та обраховано обсяги досліджень для вирішення поставлених завдань; здійснено збір та викопіювання первинної документації; розроблено анкети та проведено соціологічне дослідження; розроблені комп’ютерні програми формування баз даних і статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel, отримані дані опрацьовані на персональному комп’ютері за допомогою ліцензованої програми Statistika 6.0, проведена систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів. На основі отриманих результатів обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну структуру спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при церебральних інсультах, обраховано потребу в спеціалізованому ліжковому фонді для надання стаціонарної медичної допомоги при мозкових інсультах та оптимізовану систему профілактики й медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та проведена їх експертна оцінка, сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації, що знайшло відбиток в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Наукові здобутки та ідеї співавторів не було використано.

**Апробація роботи.** Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на:

* *міжнародних конференціях:* Іnternational scientific conference «HELTH-2016», July 20-22 2016, Turkmenistan; освітній семінар «Современные подходы лечения нарушений коронарного и мозгового кровообращения», 18.05.2017 р., м.Ташкент; ІІІ-й когресс тюркоязычных стран мира, 21 сентября 2018 г. Бухара, Узбекистан;НПК  «Современные подходы к лечению ишемических повреждений сердца и мозга» 13.05.19. Казахстан, м. Алмати; НПК  «Проблемы и перспективы в лечении кардиоцеребральной патологии 15.05.19, Узбекистан, м.Ташкент; МНПК «Міждисциплінарні аспекти скринінгу, профілактики та лікування в роботі лікаря первинної ланки», м. Ужгород 8–9 квітня 2020 р.; XI International Scientific and Practical Conference Liverpool, June 24-26, 2020 р.; The ХХIII th International scientific and practical conference «Theoretical and practical foundations of social process management», 29 – 30 June 2020, San Francisco; онлайн Вебінар з міжнародною участю «Современные аспекты лечения острого инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и ишемического инсульта в условиях пандемии», 19.06.2020, м. Київ – Ташкент; International Scientific and Practical Conference, September 9-11, Osaкa, Japan 2020; Другий Міжнародний українсько-німецький симпозіум з громадського здоров’я, 22-24 вересня 2020 року, м. Тернопіль; Science and education: problems, prospects and innovations. Abstracts of the 1st International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Kyoto, Japan. 7-9 October 2020;
* *національних з’їздах та конференціях*: НПК «Сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи», Київ, 25-26 вересня 2014 року; П’ятий науково-освітній форум «Академія інсульту», Київ, 12-13 листопада 2015р.; НПК з міжнародною участю « Впровадження вітчизняних розробок в діагностиці та лікуванні захворювань нервової системи», 22-23 вересня 2016 р., Київ; 5-й Конгрес неврологів, психіатрів та наркологів «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», Харків 16-17.02.2017 р.; Сьомий науково-освітній форум «Академія інсульту», Київ, 9-10 листопада 2017 р.; НПК «Здорова людини – запорука здорового суспільства. Роль сімейного лікаря», м. Київ, 4-5 червня, 2020; НПК з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної неврології», 12-13 березня 2020р., Харків; Науковий симпозіум «Нові моделі та технології надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги», м. Львів, 7-9.10.2020 р.

**Публікації.** За результатами дисертації опубліковано 44 наукових праць: 22 з яких відображають основні наукові результати (19 статей опубліковані у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України (7 одноосібних), 2 у закордонних журналах (індексується в Scopus - 1), 1 монографія у співавторстві за кордоном; 8 публікацій у збірниках конференцій та з’їздів; 4 публікації додатково представляють наукові результати дослідження, 1 монографія у співавторстві, 1 методична рекомендація, 6 патентів на корисну модель, 2 уніфікованих клінічних протоколу медичної допомоги.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертацію викладено на 470 сторінках друкованого тексту із них 282 сторінок основного тексту. Робота складається із вступу, анаілтичного огляду наукової літератури, програми дослідження, 6 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 87 таблицями, 29 рисунками, має 44 додатки. Список використаної літератури містить 334 наукових джерел, у тому числі 149 іноземних авторів.

# РОЗДІЛ 1 ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ХВОРОБИ ТА ЇХ УСКЛАДНЕННЯ, ЯК ГЛОБАЛЬНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ТА СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ЇЇ ВИРІШЕННЯ

### Епідеміологія цереброваскулярних хвороб та церебральних інсультів - глобальна медико-демографічна проблема

Основним методом эпідеміологічного дослідження гострих порушень мозкового кровообігу за кордоном є популяційний реєстр інсульту [27]. Згідно з рекомендаціями ВОOЗ для надання достовірних даних про якісне покращання допомоги хворим на інсульт у кожній країні рекомендовано створити національні реєстри [28]. Реєстр інсульту ВОOЗ почав роботу у травні 1971 р. при співробітництві 15 центрів у 10 країнах Африки, Азії та Європи [29].

В Україні відповідної методології до теперішнього часу розроблено не було. Відповідно не проводилися популяційно-епідеміологічні дослідження за методом реєстра, що ускладнює порівняльний аналіз з іншими країнами щодо захворюваності та смертності при інсульті, а також обчислення стандартизованих за віковою структурою показників. Аналіз показників проводиться за статистичними даними.

### 1.1.1 Аналіз захворюваності населення та поширеності цереброваскулярних хвороб і церебральних інсультів

Протягом XX століття сталися суттєві зміни у структурі захворюваності та смертності населення планети. Основними причинами смерті людей в економічно розвинутих країн і більшості країн, що розвиваються, стали неінфекційні хвороби. Перше місце серед цих хвороб посідають хвороби системи кровообігу. Питома вага їх поширеності та захворюваності в структурі всіх хвороб складає 24,3 % і  6,8 % відповідно. За даними Всесвітньої організації охорони здоровʼя, щорічно у світі від цих хвороб помирає понад 17 млн людей, що складає 30 % всіх випадків смерті [30].

На даному етапі проблема мозкового інсульту є однією з найбільш актуальних в ангіоневрології та продовжує зберігати надзвичайну медичну й соціальну значимість в усіх країнах світу. Це зумовлено значною частотою розвитку інсульту, високим відсотком інвалідизації пацієнтів і показників смертності від гострих цереброваскулярних захворювань [31].

ВООЗ відзначає, що щорічно у США реєструється понад 800 тис. інсультів, у країнах об’єднаної Європи — 1,75 млн [32]. Згідно з даними ВООЗ, інсульт щорічно вражає у світі близько 20 млн людей, із яких 5 млн помирає внаслідок інсульту.

Із 15 млн, які виживають, приблизно третина пацієнтів стають інвалідизованими внаслідок інсульту й потребують сторонньої допомоги у повсякденному житті [33].

Поширеність мозкових інсультів збільшується в основному за рахунок країн, що розвиваються [34]. Прогнозується зростання випадків інсульту й летальності від них у всіх країнах: у 2030 році — відповідно до 23 млн та 7,8 млн. Це значною мірою зумовлене постарінням населення та зростанням поширеності в популяції таких васкулярних факторів ризику інсульту, як атеросклероз судин, артеріальна гіпертензія, гіподинамія, ожиріння, тютюнопаління тощо [35-39].

Протягом останніх десятиліть проведено цілу низку робіт з вивчення захворюваності, смертності та летальності при МІ з використанням стандартизованої методології [40,41]. Для аналіза було відібрано 14 публікацій [42-50], які відповідали ключовим критеріям популяційного реєстру МІ [51]. Дослідження охоплювали населення загальною чисельністю 1 993 059 в 14 країнах. У більшості досліджень проводили реєстрацію інсультів у всіх вікових групах, за винятком Греції (включались пацієнти від 18 років), а також Норвегії [52] і Фінляндії (від 15 років). При цьому у всіх роботах розрахунок захворюваності проводився виходячи з загальної чисельності населення. Особливістю статистичної реєстрації інсультів в Україні [53] був спільний облік перших та повторних інсультів.

Питома вага випадків захворювання з верифікацією діагноза та типу інсульту на основі РКТ/МРТ і/або аутопсії була в межах від 10% (Краснодар, Росія до 98% (Оксфорд, Англія [54].

Середній вік пацієнтів з першим інсультом варіював від 64,4 (Чилі [55]) до 76,6 років (Норвегія [56]) і в сукупності склав 72,3 роки.

Захворюваність на перший інсульт визначалася в межах від 74 до 344 на 100 000 населення на рік, при цьому в 9 країнах вона не виходила за межі 150–300 на 100 000 населення.

Частота виникнення повторних інсультів варіювала від 19% (Франція [57]) до 28% (Австралія [58], Росія [59]).

Таким чином, мозковий інсульт у всьому світі є актуальною медико-соціальною проблемою [60-63]. Це обумовлено, перед усім, високою смертністю при даній патології: згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоровʼя (ВООЗ), інсульт є третьою за частотою причиною смерті після хвороб серця та новоутворень [64]. Крім того, висока захворюваність та інвалідність при мозковому інсульті визначають його значне економічне навантаження [65]. На 13-й Європейській конференції по інсульту, зазначено, що соціально-економічні наслідки інсульту гальмують економічний розвиток країн даного регіону [66].

Найтяжчою формою ЦВХ є МІ. На сьогодні в світі щороку стається 16,8 млн МІ. Це на 68 % більше, ніж у 1990 році [67]. Однак, в різних країнах показники захворюваності на МІ суттєво різняться. Так, у країнах з високим рівнем доходів за останні десятиліття захворюваність на МІ знизилася майже на 40 %, в той час як в країнах з низьким та середнім рівнем доходів вона зросла у 2 разу. 10 % смертності населення планети обумовлено МІ і він є причиною 5,9 млн смертей. Прогнози експертів ВООЗ невтішні. Якщо ситуація кардинально не зміниться, то у 2030 році вже буде 23 млн інсультів, а помруть — 7,8 млн мешканців планети. До цього часу у світі буде нараховуватись 77 млн людей, які перенесли інсульт [68]. Це повʼязано з «постарінням» населення планети та підвищенням поширеності в популяції головних факторів ризику ЦВХ: артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, хвороб серця, дисліпідемії, тютюнопаління і т.ін. [69]

Для України, як і для більшості країн світу, хвороби системи кровообігу є важливими медико-біологічними, демографічними та соціальними проблемами [70-72].

Ці хвороби посідають перше місце у структурі загальної захворюваності та обумовлюють до 75%  всіх випадків смерті. Вони є основною причиною інвалідності і визначають тривалість та якість життя населення країни [73]. Провідне місце серед хвороб системи кровообігу посідають судинні захворювання головного мозку. Згідно з офіціальною статистикою МОЗ України, у 2015 році було зареєстровано 2 551 654 хворих з різними формами цереброваскулярної патології, що на 100 тис. населення складає 7200,3 випадків. З цієї кількості 11,2 % — це люди працездатного віку [74]. Найбільша поширеність ЦВХ виявлена у Донецькій (12 230,2 на 100 тис. населення), Одеській (10 935,8 на 100 тис. населення), Запорізькій (11282,8 на 100 тис. населення) областях, найменша — в Рівненській (2 426,0 на 100 тис. населення), Закарпатській (2 839,3 на 100 тис. населення), Львівській (3 846,2 на 100 тис. населення) областях [75]. Слід зазначити, що показник поширеності ЦВХ з 2007 по 2013 рік мав чітку тенденцію до зростання. В 2014 і 2015 роках росповсюдженість ЦВХ знизилась з 8 220 до 7 260 на 100 тис. населення, що обумовлено зміною території країни [76].

Левову частку у структурі поширеності та захворюваності ЦВХ складають хронічні розлади мозкового кровообігу, які позначають терміном «дисциркуляторна енцефалопатія». Майже у 20 разів рідше реєструються гострі розлади мозкового кровообігу у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА) та мозкових інсультів (МІ). Так, у 2105 році захворюваність на ТІА склала 104,0 на 100 тис. населення. Це означає, що 36 553 мешканців України перенесли ТІА. Найвища захворюваність на ТІА відзначена у Житомирській (307,1 на 100 тис. населення), Львівській (208,8 на 100 тис. населення), Київській (199,3 на 100 тис. населення) областях, найнижча - у м. Києві (28,1 на 100 тис. населення), Донецькій (26,6 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (56,8 на 100 тис. населення) областях [74].

У 2015 році, за даними офіціальної статистики МОЗ України [77], МІ було зареєстровано у 96 319 мешканців країни, що на 100 тис. населення складає 274,0. З них 33 % - це люди працездатного віку. Для порівняння – у країнах Европи в середньому захворюваність на інсульт складає 200,0 на 100 тис. населення. Найвищий рівень захворюваності на МІ визначено у Київській (397,0 на 100 тис. населення), Запорізькій (394,7 на 100 тис. населення), Волинській (376,6 на 100 тис. населення) областях, найнижчій - у Львівській (193,5 на 100 тис. населення), Чернівецькій (206,3 на 100 тис. населення), Житомирській (221,9 на 100 тис. населення) областях. Як і в попередні роки, захворюваність на МІ у західних регіонах суттєво нижча, ніж у решті областей.

В офіціальній статистиці МОЗ України відсутні дані про поширеність різних підтипів МІ. За даними проведених у неповному обсязі регістрів МІ у деяких областях України співвідношення геморагічних до ішемічних інсультів складає 1:5. У розвинутих же країнах світу на 1 геморагічний інсульт приходиться 7 ішемічних.

Висока захворюваність на МІ в Україні обумовлена декількома причинами. Оскільки МІ є віковою патологією, то великий вплив має демографічна ситуація, яка на теперішній час склалася у країні (12 млн пенсіонерів, що складає 27,9 % популяції) [78]. Однак, головною причиною є зростання поширеності серед населення факторів ризику МІ. Так, на артеріальну гіпертензію страждає понад 12 млн мешканців (28,3 % населення), цукровий діабет - 1,5 млн людей (3 % населення), ішемічна хвороба серця (ІХС) - 18,1 % населення [79]. Серед інших факторів ризику дослідники називіють паління, зловживання алкоголем, гіподинамію, неправильне харчування, які є широко росповсюдженими у нашій країні як серед чоловіків, так і серед жінок.

### 1.1.2. Аналіз смертності населення внаслідок мозкового інсульту в країнах, які використовують статистичний код «цереброваскулярні хвороби»

Статистика ВООЗ за останні 15–20 років показує, що в світі щороку реєструється зростання загальної кількості церебральних інсультів, а поряд з цим збільшується і кількість смертельних випадків від них. Наприклад, у 2010 р. у світі було зареєстровано 5,406 млн смертельних випадків від інсультів, а у 2015 р. їх стало вже 6,240 млн. Загальна смертність від інсультів, розрахована у відсотках по відношенню до всіх інщих причин смерті населення всіх вікових груп, складала у 2010 р. 10,4 %, а до 2015 р. зросла до 11,1 % [80, 81].

Поточна інформація щодо смертності, повʼязаної з інсультом, в різних країнах важлива для формування політики і моніторингу профілактичних стратегій. На жаль, дані про смертність, які надаються Всесвітній організації охорони здоровʼя різними країнами, є неспівставними.

За нашими даними, сім країн надали до ВООЗ дані, що охоплюють широку категорію «цереброваскулярна хвороба», мінімум за 1 рік з 1999 р.: Білорусь, Казахстан, Оман, Російська Федерація, Сейшельські Острови, Туркменістан і Україна.

Всі ці країни, за винятком Оману, раніше подавали до ВООЗ дані за специфічними для інсульту кодами. Серед цих семи країн загальна смертність найвищою була у Російській Федерації (2011), Україні і Білорусі, при вищий загальній смертності у жінок, ніж у чоловіків, у всіх трьох країнах.

За даними узагальненої публікації [82] існує позитивна кореляція загальної смертності з часткою населення, старшого за 65 років (Y = 15,61X–24,69; p = 0,0048), однак не з певним роком (Y = 10,69X–21392; p = 0,73;). Враховуючи частку населення, старшого 65 років (12,7 %), Російська Федерація мала смертність вищу за очікувану і становила 233/100 000 на рік. Навпаки, на Сейшельських Островах загальна смертність від інсульту становила 48/100 000 на рік і була меншою за очікувану з урахуванням частки населення старшого 65 років (7,9 %).

Відкоригована за віком смертність була найвищою у Російській Федерації і Туркменістані, при цьому вище у чоловіків у порівнянні до жінок (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Відкоригована за віком смертність від інсульту за останніми даними, наданими до ВООЗ (середній показник смертності для чоловіків та жінок)

З плином часу смертність знижувалася в Білорусі, Казахстані, Російській Федерації та Україні (рис. 1.2).

За даними авторів публікації [82], сім країн надали до ВООЗ інформацію по смертності від інсульту з застосуванням широкої категорії «цереброваскулярна хвороба». Шість з цих країн раніше застосовували коди, специфічні для інсульту. Оскільки поточні дані щодо смертності включали, поряд з кодом для суто інсульту, коди I65, I66 і I68, коефіцієнти смертності є потенційно вищими, ніж при застосуванні тільки специфічних для інсульту кодів. Отже, було важливо навести показники по смертності для цих країн окремо, так, щоб їх неправомірно не порівнювали між країнами. Однак використання різних кодів обмежує можливість порівняння показників різних країн. При цьому необхідно зазначити, що використання відповідних один одному способів кодування причин смертності дозволяє отримати більш надійну та повну інформацію за різними показниками смертності населення внаслідок інсульту в різних країнах світу [84].

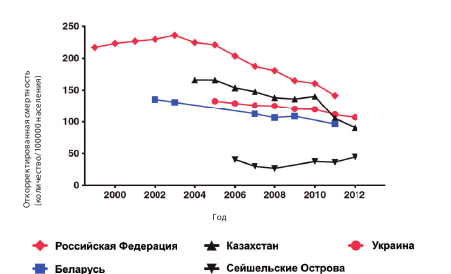


Рис. 1.2. Показник смертності, відкоригований за віком населення країн Всесвітньої організації охорони здоровʼя [83]

Найбільше зниження було зареєстровано у Казахстані (щорічна зміна –8,73 %; 95% ДІ: від –11,77 до –5,69) і у Російській Федерації (щорічна зміна –7,03 ; 95% ДІ: від –9,5 до –4,56) (рис. 1.3).

Згідно з даними цього додаткового сповіщення, в країнах, що мають найвищу загальну смертність від інсульту, у жінок було більше інсультів, ніж у чоловіків. Той факт, що відкориговані за віком показники смертності були вищі у цих краінах у чоловіків, ніж у жінок, лише демонструє, що інсульти у жінок розвиваються у більш старшому віці, ніж у чоловіків. Дійсно, у цих семи країнах значно більшою є частка населення у віці старше 65 років; даний показник у високому ступені корелює з загальною смертністю.

Обнадійливими є наші відомості про те, що показники смертності знизилися у двох країнах з найвищою смертністю від інсульту — Російській Федерації і Казахстані. Така тенденція свідчить про те, що ці країни беруться до ініціатив у сфері охорони здоровʼя, що спрямовані на профілактику чи лікування, або ж на те й інше одночасно. Можливим є вплив інших факторів, не повʼязаних з охороною здоровʼя. Оскільки в цих країнах за останні десятиріччя не проводилось нових досліджень щодо захворюваності на інсульт [85,86], відповідно невідомо чи знижується також і рівень захворюваності.

Джерело: База даних ВООЗ по смертності (код I609; цереброваскулярні хвороби).

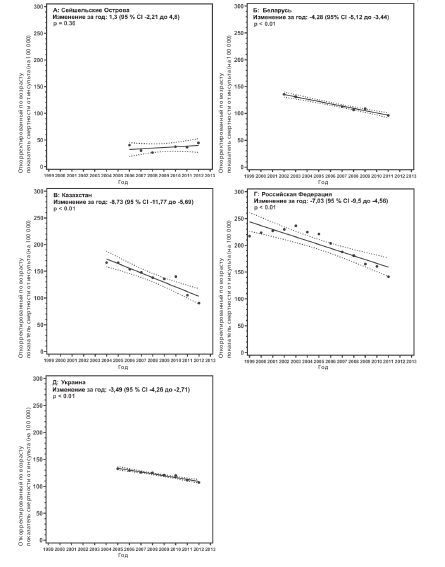


Рис. 1.3. Щорічні зміни (%) відкоригованої за віком смертності від інсульту для Сейшельських Островів (А), Білорусі (Б), Казахстана (В), Російської Федерації (Г) і України (Д)

Нами проведено детальне вивчення показників смертності населення внаслідок церебральних інсультів у порівнянні з показниками смертності внаслідок інфаркту міокарду в Російській Федерації і виявлено, що у 2015 р. смертність населення внаслідок церебральних інсультів була вищою за смертність внаслідок інфаркту міокарда на 20 % [87]. Це можна пояснити збільшенням тривалості життя населення у світі та різким підвищенням питомої ваги літніх осіб та осіб похилого, які часто страждають на гостра розлади мозкового кровообігу та є найбільш схильними до смертності від ІІ та ГІМ [ 88-91].

За даними ВООЗ, у більшості країн світу у структурі загальної смертності населення інсульт протягом багатьох років посідає друге місце [92-95]. Цікаво відзначити, що у низці країн світу, а також деяких регіонах Росії, смертність від інсультів стала переважати над смертністю від інфарктів міокарда [ 96- 98].

При аналізі смертності від якоїсь хвороби у тій чи іншій країні важливо враховувати частку осіб різного віку і статі, що проживають у цій країні. Наприклад, у нашій країні смертність населення у всіх вікових групах від інсульту складається з мінімальних значень смертності у дітей, середніх показників її у осіб працездатного віку і максимальних цифр у літніх осіб та осіб похилого віку. Так, за статистичними даними ВООЗ, у 2015 р. в РФ доля смертей від гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) серед всіх інших нозологій у вікових группах від 0 до 14 років складала близько 1 %; 15–29 років – 2 %; 30–49 років – 5 %; 50–59 років – 11 %; 60–69 років – 16 %; 70 років і старше – 28 % випадків [99]. Отже, за рахунок збільшення (або зменшення) частки осіб старших за працездатний вік показники смертності (в тому числі від інсульту) в тій чи іншій країні можуть значно зростати (або знижуватися).

Завдяки комплексу заходів, спрямованих на удосконалення медичної допомоги хвворим на інсульт, частка пацієнтів з ГПМК у структурі загальної смертності в РФ знизилась з 19,2 % у 2010 р. до 15,9 % у 2016 р. Смертність від ЦВХ у осіб старших за 18 років з розрахунку на 100 тис. населення за цей період знизилася на 27 % (в тому числі від інсульту – на 20,4 %) [100].

Мачинський П.А. зі співавторами відзначають, що показники смертності істотно залежать від типу інсульту. Летальність також визначається типом інсульту і дорівнює при ішемічному – в середньому 20 %, а при геморагічному – 60 %. Чоловіки помирають від гострих розладів мозкового кровообігу частіше за жінок. Зі збільшенням віку зростає і смертність від інсультів обох типів. У вікових групах до 50 років показники смертності як у чоловікв, так і у жінок достовірно зміщені у бік геморагічного інсульту. Одночасно зі збільшенням віку до 50– 69 років розбіжності щодо статі в показниках смертності зменшуються і зʼявляється тенденція до переважання смертності від ішемічного інсульту. Максимальна смертність у віковій групі від 70 років і старше, причому смертність від ішемічного інсульту як у жінок, так і у чоловіків переважає над смертністю від геморагічного інсульту. В той же час смертність від ішемічних інсультів у жінок в два рази і більше переважає над смертністю у чоловіків, що повʼязано з меншою тривалістю життя чоловіків, а також з фізіологічними особливостями організму жінок [101].

Дані наукових публікацій та галузевої статистичної звітності [102-105] показують, що в Україні у 2015  році смертність внаслідок  ЦВХ склала 186,6 на 100 тис. населення. Це означає, що 79 775 громадян країни померли від різних цереброваскулярних захворювань.

Найвища смертність від ЦВХ була у Донецькій (536,8 на 100 тис. населення), Сумській (512,2 на 100 тис. населення), Херсонській (388,5 на 100 тис. населення) областях, найнижча — у Чернівецькій (58,1 на 100 тис. населення), Вінницькій (67,8 на 100 тис. населення), Івано-Франківській (73,4 на 100 тис. населення) областях.

Внаслідок МІ у 2015 році померло 33 753, що на 100 тис. населення складає 78,9 випадків. Слід зазначити, що серед ромерлих було 6 094 осіб працездатного віку. Найвищу смертність від МІ зареєстровано в Луганській (154,1 на 100 тис. населення), Донецькій (127,5 на 100 тис. населення), Запорізькій (115,5 на 100 тис. населення) областях, а найнижчу — у Закарпатській (41,4 на 100 тыс. населения), Чернівецькій (44,0 на 100 тис. населення), Вінницькій (64,0 на 100 тис. населення) областях.

Однак, показник смертності відрізнявся в залежності від підтипу перенесеного МІ. Так, внаслідок ішемічного інсульту померло 22 645 хворих, що на 100 тис. населення складає 42,6. Внутрішньомозкові крововиливи стали причиною смерті 13 198 хворих, що на 100 тис. населення дорівнює 26,1. Показник смертності від субарахноїдального крововиливу склав 2,5 на 100 тис. населення. Від інсульту неуточненого (крововилив чи інфаркт мозку) померло 4 391 пацієнтів, що на 100 тис. населення складає 7,7.

Значним чином на показниики смертності і летальності від МІ впливають час та якість надання медичної допомоги. На жаль, в Україні тільки незначна частка хворих (від 10 до 40 %) госпіталізується в межах «терапевтичного вікна».

Необхідно зазначити, що офіційна статистика смертності ненадійна, і на неї можуть впливати такі фактори, як різниця між країнами у практиці кодування випадків смерті та зміни у практиці кодування випадків смерті з плином часу. Можливо, що код «цереброваскулярна хвороба» може викликати у літніх людей когнітивні проблеми, розлади памʼяті або діагноз атеросклерозу мозкових артерій протягом життя. Однак реальні практики кодування цих даних незрозумілі. Дослідження глобального тягаря хвороб (Global Burden of Diseases Study) побороло деякі з цих проблем кодування за рахунок застосування моделі Cause of Death Ensemble model (CODEm) для оцінки показника смертності [106]. В цій моделі обчислювальних операцій різні комбінації регресійних моделей оцінювалися за коефіцієнтом смертності, фракціями смертей, повʼязаних з певною хворобою, і даними щодо факторів ризику, таким як тютюнопаління, метаболічні, соціально-економічні ризики і такі, що повʼязані з харчуванням [107]. Однак оцінки, отримані при застосуванні CODEm, потребують значних обчислювальних ресурсів [106], які є недоступними у багатьох регіонах світу.

Встановлення звʼязку між даними з лікарень і зареєстрованими випадками смерті в цілому могло б допомогти визначити, чи знижується захворюваність на інсульт у країні [108]. Такий метод також можна було би застосувати для оцінки якісного покращання програм та плаування медичних послуг [109]. Однак такі дані краще за все застосовувати в регіонах, де пацієнтів з інсультом здебільшого госпіталізують. В регіонах, де багатьох людей з інсультом не госпіталізують, потрібні інші способи для реєстрації епізодів поза стаціонарами. При інтерпретації наочних тенденцій захворюваность та смертності від інсульту, повʼязаних з часом, також необхідно брати до уваги значиму проблему невірного кодування випадків інсультів, навіть у госпіталізованих пацієнтів [110].

### 1.1.3. Проблема церебральних інсультів у дитячому віці

Проблема дитячого інсульту стала актуальною в останні десятиліття [111]. Інсульт входить до десятки головних причин смерті у віковій групі від 1 до 44 років [112]. У дитячій популяції ішемічний інсульт (ІІ) складає 55 % від загальної кількості всіх типів інсультів [113], частота його розвитку варіює від 0,2 до 7,9 віпадків на 100 тис. дітей в залежності від території та часу реєстрації. За даними дослідження випадків інсульту у дітей віком до 16 років у Франції за період 1985–1993 рр., проведеного M. Giroud та співавт., частота виникнення інсультів склала 13,02 випадків на 100 тис. дітей на рік (95% довірчий інтервал (ДІ) 8,54–8,84), при цьому частота розвитку ішемічного інсульту – 7,911 випадків на 100 тис. дітей на рік (95 % ДІ 2,56–14,57) [114]. Згідно з даними Канадського педіатричного регістру, за період 1992–2001 рр. частота розвитку ішемічного інсульту серед дітей віком до 18 років склала 1,72 випадку на 100 тис. дітей на рік (частота в неонатальному періоді – 10,2 випадків на 100 тис. живонароджених) [115]. Частота виникнення ішемічного інсульту у віці молодше 20 років у Північній Каліфорнії у 1993–2003 рр. склала 2,4 випадки на 100 тис. на рік [116]. За даними Швейцарського регістру інсульту у педіатричній популяції (Swiss Neuropaediatric Stroke Registry, SNPSR), в період з січня 2000 р. по грудень 2012 р. частота ішемічного інсульту з симптоматичним тромбозом венозних синусів у дітей віком до 16 років склала 2,1 випадки на 100 тис. дітей на рік [117]. Згідно з даними за 2009 р., захворюваність на ІІ у Москві склала 0,79 випадку на 100 тис. дітей на рік [118].

Інсульт має медичну, соціальну та економічну значимість для суспільства, в звʼязку з чим виникає необхідність прогнозування повʼязаних з ним втрат. Дані офіціальної статистики не надають детальної інформації про захворюварість на інсульт. Організовані реєстри пацієнтів з інсультом є єдиним джерелом інформації про захворюваність, смертність, фактори ризику та причини інсульту, про частоту рецидивів і соціальні наслідки [119].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ для надання достовірних даних щодо якісного покращання допомоги хворим на інсульт у кожній країні рекомендовано створити національні реєстри [120].

Таким чином, можна констатувати, що проблема інсульту у дитячому віці є актуальною у нейропедіатрії, оскільки цереброваскулярні хвороби є однією з найважливіших причин смертності та хронічної захворюваності дітей. Діагностика цієї патології у дітей часто запізнюється через слабо виражені та неспецифічні симптоми і потребує виключення широкого кола інших хвороб, як вроджених, так і набутих.

Відомо більш ніж 100 факторів ризику інсульту у дітей, які значно відрізняються від факторів ризику у дорослій популяції, і більшість дослідників відзначають мультифакторність гострого розладу мозкового кровообігу у дітей.

Порівняльний аналіз реєстрів інсульту у дітей, створених у різних країнах, показав, що найбільш оптимальним є проведення даної роботи на базі багатопрофільних педіатричних стаціонарів, які дозволять поєднати своєчасну на всебічну діагностику з виявленням всіх значимих етіологічних факторів інсульту.

Багатопрофільна команда спеціалістів, підготованих у сфері інсульту у дітей, забезпечує повноцінну діагностику і визначає оптимальні терапевтичні стратегії. Як показує аналіз діагнозів, з якими діти поступали до стаціонару, настороженість педіатрів, неврологів та інших спеціалістів щодо інсульту у дітей досить низька [121].

Автори даної статті акцентують на тому, що поінформованість лікарів невідкладної допомоги, педіатрів та лікарів інших профілів, які працюють у педіатрії, щодо можливості виникнення інсульту у дітей дозволить покращити своєчасну діагностику цереброваскулярних хвороб зі своєчасним скеруванням таких хворих на госпіталізацію і консультацію до профільних спеціалістів.

Реабілітаційні заходи є важливою складовою у програмі спостереження за дітьми, які перенесли інсульт, а всебічне діагностичне обстеження таких пацієнтів дозволить розробити індивідуалізовану програму відновлювального лікування з одночасним проведенням вторинної профілактики.

### 1.2 Характеристика організації медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та церебральних інсультах

Забезпечення населення медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах та церебральних інсультах характеризується нормативно-правовою базою, ресурсами системи охорони здоровʼя та організацією надання медичної допомоги за її рівнями.

За період у декілька десятиліть досягненнями, що найбільшим чином змінили практику, були інсультні відділення та реваскуляризаційна терапія. Ці та різні інші нові методики, такі як каротидна ендартеректомія, інтенсивна допомога при інсульті та нейрохірургічні втручання, потребують висококваліфікованого персоналу [122,123]. Як наслідок цього, в клінічній практиці виникла підспеціальність «інсультолог – спеціаліст в області інсультів» [124], але система освіти часто не формалізує такий розвиток. Зміни у медицині інсульту будуть мати великий вплив на вимоги до кадрів у майбутньому [125]. Тепер пацієнтів з інсультом лікують різні спеціалісти в різних місцях надання допомоги, включаючи неврологів, нейрохірургів, гериатрів, лікарів невідкладної допомоги, спеціалістів з реабілітації та лікарів загальної практики.

В тих 49 країнах, що були включені в дослідження, проживає 78% населення світу, стається 85% інсультів і проводиться понад 95% від всіх наукових досліджень в області інсульту [126]. У більшості країн пацієнтів з інсультом лікують неврологи. Лікування внутрішньомозкових крововиливів відрізніється між країнами та розподіляється між неврологами, терапевтами та нейрохірургами. Кількість неврологів і нейрохірургів на душу населення значно відрізнялося залежно від країни. В різних країнах відрізнялись також зміст та тривалість підготовки спеціалістів з неврології і нейрохірургії, яка зазвичай триває 5 років, але варіює від 2-х до 7-ми. В англомовній літературі вказується, що підспеціальність по інсульту вперше було запропоновано у 1997 р. [127], а потім створено у 2003 р. в США [128] і у 2004 р. – у Великій Британії [129]. Пізніше в США було введено підспеціальну підготовку по нейроваскулярних втручаннях [130] і нейрокритичній допомозі [131]. Було навіть запропоновано, щоб так звані нейрогоспіталісти, які працюють з повною занятістю у стаціонарі, стали спеціалізованою групою неврологів [132]. Було опубліковано програмний документ [133], відповідно до якого молоді европейські неврологи розглядались як важлива ланка для підготовки кадрів по інсульту, але з тих пір на цей документ звертали мало уваги. Незважаючи на гармонізацію вищої освіти у Європі за допомогою Болонського процесу, освіта та система охорони здоровʼя на континенті все ще значно різняться. При цьому необхідно зазначити, що ефективна система підготовки, що забезпечує спеціалістами по інсульту, вірогідно, принесла б безпосередню користь з точки зору кінця хвороби у пацієнтів. Для пацієнтів з інсультом буде краще, якщо спеціалістів по інсульту, що надають їм допомогу, стане більше.

В доступній нам літературі ми не знайшли даних про підготовку в Україні спеціалістів з надання медичної допомоги пацієнтам при церебральних інсультах.

В організаційному плані новим було те, що ВООЗ у 1974 році рекомендувала країнам створення інсультних відділень [134,135]. При цьому в США визначили необхідність створення інсультних центрів двох рівнів – інсультні центри первинного рівня і інсультні центри кінцевої медичної допомоги [136].

В Європі визначено, що інсультний центр – це спеціалізоване відділення, в якому надається медична допомога хворим з церебральним інсультом, як правило починаючи з його гострого періоду. Доведено, що інсультні відділення відіграють важливу роль в підвищені виживаємості пацієнтів з церебральним інсультом [137-139].

На сьогодні інсультні центри сворені в більшості країн [140-143] і вони сприяли підвищенню ефективності медичної допомоги хворим [144-148].

Новим словом у лікуванні церебральних інсультів стало запровадження у 1998 році (Перше дослідження щодо безпеки застосування тромболітичної терапії в разі ішемічного інсульту було проведено у 1998 р році тромболізісної терапії хворих на ішемічні інсульти [149], яка в теперішній час широко застосовується і в Україні [150-153].

Як зазначалося вище, найефективнішими для надання медичної допомоги з МІ є інсультні блоки (відділення) [154-156]. Таких відділень в Україні налічується 59, в них розміщено 2034 ліжка. Цього недостатньо для надання допомоги всім хворим з інсультами [157]. Автор вказує, що не всі ці відділення відповідають сучасним вимогам до організації інсультних блоків. Частина відділень не приймає хворих цілодобово, частина не має власних апаратів компʼютерної або магнітно-резонансної томографії для проведення нейровізуалізації, інші не мають достатньої кількості апаратів для проведення реанімаційних заходів, в деяких недостатньо підготованого персоналу з проведення реабілітації. Тільки 20% інсультних відділень відповідають визначенню інсультного блока. Решта хворих з МІ проходять лікування в реанімаційних відділеннях чи палатах інтенсивної терапії, або ж у неврологічних відділеннях обласних, міських, центральних районних лікарень; у лікарнях швидкої медичної допомоги.

Педаченко Є.Г. зі співавторами [158] вказують на те, що у 2017 р. допомогу хворим на МІ надавали у 8 судинних та 77 багатопрофільних нейрохірургічних відділеннях (НХВ). У 8 нейросудинних відділень було госпіталізовано стільки ж хворих, скільки і у відділення іншого профілю (4822 проти 4698), а оперовано на 20% більше (2488 проти 2044). Післяопераційна летальність у нейросудинних відділеннях менша на 38% (8,9% проти 14,5%). Лідером за абсолютними показниками надання НХД хворим з МІ є Київ. У 2017 р. у НХВ столиці проведено 2044 оперативних втручання (45% від усіх оперованих в країні (4532). Ще 27% оперованих хворих отримали хірургічне лікування у відділеннях Дніпропетровської, Харківської, Вінницької, Львівської областей.

Порівняння рівнів оперування хворих на МІ на 1 млн населення виявило значну різницю можливостей областей у наданні спеціалізованої нейрохірургічної допомоги (НХД) таким хворим. У 2017 р. мінімальне число оперованих хворих на1 млн зафіксоване в Донецькій (3), максимальне - у Києві (698); відношення 1:233. Крім Києва, найвищий рівень оперованості хворих на МІ (100-150 оперованих хворих на 1 млн населення) у Дніпропетровській, Вінницькій, Івано-Франківській, Волинській і Харківській областях. Тобто, в умовах, коли в Україні вже існує система надання НХД хворим з МІ (високотехнологічна, спеціалізована і первинна), а в кожному регіоні є області-лідери, доцільним є створення на базі цих областей 7-9 міжрегіональних центрів третинного (високотехнологічного) рівня НХД хворим з МІ. Це дасть змогу хворому отримати необхідну НХД в межах регіону.

Наведене вказує на те, що в Україні проводиться робота по стверенню сучасної системи надання медичної допомоги при церебральних інсультах.

### 1.3. Всесвітня організація охорони здоров’я про боротьбу з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами

У 2006 році Європейським Бюро ВООЗ було прийнято Хельсинборгську декларацію щодо стратегії боротьби з МІ, де були поставлені задачі на період до 2015 року. Вони полягали в тому, що 30-денна летальність при інсульті повинна складати менше 15%, незалежність в побуті через 3 місяці від розвитку інсульту повинна бути більше, ніж у 70% пацієнтів, що вижили після інсульту. При цьому основну роль в досягненні вказаних цілей мали зіграти мультидисциплінарні команди інсультних центрів [159].

У 2017 році Європейський альянс боротьби з інсультом (SAFE) спільно з Європейською організацією інсульту (ESO) приступив до всебічного огляду проблеми інсульту та надання допомоги при інсульті в Європі. Звіт «Тягар інсульту в Європі» (Burden of Stroke in Europe) виявив шокуючі відмінності як між країнами, так і всередині країн на кожному етапі виконання плану організації допомоги при інсульті; при цьому постінсультна підтримка ігнорувалася в усіх країнах [160].

Звіт показав, що в період з 2015 по 2035 рік число випадків церебрального інсульту прогностично зросте на 34% через старіння населення, а у всій Європі число людей, які пережили інсульт, може збільшитися на один мільйон і досягти 4 631 050 осіб. Загальні ж витрати (як у сфері охорони здоров’я, так і не пов’язані з охороною здоров’я), що зумовлені церебральним інсультом у ЄС уже в 2015 році склали приблизно 45 млрд. євро; і вони будуть зростати**.**

Зважаючи на це, утравні 2017 року, після багатьох років співпраці, SAFE та ESO офіційно домовилися про спільну роботу по боротьбі з інсультом. Було розроблено План дій боротьби з інсультом у Європі [161], який є спільним проектом та результатом цієї співпраці. Його розробили 70 експертів, які працювали в групах, що оцінювали всі аспекти організації медичної допомоги при церебральному інсульті. Їх завдання полягало в тому, щоб провести огляд наявних даних про найкращу практику і, з огляду на поточний стан допомоги при інсульті, намітити ключові цілі, які всі країни і системи охорони здоров’я повинні прагнути досягти до 2030 року.

План дій боротьби з інсультом особливо важливий для осіб, які пережили інсульт і тих, хто їх доглядає, призначений для вирішення проблем, з якими люди стикаються лише після перенесеного інсульту.

План є як амбітною базовою програмою, так і закликом до дії. SAFE закликає всіх людей, які ухвалюють рішення, використовувати його для зміни політики охорони здоров’я, визначення пріоритетів наукових досліджень, поліпшення лікування пацієнтів з інсультом на місцевому рівні і надання допомоги, орієнтованої на пацієнта, а також для вирішення проблеми незадоволених потреб, оприлюднених у звіті «Тягар інсульту в Європі» (Burden of Stroke in Europe).

Тягар інсульту лягає на всіх нас, але особливо на мільйони осіб, які пережили інсульт, на їх близьких, які щодня живуть з його наслідками. Досягнення цілей, викладених у Плані дій боротьби з інсультом у Європі, необхідне для мінімізації наслідків цього тягаря. Такий підхід дозволив розглянути те, що можливо з наукової точки зору; поточний стан надання допомоги при інсульті; пріоритети і цілі досліджень і розробок, крім того, були додані нові розділи: „Первинна профілактика” і „Життя після інсульту”, а також „Пріоритети для досліджень і розробок” для трансляційних досліджень в області інсульту. План дій боротьби з інсультом у Європі на 2018–2030 рр. доповнює такі документи, як Глобальний план дій ВООЗ для боротьби з неінфекційними хворобами (НІХ) на 2013–2020 рр.[162], План дій Європейського регіону ВООЗ для боротьби з НІХ [163] і Цілі сталого розвитку ООН на 2015–2030 рр. [164], надаючи ясну «дорожню карту», яка має потенціал для кардинальних змін у Європі в області однієї з основних сьогоднішніх і завтрашніх проблем громадської охорони здоров’я - інсульту.

План дій боротьби з інсультом у Європі містить цілі для кожної зі сфер діяльності, розглянутих в плані, - первинної профілактики, організації допомоги при інсульті, лікування при гострому інсульті, вторинної профілактики, реабілітації, оцінки результатів лікування і життя після інсульту.

Затверджено чотири стратегічні цілі на період до 2030 року. *1 ціль.* Знизити на 10% абсолютне число інсультів в Європі. *2 ціль.* Лікувати не менше 90% всіх пацієнтів з інсультом в Європі в спеціалізованих інсультних блоках, в якості першого рівня надання медичної допомоги. *3 ціль.* Мати національні плани боротьби з інсультом, що охоплюють весь ланцюжок надання допомоги від первинної профілактики до життя після інсульту. *4 ціль.* Повністю впровадити національні стратегії мультисекторальних втручань у сфері охорони здоровʼя з метою пропаганди сприяння здоровому способу життя, а також для зменшення дії тих факторів навколишнього середовища ( у тому числі забруднення повітря), соціально-економічних та освітніх чинників, які підсилюють ризик розвитку інсульту. Стосовно невідкладної допомоги та лікування при гострому інсульті, належна організація включає: програми постійного підвищення обізнаності населення з метою сприяти розпізнаванню симптомів інсульту населенням; навчання наданню допомоги при інсульті диспетчерів, парамедиків і всього персоналу служб швидкої медичної допомоги; планування розташування інсультних центрів і маршрутів для машин швидкої допомоги з метою мінімізації часу поїздки; використання перевірених інструментів для розпізнавання симптомів інсульту, таких як тест FAST; централізовану госпіталізацію; наявність спеціалізованих інсультних команд і інсультних блоків, які пройшли сертифікацію та аудит; цілодобовий доступ до сканування мозку; телемедицину для віддалених районів; процеси безперервного поліпшення якості; планування таким чином, щоб рання виписка з підтримкою пацієнта сприяла такому ж рівню постінсультної позалікарняної допомоги, яку б надали в лікарні. Як зазначалося вище, План дій боротьби з інсультом у Європі містить рекомендації по забезпеченню життя після інсульту. Види допомоги, яку необхідно надавати протягом усього життя після інсульту, включають доступ до сучасної діагностики, терапії, медикаментозного лікування, психологічної підтримки, реабілітації та використання необхідних пристроїв, регулярну оцінку і доступ до стратегій підтримки сім'ї та самодопомоги. На рис. 1.4 показано, яким чином визначені види допомоги можуть бути інтегровані, як це описано, в Національній стратегії з інсульту Сполученого Королівства за 2007 рік [165]. ВООЗ приділяє значну увагу також профілактиці захворювань системи кровообігу [166-169]. Було розроблено та рекомендовано для використання кишеньковий посібник «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Карманное пособие по оценке и снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний» [170]. Матеріали даного посібника адаптовані до рекомендацій ВООЗ з первинної та вторинної профілактики хвороб системи кровообігу [171,172]. Даний посібник складається з 2 розділів і додатків і є уніфікованим посібником для проведення профілактичної роботи на рівні первинної медичної допомоги.



Рис. 1.4. Діапазон підтримки, необхідний після інсульту

### 1.4. Місце боротьби з цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами в реформованій системі охорони здоров’я України

Комплексне реформування системи охорони здоров’я в Україні проводиться з прийняттямЗакону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», відповідно до якого в пілотних регіонах проводилося відпрацювання та апробація нової системи охорони здоров’я країни для подальшого впровадження на загальнодержавному рівні [173].

Пріоритетним напрямком пілоту було відпрацювання моделі ПМСД на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини [ 174-177]. В цей період були прийняті відповідні нормативні документи та первинна і спеціалізована (вторинна) медична допомога були юридично розмежовані [ 178] та створені Центри ПМСД [179,180], визначені компетенції ЛЗП-СЛ та впроваджені нові сучасні форми фінансування первинної медичної допомоги [181,182]. Населенню було надано право вибирати сімейного лікаря [183]. Було забезпечено підвищення до 30% рівня фінансування ПМСД [184] та почато впровадження принципу, коли ЛЗП-СЛ визначає медичний маршрут пацієнта [185]. На вторинному рівні проводилася робота по створенню лікарень інтенсивного лікування з формуванням госпітальних округів [186-189]. По закінченню пілотного проекту було підведено підсумки та визначено його позитиви і ризики [190,191]. На сучасному етапі реформування галузі охорони здоров’я країни її напрями визначені Законами України: Закон України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я**”**  [від 06.04.2017 р. № 2002](http://www.apteka.ua/article/409524) [192]; Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [193]. Даними Законами вперше передбачена автономізація закладів охорони здоров’я, яку повністю проведено [194,195] та затверджена програма державних гарантій медичної допомоги населенню.

На розвиток та практичне впровадження в країні норм законів прийнята низка Постанов КМУ: Постанова КМУ “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів” від 30 листопада 2016 р. № 932 [196]; Постанова КМУ „Деякі питання електронної системи охорони здоров’я” від 25 квітня 2018 р. № 411 [197]; Постанова КМУ **„Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік” від 25.04.2018 р. №407** [198]**;** Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» від 27.12.2017 № 1075 [199]; Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення національної служби здоров’я України» від 27.12.2017 № 1101 [200].

Крім того МОЗ України видало наказ від 26 липня 2019 року N 1709, який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23 серпня 2019 р. за N 961/33932 «Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення» [201].

НСЗ України розробила, а МОЗ України затвердило пакети медичних послуг за програмою медичних гарантій [202]. Розроблено і затверджено пакет медичних послуг з надання медичних послуг при стаціонарному лікуванні пацієнтів з церебральними інсультами. Він передбачає специфікацію послуг і умови заключення договорів на надання послуг між НСЗУ і закладами охорони здоров’я. Впровадження даного пакету в системі охорони здоров’я України розпочато з квітня 2020 року.

В доступній нам літературі ми не знайшли жодної публікації з організації медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби та мозкові інсульти в сучасних умовах реформування галузі та впровадження програми державних гарантій.

### 1.5. Роль системи первинної медико-санітарної допомоги в забезпечені комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах

В умовах реформування системи охорони здоров’я України, коли пріоритетним є розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини і коли ЛЗП-СЛ визначає медичний маршрут пацієнта організаторами охорони здоров’я та науковцями в країнах світу та в Україні приділяється велика увага дослідженню ролі ЛЗП-СЛ в підвищенні ефективності надання населенню комплексної медичної допомоги [203,204]. Це стосується і цереброваскулярних хвороб та церебральних інсультів. Даному питанню значну увагу приділяє Всесвітня організація охорони здоров’я [205].

В 2018 році ВООЗ опублікувало документ HEARTS «Комплекс практических мер по ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи» [206]. В даному документі ВООЗ відмічає наступне: четверо з пʼяти людей, що втратили життя через хвороби системи кровообігу, померли від інфаркту або інсульту, а третя частина цих смертей сталася серед населення у віці до 70 років. Інфаркти та інсульти, яких часто можна уникнути, тягнуть за собою великі страждання для хворих та їх родин. Вони також накладають на суспільство тягар істотних витрат, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, де ці хвороби є причиною понад трьох чвертей всіх випадків смерті. Мільйони людей у всьому світі намагаються контролювати фактори ризику, що призводять до розвитку серцево-судинних хвороб, в той час як багато інших навіть не підозрюють, що входять до групи високого ризику. Велику кількість випадків інфарктів та інсультів можна попередити шляхом боротьби з головними факторами ризику через втручання, спрямовані на зміну способу життя та застосування медикаментозної терапії, якщо це необхідно.

Поліпшення профілактики і лікування привело до зниження показників захворюваності серцево-судинними хворобами в країнах з високим рівнем доходу, однак у багатьох інших країнах світу, де цей тягар є найбільшим, аналогічні тенденції не спостерігаються. Світові лідери взяли на себе зобов’язання по значному скороченню дочасної смертності від хвороб системи кровообігу, які викладені у Програмі дій Організації Об’єднаних Націй в області Сталого розвитку на період до 2030 року, Глобальному плані дій ВООЗ з профілактики НІХ та боротьбі з ними на 2013–2020 рр. і Політичній декларації Наради високого рівня Генеральної Асамблеї Організації Об’єднаних Націй по НІХ. Для досягнення цих цілей необхідні рішучі дії з розширення масштабу надання послуг по всьому спектру профілактики та боротьби з факторами ризику.

Комплекс практичних заходів HEARTS являє собою набір ефективних втручань, спрямованих на зміцнення контролю над факторами ризику розвитку хвороб системи кровообігу на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Його метою є профілактика серцево-судинних хвороб (інфарктів та інсультів) шляхом забезпечення рівного доступу людям з високим ризиком розвитку хвороб системи кровообігу до безперервної, стандартизованої і високоякісної допомоги. HEARTS розроблено на основі Комплексу основних заходів ВООЗ, спрямованих на боротьбу з неінфекційними хворобами на рівні первинної медико-санітарної допомоги в країнах з низьким рівнем доходу для посилення надання медичної допомоги хворим на НІХ, та доповнює стратегії ВООЗ з первинної профілактики хвороб системи кровообігу на популяційному рівні, включаючи боротьбу проти тютюну та зменшення споживання солі [207-210].

Комплекс практичних заходів HEARTS передбачає формування здорового способу життя та консультування з питань здорового харчування, фізичної активності, вживання алкоголю, розвиток самопомочі та відмови від паління [211].

Систематичні огляди активного комплексного консультування людей, що мають фактори ризику розвитку хвороб системи кровообігу, з питань здорового способу життя показують, що результатами цього є зниження рівня холестерину, артеріального тиску, ваги, рівня цукру у крові та захворюваності на діабет через 12–24 місяців після початку консультацій. При цьому залишається незрозумілим чи має таке консультування довгостроковий вплив на виникнення серцево-судинних хвороб та смертність в країнах з низьким та середнім рівнем доходу [212-214].

У рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров’я WHO-PEN рекомендовано проводити активне консультування з питань зміни моделі поведінки осіб з високим ризиком розвитку хвороб системи кровообігу та безперервне консультування з питань здорового способу життя всього дорослого населення в межах комплексного ведення неінфекційних хвороб у первинній ланці охорони здоров’я [215]. Комплекс практичних заходів HEARTS буде сприяти розвитку консультування з питань здорового способу життя та самопомочі, спираючись на наявні ресурси. Це означає включення рекомендацій з припинення паління і лікування тютюнової залежності, які входять до Комплексу заходів з боротьби з тютюновою епідемією MPOWER, в якості основної функції системи первинної медико-санітарної допомоги [216].

Підхід, що застосовується в межах комплексу практичних заходів HEARTS, включає: уніфіковані протоколи для проведення консультування з питань здорового способу життя, які є основною частиною протоколів лікування хвороб системи кровообігу і діабету, заснованих на фактичних даних, включаючи застосування алгоритмів підтримки прийняття рішень, що надаються за допомого цифрових або мобільних технологій, якщо такі існують [217-219]; приділення пріоритетної уваги професійній підготовці медпрацівників, в тому числі не лікарських спеціальностей, в області проведення ефективних і високоякісних втручань, спрямованих на переміну поведінки, таких як відмова від паління і консультування з питань харчування, з використанням методів мотиваційного опитування; надання відповідних та таких, що відповідають місцевим умовам, навчальних матеріалів для підвищення знань людей про фактори ризику розвитку хвороб системи кровообігу та їх ускладнення, а також для актуалізації важливості самопомочі та суворого дотримання рекомендацій і призначень.

Доступ до основних лікарських засобів та технологій. Доступність визначеного переліку недорогих основних лікарських засобів та технологій [220,221].

Ведення хворих на основі боротьби з факторами ризику. Повна оцінка ризику розвитку серцево-судинних хвороб, лікування та скерування на вищі рівні надання допомоги [222-226].

Робота в команді та розподіл задач. Децентралізована і орієнтована на потреби пацієнта допомога, що надається медико-санітарними працівниками з місцевих товариств [227-230].

Основні демографічні та клінічні дані реєструються для цілей подальшого лікарського спостереження за пацієнтами, контролю у населення прихильності до терапії та виявлення тенденцій у використанні медичних послуг, а також для моніторингу та оцінки програм [231]. Дані включають такі джерела, як медичні карти пацієнтів, де фіксується інформація у часі, клінічні регістрі, що застосовуються для моніторингу схем лікування та його результатів, а також когорти для порівняння у часі клінічної інформації про всіх пацієнтів, що мешкають на прикріпленій до медичного закладу території, з високим ризиком розвитку хвороб системи кровообігу або з конкретними факторами ризику. В залежності від можливостей системи моніторингу можуть вестися в паперовому або електронному вигляді [232,233].

Для керівників національних та районних програм ВООЗ планує підготовку керівництва з впровадження, в якому будуть представлені матеріали, що забезпечують: планування та впровадження Комплексу практичних заходів HEARTS для всіх зацікавлених сторін; оцінку потенціалу і слабких місць в інфраструктурі та закладах первинної медико-санітарної допомоги; розробку комунікаційних повідомлень для захисту інтересів та залучення місцевої спільноти; адаптацію системи медичної інформації для моніторингу і оцінки по застосуванню Комплексу практичних заходів HEARTS та приведенню її у відповідність до існуючої системи; адаптацію навчальних матеріалів для медпрацівників; моніторинг і оцінку впровадження на базі пілотної площадки; підготовку районного плану національного плані розширення впровадження ; а також організацію систематичного контролю і оцінку впровадження.

В Україні також приділяється певна увага питанням надання медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах на первинному рівні [234-236].

Так, Пулик О.Р. зі співавторами [237] рекомендує до використання “Пам’ятки - календарики для пацієнтів з недостатністю мозкового кровообігу”, що може бути ефективним способом в руках сімейного лікаря при проведенні профілактичних заходів у пацієнтів з ЦВХ з метою запобігання гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Автор вказує, що, безперечно, кожен лікар з часом, користуючись власним досвідом, зможе доповнити календарик, чи розширити його межі. Але це вже буде сімейний лікар, збагачений багажем знань з профілактики ГПМК і безсумнівну допомогу в опрацюванні цього навику відіграє “Пам’ятка - календарик для пацієнтів з недостатністю мозкового кровообігу”. Спираючись на ці спостереження, світовий досвід, автор стверджує, що в боротьбі з ГПМК акцент потрібно ставити не лише на вдосконалені терапевтичних заходів, а в значній мірі на профілактичні заходи [239,239]. Дані статистичних досліджень, проведених в США показали, що лише зниження артеріального тиску на 5,6 мм рт. ст знижує ризик виникнення ГПМК на 42%. Літературні дані з країн, де подібні профілактичні заходи проводилися виключно за допомогою достатнього фінансування, переконують в їх неспроможності, і стверджують, що лише підвищення ефективності роботи первинної ланки медико-санітарної допомоги можуть принести відчутні результати [240]. Враховуючи той факт, що в більшості країн світу 90% хворих звертається до лікаря загальної практики (сімейного лікаря), головний акцент в профілактиці ГПМК повинен ставитися на них [241]. Престижність здоров’я у людей в Україні не висока. У більшості людей відсутнє самоусвідомлення цінності здоров’я, як фактора життєвого успіху. В цих умовах сімейний лікар повинен бути певен свідомості того, що кожен його контакт з пацієнтом - це виняткова нагода переконати останнього в тому, що лише самооздоровлення та самовдосконалення є реальним шляхом до здоров’я. Акцент повинен ставитися на вихованні як у пацієнтів, так і у членів їх сімей самовідповідальності. Емоційне сприйняття хворими реалій своєї хвороби на різних етапах є відмінним, і тому, маючи безпосередній контакт з пацієнтом і його родиною, сімейний лікар має виняткову нагоду створити сприятливу хатню атмосферу, відповідний психоемоційний клімат, навчити і хворого і близьких пацієнта жити в нових реаліях, несучи рівну частку відповідальності за члена своєї сім’ї [242,243].

Здійснюючи корекцію життя пацієнта, сімейний лікар є для нього одночасно і провідником в складній системі охорони здоров’я. Консультативний огляд невролога, як і іншого вузького спеціаліста, допомагає сімейному лікареві, але слід пам’ятати, що ініціатором оцінки стану здоров’я пацієнта, яке здійснюється різними спеціалістами, координатором лікувально-оздоровчого процесу є завжди сімейний лікар [244]. Автор акцентує, що слід допомогти сімейному лікареві в його повсякденній роботі, даючи в його руки реальне знаряддя по проведенню профілактичних заходів.

Ждан В.М. зі співавторами [245] вказують, що враховуючи те, що гіпертонічна хвороба є міждисциплінарною проблемою, з якою найчастіше зустрічається сімейний лікар, а також особливості діагностики та тактики ведення таких хворих, ця патологія потребує особливої уваги. Отже, терапевтичний підхід до пацієнтів з артеріальною гіпертензією і цереброваскулярними ускладненнями повинен бути комплексним, що включає в себе терапію артеріальної гіпертензії (АГ) і супутніх захворювань.

Враховуючи те, що гіпертензивна енцефалопатія є міждисциплінарною проблемою, з якою найчастіше зустрічатиметься сімейний лікар, її значення у цереброваскулярній патології, а також особливості діагностики та тактики ведення таких хворих, вона потребує особливої уваги.

За результатами дослідження Барною О.М. зі співавторами [246] зроблено огляд факторів ризику та причин розвитку цереброваскулярних захворювань з представленням їх клінічних проявів та методів діагностики. Автори вказують, що покращення якості життя та самопочуття хворих можна досягти при застосуванні ноотропних препаратів.

Наведені та інші наукові публікації [247-249] підтверджують важливість ефективної професійної діяльності первинної ланки медичної допомоги в профілактиці ЦВХ та медичному забезпеченні хворих на них та осіб, що перенесли мозковий інсульт.

Але при цьому відсутні дослідження в яких би вивчався рівень готовності ЛЗП-СЛ до надання комплексних послуг населенню при цереброваскулярних хворобах та спроможність первинної ланки забезпечити рекомендований ВООЗ рівень медичної допомоги при церебральних інсультах.

### 1.6. Роль наукових досліджень в організації боротьби з церебральними інсультами

Отримані під час проведення аналізу дані вказують на те, що посилена наукова діяльність з великим фінансуванням на госпітальному рівні може знижати смертність у стаціонарі серед пацієнтів з невідкладними медичними станами [250]. Науково-дослідницькі центри або лікарні зазвичай стають об’єктами регулярної системи контролю якості і виявляють сильніше бажання дотримуватися рекомендацій щодо лікування [251,252]. Науково-дослідницька мережа може впливати на розповсюдження рекомендацій з лікування або пошук їх проектів шляхом надання відповідних можливостей для підготовки та освіти і формальні співробітницькі відношення між академічними дослідницькими центрами та комунальними лікарнями [253,254]. Інвестування в науково-дослідницькі та досвідно-конструкторські роботи може також зробити внесок у побудову медичної інфраструктури або дослідницьких мереж для проведення медичних процедур чи клінічних досліджень, які можуть бути застосовані у клінічній практиці навіть після припинення фінансування [255]. В цілому результати передбачають переорієнтацію зусиль та ресурсів для поліпшення глобальних підсумків в охороні здоров’я, оскільки більш ранні дослідження свідчать, що інвестування в профілактику понизило би ризик інсульту на 80% [256]. У ході дослідження [257] порівняно показники по інсульту з абсолютним обсягом валових внутрішніх витрат на науково-дослідницькі та досвідно-конструкторські роботи (ВРНІОКР) на душу населення, скоригованим по паритету купівельної спроможності (сВРНІОКР) та відносному обсягу ВРНІОКР як відсотку від валового внутрішнього продукту (оВРНІОКР). Встановлено також, що нижчі сВРНІОКР та оВРНІОКР асоціюються з вищим коефіцієнтом смертності від інсульту. Цей зв'язок залишається сталим навіть після корекції за показниками віку та рівня доходу країни. Показано, що на кожен 1% збільшення сВРНІОКР приходилося б 20%-не пониження смертності від інсульту на 100 тис. населення (пониження на 14 або 19 осіб від середнього вихідного 81,4 або 93,4). Аналіз популяційних досліджень також підтвердив силу цього зв’язку з ризиком розвитку першого інсульту і 30-ти денної летальності.

Нами було вивчено дисертаційні роботи за спеціальністю «Соціальна медицина», захищені в Україні за період з 2013 року [258].

Всього було проаналізовано 84 автореферати і тільки в 6 із них питання торкалися окремих фрагментів надання медичної допомоги при ЦВХ.

Дисертаційна робота на здобуття вченого ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю соціальна медицина (14.02.03) на тему «Медико-соціальне обґрунтування моделі інформаційно-освітнього забезпечення профілактики хвороб системи кровообігу» [259], в якій запропоновано функціонально-структурну модель забезпечення профілактики хвороб системи кровообігу на міжсекторальному рівні з розробленням регіональної комплексної цільової програми «Формування здорового способу життя та профілактики хвороб системи кровообігу», де враховані культурні, етнічні, духовні та інші особливості населення регіону.

В дисертаційній роботі на здобуття вченого ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю соціальна медицина (14.02.03) Бідчук А.С. «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі профілактики хвороб системи кровообігу в практиці сімейної» [260] обґрунтовано оптимізовану модель профілактики хвороб системи кровообігу в практиці сімейної медицини з метою удосконалення профілактичної діяльності серед населення, якісно новими елементами якої стали: організація диспансерного спостереження з урахуванням оцінки індивідуального ризику та вікових особливостей пацієнта; структура інформаційно-освітнього забезпечення про здоровий спосіб життя; алгоритм дій медичних працівників щодо профілактики і усунення складових резикової поведінки пацієнта; підходи до цінки ефективності роботи ЛЗП-СЛ з профілактики хвороб системи кровообігу.

Певне відношення до покращення медичної допомоги при ЦВХ та МІ мають дисертаційні робота Сміянова В.А. «Медико-соціальне обґрунтування моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров’я» [261] та дисертаційна робота Пірникози А.В. «Удосконалення системи медичного забезпечення сільського населення при екстрених станах» [262].

Вивчалася дисертаційна робота Лакшул З.В. «Медико-соціальне обґрунтування мультимодальної системи профілактики артеріальної гіпертензії на основі концепції персоналізованої медицини у дорослого населення на регіональному рівні» [263] на здобуття вченого ступеню доктора медичних наук за спеціальністю соціальна медицина (14.02.03). Результати проведеного дисертантом дослідження засвідчили необхідність розроблення мультимодальної системи профілактики АГ у дорослого населення на регіональному рівні, в основу якої автором покладено концепцію персоналізованої медицини, ідентифікацію та усунення ризиків з боку системи охорони здоров’я, медичного персоналу та пацієнтів, а також політичні та адміністративні рішення, основною яких є міжсекторальний підхід, що забезпечується обласною координаційною радою; цільовою диспансеризацією населення; посиленням інформаційної та освітньої складової на рівні первинної ланки медичної допомоги, з диференційованим підходом до формування цільових груп інформаційного впливу; зміною навчальних програм на післядипломному рівні для ЛЗП-СЛ з питань профілактики АГ та хвороб системи кровообігу (ХСК) і надання невідкладної допомоги при зазначених станах із застосуванням сучасних ефективних медичних технологій та управління системою. Дисертантом показано, що центральним елементом запропонованої ним мультимодальної системи профілактики АГ стає населення, яке розділяється на три рівні впливу: популяційний, груповий та індивідуальний і підлягає дії заходів з формування здорової поведінки та з покращання здоров’я окремого індивідуума, в основу чого покладено теорію ідеального серцево-судинного здоров’я щодо зміни пріоритетів з визначення факторів ризику розвитку ХСК на фактори здоров'я серцево-судинної системи, і яка базується на основних поняттях: важливості первинної профілактики; розвиткові ФР та ХСК у ранньому віці і потребі відповідного балансу між підходами до покращання здоров'я і профілактики захворювань на популяційному та індивідуальному рівнях у осіб з високим ризиком, визначаючи пріоритетом профілактику ФР на усіх рівнях. Використання запропонованих методів профілактики гіпертонічної хвороби має важливе значення і позитивний вплив на профілактику розвитку ЦВХ та МІ.

Дисертаційна робота Кириченко А.Г. на здобуття вченого ступеню доктора медичних наук за спеціальністю соціальна медицина (14.02.02) на тему «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі запобігання та зменшення первинної інвалідності працездатного населення України (на прикладі невроголічної патології)» [264]. Дисертантом, базуючись на отриманих в ході дослідження результатах науково обґрунтовано концепцію запобігання та зниження первинної інвалідності із визначенням місця профілактики і співвідношення принципів якісного функціонування медичних, психологічних, соціальних компонентів мультидисциплінарної реабілітації, які скеровані на ефективне відновлення працездатності та повернення інвалідів у суспільство.

В даній роботі автором досліджувалися питання запобігання та зменшення первинної інвалідності працездатного населення, в тому числі при ЦВХ.

Дисертація Зозулі А.І. на здобуття вченого ступеню доктора медичних наук за спеціальністю соціальна медицина (14.02.03) на тему «Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку» [265] єдина дисертація за час дослідження, яка присвячена питанням організації медичної допомоги при ЦВХ.

Наукова новизна одержаних результатів полягала в тому, що на етапі розвитку охорони здоров’я того часу було: комплексно представлені проблеми в організації медичної допомоги населенню при цеброваскулярних хворобах у мегаполісі за її рівнями і етапами та шляхи їх вирішення; встановлено рівень захворюваності населення мегаполісу на цереброваскулярні хвороби, встановлено фактори ризику їх розвитку та розвитку гострих ускладнень залежно від віко-статевої характеристики населення; досліджено структуру, показники та ефективність надання медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах населенню мегаполісу на різних її рівнях та етапах; досліджено рівень догоспітальної летальності при гострих порушеннях мозкового кровообігу, чинники, що її визначають та готовність бригад швидкої медичної допомоги мегаполісу до надання своєчасної та ефективної медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами; науково обгрунтовано розроблено індикатори якості та ефективності надання медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах за її рівнями та етапами; встановлено рівень готовності первинної медико-санітарної допомоги до надання комплексної медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та факторами ризику їх розвитку; доведено ефективність застосування різних методів лікування в нейрохірургічному стаціонарі; виявлено чинники організаційного характеру на всіх рівнях та етапах надання медичної допомоги, які впливають на рівень летальності пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу; науково обґрунтовано та розроблено якісно нову комплексну систему медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах на рівні магаполісу, яка базується на комплексному підході за її рівнями і етапами надання та базується на таких складових: профілактика, своєчасне виявлення, диспансеризація, ефективне лікування та інтенсивна медична допомога з застосуванням міжгалузевого підходу.

Таким чином, результати дисертаційної роботи, на тому етапі реформування системи охорони здоров’я, стали підставою для розробки стратегії розвитку системи комплексної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та їх профілактики на рівні мегаполісу. Але в подальшому стратегія розвитку системи комплексної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах розроблене не була. Крім того, даний етап реформування системи охорони здоров’я вимагає принципово нових підходів до організації медичної допомоги при ЦВХ і при мозкових інсультах безпосередньо.

### 1.7. Про необхідність проведення подальших наукових досліджень

В ході проведеного аналітичного огляду наукової літератури визначено низку проблем в організації медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами безпосередньо по виконанню рекомендацій ВООЗ та провідних міжнародних професійних організацій.

*Перше.* Україна не веде реєстру хворих на церебральний інсульт. Це не дозволяє провести детальний аналіз захворюваності населення на церебральні інсульти та зіставити дані з даними інших країн, зокрема країнами Європейського Союзу.

*Друге.* В країні не ведеться облік гострих розладів мозкового кровообігу у дітей, що не дає можливості створювати систему надання медичної допомоги дітям з даною патологією.

*Третє.* В країні не проводиться спеціальна підготовка лікарів до надання медичної допомоги хворим при гострому розладі мозкового кровообігу.

*Четверте.* Незважаючи на те, що ЛЗП-СЛ є лікарями першого контакту, які визначають медичний маршрут пацієнта, в країні не проводилися дослідження щодо їх готовності та спроможності ПМСД до надання комплексних послуг населенню із ЦВХ.

*П’яте*. Відповідно до підходу контрактування закладів охорони здоров’я НСЗУ за пакетом медичних послуг «Лікування гострого мозкового інсульту» не розглядається питання створення інсультних центрів, рекомендованих ВООЗ, за рівнями медичної допомоги.

*Шосте.* В країні науково не обґрунтована структура інсультного центру з метою комплексного надання медичних послуг при церебральних інсультах та не визначена потреба в таких послугах.

*Сьоме.* В країні не обговорюється і не обґрунтовується можливість забезпечення того, щоб національні плани боротьби з інсультом враховували незадоволені довгострокові потреби осіб, які пережили інсульт, та їхніх сімей і встановлення мінімальних стандартів відносно того, що повинен отримувати кожен, хто пережив інсульт, незалежно від того, де він живе, що передбачено Планом дій боротьби з інсультом у Європі на період до 2030 року.

Дані, не вирішені в країні питання, негативно впливають на доступність, якість та результативність медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах і безпосередньо при церебральних інсультах і не сприяють можливості зіставити дані по Україні з даними провідних країн світу.

Необхідно відзначити, що комплексно питання організації медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах в Україні в сучасних умовах розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров’я з впровадженням програми медичних гарантій медичної допомоги не вивчалося та заходи із забезпечення реформованої системи охорони здоров’я надавати медичну допомогу хворим у відповідності до рекомендацій ВООЗ та «Плану дій боротьби з інсультом у Європі» не обґрунтовувалися.

Вище наведене зумовило актуальність теми дослідження, визначило його напрямок та стало підставою для розробки програми дослідження.

# РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Представлена дисертаційна робота є результатом комплексних наукових досліджень, які проводилися з метою вивчення особливостей епідеміології цереброваскулярних хвороб та церебральних інсультів і факторів, що їх формують у мегаполісі, спроможності чинної системи охорони здоров’я забезпечити населення комплексною медичною допомогою відповідно до Плану дій боротьби з інсультом у Європі на період до 2030 року та наукового обґрунтування і розробки оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги.

Досягнення мети потребувало розробки спеціальної програми дослідження, яка складена з використанням методу системного підходу з її виконанням у вісім організаційних етапів, що забезпечило комплексність і наступність дослідження та можливість отримання вірогідної інформації для оцінки стану об’єкту дослідження (рис. 2.1).

Результати, отримані при виконанні дослідження на кожному організаційному етапі, конкретизували завдання дослідження, ставали підґрунтям для проведення дослідження на наступних етапах, в тому числі й для узагальнення одержаних даних, висновків та підстав для наукового обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги. Такий структурований підхід до побудови програми дослідження забезпечував системність та комплексність дослідження і вірогідність отриманих результатів. Об’єкт дослідження: організація медичної допомоги населенню м. Києва при цереброваскулярних хворобах та церебральних інсультах.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **І етап** | **Цереброваскулярні хвороби та їх ускладнення, як важлива глобальна медико-соціальна проблема та стратегічні підходи і стан її вирішення** | | | | | |
| Джерела наукової літератури (всього 334 джерел, із них 149 – іноземних авторів, використання Інтернет-мережі, Medline, Pubmed, Medscape тощо) | | | | | |
| **2етап** | **Вибір напрямку, формування мети, завдань, програми, обґрунтування обсягів і методів дослідження** | | | | | |
| Обґрунтування обсягів і методів дослідження | | | Розробока анкет соціологічного дослідження | | |
| Збір та обробка інформації | | | | | |
| **3**  **етап** | **Епідеміологія цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів в м. Києві та фактори ризики, що їх формують** | | | | | |
| Аналіз показників захворюваності, поширеності вказаних хвороб, інвалідизації та смертності в їх наслідок | | | | Вивчення факторів ризику розвитку ЦВХ та МІ і якості життя населення після перенесеного МІ | |
| Інформаційна база – ф. №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» (75од.), ф. С-8 «Розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами» (23 од.), ф. №14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» (23 од.) Анкети соціологічного дослідження – 473 одн. Аналіз 1575 карт випадків гострого порушення мозкового кровообігу. | | | | | | |
| **4**  **етап** | **Характеристика населення м. Києва, стан розвитку ПМСД та готовність ЛЗП-СЛ до надання медичної допомоги хворим із цереброваскулярними хворобами** | | | | | |
| Інформаційна база – ф. №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (140 од.), РН-3 «Середньорічна чисельність населення за статтю і віком» (за 2019 рік), РН-5М «Середньорічна чисельність населення окремих вікових груп за статтю і віком» (за 2019 рік). | | | | | Аналіз 437 анкет соціологічного дослідження |
| Аналіз 376 експертних анкет сімейних лікарів |
| **5**  **етап** | **Організація спеціалізованої медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби та церебральні інсульти в м. Києві** | | | | | |
| Мережа закладів охорони здоров’я, ресурси та основні показники діяльності | | Експертна оцінка якості медичної допомоги: 200 «Карт амбулаторного пацієнта» (ф-025); 480 «Медична карта стаціонарного хворого». | | | |
| Інформаційна база – ф. №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (140 од.) | | | | | |
| **6**  **етап** | **Оцінка ефективності використання різних організаційно-клінічних підходів в лікуванні гострого ішемічного інсульту в різні періоди після його розвитку** | | | | | |
| Інформаційна база – дані дослідження застосування оптимізованих організаційно-клінічних схем надання медичної допомоги при МІ з виділенням основної та контрольної груп пацієнтів з оцінкою результатів експертами | | | | | |
| **7**  **етап** | **Встановлення рівня оцінки системи надання допомоги при ЦВХ та ЦІ пацієнтами та лікарями** | | | | | |
| Анкети соціологічного дослідження  лікарів стаціонарного сектору - 119 | | | | Анкети соціологічного дослідження лікарів амбулаторного сектору - 31 | |
| Анкети соціологічного дослідження пацієнтів - 457 | | | | | |
| **8**  **етап** | **Обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги** | | | | | |
| **Впровадження:**  Патенти на корисну модель – 5 ;  Накази МОЗ України – 3;  Накази ДОЗ КМДА – 18;  Публікації – **44;**  Акти впровадження – 8. | | **Експертна оцінка прийнятності запропонованої системи**  Анкети соціологічного опитування експертів.  Експерти: 5 докторів медичних наук, 10 кандидатів медичних наук, 10 організаторів охорони здоров’я вищої та першої кваліфікаційної категорії. | | | | |

Рис. 2.1. Програма, матеріали, методи та обсяги дослідження

Предметом дослідження стали показники захворюваності населення та поширеності цереброваскулярних хвороб, церебральних інсультів та гіпертонічної хвороби й ішемічної хвороби серця, показники первинного виходу на інвалідність та смертності населення внаслідок цереброваскулярних хвороб та церебральних інсультів, фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб та якість життя осіб, які перенесли церебральний інсульт, мережа закладів охорони здоров’я в яких надається медична допомога населенню при вказаних хворобах та їх ресурсне забезпечення і показники діяльності, спроможність вказаних закладів надавати медичну допомогу при церебральних інсультах в умовах реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, задоволеність хворих на церебральні інсульти отриманою медичною допомогою та оцінка лікарями ефективності системи надання допомоги при цереброваскулярних хворобах.

Для проведення дослідження були розроблені відповідна програма та робочий план. Програма включала наступні розділи:

1. Вивчення напрямку дослідження, визначення об’єкту та предмету дослідження.

2. Визначення мети та завдань дослідження.

3. Визначення генеральної сукупності та розрахунок репрезентативної вибірки дослідження.

4. Розробка дизайну й інструментарію дослідження та доведення його валідності.

5. Збір первинної статистичної інформації відповідно до програми дослідження.

6. Статистична обробка первинної інформації та структурно-логічний аналіз отриманих результатів.

7. Комплексний аналіз отриманих в ході дослідження результатів.

8. Обгрунтування та розробка оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та її складових на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги.

9. Експертна оцінка та впровадження окремих елементів результатів дослідження та визначення прийнятності запропонованої системи для охорони здоров’я України на сучасному етапі її розвитку.

11. Публікація результатів дослідження в наукових виданнях.

12. Формулювання основних висновків та практичних рекомендацій.

Під час розробки програми дисертаційного дослідження враховувались методичні принципи її створення: системність, комплексність, наступність, вірогідність отриманих результатів та практична значущість отриманих в ході дослідження результатів.

*Перший етап дослідження* передбачав вивчення епідеміології ЦВХ та церебральних інсультів у країнах світу та Україні, досвіду провідних країн світу та України з організації медичної допомоги при вказаних хворобах та стратегічних підходів ВООЗ до боротьби з церебральними інсультами, а також виявлення проблемних питань з даного розділу в системі охорони здоров’я України. Інформаційною базою дослідження слугували джерела сучасної наукової літератури, в тому числі документи ВООЗ з даного питання.

В ході проведення аналізу наукових даних увага була зосереджена на таких питаннях:

1) які підходи існують до обліку ЦВХ та церебральних інсультів у різних країнах світу, поширеність вказаних хвороб та їх медико-демографічні наслідки;

2) система підготовки лікарів до надання медичної допомоги при церебральних інсультах;

3) сучасна організація медичної допомоги населенню при ЦВХ та церебральних інсультах;

4) стратегія ВООЗ боротьби із церебральними інсультами в Європі;

5) забезпечення осіб, які перенесли церебральні інсульти комплексною медичною допомогою.

*Другий етап дослідження* включав вибір напрямку дослідження, визначення мети та завдань дослідження, об’єкту, предмету та наукової бази дослідження, обґрунтування методології та обсягу дослідження. Під час вибору напрямку дослідження та визначення його мети за основу взято результати аналітичного огляду наукової літератури та наукових розробок останніх років з проблеми забезпечення населення комплексною медичною допомогою при ЦВХ та церебральних інсультах. Визначені та обґрунтовані методи наукового дослідження, які було заплановано для використання в ході кожного етапу наукового дослідження для досягнення поставленої мети. В ході виконання другого організаційного етапу дослідження розроблено уніфіковану програму та методологію збору первинної інформації для комплексного розкриття об’єкту дослідження. При розробці програми дослідження та форм отримання первинної статистичної та іншої інформації нами були визначені основні вимоги до них, які передбачали узгодженість необхідних документів з чинною законодавчою базою в системі охороні здоров’я та її реформуванням, відсутністю у використаних термінах подвійної інтерпретації, наявності статистичних звітних форм закладів охорони здоров’я та можливості їх отримання, простоту заповнення та здатність проведення сучасної статистичної обробки. Розроблені нами форми були прорецензованими та затвердженими рішенням біоетичної комісії ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (Протокол № 6 від 28 квітня 2020 року).

*Метою третього організаційного етапу* було ретроспективне вивчення та проведення аналізу динаміки епідеміології ЦВХ та церебральних інсультів серед дорослого населення м. Києва та факторів ризику, що їх формують за період 2009-2018 рр. Вивчалися, статистично опрацьовувалися та аналізувалися:

* показники захворюваності дорослого населення та населення працездатного віку м. Києва на ЦВХ;
* показники захворюваності дорослого населення та населення працездатного віку м. Києва на церебральні інсульти;
* показники первинного виходу на інвалідність внаслідок ЦВХ та церебральних інсультів дорослого населення та населення працездатного віку м. Києва;
* показники смертності внаслідок ЦВХ та церебральних інсультів дорослого населення та населення працездатного віку м. Києва;
* показники захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення та населення працездатного віку м. Києва гіпертонічної хвороби;
* показники захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення та населення працездатного віку м. Києва ішемічної хвороби серця.

Отримані дані були порівняні з аналогічними середніми показниками по Україні в цілому.

*Інформаційною базою дослідження* стали наступні звітні статистичні форми: ф. №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» (75 од.), ф. №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (75 од.), ф. №14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» (25 од.), ф. С-8 «Розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами» (5 од.).

Крім цього на даному етапі дослідження методом соціологічного дослідження було вивчено наявність у населення працездатного віку факторів ризику розвитку ЦВХ та МІ. Вибіркова сукупність соціологічного дослідження була розрахована з використанням формули Паніотто і швидкої формули Лєра. Додаток А-1. Дослідження проводилося з використанням спеціально розробленої анкети. Додаток А-2. Анкети були розроблені з урахуванням принципів паблік рілейшнз з тим, щоб при найменшій можливій кількості запитань отримати максимум інформації про об’єкт дослідження та з включенням контрольних запитань.

Дослідженням охоплено 510 жителів м. Києва з розділенням на дві когорти: осіб, які мають цереброваскулярне захворювання і які не мають вказаного захворювання та за статтю на чоловіків і жінок. Перша група дослідження була основною, а друга контрольною. Співввідношення чоловіків і жінок в першій групі відповідала співвідношенню структурі хворих на ЦВХ за статтю.

На першому етапі дослідження було встановлено частку наявності у досліджувальних контингентів факторів ризику розвитку ЦВХ, а на другому етапі даного дослідження з використанням методів біостатистики, було обраховано наявність та співвідношення шансів факторів ризику розвитку ЦВХ у визначеної кагорти населення.

Участь у дослідженні була добровільною. Анкети роздавалися пацієнтам під час відвідування ними сімейних лікарів. Група дослідження відповідала генеральній сукупності. Активність респондентів склала 89,5%. Було розрано 600 анкет, заповненими отримано 537 анкет. 27 (5,0%) анкет статистичні обробці не підлягави у звязку з неповним заповненням. Дані про респондентів, анкети яких було статистично опрацьовано, наведено в таблиці 2.1.

При проведенні даного та інших соціологічних досліджень при виконанні дисертаційної роботи дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000 рр.), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.) Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986 р.), відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та закони України.

*Таблиця 2.1*

**Дані про населення м. Києва яке прийняло участь в досліджені**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Характеристика | Чоловіки | | Жінки | |
| Абс | % | Абс | % |
| Особи, які мають церебровскулярне захворювання | 120 | 23,6 | 150 | 29,4 |
| Особи, які не мають церебровскулярного захворювання | 91 | 17,8 | 149 | 29,2 |

На цьому етапі дослідження з використанням розробленої нами Реєстраційної картки випадків гострого мозкового інсульту (додаток А - 3) було проведено аналіз 1575 випадків гострого порушення мозкового кровообігу з метою вивчення факторів ризику розвитку мозкового інсульту. Характеристика видів інсультів та віку пацієнтів, за якими проводилося дане прагматичне спостереження, наведена в розділі 3.

На даному етапі також було досліджено якість життя мешканців мегаполісу працездатного віку, які перенесли ішемічний церебральний інсульт.

З використанням адаптованої версії стандартизованого опитувальника SF-36 було опитано 427мешканців м. Києва працездатного віку, які перенесли ішемічний церебральний інсульт. Опитані респонденти не являються інвалідами. Всі обстежені розділені на три групи: особи, що пройшли повний курс реабілітації після стаціонарного лікування в гострому періоді (54 – 12,6%), особи, що пройшли частково реабілітацію (217-50,8%), особи, що не проходили після лікування в стаціонарі реабілітацію (156- 36,6%). Дані про респондентів наведено в таблиці 2.2.

*Таблиця 2.2*

**Дані про респондентів, які перенесли церебральний інсульт і взяли участь в досліджені**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Абс. | **%** |
| Особи, що пройшли повний курс після стаціонарної реабілітації (п-54) | | |
| Чоловіки | 21 | 38,9 |
| Жінки | 33 | 61,1 |
| Продовжували працювати | 31 | 57,4 |
| Не працюють | 23 | 42,6 |
| Особи, що пройшли частково після стаціонарну реабілітацію (п-217) | | |
| Чоловіки | 82 | 37,8 |
| Жінки | 135 | 62,2 |
| Продовжували працювати | 96 | 44,2 |
| Не працюють | 121 | 55,8 |
| Особи, що не проходили після стаціонарну реабілітацію (п-156) | | |
| Чоловіки | 64 | 41,0 |
| Жінки | 92 | 59,0 |
| Продовжували працювати | 72 | 46,2 |
| Не працюють | 84 | 53,8 |

Під час виконання *четвертого організаційного етапу* було, з використанням методу системного підходу вивчено та проведено аналіз характеристики населення м. Києва, стану розвитку первинної медико-санітарної допомоги та досліджено готовність лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання медичної допомоги населенню із цереброваскулярними хворобами.

Вивчалися, статистично опрацьовувалися та аналізувалися наступні дані:

* характеристика населення м. Києва;
* характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини: мережа закладів ПМСД та рівень кадрового забезпечення;
* основні показники діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги.

Під час проведення даного організаційного етапу дослідження інформаційною базою стали наступні звітні статистичні форми: РН-3 «Середньорічна чисельність населення за статтю і віком» (за 2019 рік), РН-5М «Середньорічна чисельність населення окремих вікових груп за статтю і віком» (за 2019 рік). Крім того, використані статистичні звіти Інформаційно-аналітичного центру Департаменту охорони здоров’я Київської міської державної адміністрації за 2014-2018 роки.

З метою вивчення рівня готовності сімейних лікарів до проведення цільової диспансеризації населення щодо цереброваскулярних хвороб з використанням спеціально розробленої анкети (додаток А-4) було опитано 437 лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які працюють в м. Києві. Активність респондентів склала 92,4%. Дані про опитаних ЛЗП-СЛ наведено в таблиці 2.3.

Обробка числових даних досліджень проведена за допомогою комп’ютерних програм статистичної обробки даних: Statistica 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA); розділу Statistica Data Miner пробної версії Statistica 13.3 EN (trial version; http://statsoft.ru/products/trial/; 2017) та програмного пакета MedCalc Statistical Software trial version 17.4. (MedCalc Software, Ostend, Belgium; https://www.medcalc.org; 2017) та Microsoft Excel (Microsoft Office 2016 Professional Plus, Open License 67528927).

На даному етапі дослідження також було із застосуванням методу експертної оцінки визначено види медичних послуг та заходів щодо забезпечення населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні первинної медико-санітарної допомоги та методологію підвищення рівня готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до оптимізації на первинному рівні медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами. Також визначено перелік компетенцій, якими мають володіти сімейні лікаря для забезпечення населення при ЦВХ медичною допомогою.Експертами виступили 376 лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які працюють в м. Києві. Критерієм відбору лікарів загальної практики-сімейних лікарів було наявність першої та вищої атестаційної та стаж роботи не менше 7 років. Експертна анкета наведена в додатку А-5.

*Таблиця 2.3*

**Дані про лікарів загальної практики-сімейних лікарів які взяли участь у соціологічному дослідженні**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Абс | % |
| Вік | | |
| до 30 років | 89 | 20,37 |
| 30-40 років | 87 | 19,91 |
| 40-50 років | 81 | 18,54 |
| 50-60 років | 84 | 19,22 |
| понад 60 років | 95 | 21,74 |
| Стать | | |
| жіноча | 385 | 88,10 |
| чоловіча | 52 | 11,90 |
| Фах при одержанні диплому лікаря: | | |
| лікувальна справа | 211 | 48,28 |
| педіатрія | 49 | 11,21 |
| лікар загальної справи | 177 | 40,50 |
|  | | |
| Загальний стаж роботи: | | |
| до 5 років; | 85 | 19,45 |
| з 5 до 10 років | 80 | 18,31 |
| з 5 до 10 років | 89 | 20,37 |
| з 10- до 20 років | 81 | 18,54 |
| понад 20 років | 102 | 23,34 |
| Стаж роботи сімейним лікарем: | | |
| до 1 року | 23 | 5,26 |

*Продовження таблиці 2.3*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2-3 роки | 97 | 22,19 |
| від 3 до 5 років | 214 | 48,97 |
| від 5 до 10 років | 103 | 23,57 |
| Кваліфікаційна категорія: | | |
| вища | 147 | 33,64 |
| перша | 113 | 25,86 |
| друга | 96 | 21,97 |
| сертифікат сімейного лікаря | 81 | 18,54 |
| Останні курси підвищення кваліфікації за п’ять років | | |
| на базі начальних закладів України; | 365 | 83,52 |
| стажування за кордоном | 19 | 4,35 |

Метою *п’ятого організаційного етапу* стало дослідження і проведення аналізу стану організації спеціалізованої медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби та церебральні інсульти в м. Києві та вивчення спроможності системи охорони здоров’я міста забезпечити населення доступною та якісною медичною допомогою в рамках впровадження програми державних гарантій медичної допомоги за пакетом медичних послуг «Лікування гострого мозкового інсульту».

Вивчалися, статистично опрацьовувалися та аналізувалися наступні дані:

* мережа закладів охорони здоров’я в яких надається медична допомога пацієнтам при ЦВХ та церебральних інсультах та їх ресурсне забезпечення;
* основні показники надання амбулаторно-поліклінічної, стаціонар замінної та стаціонарної медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби та церебральні інсульти.

Під час проведення даного організаційного етапу дослідження інформаційною базою стали звітні статистичні форми ЗОЗ за роки дослідження: форма №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» – 140 одиниць .

У жовтні 2019 року було комплексно досліджено роботу комунального неприбуткового підприємства (КНП) «КДЦ» Деснянського району м. Києва, де  надається медична допомога 289190 дорослим мешканцям цього району.  Метою дослідження стало вивчення якості медичної допомоги пацієнтам із гіпертонічною хворобою з профілактики розвитку ЦВХ та МІ. В ході моніторингового візиту була проведена експертна оцінка 200 «Карт амбулаторного пацієнта» (ф-025).

В ході проведення даного організаційного етапу дослідження проведене вивчення якості стаціонарної медичної допомоги хворим на церебральні інсульти в неврологічних та нейрохірургічних стаціонарах закладів охорони здоров’я м. Києва. Експертній оцінці підлягало 480 «Медичних карт стаціонарного хворого» - ф-№003/0. Із загальної кількості «Медичних карт стаціонарного хворого», які підлягали експертній оцінці 127 (31,8%) стали «Медичні карти стаціонарного хворого», що лікувалися в нейрохірургічних відділеннях та 353 (68,2%) «Медичні карти стаціонарного хворого» із відділень неврологічного профілю. Для експертизи «Медичні карти стаціонарного хворого» відбиралисясуцільним методом за 2019 рік. Експертами були дисертант та лікуючи лікарі.

На даному етапі вивчалося питання спроможності реформованої системи охорони здоров’я м. Києва до надання медичної допомоги хворим на церебральний інсульт в умовах впровадження програми державних гарантій медичної допомоги населенню. Матеріалами дослідження слугували пакет медичних послуг за напрямом «Медична допомога при гострому мозковому інсульті»: специфікація та умови укладання договорів між закладами охорони здоров’я та НСЗУ, а також мережа, структура та ресурсне забезпечення ЗОЗ в яких надається вказана медична допомога.

Метою *шостого організаційного етапу* стало вивчення та проведення комплексної характеристики ефективності використання різних організаційно-клінічних підходів в лікуванні гострого ішемічного інсульту в різні періоди після його розвитку та удосконалення класифікації і підходів до формування діагнозу інсульту у судинах вертебро-базилярного басейну.

На даному етапі дослідження вивчено та проаналізовано дані щодо застосування системної тромболітичної терапії в лікуванні гострого ішемічного інсульту. З цією метою було проаналізовано та статистично опрацьовано 1575 реєстраційних карт випадків інсульту, де 86,1% склали карти хворих з ішемічним характером захворювання.

Також досліджено можливість застосування оптимізованої схеми надання медичної допомоги при мозкових ішемічних інсультах що потребує прийняття відповідних управлінських рішень на рівні Департаменту охорони здоров’я Київської міської адміністрації.

Незалежними експертами-спеціалістами: 3 доктори медичних наук за спеціальністю «Неврологія», 5 кандидатів медичних наук за спеціальністю «Неврологія» та 12 лікарів-неврологів вищої кваліфікаційної категорії оцінено результати застосування оптимізованої схеми надання медичної допомоги при мозкових ішемічних інсультах та надано рекомендації по подальшому її використанню.

На даному етапі дослідження з використанням бібліосементичного методу, методу структурно-логічного аналізу та методів візуалізації патологічного процесу було удосконалено класифікацію та методологію формування діагнозу інсульту у судинах вертебро-базилярного басейну.

В ході виконання *сьомого організаційного етапу* було проведено низку соціологічних досліджень з метою вивчення оцінки лікарями стану медичної допомоги пацієнтам при ЦІ та оцінки пацієнтами якості отриманої допомоги та умов її отримання.

Опитуванням охоплено:

* 31 лікар – невролог, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню. Анкета, додаток А-6;
* 119 лікарів – неврологів, які надають стаціонарну медичну допомогу пацієнтам при церебральних інсультах. Анкета, додаток А-7;
* 473 пацієнтів стаціонарних відділень, які отримували медичну допомогу при церебральних інсультах. Анкета, додаток А-8.

Процес заповнення респондентами анкет та їх статистичного опрацювання забезпечував збереження повної конфіденційності інформації про респондентів.

Анкети для опитування були розроблені з урахуванням методичних принципів їх застосування таким чином, щоб при найменш можливій кількості поставлених запитань можна було отримати максимальну інформацію з включенням контролюючих запитань.

Результати проведеного соціологічного дослідження були зведені в узагальнені таблиці та статистично опрацьовані. Зведення даних в таблицях здійснювався на персональному комп’ютері з використанням системи oft Excel.

Показники статистики розраховувалися на персональному комп’ютері з використанням пакету статистичного аналізу який наведено вище.

Метою *восьмого організаційного етапу* стало обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я.

На початку даного етапу дослідження, використовуючи результати аналітичного огляду наукової літератури та результати особистих досліджень, теоретично обґрунтовано концептуальні підходи до розробки оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги. На даному етапі розроблено систему медико-соціальних кластерів допомоги при ЦВХ.

Базуючись на результатах особ истого дослідження та визначених концептуальних підходах і медико-соціальних кластерів на даному організаційному етапі було обґрунтовано та розробленооптимізовану систему профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги, проведено її часткове впровадження і здійснено експертне оцінювання її відповідності Плану дій боротьби з інсультом у Європі та прийнятності для системи охорони здоров’я України.

Наступним кроком даного етапу дослідження було обгрунтування та розробка функціонально-організаційної структури спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах як складової оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу.

Під час виконання даного організаційного етапу було проведено розрахунок потреби населення в стаціонарній спеціалізованій медичній допомозі при МІ. Для проведення розрахунку використано наступну формулу:

, (2.1)

де :

Т - середня кількість гострих порушень мозкового кровообігу за 2014-2018 рр.;

С - середні терміни перебування пацієнтів з церебральними інсультами на спеціалізованому госпітальному ліжку за 2015-2018 рр.;

Рл - кількість днів на рік роботи одного госпітального ліжка. У нашому випадку визначено 315 днів з урахуванням санітарної обробки ліжок та приміщень між госпіталізацією пацієнтів, а також наявності резервного ліжкового фонду для пацієнтів з гострими захворюваннями.

Отримана в ході розрахунків абсолютна кількість госпітальних ліжок розрахована на рівень забезпеченості в розрахунку на 10 тис. дорослого населення. Далі була розроблена модель управління організацією медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу. На даному етапі дослідження експертним шляхом також було визначенонапрями і форми діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі. Анкета досліджена представлена в додатку А- 9. Дані про експертів наведено в таблиці 2.4.

Для розробки вказаної оптимізованої системи використано методи описового та концептуального моделювання і структурно-логічного аналізу. Методичною базою вказаного дослідження був системний підхід.

*Таблиця 2.4*

**Дані про експертів з визначення напрямів і форм діяльності системи громадського здоров’я у боротьбі з цереброваскулярними хворобами**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Абс | % |
| Лікарі-неврологи | 14 | 28,0 |
| Організатори охорони здоров’я | 12 | 24,0 |
| Спеціалісти системи громадського здоров’я | 17 | 34,0 |
| Науковці | 7 | 14,0 |
| Всього | 50 | 100,0 |

З метою визначення прийнятності запропонованої оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги була проведена незалежна експертна оцінка вказаної системи. Для проведення експертної оцінки були залучені незалежні експерти та розроблена спеціальна анкета. Анкета наведена в додатку А-10. Групу експертів склали 5 докторів медичних наук, 10 кандидатів медичних наук, 10 організаторів охорони здоров’я вищої та першої кваліфікаційної категорії, що підтверджувало їх компетентність. Всього 25 експертів. Незалежні експерти оцінювали кожну позицію-нововведення за 10 бальною шкалою: від одиниці до 10 балів, де найвищою оцінкою було 10 балів.

На початку експертизи дисертант доповів експертам результати дисертаційного дослідження та відповів на питання. Далі експерти оцінювали запропоновані систему та інновації. Отримані дані підлягали статистичній обробці з визначенням середнього значення оцінки кожної позиції-інновації та визначення рівня узгодженості думок експертів. Узгодженість думок експертів оцінювалась непараметричним методом за коефіцієнтом конкордації Кендалла (W).

При проведенні аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом оцінки об’єкту дослідження, слугує розкриттю його якісних характеристик та забезпечує оцінку наукової та практичної цінності отриманих результатів.

У проведеному досліджені застосовувались два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) дослідження та аналіз отриманих даних (встановлення зв’язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв’язків та залежностей між даними).

Вказаний метод статистичного аналізу спрямований на пошук причинно-наслідкових проблем і він базується на статистичних методах множинного аналізу. При обробці статистичного матеріалу використовувався критерій узгодженості λ Пірсона. Він дозволяє порівняти емпіричний і припустимий теоретичний розподіл. Зв'язок між ознаками встановлюється за допомогою статистичного критерію Пірсона.

Первинна обробка отриманих даних проводилася методами описової статистики з наданням результатів для кількісних ознак у вигляді: кількості спостережень (n); середньої арифметичної (M), стандартної помилки середньої величини (m), стандартного відхилення (SD), 95 % довірчого інтервалу (95 % ДІ); для якісних ознак – у вигляді відносних (Р, %) показників (інтенсивних, екстенсивних) з похибкою mр. З метою статистичної обробки отриманих даних використанні методи біостатистики, які дозволили обрахувати відносні ризики та відношення шансів розвитку ЦВХ. Статистичні показники наведені в вигляді середньої арифметичної похибки та похибки середньої (М±m) для кількісних величин за умов нормального розподілу отриманих даних та відносної величини й стандартної похибки (Р± mр) – для іншого типу величин [266-269].

Отже, структура аналізу дослідження включала: систематизоване надання та опис отриманої первинної інформації, виявлення чинників та закономірностей; розробку і формування висновків дослідження та практичних рекомендацій на базі висновків.

Методичною основою теорії системи є системна методологія, складовими якої є системний підхід і системний аналіз. Системний аналіз застосовувався в ході виконання дисертаційної роботи з метою вирішення прикладних, практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід використовувався в ході проведення наукового дослідження як метод і процес дослідження.

Формування основних компонентів дисертаційного дослідження у відповідності до визначеної мети включав використання шести аспектів системного підходу, як методологічної основи.

1. Системно-компонентного аспекту підходу: визначення і формування складу системи.

2. Системно-функціонального аспекту підходу: визначення взаємодії між компонентами системи.

3. Системно-структурного аспекту підходу: установлення взаємозв’язку між компонентами системи.

4. Системно-інтеграційного аспекту підходу: використання нової методології, методик, технологій, тощо).

5. Системно-комунікаційного аспекту підходу: розробка нормативних основ зовнішньої взаємодії.

6. Системно-історичного аспекту підходу: вивчення досвіду, що існує, знання реального становища та перспективи розвитку.

На основі зазначеного механізму з використанням системного підходу та аналізу було виділено сім груп проблем на рівні мегаполісу в організації медичної допомоги населенню при ЦВХ та церебральних інсультах. На розв’язання даних проблем розроблено концептуальні підходи до оптимізації організації зазначеної медичної допомоги, а на їх основі науково обґрунтовано оптимізовану систему профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги.

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах виконання роботи, що підтверджено відповідними управлінськими рішеннями Комітету інтелектуальної власності України, МОЗ України, Департаменту охорони здоров’я Київської міської державної адміністрації, та актами впроваджень.

**Таким чином,** використання сучасних методів наукового дослідження як самостійно, так і в комплексі в розрахованих обсягах з використання сучасних методів статистичної обробки отриманих результатів дозволило отримати репрезентативні результати, які покладені в основу наукового обґрунтування оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги.

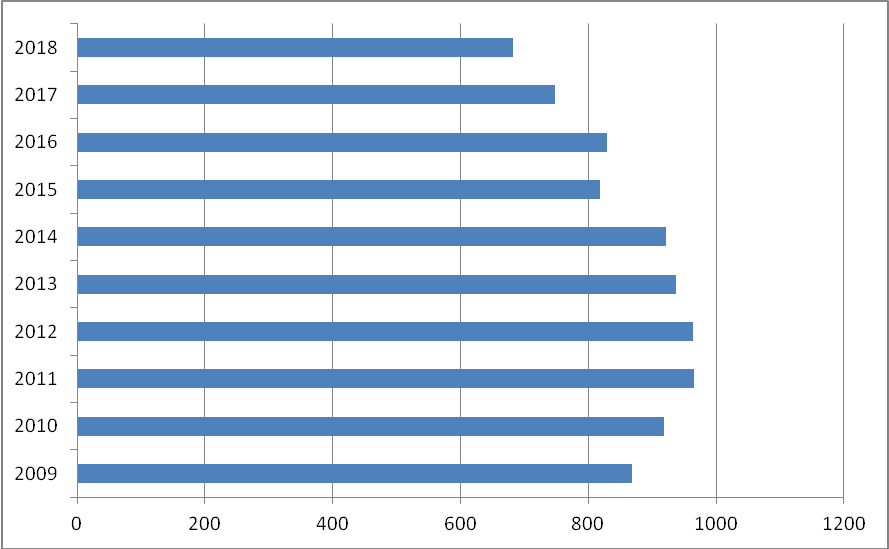
# РОЗДІЛ 3 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ХВОРОБ: ПОКАЗНИКИ ПОШИРЕНОСТІ, ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ХВОРОБ І СМЕРТНОСТІ У М. КИЄВІ

Відповідно до програми дисертаційного дослідження на даному організаційному етапі роботи нами були досліджені та проаналізовані статистичні показники захворюваності та поширеності цереброваскулярних хвороб, частота їх ускладнень, інвалідизація та смертність внаслідок цих захворювань населення столиці держави. Також вивчалися фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб серед населення та характеристики якості життя осіб працездатного віку, які перенесли мозковий інсульт. Дослідження проводилося з урахуванням статі та за окремими віковими групами. Методологія дослідження описана у другому розділі дисертаційної роботи.

### 3.1. Комплексний аналіз показників захворюваності дорослого населення м. Києва на цереброваскулярні хвороби

Показники захворюваності дорослого населення м. Києва на цереброваскулярні хвороби вивчалися за десятирічний період (2009-2018 рр.) в розрахунку на 100 тис. дорослого населення міста. Отримані в ході дослідження результати в цілому по місту в динаміці послідовних років дослідження наведені на рис. 3.1.

Динамічні дослідження (2009-2018рр.) показали, що показник захворюваності дорослого населення м. Києва на цереброваскулярні хвороби скоротився в 1,27 разу (р<0,05) при t критерії достовірності 26,89 і досягнув рівня 682,5 на 100 тис. (Україна – 656,9). До того ж найбільший показник (964,9) було зареєстровано в 2011 році.

****

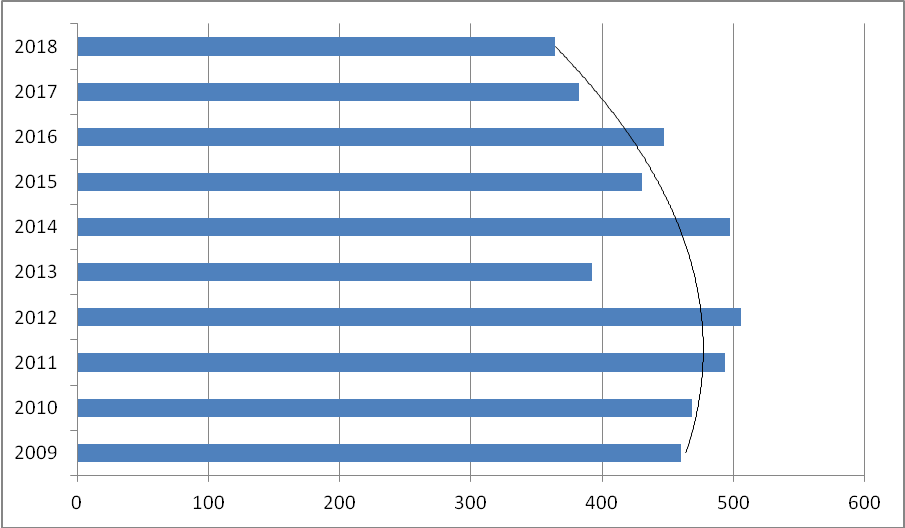
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 868,1 | 918,4 | 964,9 | 963,9 | 937,7 | 922,2 | 817,9 | 829,6 | 748,2 | 682,5 |

Рис. 3.1. Динаміка показників захворюваності на цереброваскулярні хвороби дорослого населення в м. Києві за 2009-2018 рр.

Ми вивчали та аналізували також показникизахворюваності населення міста Києва працездатного віку на цереброваскулярні хвороби за період 2009-2018 років в розрахунку на 100 тис. відповідного населення (рис. 3.2.).

В м. Києві показник захворюваності населення працездатного віку на цереброваскулярні хвороби в динаміці 2009-2018 років в розрахунку на 100 тис. населення працездатного віку скоротився в 1,26 рази (р<0,05) при t критерії достовірності 13,9 і в 2018 році склав 363,9 на 100 тис. відповідного населення. До того ж перші 4 роки дослідження (2009-2012 рр.) показник захворюваності мав тенденцію до зростання і в 2012 році досяг найвищого рівня – 506,0 на 100 тис. населення працездатного віку.

Динаміка показника при певній тенденції до зниження певною мірою може визначатися повнотою обліку ЦВХ і відповідно достовірністю статистичної звітності.

**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки |  | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ |  | 460,1 | 468,4 | 493,6 | 506,0 | 391,9 | 497,5 | 430,1 | 447,1 | 382,1 | 363,9 |

Рис. 3.2. Динаміка показників захворюваності на цереброваскулярні хвороби населення працездатного віку м. Києва за 2009-2018 рр.

З метою перевірки такого припущення нами проведений аналіз 1169 карт амбулаторного хворого (форма 25) в 2018 році осіб старше працездатного віку в сімейних амбулаторіях різних районів міста. Вибірка амбулаторних карт проводилася суцільним методом. Проведена експертна оцінка виявила наступні дані:

* в амбулаторних картах були відсутні записи на скарги, які є характерними для ЦВХ – 17,3%;
* в амбулаторних картах зустрічалися записи на скарги, які є характерними для ЦВХ, але відповідне обстеження не проведено і діагноз не виставлений – 25,7%;
* в окремих амбулаторних картах зустрічався діагноз ЦВХ, але в статистичний талон ця інформація не внесена – 14,8%, а відповідно статистично не врахована;

Таким чином, висловлене припущення про недостовірність обліку захворюваності населення на ЦВХ була підтверджена.

Нами вивчена також динаміка структури захворюваності дорослого населення на цереброваскулярні хвороби залежно від статті хворих ( табл.3.1).

*Таблиця 3.1*

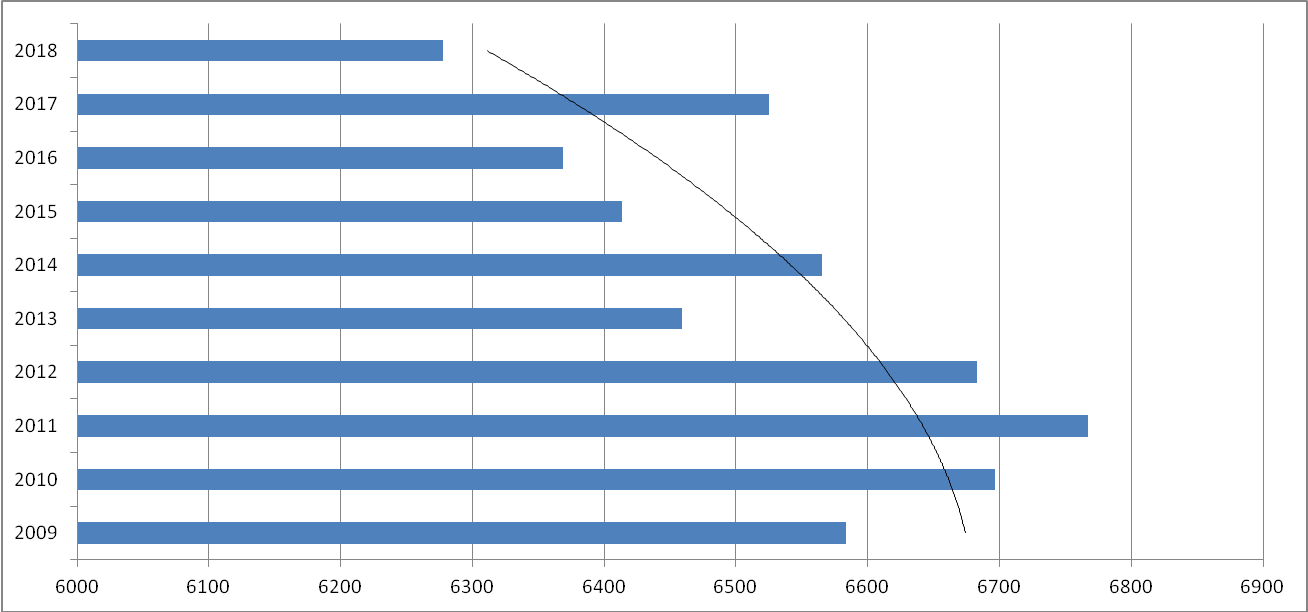
**Структура захворюваності дорослого населення на цереброваскулярні хвороби залежно від статті хворих (%), 2009-2018 рр.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стать | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Чоловіки | 40,8 | 41,5 | 40,4 | 41,0 | 40,9 | 39,9 | 41,7 | 40,6 | 42,3 | 42,2 |
| Жінки | 59,2 | 58,5 | 59,6 | 59,0 | 59,1 | 60,1 | 58,3 | 59,4 | 57,7 | 57,8 |

Наведені в таблиці 3.1 дані свідчать про, що в структурі захворюваності дорослого населення на цереброваскулярні хвороби залежно від статті хворих за ввесь період дослідження переважає частка жінок. Так, в 2018 році частка захворілих жінок у структурі захворюваності дорослого населення на цереброваскулярні хвороби склала 57,8%, а відповідно частка чоловіків - 42,2%.

### 3.2. Аналіз показників поширеності цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення м. Києва

Наступним етапом дослідження, відповідно до програми, було вивчення та аналітичний аналіз показників поширеності цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення м. Києва за період 2009-2018 років в розрахунку на 100 тис. відповідного населення. Отримані результати наведено на рис. 3.3.



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 6583,8 | 6696,8 | 6767,5 | 6683,1 | 6459,1 | 6565,5 | 6413,4 | 6369,0 | 6524,8 | 6277,8 |

Рис. 3.3. Динаміка показників поширеності цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення м. Києва за 2009-2019 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Наведені на рис. 3.3 результати свідчать, що за десятирічний період спостереження (2009-2018 рр.) показники поширеності цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення були практично тотожніми, з повільною еволюцією - від 6583,8 у 2009 році до 6277,8 на 100 тис. дорослого населення в 2018 році (Україна – 7967,2). Слід зазначити, що найвищий рівень поширеності цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення було зареєстровано в 2011 році - з рівнем 6767,5 випадків на 100 тис. дорослого населення.

Ми дослідили також показники поширеності цереброваскулярних хвороб серед населення м. Києва працездатного віку за період 2009-2018 років в розрахунку на 100 тис. відповідного населення (рис.3.4).

Як свідчать наведені на рис. 3.4 дані, спостерігається статистично стабільна ситуація щодо поширеності цереброваскулярних хвороб серед населення працездатного віку м. Києва, рівень якої у 2018 р. складає 2395,9 на 100 тис. працездатного населення. Слід зазначити, що найнижчий рівень поширеності ЦВХ було зареєстровано в 2013 році - 1904,0, а найвищий рівень у 2014 році - 2447,9.

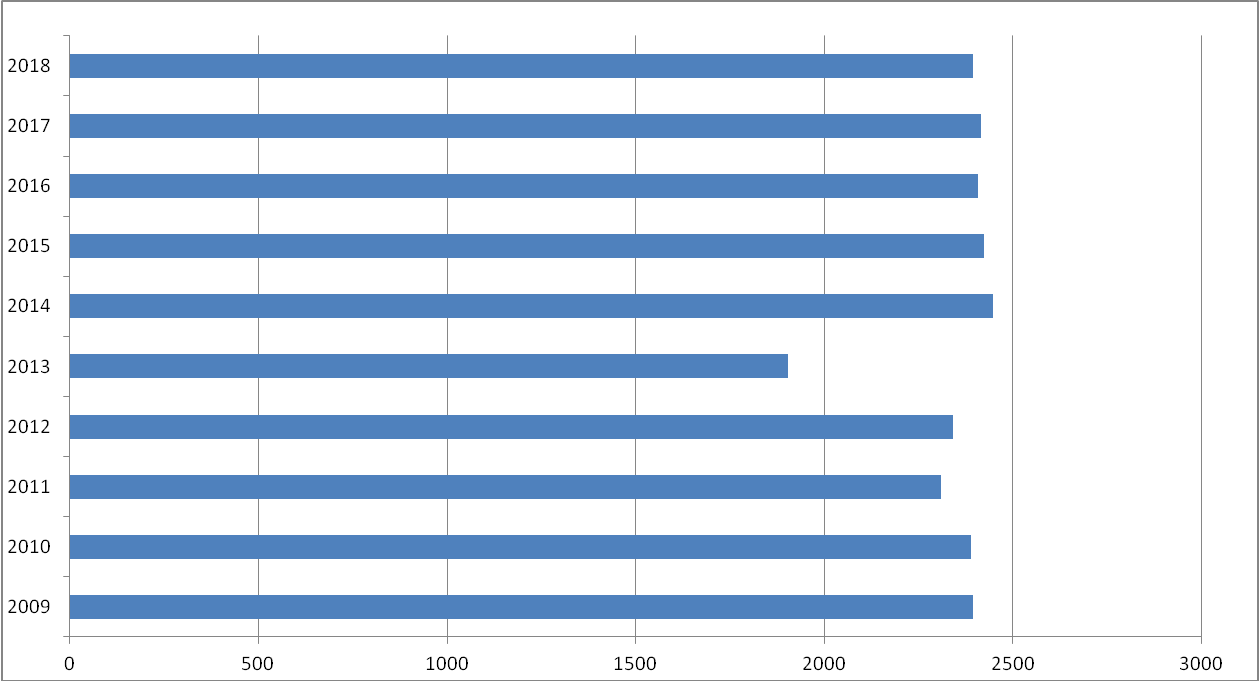
Також було досліджено структуру поширеності цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення м. Києва залежно від статі хворих (табл. 3.2).

*Таблиця 3.2*

**Структура поширеності цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення м. Києва залежно від статі хворих (%) за 2009-2018 рр.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стать | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Чоловіки | 40,3 | 39,4 | 39,5 | 40,2 | 39,0 | 38,1 | 40,2 | 40,1 | 39,5 | 38,8 |
| Жінки | 59,7 | 60,6 | 60,5 | 59,8 | 61,0 | 61,9 | 59,8 | 59,9 | 60,5 | 61,2 |

Наведені в табл. 3.2 дані свідчать про статистично не суттєві зміни за період дослідження в статевій структурі поширеності ЦВХ. Так, зниження в структурі поширеності ЦВХ частки чоловіків відбулося на 1,5%, водночас у структурі захворюваності частка чоловіків збільшилася за період ретроспективного дослідження на 1,4%.



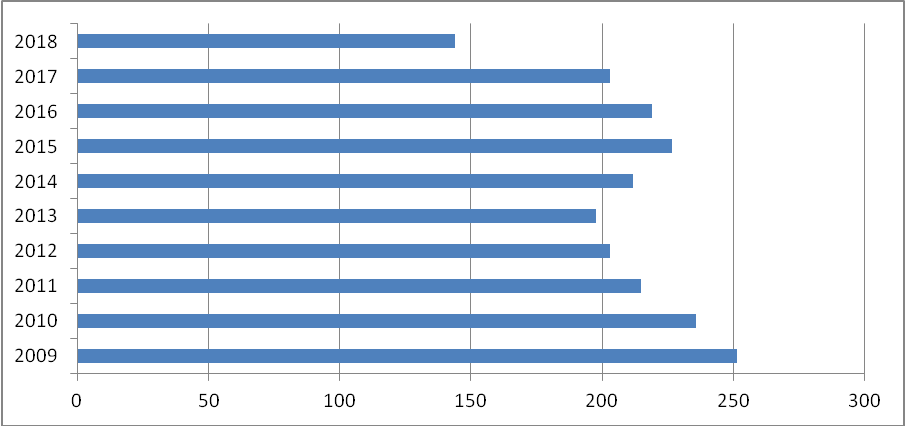
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 2394,3 | 2390,8 | 2309,5 | 2341,0 | 1904,0 | 2447,9 | 2423,5 | 2407,0 | 2416,0 | 2395,9 |

Рис. 3.4. Динаміка показників поширеності цереброваскулярних хвороб серед населення м. Києва працездатного віку за 2009-2018 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Відповідно частка поширеності ЦВХ осіб жіночої статі в структурі збільшилася 1,5%. При цьому в структурі поширеності цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення м. Києва залежно від статі хворих частка чоловіків є меншою і складає 38,8%, а частка жінок становить 61,2%. Різниця становить 1,58 разу (р≤0,05).

### 3.3. Комплексний аналіз показників захворюваності населення м. Києва на церебральні інсульти

Показники захворюваності дорослого населення м. Києва на всі види церебральних інсультів за період 2009-2018 років в розрахунку на 100 тис. відповідного населення наведені на рис. 3.5.



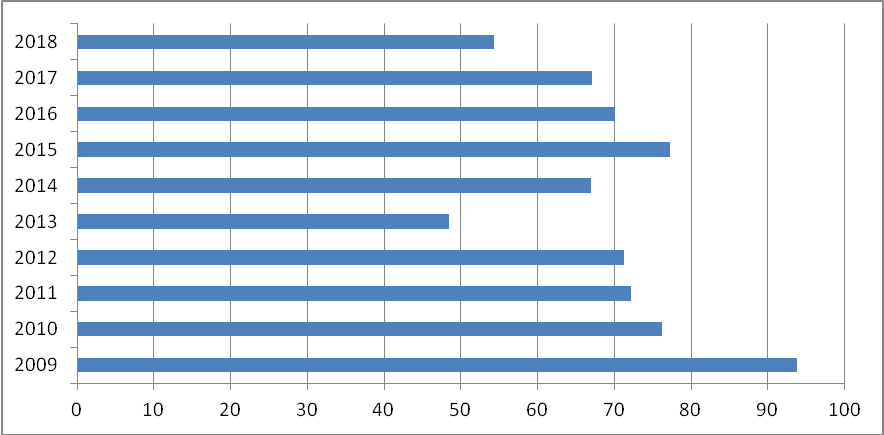
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рік | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 251,3 | 235,6 | 214,7 | 202,8 | 197,6 | 211,8 | 226,4 | 218,8 | 202,8 | 143,9 |

Рис. 3.5. Динаміка показників захворюваності дорослого населення м. Києва на церебральні інсультиза 2009-2018 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Наведені на рис. 3.5 дані свідчать про позитивну динаміку за 2009-2018 роки показника захворюваності дорослого населення м. Києва на церебральні інсульти, зокрема їх кількість скоротилася в 1,75 рази (р≤0,05) і в 2018 році складала 143,9 на 100 тис. дорослого населення. (Україна - 279,6). Достовірне скорочення показника захворюваності дорослого населення м. Києва на церебральні інсульти можна пояснити значним посиленням профілактичної роботи серед населення (розділ 8), що і забезпечило наявність в 1,94 (р≤0,05) разу нижче даного показника у столиці у зрівнянні з даними по Україні вцілому. Слід зазначити, що самий високий щорічний рівень скорочення показника захворюваності населення на мозкові інсульти зареєстровано за 2017-2018 рр. ретроспективного спостереження.

У 2009 році в місті Києві зареєстровано 2109 осіб з різними видами церебральних інсультів, що склало 1,46% від загальної кількості населення. Здебільшого, понад третя частина (33,1%) з них – це особи працездатного віку, інші – особи переважно пенсійного віку (66,9%).

Наступним етапом ретроспективного дослідження було вивчення та аналітичний аналіз показників захворюваності населення м. Києва працездатного віку на різні види церебральних інсультів за період 2009-2018 років в розрахунку на 100 тис. відповідного населення (рис. 3.6.).

****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 93,8 | 76,2 | 72,1 | 71,3 | 48,5 | 66,9 | 77,3 | 70,1 | 67,1 | 54,3 |

Рис. 3.6. Динаміка показників захворюваності населення м. Києва працездатного віку на різні види церебральних інсультів за 2009-2018 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Аналіз наведених на рис. 3.6 даних свідчить про зниження статистичних показників захворюваності населення м. Києва працездатного віку з урахування перенесених всіх видів церебральних інсультівза період спостереження протягом 2009-2018 років в розрахунку на 100 тис. відповідного населення: з 93,8 випадків у 2009 р. до 54,3 – 2018 році, що становить 1,73 разу (р≤0,05) при T критерії достовірності 5,7.

Окремо була досліджена також структура захворілих на мозкові інсульти серед дорослого населення м. Києва залежно від статі хворих (табл. 3.3).

Тривале ретроспективне спостереження свідчить, що в динаміці 2009-2018 років гендерна структура захворілих на мозкові інсульти статистично достовірно не змінилася. Якщо в 2009 році частка чоловіків серед захворілих складала 48,9%, а жінок відповідно 51,1%, то в 2019 частка чоловіків склала 53,2%, а жінок відповідно 46,8%. Наведені в табл.3.3 дані вказують на те, що серед захворілих на всі форми церебральних інсультів переважають чоловіки (53,2%) в той час як в структурі поширеності ЦВХ за статтю переважає частка хворих жінок (61,2%).

*Таблиця 3.3*

Структура захворюваності дорослого населення на всі форми церебральних інсультів залежно від статі хворих (%), 2009-2018 рр.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стать | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Чоловіки | 48,9 | 47,4 | 49,2 | 49,5 | 48,9 | 48,3 | 49,0 | 48,5 | 48,5 | 53,2 |
| Жінки | 51,1 | 52,6 | 50,8 | 50,5 | 51,1 | 51,7 | 51,0 | 51,5 | 51,5 | 46,8 |

Отримані дані підтверджують гіпотезу, що чоловіки менш відповідально ставляться до власного здоров’я порівняно з жінками.

Враховуючи, що відсутні статистичні дані щодо виду мозкового інсульту (ішемічний, геморагічний, тощо) нами використані результати проведеного в 2017 році прагматичного спостереження під час якого проведено аналіз 1575 реєстраційних карток випадків гострого мозкового інсульту.

В ході дослідження ішемічний характер інсульту виявлено у 1328 (86,1%) хворих, геморагічний — у 121 (7,8%), змішаний характер інсульту (наявність ішемічного та геморагічного осередку інсульту одночасно) — у 17 (1,1%), геморагічну трансформацію ділянки інфаркту мозку — у 19 (1,2%), неуточнений характер інсульту — у 57 (3,7%) хворих. Частка хворих на геморагічний інсульт була максимальною серед чоловіків похилого віку — 31 (9,8%) пацієнт і зменшувалася у осіб старечого віку, натомість у жінок середнього, похилого старечого віку і довгожителів частка геморагічного інсульту утримувалася на одному рівні — 7,6–8,4%. Випадки змішаного інсульту або геморагічної трансформації вогнища інфаркту реєстрували переважно у пацієнтів похилого та старечого віку обох статей.

В м. Києві, як і в Україні в цілому, на відміну від провідних країн світу, тому числі і в колишніх країн Радянського Союзу, не ведеться статистичний облік, а відповідно і відсутня статистична звітність про порушення мозкового кровообігу у дітей віком до 18 років. При цьому діти з такою патологією госпіталізуються до стаціонарів педіатричного профілю. В зв’язку з цим проаналізувати показники захворюваності дітей м. Києва на церебральні інсульти нам не вдалося. За даними статистичної звітності МОЗ України за 2018 рік в стаціонарах м. Києва лікувалося 18 дітей у віці до 18 років життя із внутрішньочерепними крововиливами.

Окремо проведено вивчення та аналіз статистичних показників захворюваності дорослого населення м. Києва на ТІА за період 2009-2018 рр., розрахунок здійснювали на 100 тис. відповідного населення. Показники захворюваності населення міста на транзиторні ішемічні атаки наведені в таблиці 3.4.

Наведені в табл.3.4 дані свідчать, що протягом останніх 10 років показники захворюваності на транзиторні ішемічні атаки в м. Києві зросли на 14,0% (р<0,05) і становили в 2018 році 26,8 осіб на 100 тис. відповідного населення.

В Україні щорічно реєструється близько 40 тис. випадків ТІА, а поширеність їх становить 95,8 випадків на 100 тис. населення [270].

*Таблиця 3.4*

Показники захворюваності дорослого населення на транзиторні ішемічні атаки в районах м. Києва за 2009-2018 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Район / рік | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 23,5 | 22,3 | 26,9 | 25,6 | 32,3 | 30,5 | 274 | 32,3 | 32,4 | 26,8 |

Наступним етапом ретроспективного дослідження було вивчення та аналіз показника захворюваності населення працездатного віку м. Києва на транзиторні ішемічні атаки за 2009-2018 рр. у розрахунку на 100 тис. відповідного населення (табл.3.5).

Як свідчать наведені дані, показникизахворюваності населення працездатного віку м. Києва на транзиторні ішемічні атаки за 10-річний період дослідження зросли в 1,5 рази при t критерії достовірності 1.08, що вказує на статистичну недостовірність зміни показника і в 2018 році становили 22,6 на 100 тис. населення.

*Таблиця 3.5*

**Показники захворюваності населення працездатного віку на транзиторні ішемічні атаки м. Києва за 2009-2018 рр.**

**(на 100 тис. відповідного населення)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Райони / рік | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 15,1 | 11,9 | 15,3 | 15,7 | 19,7 | 21,6 | 18,8 | 19,0 | 22,5 | 22,6 |

Проведена також гендерна структура захворілих на ТІА в динаміці 10-річного періоду спостереження (табл. 3.6).

*Таблиця 3.6*

Структура захворюваності дорослого населення на транзиторні ішемічні атаки залежно від статі хворих (%), 2009-2018 рр.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стать | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Чоловіки | 35,4 | 35.9 | 40.3 | 40,8 | 32,9 | 31,1 | 33.8 | 33,2 | 27,6 | 32,9 |
| Жінки | 64,6 | 64,1 | 59,7 | 59,2 | 67,1 | 68,9 | 66,2 | 66,8 | 72,4 | 67,1 |

Як свідчать наведені в табл. 3.6 дані частка осіб чоловічої статі у структурі захворілих на транзиторні ішемічні атаки має тенденцію до скорочення і в 2018 році становила 32,9% з найвищим показником у 2012 році – 40,8%. Відповідно частка захворілих жінок зберігала статистично недостовірну тенденцію до зростання з найвищим показником в 2014 році (68,9%) та показником в 2018 році, який досягав частки 67,1%. Таким чином, в структурі захворюваності дорослого населення на транзиторні ішемічні атаки залежно від статі хворих в 2,0 (р<0,05) рази переважає частка захворілих жінок.

### 3.4. Комплексний аналіз показників захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця серед дорослого населення м. Києва як факторів ризику розвитку цереброваскулярних захворювань

Як відомо, ризик розвитку мозкового інсульту зростає в пацієнтів з такими васкулярними факторами ризику як артеріальна гіпертензія, та ішемічна хвороба серця. Саме тому, відповідно до його програми дослідження, ми провели статистичний аналіз показників захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця серед дорослого населення м. Києва, як основних факторів розвитку цереброваскулярних хвороб, основною соціально-медичною проблемою також в інших країнах. Отримані результати щодо захворюваності дорослого населення м. Києва на різні стадії артеріальної гіпертензії в динаміці за 10-річний період 2009-2018 рр. в розрахунку на 100 тис. відповідного населення ( табл. 3.7).

*Таблиця 3.7*

**Показники захворюваності дорослого населення на всі стадії**

**артеріальної гіпертензії в м. Києва за 2009-2018 рр.**

**(на 100 тис. відповідного населення)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Райони / рік | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 2478,7 | 2470,5 | 2439,9 | 2355,1 | 2306,0 | 2324,6 | 2246,3 | 2287,3 | 2247,4 | 2006,1 |

Як свідчать наведені в табл. 3.7 дані, протягом останніх 10 років показники захворюваності дорослого населення м. Києва на всі стадії артеріальної гіпертензії поступово зменшувалися.

За 10-річний період ретроспективного дослідження (2009-2018 рр.) показник захворюваності дорослого населення м. Києва на всі форми гіпертонічної хвороби знизився в 1,24 (р≤0,05) разу і в 2018 році становив2006,1 на 100 тис. дорослого населення.

В Україні показник захворюваності дорослого населення на гіпертонічну хворобу становить 1997,6 на 100 тис. дорослого населення, що є статистично недостовірно нижчим показником.

Проведений також аналіз показників захворюваності артеріальної гіпертензії щодо населення працездатного віку (табл. 3.8.).

*Таблиця 3.8*

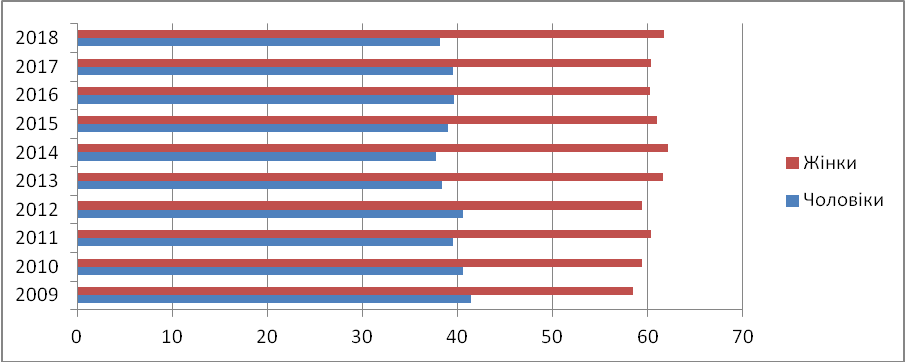
**Показники захворюваності населення працездатного**

**віку на всі стадії артеріальної гіпертензії в різних районах м. Києва за 2009-2018 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Райони / рік | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 1867,8 | 1835,4 | 1817,6 | 1732,6 | 1379,0 | 1793,2 | 1726,7 | 1763,4 | 1758,5 | 1558,1 |

Статистичний аналіз, наведений в табл. 3.8 свідчить, що показники захворюваності населення працездатного віку м. Києва на всі стадії артеріальної гіпертензії за період ретроспективного спостереження у 2009-2018 рр. мали тенденцію до зниження. Зокрема, досліджуваний показник в цілому по місту зменшився в 1,19 (р≥0,05) рази і в 2018 році становив 1558,1 випадків на 100 тис. населення працездатного віку.

Проведений також гендерний аналіз структури серед дорослого населення м. Києва, що захворіли на всі стадії артеріальної гіпертензії хвороби в процесі динамічного спостереження за період 2009-2018 рр. (рис. 3.7).



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стать | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Чоловіки | 41,5 | 40,6 | 39,6 | 40,6 | 38,4 | 37,8 | 39,0 | 39,7 | 39,6 | 38,2 |
| Жінки | 58,5 | 59,4 | 60,4 | 59,4 | 61,6 | 62,2 | 61,0 | 60,3 | 60,4 | 61,8 |

Рис. 3.7. Структура захворюваності дорослого населення на всі стадії артеріальної гіпертензії залежно від статі хворих (%), 2009-2018 рр.

Як свідчать наведені дані, частка зниження артеріальної гіпертензії серед осіб чоловічої статі зареєстрована з 41,5% до 38,2% (1,08 разу, що є статистично недостовірним). Частота випадків захворюваності осіб жіночої статі артеріальною гіпертензією зросла статистично недостовірно - з 58,5% до 61,8% (р>0,05). Отримані в ході дослідження дані вказують на те, що в структурі захворюваності дорослого населення на всі стадії артеріальної гіпертензії залежно від статі хворих в 1,62 (р<0,05) рази переважає частка захворілих жінок.

Ризик виникнення цереброваскулярних захворювань залишається досить високим і тоді, коли їхньою причиною є захворювання серця, зокрема ішемічна хвороба серця (ІХС) та інші хвороби. Ми дослідили поширеність ішемічної хвороби серця серед дорослого населення м. Києва за десятирічний період (2009-2018 рр.) в розрахунку на 100 тис. відповідного населення (табл.3.9).

*Таблиця 3.9*

**Показники поширеності ішемічної хвороби серця серед дорослого населення м. Києва за 2009-2018 рр. (на 100 тис. відповідного населення)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Райони / рік | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 27642,0 | 27889,8 | 27792,6 | 28401,1 | 27360,7 | 27963,8 | 28330,0 | 28288,7 | 28256,3 | 27241,8 |

Проведений аналіз даних в табл. 3.9 свідчить, що за період 2009-2018 рр. показник поширеності серед дорослого населення м. Києва ІХС є практично стабільним і складає 27241,8 в 2018 році.

Окремо проведено вивчення та аналіз статистичних показників поширеності ІХС серед населення працездатного віку м. Києва. (табл.3.10).

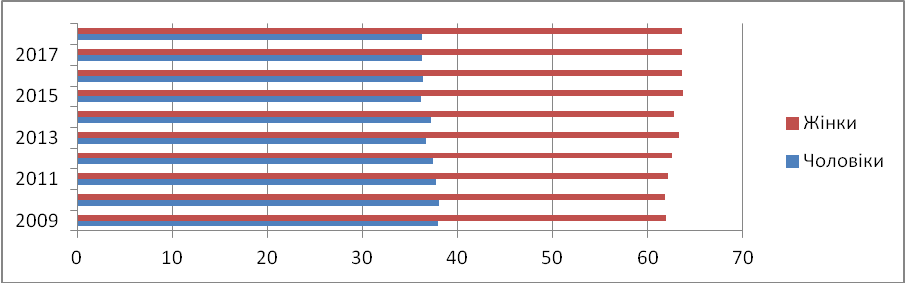
*Таблиця 3.10.*

**Показники поширеності ішемічної хвороби серця серед населення працездатного віку в районах м. Києва за 2009-2018 рр.**

**(на 100 тис. відповідного населення)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Райони / рік | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 8604,2 | 8680,1 | 8380,4 | 8242,3 | 7057,2 | 9104,8 | 9597,2 | 9376,9 | 9446,7 | 8530,0 |

Далі була досліджена гендерна структура дорослого населення з підтвердженим діагнозом ішемічної хвороби серця (рис.3.8).



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стать | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Чоловіки | 38,0 | 38,1 | 37,8 | 37,4 | 36,7 | 37,2 | 36,2 | 36,4 | 36,3 | 36,3 |
| Жінки | 62,0 | 61,9 | 62,2 | 62,6 | 63,3 | 62,8 | 63,8 | 63,6 | 63,7 | 63,7 |

Рис.3.8.Структура поширеності ІХС серед дорослого населення залежно від статі хворих (%) за період 2009-2018 рр.

З урахуванням наведених на рис. 3.8 даних можна стверджувати, що частка хворих на ішемічну хворобу серця чоловіків за роки дослідження в структурі поширеності ІХС серед дорослого населення залежно від статі хворих є стабільною та можна зробити висновок, що в м. Києві за статистичними даними жінки в 1,75 (р<0,05) разу частіше хворіють на ішемічну хворобу серця, ніж чоловіки (відповідно 63,7% і 36,3%).

Для зрівняння отриманих результатів з показниками по Україні використовувалися статистичні збірники Центру медичної статистики МОЗ України [272, 273].

### 3.5. Комплексний аналіз показників інвалідизації населення м. Києва як мегаполіса, обумовлених цереброваскулярними хворобами та їх ускладненнями

Відповідно до програми ретроспективного дослідженнями провели статистичний аналіз даних щодо первинного виходу на інвалідність хворих м. Києва після перенесеної цереброваскулярної хвороби. Період проспективного спостереження охоплює 2016-2018 рр. (табл. 3.11).

*Таблиця 3.11*

**Кількість осіб з втратою працездатності і первинною інвалідизацією внаслідок цереброваскулярних хвороб, 2016-2018 рр.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рік | Кількість осіб з інвалідизацією | % від загальної кількості осіб, яким встановлений діагноз | Відсоток осіб працездатного віку | Група інвалідності | | | |
| 1-А | 1-Б | II | III |
| 2016 | 1309 | 0,88 | 82,81 | 108 | 206 | 610 | 391 |
| 2017 | 1236 | 0,81 | 52,58 | 168 | 206 | 505 | 357 |
| 2018 | 1302 | 0,88 | 57,45 | 162 | 231 | 513 | 396 |

Як свідчать наведені дані, за період дослідження кількість осіб, яких первинно визнано інвалідами внаслідок цереброваскулярних хвороб за період дослідження залишається практично на одному рівні з статистично недостовірними коливаннями і складає в межах 0,8% від кількості осіб, яким встановлено діагноз цереброваскулярного захворювання. При цьому частка осіб працездатного віку із числа хворих, яких первинно визнано інвалідами внаслідок цереброваскулярних хвороб скоротилася в 1,44 (р≤0,05) рази (t критерій достовірності склав 3,7) і в 2018 році складала 57,45%.

За період 3-річного ретроспективного спостереження зросла частка осіб яких визнано інвалідами з повною втратою спроможності до самообслуговування, що свідчить про значно тяжчий перебіг захворювання та можливо дефектами на етапах інтенсивного та відновного лікування. Зокрема, інвалідами першої групи в 2016 році визнано 314 осіб (23,99% від загальної кількості), а в 2018 році – 393 (30,18%) (р<0,05).

### 3.6. Комплексний аналіз показників смертності населення м.  Києва як мегаполіса внаслідок цереброваскулярних хвороб та їх ускладнень

З метою детальнішого статистичного аналізу щодо епідеміології цереброваскулярних хвороб ми вважали доцільним оцінити смертність дорослого населення та осіб працездатного віку м. Києва, зумовлену цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами - найтяжчим ускладненням церебральних судинних процесів.

Дані про смертність дорослого населення м. Києва після перенесених цереброваскулярних хвороб за період 2009-2018 рр. наведено в табл. 3.12.

Наведені в табл. 3.12 дані свідчать про високий рівень смертності дорослого населення м. Києва внаслідок цереброваскулярних хвороб, який за період 2009-2018 рр. має тенденції до зниження.

Зокрема, за 10-річний період ретроспективного дослідження (2009- 2018 рр.) показник смертності зменшився на 14,01 випадків на 100 тис. дорослого населення міста (з 130,08 у 2009 р. до 116,07 у 2018 р.) (р=0,05). Найвищий рівень вказаного показника смертності зареєстровано в 2010 році (130,23), а найнижчий – у 2012 році (112,60).

*Таблиця 3.12*

**Смертність дорослого населення м. Києва зумовлена цереброваскулярними хворобами, 2009-2018 рр.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рік | Кількість летальних випадків | Показник смертності на 100 тис. дорослого населення |
| 2009 | 3571 | 130,08 |
| 2010 | 3592 | 130,23 |
| 2011 | 3144 | 113,68 |
| 2012 | 3140 | 112,60 |
| 2013 | 3219 | 114,28 |
| 2014 | 3316 | 114,89 |
| 2015 | 3404 | 117,10 |
| 2016 | 3430 | 117,99 |
| 2017 | 3379 | 115,19 |
| 2018 | 3424 | 116,07 |

Окремо проведено статистичний аналіз показника смертності населення працездатного віку м. Києва внаслідок цереброваскулярних хвороб за період 2009-2018 рр. (табл. 3.13).

*Таблиця 3.13*

**Смертність населення працездатного віку м. Києва зумовлена цереброваскулярними хворобами, 2009-2018 рр.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рік | Кількість летальних випадків | Показник смертності на 100 тис. населення працездатного віку |
| 2009 | 506 | 26,72 |
| 2010 | 415 | 22,04 |
| 2011 | 358 | 19,50 |
| 2012 | 340 | 19,47 |
| 2013 | 365 | 20,81 |
| 2014 | 371 | 21,46 |
| 2015 | 400 | 23,64 |
| 2016 | 386 | 22,64 |
| 2017 | 384 | 22,60 |
| 2018 | 371 | 21,39 |

Згідно з наведеними в табл. 3.13 даними показник смертності населення працездатного віку м. Києва від цереброваскулярних хвороб за період 2009-2018 рр. має певні коливання. Так, він скоротився на 5,33 в розрахунку на 100 тис. населення працездатного віку і склав в 2018 році 21,39 порівняно з 26, 72 випадків у 2009 р.

Ми вивчали та аналізували також дані смертності населення внаслідок перенесених церебральних інсультів дорослим населенням м. Києва за період 2009-2018 рр. (табл. 3.14).

*Таблиця 3.14*

**Смертність дорослого населення м. Києва після перенесених церебральних інсультів, 2009-2018 рр.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рік | Кількість летальних випадків | Показник смертності на 100 тис. дорослого населення |
| 2009 | 2619 | 96,14 |
| 2010 | 2487 | 90,17 |
| 2011 | 2278 | 82,37 |
| 2012 | 2371 | 85,02 |
| 2013 | 2381 | 84,53 |
| 2014 | 2497 | 86,62 |
| 2015 | 2510 | 87,85 |
| 2016 | 2476 | 86,13 |
| 2017 | 2415 | 83,61 |
| 2018 | 2493 | 85,93 |

Наведені у табл. 3.14 статистичні дані свідчить про стійку тенденцію до зниження показника смертності дорослого населення у м. Києві після перенесених церебральних інсультів за період 2009-2018 рр. Зокрема, за період десятирічного дослідження рівень смертності дорослого населення в м. Києві внаслідок церебральних інсультів знизився на 10,21 на 100 тис. дорослого населення і в 2018 році складав 85,93 випадків (1,1 разів, р=0,05). За 10-річний період дослідження в місті внаслідок перенесених церебральних інсультів померло 24527 осіб дорослого населення.

Нами проведено також аналіз смертності населення працездатного віку м. Києва, зумовленої перенесеними церебральними інсультами за період 2009-2018 рр. (табл. 3.15).

Як свідчать наведенів табл. 3.15 дані, за період 2009-2018 рр. рівень смертності населення працездатного віку в м. Києві внаслідок перенесених церебральних інсультів поступово знижувався. За досліджуваний період рівень смертності населення працездатного віку знизився в м. Києві внаслідок перенесених мозкових інсультів в 1,27 разу і складав у 2018 році 19,36 випадків в розрахунку на 100 тис. населення. Слід зазначити, що в Україні показник смертності від усіх форм мозкових інсультів у 2012 році складав 26,8 на 100 тис. працездатного населення. В м. Києві цей показник в 1,6 разу нижчий ніж в Україні. Дана ситуація пов’язана із вищим рівнем доступності та якості медичної допомоги населенню при мозкових інсультах.

*Таблиця 3.15*

**Смертність населення працездатного віку м. Києва внаслідок церебральних інсультів, 2009-2018 рр.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рік | Кількість летальних випадків | Показник смертності на 100 тис. населення працездатного віку |
| 2009 | 467 | 24,66 |
| 2010 | 388 | 22,58 |
| 2011 | 343 | 18,68 |
| 2012 | 325 | 18,61 |
| 2013 | 340 | 19,38 |
| 2014 | 356 | 20,59 |
| 2015 | 380 | 22,67 |
| 2016 | 362 | 21,23 |
| 2017 | 364 | 21,52 |
| 2018 | 348 | 19,36 |

Протягом 10-річного періоду дослідження в місті Києві внаслідок церебральних інсультів померло 3673 осіб працездатного віку.

### 3.7. Комплексний статистичний аналіз факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб та їх ускладнень за даними соціологічного дослідження

Результати статистичного аналізу факторів ризику цереброваскулярних хвороб ґрунтуються на використанні адаптованої універсальної анкети, яка сприяла проведенню скринінгового дослідження серед населення м. Києва з обстеженням510 осіб віком 45-60 років яке було проведене відповідно до програми дослідження (розділ 2).

Аналіз частоти факторів ризику ЦВХ у групах досліджували з урахуванням статі та наявності чи відсутності цереброваскулярного захворювання (основна і контрольна групи дослідження).

На початку дослідження проведено вивчення та аналіз частоти факторів ризику медичного характеру, які пов’язані з наявністю або відсутністю певних хронічних захворювань (табл. 3.16).

*Таблиця 3.16*

**Наявність та частота факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб медичного характеру**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактори ризику | Чоловіки | | Жінки | |
| абс | % | абс | % |
| *Особи, у яких виявлено цереброваскулярні хвороби* | | | | |
| Артеріальна гіпертензія | 108 | 83.1±1.9 | 131 | 87.3±1.7 |
| Із них повністю виконує рекомендації лікаря щодо способу життя | 12 | 11.1±1.6 | 17 | 12.9±1.7 |
| Із них повністю виконує рекомендації лікаря щодо прийому лікарських засобів | 19 | 17.6±1.9 | 26 | 19.8±2.0 |
| Із них частково виконує рекомендації лікаря щодо способу життя | 39 | 36.1±2.4 | 51 | 38.9±2.4 |
| Із них частково виконує рекомендації лікаря щодо прийому лікарських засобів | 41 | 37.9±2.4 | 64 | 48.9±2.5 |
| Із них не виконує рекомендації лікаря щодо способу життя | 56 | 51.8±2.5 | 82 | 6.3±1.2 |
| Із них не виконує рекомендації лікаря щодо прийому лікарських засобів | 48 | 44.4±2.5 | 60 | 45.8±2.5 |
| Ішемічна хвороба серця | 98 | 75.4±2.2 | 109 | 72.7±2.2 |
| Цукровий діабет | 96 | 73.8±2.2 | 101 | 67.3±2.3 |
| Ожиріння I ступеню | 34 | 26.2±2.2 | 42 | 28.0±2.2 |
| Ожиріння II ступеню | 29 | 22.3±2.1 | 37 | 24.7±2.1 |
| Ожиріння III ступеню | 19 | 14.6±1.8 | 24 | 16.0±1.8 |
| Наявність вади серця | 31 | 23.8±2.1 | 43 | 28.7±2.3 |
| Хронічний пієло(гломеруло)нефрит | 52 | 40.0±2.4 | 79 | 52.7±2.5 |
| Обструктивне захворювання органів дихання | 101 | 77.7±2.1 | 121 | 80.7±2.0 |
| *Особ, у яких не виявлено цереброваскулярні хвороби* | | | | |
| Артеріальна гіпертензія | 29 | 31,9±2,3 | 53 | 35,6±2,4 |
| Із них повністю виконує рекомендації лікаря щодо способу життя | 4 | 13,8±1,7 | 7 | 13,2±1,7 |
| Із них повністю виконує рекомендації лікаря щодо прийому лікарських засобів | 7 | 24,1±2,1 | 12 | 22,6±2,1 |
| Із них частково виконує рекомендації лікаря щодо способу життя | 14 | 48,3±2,5 | 37 | 69,8±2,3 |
| Із них частково виконує рекомендації лікаря щодо прийому лікарських засобів | 13 | 44,8±2,5 | 32 | 60,4±2,4 |

*Продовження таблиці 3.16*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Із них не виконує рекомендації лікаря щодо способу життя | 11 | 37,9±2,4 | 9 | 16,9±1,9 |
| Із них не виконує рекомендації лікаря щодо прийому лікарських засобів | 9 | 31,0±2,3 | 9 | 16,9±1,9 |
| Ішемічна хвороба серця | 21 | 23,1±2,1 | 23 | 15,4±1,8 |
| Цукровий діабет | 10 | 10,9±1,5 | 9 | 6,0±1,2 |
| Ожиріння I ступеню | 7 | 7,7±1,3 | 12 | 8,1±1,4 |
| Ожиріння II ступеню | 5 | 5,4±1,1 | 10 | 6,7±1,3 |
| Ожиріння III ступеню | 1 | 1,1±0,5 | 3 | 2,0±0,7 |
| Наявність пороку серця | 5 | 5,4±1,1 | 6 | 4,0±1,0 |
| Хронічний пієло(гломеруло)нефрит | 7 | 7,7±1,3 | 7 | 4,7±1,1 |
| Обструктивне захворювання органів дихання | 19 | 20,9±2,0 | 21 | 14,1±1,7 |

Результати дослідження показали, що найбільш часто зустрічаються такий фактор ризику розвитку ЦВХ медичного характеру як артеріальна гіпертензія. Зокрема, у чоловіків, які страждають на ЦВХ артеріальну гіпертензію виявили у 83,1±1,9% осіб з числа тих, що прийняли участь у дослідженні, а серед відповідної кагорти жінок – у 87,3±1,6%. Серед чоловіків, у яких не виявлені ЦВХ артеріальна гіпертензія зареєстрована у 31,9±2,5% осіб, а серед жінок – 35,6± 2,4% відповідно.

Наразі негативним є те, що тільки 11,1±1,6% чоловіків, що хворіють ЦВХ виконують рекомендації лікарів щодо способу життя, та 17,6±1,9% осіб чоловічої статі виконують рекомендації лікарів щодо прийому лікарських засобів. Серед чоловіків, які не страждають на цереброваскулярні хвороби, частка таких значно вища – 13,8±1,7% та 24,1± 2,2%.

Частка жінок із числа тих, що хворіють на цереброваскулярні хвороби відповідно складає 12,9±1,9% та 19,8±2,0%, а не хворіють – 13,2±1,7% та 22,6±2,1% відповідно.

Отримані статистичні дані свідчать про відповідальніше ставлення жінок до особистого здоров’я, ніж чоловіків.

Іншими факторами ризику розвитку цереброваскулярних захворювань медичного характеру були: у чоловіків, що хворіють на цереброваскулярні хвороби: ішемічна хвороба серця (75.4±2,2%), обструктивні захворювання органів дихання (77.7±2.1%), цукровий діабет (73.8±2,2%); у чоловіків, що не страждають цереброваскулярними хворобами: ішемічна хвороба серця (23,1±2,1%), обструктивні захворювання органів дихання (20,9±2,0%), цукровий діабет (10,9±1,5%); у жінок, у яких не виявлені цереброваскулярні хвороби: ішемічна хвороба серця (36,5±2,4%), цукровий діабет (16,5±1,8%), обструктивні захворювання органів дихання (15,3±1,8%); у жінок, у яких виявлені цереброваскулярні хвороби: ішемічна хвороба серця (72.2±2.2%), обструктивні захворювання органів дихання (80.7±2.0%), цукровий діабет (67.3±2.3%).

Зазначимо, що результати дослідження не отримали у когорти обстежених жителів міста Києва даних, що ожиріння не є являється статистично значущим фактором ризику розвитку цереброваскулярних захворювань.

Важливим ми вважали вивчено питання щодонаявності та частоти в обстеженої когорти жителів м. Києва факторів ризику спадкового характеру розвитку цереброваскулярних захворювань. Для цього з’ясовували сімейний анамнез, уточняли наявність у рідних (матері, батька, баби, діда) артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби, цереброваскулярних захворювань та таких їх ускладнень, як інфаркт міокарда та церебральний інсульт (табл. 3.17).

Результати проведеного аналізу показали, що більшість осіб, що прийняли участь у дослідженні мають фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб спадкового характеру. Зокрема 80,8±2,0% чоловіків та 80,7±2,0% жінок, у яких виявлені цереброваскулярні хвороби мають в сімейному анамнезі артеріальну гіпертензію, 39,5±2,4% та 37,6±2,4% – ішемічну хворобу серця, а 77,7±2,1% і 78,0±2,1% – відповідно цереброваскулярної хвороби. Більше половини обстежених як чоловіків, так і жінок у сімейному анамнезі мали випадки церебральних інсультів та інфарктів міокарда.

У сімейному анамнезі як чоловіків, так і жінок, що не мають цереброваскулярних захворювань найчастіше виявлялися артеріальна гіпертензія – 35,2±2,4% та 42,3±2,5% відповідно; ішемічна хвороба серця – 26,4±2,2% та 26,8±2,2%; цереброваскулярні хвороби – 13,2±1,7% та 10,1±1,5%. Такі судинні ускладнення, як церебральний інсульт та інфаркт міокарда у даної категорії обстежених у сімейному анамнезі були зареєстровані рідше, ніж у когорти обстежених, що мають цереброваскулярні хвороби.

*Таблиця 3.17*

**Наявність та частота факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб спадкового характеру**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактори ризику | Чоловіки | | Жінки | |
| абс | % | абс | % |
| *Особи, які хворіють на цереброваскулярні хвороби* | | | | |
| Наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії | 105 | 80,8±2.0 | 121 | 80,7±2.0 |
| Наявність у сімейному анамнезі ішемічної хвороби серця | 101 | 77,7±2.1 | 117 | 78,0±2.1 |
| Наявність у сімейному анамнезі церебрального інсульту | 84 | 64,6±2.4 | 99 | 66,0±2.4 |
| Наявність у сімейному анамнезі інфаркту міокарда | 79 | 60,8±2.4 | 94 | 62,7±2.4 |
| Наявність у сімейному анамнезі цереброваскулярної хвороби | 94 | 72,3±2.2 | 107 | 71,3±2.3 |
| *Особи, у яких не виявлено цереброваскулярні хвороби* | | | | |
| Наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії | 32 | 35,2±2,4 | 63 | 42,3±2,5 |
| Наявність у сімейному анамнезі ішемічної хвороби серця | 24 | 26,4±2,2 | 40 | 26,8±2,2 |
| Наявність в сімейному анамнезі церебрального інсульту | 7 | 7,7±1,3 | 12 | 8,1±1,4 |
| Наявність у сімейному анамнезі інфаркту міокарда | 9 | 9,8±1,5 | 11 | 7,4±1,3 |
| Наявність у сімейному анамнезі цереброваскулярної хвороби | 12 | 13,2±1,7 | 15 | 10,1±1,5 |

Наступним етапом дослідження було вивчення частоти факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб, які пов’язані із способом життя та частоти факторів ризику соціально-економічного характеру (табл.3.18).

*Таблиця 3.18*

**Наявність та частота факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб, які пов’язані із способом життя та факторів ризику соціально-економічного характеру**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактори ризику | Чоловіки | | | Жінки | |
| абс | | % | абс | % |
| *Особи, які хворіють на цереброваскулярні хвороби* | | | | | |
| Тютюнопаління в даний період | 89 | | 68,5±2.3 | 47 | 31,3±2.3 |
| Кинув палити рік і більше назад | 16 | | 12,3±1.6 | 26 | 17,3±1.9 |
| Зловживання алкоголем в даний період | 71 | | 54,6±2.5 | 65 | 43.3±2.5 |
| Зловживання алкоголем в минулому | 36 | | 27,7±2.2 | 19 | 12,7±1.6 |
| Малорухомий спосіб життя | 119 | | 91,5±1.4 | 131 | 87,3±1.7 |
| Безсоння | 76 | | 58,5±2.5 | 22 | 14,7±1.8 |
| Самотність | 39 | | 30,0±2.3 | 81 | 54,0±2.5 |
| Психоемоційні навантаження на роботі | 78 | | 60,0±2.4 | 94 | 62,7±2.4 |
| Тривалі неприємності в сім’ї | 59 | | 45,4±2.5 | 69 | 46,0±2.5 |
| Нераціональне харчування | 112 | | 86,2±1.7 | 117 | 78,0±2.1 |
| Зловживання сіллю | 91 | | 70,0±2.3 | 84 | 56,0±2.5 |
| Перебування за комп’ютером більше 6 годин на добу | 74 | | 56,9±2.5 | 71 | 47,3±2.5 |
| Наявність в сім’ї особи, яка потребує стороннього догляду | 31 | | 23,8±2.1 | 34 | 22,7±2.1 |
| Постійна недостатність фінансових ресурсів | 84 | | 64,6±2.4 | 97 | 64,7±2.4 |
| Відсутність власного житла | 76 | | 58,5±2.5 | 89 | 59,3±2.5 |
| *Особи, які не хворіють на цереброваскулярні хвороби* | | | | | |
| Тютюнопаління в даний період | 41 | 45,1±2,5 | | 11 | 7,4±1,3 |
| Кинув палити рік і більше назад | 15 | 16,5±1,8 | | 5 | 3,4±0,9 |
| Зловживання алкоголем в даний період | 19 | 20,8±2,0 | | 3 | 2,0±0,7 |
| Зловживання алкоголем в минулому | 7 | 7,6±1,3 | | 4 | 2,7±0,8 |
| Малорухомий спосіб життя | 49 | 53,8±2,5 | | 49 | 32,9±2,3 |
| Безсоння | 17 | 18,7±1,9 | | 21 | 14,1±1,7 |
| Самотність | 7 | 7,7±1,3 | | 11 | 7,4±1,3 |
| Психоемоційні навантаження на роботі | 17 | 18,7±1,9 | | 29 | 19,5±2,0 |
| Тривалі неприємності в сім’ї | 15 | 16,5±1,9 | | 31 | 20,8±2,0 |
| Нераціональне харчування | 49 | 53,8±2,5 | | 53 | 35,6±2,4 |
| Зловживання сіллю | 31 | 34,1±2,4 | | 27 | 18,1±1,9 |
| Перебування за комп’ютером більше 8 годин на добу | 16 | 20,9±2,0 | | 36 | 24,2±2,1 |
| Наявність в сім’ї особи, яка потребує стороннього догляду | 4 | 4,4±1,0 | | 5 | 3,4±0,9 |
| Постійна недостатність фінансових ресурсів | 14 | 15,4±1,8 | | 37 | 24,8±2,1 |
| Відсутність власного житла | 9 | 9,9±1,5 | | 14 | 9,4±1,5 |

Аналіз результатів проведеного статистичного дослідження показав, що найбільш часто зустрічаються наступні фактори ризику розвитку ЦВХ, які пов’язані зі способом життя та соціально-економічного характеру у опитаних мешканців м. Києва :

- у чоловіків, що мають ЦВХ: тютюнопаління в даний період (68,5±2,3%), малорухомий спосіб життя (91,5±1,4%), нераціональне харчування (86,2±1,7%), зловживання сіллю (70,0±2,3%), зловживання алкоголем (54,6,4±2,5%), перебування за комп’ютером більше 6 годин на добу (56,9±2,5%), безсоння (58,5±2,5%) та психоемоційне навантаження на роботі (60,0±2,4%);

- у чоловіків, що не мають ЦВХ: малорухомий спосіб життя (53,8±2,5%), тютюнопаління в даний період (45,1±2,5%), зловживання сіллю (34,1±2,4%), зловживання алкоголем (20,8±2,0%), перебування за комп’ютером більше 6 годин на добу (20,9±2,0%), безсоння (18,7±1,9%) та тривалі неприємності в сім’ї (16,5±1,9%);

- у жінок, що мають ЦВХ: малорухомий спосіб життя (87,3±1,7%), зловживання сіллю (56,0±2,5%), тривалі неприємності в сім’ї (46,0±2,5%) та самотність (54,0±2,5%), нераціональне харчування (78,0±2,1%);

- у жінок, що не мають ЦВХ: малорухомий спосіб життя (32,9±2,3%), перебування за комп’ютером більше 6 годин на добу (24,2 ±2,2%), тривалі неприємності в сім’ї (20,8±2,0%), зловживання сіллю (18,1±1,9%).

Проведений аналіз структури та рівнів факторів ризику розвитку ЦВХ, які пов’язані зі способом життя у чоловіків та жінок засвідчив, що у рівень тютюнопаління у жінок у 2,2 (р≤0,05) рази нижчий. За іншими факторами ризику достовірної статистично значущої різниці не встановлено.

До найголовніших факторів ризику розвитку ЦВХ соціально-економічного характеру за результатами нашого дослідження відносяться: у чоловіків, що хворіють на ЦВХ: постійна недостатність фінансових ресурсів (64,6,3±2,4%), відсутність власного житла (58,5±2,5%); у чоловіків, що не хворіють на ЦВХ: психоемоційні навантаження на роботі (18,7±2,0%), постійна недостатність фінансових ресурсів (15,4±1,8%), відсутність власного житла (9,9±1,5%); у жінок, що страждають на ЦВХ: постійна недостатність фінансових ресурсів (64,7%±2,4%), відсутність власного житла (59,3±2,5%); у жінок, що не страждають на ЦВХ: недостатність фінансових ресурсів (24,8±2,2%), психоемоційні навантаження на роботі (19,5±2,0%), відсутність власного житла (9,4±1,4%).

Таким чином, проведене дослідження дозволило виявити у обстежених жителів м. Києва віком 45-60 років високий рівень наявності факторів ризику розвитку ЦВХ саме у тих осіб, хто не виявляє у себе ознак цієї судинної патології, а також вірогідність розвитку інсульту у тих, хто хворіє на ЦВХ. До даних факторів ризику слід віднести фактори спадкового та медичного характеру, а також фактори способу життя та соціально-економічні негаразди. Результати дослідження свідчать про необхідність розробки цільової міжсекторальної програми профілактики ЦВХ та їх ускладнень.

Наступним кроком дослідження було проведення розрахунків ВР. Проведені розрахунки в кагорті чоловіків основної та контрольної групи наведені в таблиці 3.19.

Проведені розрахунки відносних ризиків розвитку ЦВХ у чоловіків вказують на високий рівень в основній групі наступних ризиків:

- медичного характеру: наявність обструктивного захворювання органів дихання (ВР 5.316; ДІ 95% (9.962- 40.732), ВШ -13,198); артеріальної гіпертензії (ВР – 9.00; ДІ 95% (9.165 – 40.398), ВШ -19.241 ); ІХС (ВР – 4.455; ДІ 95% (7.583 – 29.077), ВШ – 14.848);

- спадкового характеру: наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії (ВР – 7.000; ДІ 95% (6.465 – 25.764), ВШ – 12.906); ЦВХ (ВР – 3.615; ДІ 95% (11.281 – 50.215), ВШ – 23.801); ІХС (ВР – 5.316); ДІ 95% (7.545 – 29.189), ВШ – 14.840);

- способу життя: малорухомий спосіб життя (ВР – 9.909; ДІ 95% (6.893-29.069), ВШ – 14.156); нераціональне харчування (ВР – 14.000; ДІ 95% (5.247-27.445), ВШ – 12.000); зловживання сіллю (ВР – 3.138; ДІ 95% (3.326 – 11.091), ВШ – 6.073); тютюнопаління (ВР - 2,871; ДІ 95% (1.958-6.260), ВШ – 3.501);

*Таблиця 3.19*

# Відносні ризики розвитку ЦВХ серед чоловіків

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактор ризику | Шанси знайти ФР, групи | | Довірчий інтервал | Відношення шансів |
| Основна | Контрольна |
| *Фактори ризику медичного характеру* | | |  |  |
| Артеріальна гіпертензія | 9.000 | 0.468 | 9.165 - 40.398 | 19.241 |
| Ішемічна хвороба серця | 4.455 | 0.301 | 7.583 - 29.077 | 14.848 |
| Цукровий діабет | 4.000 | 0.123 | 14.634 -71.732 | 32.400 |
| Ожиріння I ступеню | 0.395 | 0.083 | 1.993 -11.293 | 4.744 |
| Ожиріння II ступеню | 0.319 | 0.052 | 2.029 -14.868 | 5.481 |
| Ожиріння III ступеню | 0.188 | 0.058 | 2.222 -129.026 | 16.931 |
| Наявність пороку серця | 0.348 | 0.042 | 2.226 -16.123 | 5.551 |
| Хронічний пієло(гломеруло)нефрит | 0.765 | 0.083 | 3.917-21.500 | 9.176 |
| Обструктивне захворювання органів дихання | 5.316 | 0.264 | 9.962 - 40.732 | 20.144 |
| *Фактори ризику спадкового характеру* | | |  |  |
| Наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії | 7.000 | 0.542 | 6.465 – 25.764 | 12.906 |
| Наявність у сімейному анамнезі ішемічної хвороби серця | 5.316 | 0.358 | 7.545 – 29.189 | 14.840 |
| Наявність в сімейному анамнезі церебрального інсульту | 2.333 | 0.083 | 11.98 -66.452 | 28.000 |
| Наявність у сімейному анамнезі інфаркту міокарда | 1.927 | 0.110 | 8.008 -38.484 | 17.556 |
| Наявність у сімейному анамнезі цереброваскулярної хвороби | 3.615 | 0.152 | 11.281-50.215 | 23.801 |
| *Фактори ризику способу життя* | | |  |  |
| Тютюнопаління в даний період | 2.871 | 0.820 | 1.958 -6.260 | 3.501 |
| Зловживання алкоголем в даний період | 1.449 | 0.264 | 2.945 – 10.237 | 5.491 |
| Малорухомий спосіб життя | 9.909 | 0.700 | 6.893 -29.069 | 14.156 |
| Безсоння | 1.727 | 0.230 | 3.946 -14.327 | 7.519 |
| Самотність | 0.481 | 0.083 | 2.444 – 13.661 | 5.778 |
| Тривалі неприємності в сім’ї | 0.967 | 0.197 | 2.534 -9.475 | 4.901 |
| Нераціональне харчування | 14.000 | 1.167 | 5.247 – 27.445 | 12.000 |
| Зловживання сіллю | 3.138 | 0.517 | 3.326 – 11.091 | 6.073 |
| Перебування за комп’ютером більше 6 годин на добу | 1.609 | 0.213 | 3.924 – 14.492 | 7.541 |
| *Фактори ризику соціально-економічного характеру* | | |  |  |
| Постійна недостатність фінансових ресурсів | 2.333 | 0.182 | 6.434 - 25.598 | 12.833 |
| Відсутність власного житла | 1.727 | 0.110 | 7.200 - 34.400 | 15.737 |
| Психоемоційні навантаження на роботі | 1.857 | 0.230 | 4.233 - 15.439 | 8.084 |

- соціально – економічного характеру: постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР- 2.333; ДІ 95% (6.434 – 25.598), ВШ – 12.833); психоемоційні навантаження на роботі (ВР- 1,857; ДІ 95% (4.233-15.439), ВШ – 8.084).

Наступним кроком дослідження було проведення розрахунків шансів наявності факторів ризику розвитку ЦВХ серед кагорти основної та контрольної групи жінок.

Проведені розрахунки в кагорті жінок основної та контрольної групи наведені в таблиці 3.20.

*Таблиця 3.20*

# Відносні ризики розвитку ЦВХ серед жінок

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактор ризику | Шанси знайти ФР | | Довірчий інтервал | Відношення шансів |
| Основна  група | Контрольна група |
| *Фактори ризику медичного характеру* | | |  |  |
| Артеріальна гіпертензія | 4.517 | 0.552 | 4.846 – 13.814 | 8.182 |
| Ішемічна хвороба серця | 2.659 | 0.183 | 8.225 – 25.788 | 14.564 |
| Цукровий діабет | 2.061 | 0.064 | 15.063 – 68.250 | 32.063 |
| Ожиріння I ступеню | 0.389 | 0.088 | 2.228-8.846 | 4.440 |
| Ожиріння II ступеню | 0.301 | 0.072 | 1.996 – 8.759 | 4.181 |
| Ожиріння III ступеню | 0.176 | 0.021 | 2.528 -29.171 | 8.588 |
| Наявність пороку серця | 0.402 | 0.042 | 3.933 – 23.327 | 9.578 |
| Хронічний пієло(гломеруло)нефрит | 1.113 | 0.049 | 9.904 -51.442 | 22.571 |
| Обструктивне захворювання органів дихання | 4.172 | 0.164 | 13.761 -47.000 | 25.432 |
| *Фактори ризику спадкового характеру* | | |  |  |
| Наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії | 4.172 | 0.733 | 3.388 -9.575 | 5.696 |
| Наявність у сімейному анамнезі ішемічної хвороби серця | 3.545 | 0.367 | 5.689 – 16.408 | 9.661 |
| Наявність в сімейному анамнезі церебрального інсульту | 1.941 | 0.088 | 11.228 – 43.742 | 22.162 |
| Наявність у сімейному анамнезі інфаркту міокарда | 1.679 | 0.080 | 10.483 – 42.302 | 21.058 |
| Наявність у сімейному анамнезі цереброваскулярної хвороби | 4.488 | 0.112 | 11.718 – 42.171 | 22.229 |
| *Фактори ризику способу життя* | | |  |  |
| Тютюнопаління в даний період | 0.456 | 0.080 | 2.830 – 11.578 | 5.725 |

*Продовження таблиці 3.20*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Зловживання алкоголем в даний період | 0.765 | 0.021 | 11.345 – 122.076 | 37.216 |
| Малорухомий спосіб життя | 6.895 | 0.490 | 7.798 – 25.389 | 14.075 |
| Безсоння | 0.172 | 0.164 | 0.549 – 1.999 | 1.048 |
| Самотність | 1.174 | 0.080 | 7.365 – 29.449 | 14.727 |
| Тривалі неприємності в сім’ї | 0.852 | 0.263 | 1.948 – 5.397 | 3.243 |
| Нераціональне харчування | 3.545 | 0.552 | 3.850 – 10.712 | 6.422 |
| Зловживання сіллю | 1.273 | 0.221 | 3.395 – 9.741 | 5.751 |
| Перебування за комп’ютером більше 6 годин на добу | 0.899 | 0.319 | 1.722 – 4.620 | 2.821 |
| *Фактори ризику соціально-економічного характеру* | | |  |  |
| Постійна недостатність фінансових ресурсів | 1.830 | 0.330 | 3.359 – 9.136 | 5.510 |
| Відсутність власного житла | 1.459 | 0.104 | 7.422 – 26.669 | 14.069 |
| Психоемоційні навантаження на роботі | 1.679 | 0.242 | 4.115 – 11.723 | 6.946 |

Проведені розрахунки відносних ризиків розвитку ЦВХ у жінок вказують на високий рівень в основній групі наступних ризиків:

- медичного характеру: наявність артеріальної гіпертензії (ВР – 4.517; ДІ 95% (4.846-13.814), ВШ – 8.182); обструктивного захворювання органів дихання (ВР – 4.172; ДІ 95% (13.761 – 47.000), ВШ – 25.432); ІХС (ВР – 2.659; ДІ 95% (8.225-25.788), ВШ – 14.564);

- спадкового характеру: наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії (ВР – 4.172; ДІ 95% (3.388 – 9.575), ВШ – 5.696); ЦВХ (ВР – 4.488; ДІ 95% (11.718 – 42.171), ВШ – 22.229); ІХС (ВР – 3.545); ДІ 95% (5.689 – 16.408), ВШ – 9.661);

- способу життя: малорухомий спосіб життя (ВР – 6.895; ДІ 95% (7.798-25.389), ВШ – 14.075); нераціональне харчування (ВР – 3.545; ДІ 95% (3.850-10.712), ВШ – 6.422); зловживання сіллю (ВР – 1.273; ДІ 95% (3.395-9.741), ВШ – 5.751);

- соціально – економічного характеру: постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР - 1.830; ДІ 95% (3.350-9.136), ВШ – 5.540); психоемоційні навантаження на роботі (ВР- 1.679; ДІ 95% (4.115-11.723), ВШ – 6.946).

### 3.8. Наявність та частота факторів ризику у осіб, які перенесли церебральний інсульт за  результатами прагматичного спостереження

Відповідно до програми дослідження було проведено аналіз 1575 Реєстраційних карток випадків гострого мозкового інсульту. У 33 (2,1%) картках були відсутні дані демографічних показників обстежених пацієнтів (вік і/або стать). До подальшого аналізу включено дані 1542 хворих віком 26–100 років (середній вік — 70,5±10,7 року), серед яких 657 (42,6%) чоловіків та 885 (57,4%) жінок. Діагноз інсульту встановлювали згідно з критеріями ВООЗ на підставі детального неврологічного огляду і/або результатів нейровізуалізації — комп’ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії головного мозку. Загалом нейровізуалізацію проведено у 1251 (81,1%) пацієнта. Під час аналізу розподілу пацієнтів за віком згідно з критеріями ВООЗ встановлено, що учасниками дослідження стали 20 (1,3%) пацієнтів молодого віку (<45 років), 219 (14,2%) середнього (45–59 років), 669 (43,4%) похилого (60–74 роки), 604 (39,2%) старечого віку (75–89 років) та 30 (1,9%) довгожителів (≥90 років). У групі хворих молодого та середнього віку чоловіків було більше у 1,7 разу, натомість серед обстежених пацієнтів похилого та старечого віку переважали жінки, але тенденція виявилася статистично незначущою (p>0,05) (табл. 3.21).

Серед наявних факторів ризику інсульту вивчали кардіологічну патологію, порушення вуглеводного та ліпідного обміну, тютюнопаління, наявність стресів. Пацієнти з виявленою серцевою патологією були консультовані кардіологом.

***Таблиця 3.21***

**Характеристика пацієнтів за віком і статтю**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вік хворих | Середні значення, років (M±SD) | Стать | |
| Чоловіки, n | Жінки, n |
| Молодий | 38,2±5,6 | 15 | 5 |
| Середній | 54,7±3,8 | 136 | 83 |
| Похилий | 67,2±4,1 | 315 | 354 |
| Старечий | 80,0±4,0 | 186 | 418 |
| Довгожителі | 92,5±2,9 | 5 | 25 |
| **Усього** | **70,5±10,7** | **657** | **885** |

Діагноз захворювання серця (інфаркт міокарда, фібриляція передсердь, ішемічна хвороба серця тощо) вважали уточненим, якщо запис про нього був наявний у висновку кардіолога в історії стаціонарного хворого. Стадію та ступінь артеріальної гіпертензії визначали згідно із сучасною адаптованою клінічною настановою [271].

Первинна база даних сформована за допомогою програми «Microsoft Excel 2010». Статистичний аналіз даних проводили на Intel-сумісному персональному комп’ютері з використанням програм «SPSS 21.0». Оцінку нормальності розподілу проводили за допомогою методу Шапіро — Уїлка. Кількісні ознаки, які мали нормальний розподіл, описували середніми значеннями (М) і середньоквадратичними відхиленнями (SD). Для аналізу якісних параметрів використовували частотні характеристики. Для порівняння якісних ознак використовували критерій χ². Оцінку статистичної значущості результатів визначали з граничним ризиком похибки не вище 5% (р<0,05). Серед пацієнтів, залучених у дослідження, у групах хворих молодого та середнього віку чоловіків було більше в 1,7 разу, натомість у групах пацієнтів похилого та старечого віку переважали жінки, тенденція статистично незначуща (p>0,05; χ2)

Найбільш вагомим наявним фактором судинного ризику була артеріальна гіпертензія в анамнезі у 1465 (95,0±1,1%) пацієнтів. Серед інших факторів ризику інсульту виявлено порушення ліпідного обміну — у 463 (30,0±2,3%) хворих, фібриляція передсердь — у 451 (29,2±2,3%), цукровий діабет — у 368 (23,9±2,1%), тютюнопаління — у 199 (12,9±1,6%), інфаркт міокарда в анамнезі — у 140 (9,1±1,4%), хронічний або гострий стрес напередодні інсульту — у 138 (9,0±1,4%) пацієнтів.

На артеріальну гіпертензію хворіли однаково часто пацієнти обох статей в усіх вікових групах. При цьому антигіпертензивні препарати отримували лише 38,0±% з учасників дослідження. Прихильність до лікування розрізнялася у хворих різних вікових груп. Так, серед пацієнтів молодого віку антигіпертензивні препарати приймали 6 (40,0±2,5%) чоловіків та 1 (20,0±2,0%) жінка. У групі хворих середнього віку антигіпертензивну терапію отримували 49 (36,0±2,4%) чоловіків та 39 (47,0±2,5%) жінок, похилого віку — 109 (34,6±2,4%) чоловіків та 138 (39,0±2,4%) жінок, старечого віку — 67 (36,0±2,4%) чоловіків та 172 (41,2±2,5%) жінки, у групі довгожителів — 1 (20,0%) чоловік та 11 (44,0±2,5%) жінок.

Інфаркт міокарда в анамнезі значущо частіше виявляли у чоловіків середнього та старечого віку порівняно з жінками цих вікових груп (p<0,01).

Частка ішемічної хвороби серця поступово зростала з віком як у чоловіків, так і у жінок, але ця різниця показників виявилася статистично незначущою (p>0,05).

Фібриляцію передсердь значущо частіше виявляли у жінок похилого віку порівняно з чоловіками цієї вікової групи (p=0,02), надалі частота цієї патології поступово зростала у хворих обох статей, але різниця показників є статистично незначущою (p>0,05). Цукровий діабет та дисліпопротеїнемію діагностували однаково часто як у чоловіків, так і у жінок в усіх вікових групах, за винятком пацієнтів молодого віку та довгожителів, серед яких були зареєстровані поодинокі випадки.

Тютюнопаління було поширене серед чоловіків усіх вікових груп, порівняно з жінками різниця показників статистично значуща (p<0,01). Частка осіб, які палять, з віком поступово зменшувалася, серед обстежених

довгожителів таких взагалі не було. Вплив гострого чи хронічного стресу напередодні інсульту найчастіше відзначали пацієнти середнього віку, переважно чоловіки (p<0,05), з віком вплив стресових чинників також знижувався.

### 3.9. Характеристика якості життя осіб, що перенесли церебральний інсульт

Відповідно до програми дослідження з використанням адаптованої версії стандартизованого опитувальника SF-36 було опитано 427мешканців м. Києва працездатного віку, які перенесли ішемічний церебральний інсульт. Всі респонденти не являються інвалідами. Дані про респондентів наведено в розділі 2.

Отримані в ході дослідження результати були опрацьовані з використанням статистичного методу та проаналізовані з використанням методуструктурно-логічного аналізу. Отримані результати щодо фізичної компоненти здоров’я наведено в таблиці 3.22.

*Таблиця 3.22*

**Результати розрахунків оцінки фізичної компоненти здоров’я якості життя осіб, що перенесли ішемічний церебральний інсульт**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкали | | Особи, що пройшли повний курс після стаціонарної реабілітації (п-54) | Особи, що пройшли частково після стаціонарну реабілітацію  (п-217) | Особи, що не проходили після стаціонарну реабілітацію (п-156) |
| ФІЗИЧНИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВ’Я | | | | |
| PH | Фізичне здоров’я | 81,48±2,0 | 78,34 ± 2,1 | 46,15 ±2,5 |
| PF | Фізична активність | 77,77 ± 2,1 | 70,05 ± 2,3 | 51,92 ±2,5 |
| RP | Значення фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності | 74,07 ±2,2 | 82,02 ±1,9 | 89,7 ±1,5 |
| BP | Фізичний біль | 70,37 ± 2,3 | 73,27 ± 2,2 | 78,2 ±2,0 |
| GH | Загальне сприйняття здоров’я | 85,18 ±1,8 | 60,83 ± 2,4 | 53,21 ±2,5 |

Проведена оцінка отриманих результатів дослідження фізичного компоненту якості життя виявила найбільшу розбіжність в показниках між першою і третьою групами дослідження за шкалами фізичного здоров’я та загального сприйняття здоров'я (GH).

В ході дослідження встановлено, що майже половина респондентів з третьої групи дослідження оцінили стан особистого здоров᾽я як посередній. Так, у 46,15 ±2,5% опитаних такий стан здоров᾽я в значній мірі обмежує їх у виконанні фізичних навантажень, а 12,6 ± 1,9 % оцінили особистий стан фізичного здоров᾽я як поганий. Більшість респондентів (82,02 ±1,9%) відмітили, що обмежують себе у заняттях силовими видами спорту, у виконанні важких фізичних навантажень, третина (25,4 ± 2,2%) намагаються уникати фізичних навантажень, оскільки відчувають себе обмеженими у їх виконанні, 3,5±0,9% не можуть одягнутися і помитися без сторонньої допомоги. При цьому в першій групі дослідження таких осіб не виявлено.

За всіма показниками оцінки фізичної компоненти здоров’я якості життя осіб, що перенесли ішемічний церебральний інсульт між особами,що пройшли повний курс після стаціонарної реабілітації та особами, що не проходили після стаціонарну реабілітацію маються достовірні відмінності з кращими показниками у осіб, що пройшли повний курс після стаціонарної реабілітації.

Отримані результати щодо психологічної компоненти здоров’я наведено в таблиці 3.23.

*Таблиця 3.23*

Результати розрахунків оцінки психологічної компоненти здоров’я якості життя осіб, що перенесли ішемічний церебральний інсульт,%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкали | | Особи, що пройшли повний курс після стаціонарної реабілітації (п-54) | Особи, що пройшли частково після стаціонарну реабілітацію (п-217) | Особи, що не проходили після стаціонарну реабілітацію (п-156) |
| ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВ’Я | | | | |
| MH | Психологічний компонент здоров’я | 75,69 ± 2,2 | 59,45 ± 2,5 | 53,85 ± 2,5 |
| VT | Життєва активність | 87,04 ± 1,7 | 56,68 ± 2,5 | 51,96 ± 2,5 |
| SF | Соціальна активність | 76,78± 2,1 | 50,23 ± 2,5 | 46,15 ± 2,5 |
| RE | Значення емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності | 83,33±1,9 | 46,54 ± 2,5 | 43,59 ± 2,5 |
| MH | Психічне здоров’я | 75,92±2,2 | 51,15 ± 2,5 | 46,15 ± 2,5 |

Проведений аналіз психологічних компонентів якості життя осіб, що перенесли ішемічний інсульт виявив теж найбільшу розбіжність в показниках між першою і третьою групами дослідження за шкалами емоційних (RE) проблем в обмеженні життєдіяльності. В процесі дослідження встановлено, що порушений емоційних стан спонукає біля половини обстежених (56,5± 2,5%) респондентів із третьої групи обстеження виконувати менше, ніж хотілося б, а 72,9 ± 2,2% не можуть виконувати заплановану роботу так ретельно як завжди.

За всіма показниками оцінки психологічної компоненти здоров’я якості життя осіб, що перенесли ішемічний церебральний інсульт між особами,що пройшли повний курс після стаціонарної реабілітації та особами, що не проходили після стаціонарну реабілітацію маються достовірні відмінності з кращими показниками у осіб, що пройшли повний курс після стаціонарної реабілітації.

Необхідно зазначити, що фізичний та емоційний стан 21,5±2,1% опитаних сильно заважає проводити час з сім’єю, друзями сусідами або в колективі, а 24,3±2,3% відмічають, що увесь час хвилюються, а відчуття бадьорого настрою мають 32,5±2,1% опитаних.

В цілому встановлено, що у респондентів, що перенесли ішемічний інсульт і пройшли повний комплекс реабілітації підсумковий рівень якості життя на 34,11 % (р<0,001) вищий ніж у осіб, що реабілітацію не проходили.

Таким чином, проведена оцінка рівня якості життя осіб працездатного віку, які проживають у мегаполісі і перенесли церебральний інсульт дозволила встановити статистично значущі відмінності фізичної та психологічної компоненти в залежності від рівня проходження після-стаціонарної реабілітації. Більш високий рівень якості життя мають особи, які в після стаціонарному періоді пройшли повний курс реабілітації, а низький рівень якості життя мають особи, які реабілітацію не проходили. Отримані результати є підгрунтям для запровадження системи реабілітаційної допомоги для осіб, які перенесли церебральний інсульт.

### Висновки за розділом

1. За період 2009-2018 рр. показник захворюваності дорослого населення м. Києва на ЦВХ скоротився в 1,27 (р ≤0,05) рази з рівнем 682,5 на 100 тис. (Україна – 856,9) та найвищим показником (964,9) в 2011 році. Показник захворюваності населення м. Києва працездатного віку на ЦВХ в розрахунку на 100 тис. населення працездатного віку скоротився в 1,26 (р ≤0,05) рази і склав 363,9 з найвищим рівнем в 2012 році – 506,0 на 100 тис. населення працездатного віку. При цьому встановлено, що до 40% захворювань статистично не обраховується.

2. За десятирічний період спостереження показник поширеності ЦВХ серед дорослого населення м. Києва залишався практично на одному рівні з показником в 2018 році 6277,8 на 100 тис. дорослого населення (Україна – 7967,2) з найвищим показником в 2011 році - 6767,5 випадків на 100 тис. дорослого населення. В статевій структурі поширеності ЦВХ частка жінок склала 61,2%, а відповідно частка чоловіків – 38,8%. Встановлена статистично недостовірна тенденція до підвищення показника поширеності цереброваскулярних хвороб серед населення працездатного віку м. Києва з рівнем 2395,9 на 100 тис. населення працездатного у 2018 р. з найнижчим рівнем у 2013 році - 1904,0, та найвищий у 2014 році - 2447,9.

3. В динаміці років дослідження показник захворюваності дорослого населення м. Києва на мозкові інсульти скоротився в 1,75 (р ≤0,05) рази і в 2018 році складав 143,9 на 100 тис. дорослого населення, що становило 1,46%. від загальної кількості населення - із яких 33,1% становили особи працездатного віку.

4. Показник захворюваності населення м. Києва працездатного віку на церебральні інсульти за період спостереження в розрахунку на 100 тис. відповідного населення скоротився з 93,8 випадків у 2009 р. до 54,3 – 2018 році – в 1,7 (р ≤0,05) рази з часткою в статевій структурі захворілих чоловіків в 53,2%, та захворілих жінок - 46,8%. Дослідженням 1575 випадків захворювання встановлено наступну структруту МІ: ішемічний інсульт - 86,1%, геморагічний — 7,8%, змішаний характер інсульту (ішемічний та геморагічний осередки інсульту одночасно)  — 1,1%, геморагічна трансформація ділянки інфаркту мозку — 1,2%, неуточнений характер інсульту —3,7% хворих.

5. Встановлено, що протягом останніх 10 років показник захворюваності на транзиторні ішемічні атаки дорослого населення в м. Києві зріс на 14,0% (р ≤0,05) і становив в 2018 році 26,8 осіб на 100 тис. відповідного населення, що нижче ніж в цілому в Україні в 1,2 рази. В статевій структурі захворілих частка жінок склала 67,1%, а частка чоловіків - 32,9%. Показник захворюваності населення працездатного віку м. Києва на ТІА за 10-річний період дослідження зріс в 5,58 рази і в 2018 році склав 22,6 на 100 тис. відповідного населення.

6. За 10-річний період ретроспективного дослідження (2009-2018 рр.) показник захворюваності дорослого населення м. Києва на всі форми гіпертонічної хвороби мав тенденцію до зниження і в 2018 році становив2006,1 на 100 тис. дорослого населення. В статевій структурі захворілих 38,2% становили чоловіки та 61,8% - жінки. Показник захворюваності населення працездатного віку на всі форми гіпертонічної хвороби теж мав тенденцію до зниження і в 2018 році склав 1558,1 випадків на 100 тис. населення працездатного віку.

7. Показано, що за період 2009-2018 рр. показник поширеності серед дорослого населення м. Києва ішемічної хвороби серця статистично не змінився і в 2018 році склав 27241,8 з найвищим рівнем у 2012 році – 28401,1 на 100 тис. дорослого населення. В 2018 році частка хворих чоловіків склала 36,3%, а частка хворих жінок - 63,7%. Встановлено тенденцію до зменшення показника поширеності ІХС серед населення працездатного віку з 8604,2 в 2009 році до 8530,0 в 2018 році.

8. За період 3-річного спостереження (2016-2018 рр) частка осіб яких вперше визнано інвалідами внаслідок ЦВХ становить близько 1300 осіб на рік з збільшенням частки серед них осіб з повною втратою спроможності до самообслуговування, що свідчить про значно тяжчий перебіг захворювання: інвалідами першої групи в 2016 році визнано 314 осіб (23,99% ), а в 2018 році – 393 (30,18%) з часткою осіб працездатного віку серед первинно визнано інвалідами 57,45%.

9. За 10-річний період дослідження показник смертності населення внаслідок цереброваскулярних хвороб зменшився на 14,01 випадків на 100 тис. дорослого населення міста (з 130,08 у 2009 р. до 116,07 у 2018 р.) (р≤0,05) при цьому найвищий рівень вказаного показника смертності зареєстровано в 2010 році (130,23), а найнижчий – у 2012 році (112,60). Показник смертності населення працездатного віку м. Києва внаслідок ЦВХ скоротився на 5,33 в розрахунку на 100 тис. населення працездатного віку і склав в 2018 році 21,39 порівняно з 26, 72 випадків у 2009 р. За період дослідження показник смертності дорослого населення в м. Києві внаслідок церебральних інсультів знизився на 10,21 на 100 тис. дорослого населення і в 2018 році складав 85,93 випадків. За 10-річний період дослідження в місті внаслідок перенесених церебральних інсультів померло 24527 осіб дорослого населення. Показник смертності населення працездатного віку зменшився в м. Києві внаслідок перенесених мозкових інсультів в 1,27 (р≤0,05) разу і складав у 2018 році 19,36 випадків в розрахунку на 100 тис. населення. Протягом 10-річного періоду дослідження в місті Києві внаслідок церебральних інсультів померло 3673 осіб працездатного віку.

10. За результатами соціологічного дослідження серед населення м. Києва віком 45-60 років виявлені наступні фактори ризику розвитку ЦВХ.

У чоловіків:

-медичного характеру: наявність обструктивного захворювання органів дихання (ВР 5.316; ДІ 95% (9.962- 40.732), ВШ - 13,198); артеріальної гіпертензії (ВР – 9.00; ДІ 95% (9.165 – 40.398), ВШ -19.241 ); ІХС (ВР – 4.455; ДІ 95% (7.583 – 29.077), ВШ – 14.848);

- спадкового характеру: наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії (ВР – 7.000; ДІ 95% (6.465 – 25.764), ВШ – 12.906); ЦВХ (ВР – 3.615; ДІ 95% (11.281 – 50.215), ВШ – 23.801); ІХС (ВР – 5.316); ДІ 95% (7.545 – 29.189), ВШ – 14.840);

- способу життя: малорухомий спосіб життя (ВР – 9.909; ДІ 95% (6.893-29.069), ВШ – 14.156); нераціональне харчування (ВР – 14.000; ДІ 95% (5.247-27.445), ВШ – 12.000); зловживання сіллю (ВР – 3.138; ДІ 95% (3.326 – 11.091), ВШ – 6.073); тютюнопаління (ВР - 2,871; ДІ 95% (1.958-6.260), ВШ – 3.501);

- соціально – економічного характеру: постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР- 2.333; ДІ 95% (6.434 – 25.598), ВШ – 12.833); психоемоційні навантаження на роботі (ВР- 1,857; ДІ 95% (4.233-15.439), ВШ – 8.084).

У жінок:

-медичного характеру: наявність артеріальної гіпертензії (ВР – 4.517; ДІ 95% (4.846-13.814), ВШ – 8.182); обструктивного захворювання органів дихання (ВР – 4.172; ДІ 95% (13.761 – 47.000), ВШ – 25.432); ІХС (ВР – 2.659; ДІ 95% (8.225-25.788), ВШ – 14.564);

- спадкового характеру: наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії (ВР – 4.172; ДІ 95% (3.388 – 9.575), ВШ – 5.696); ЦВХ (ВР – 4.488; ДІ 95% (11.718 – 42.171), ВШ – 22.229); ІХС (ВР – 3.545); ДІ 95% (5.689 – 16.408), ВШ – 9.661);

- способу життя: малорухомий спосіб життя (ВР – 6.895; ДІ 95% (7.798-25.389), ВШ – 14.075); нераціональне харчування (ВР – 3.545; ДІ 95% (3.850-10.712), ВШ – 6.422); зловживання сіллю (ВР – 1.273; ДІ 95% (3.395-9.741), ВШ – 5.751);

- соціально – економічного характеру: постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР- 1.830; ДІ 95% (3.350-9.136), ВШ – 5.540); психоемоційні навантаження на роботі (ВР- 1.679; ДІ 95% (4.115-11.723), ВШ – 6.946).

11. За результатами прагматичного спостереження серед осіб, які перенесли гострий мозковий інсульт виявлено наявність та частку наступних ФР. Найбільш вагомим ФР була артеріальна гіпертензія - 95,0±1,1%, порушення ліпідного обміну — 30,0±2,3%, фібриляція передсердь — 29,2±2,3%, цукровий діабет — 23,9±2,1%, тютюнопаління — 12,9±1,7%, інфаркт міокарда в анамнезі — 9,1±1,4%, хронічний або гострий стрес напередодні інсульту — 9,0±1,4%.

12. В ході дослідження було встановлено рівень якості життя осіб працездатного віку, що перенесли церебральний інсульт в трьох когортах обстежених: особи, що пройшли повний курс після стаціонарної реабілітації, особи, що пройшли частково після стаціонарну реабілітацію, особи, що не проходили реабілітацію після лікування в стаціонарі:

- майже половина респондентів з третьої групи дослідження оцінили стан особистого здоров᾽я як посередній. Так, у 46,15 ±2,5% такий стан здоров᾽я в значній мірі обмежує їх у виконанні фізичних навантажень, а 12,6 ± 1,9% оцінили особистий стан фізичного здоров᾽я як поганий. Більшість респондентів відмітили, що (82,02 ±1,9%) обмежують себе у заняттях силовими видами спорту, у виконанні важких фізичних навантажень, третина (25,4 ± 2,2%) намагаються уникати фізичних навантажень, оскільки відчувають себе обмеженими у їх виконанні, 3,5±0,9% не можуть одягнутися і помитися без сторонньої допомоги. При цьому в першій групі дослідження таких осіб не виявлено;

- психологічних компонентів якості життя осіб, що перенесли ішемічний інсульт виявив теж найбільшу розбіжність в показниках між першою і третьою групами дослідження за шкалами емоційних (RE) проблем в обмеженні життєдіяльності. В процесі дослідження встановлено, що порушений емоційних стан спонукає біля половини обстежених (56,5± 2,5%) респондентів із третьої групи обстеження виконувати менше, ніж хотілося б, а 72,9 ± 2,2% не можуть виконувати заплановану роботу так ретельно як завжди.

**Список особистих друкованих робіт за матеріалами розділу** [ 1, 4, 5, 9, 15, 18, 25, 33, 38, 39].

# РОЗДІЛ 4 ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ТА ГОТОВНІСТЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ХВОРОБАМИ

На сучасному етапі проводиться комплексне реформування системи охорони здоров’я нашої країни [274] з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [275,276]. Основним напрямком діяльності первинної ланки медичної допомоги має бути профілактичний [277,278].

Важливою складовою реформи системи охорони здоров’я є запровадження гарантованого пакету безоплатної для населення медичної допомоги [279]. У даних умовах отримання медичної допомоги зростає потреба в формуванні у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я та дотримання здорового способу життя.

В умовах реформованої системи охорони здоров’я роль первинної медичної допомоги і безпосередньо лікарів загальної практики-сімейних лікарів у медичному забезпеченні населення, яке хворіє на цереброваскулярні захворювання. Стає надзвичайно актуальним питання цільової диспансеризації населення. Зауважимо, що цільова диспансеризація передбачає скринінг і виявлення факторів ризику та наявного захворювання на ранніх стадіях розвитку для здійснення первинної та вторинної профілактики шляхом усунення або зменшення дії факторів ризику розвитку хвороби [280, 281].

Тому нами, відповідно до програми дослідження, на даному етапі було вивчено та проаналізовано статистичну характеристику населення м. Києва з урахуванням його адміністративних територій. Проведений також аналіз даних про пріоритетний розвиток системи первинної допомоги хворим у місті та основні показники її діяльності. Методом соціологічного дослідженнябуло вивчено рівень готовності ЛЗП-СЛ до надання комплексної медичної допомоги населенню з цереброваскулярними захворюваннями, особливо тим, хто переніс церебральний інсульт.

### Кількісна характеристика населення в різних адміністративних районах м. Києва

На початку дослідження було вивчено дані щодо кількості і щільності проживання населення м. Києва. Площа міста Києва складає 835,6 квадратних км з коливаннями в різних адміністративних територіях міста від 27 квадратних км Печерського та Шевченківського районів до 156 квадратних км у Голосіївського району.

У місті зареєстровано 2950819 осіб, із яких доросле населення складає 2350076 осіб або 79,6%. Найменша кількість населення (161079 осіб) проживає в Печерському районі, а найбільша (375909 осіб) – у Солом’янському.

Щільність проживання населення складає 3511,9 осіб/кв. км з найменшим показником (1623,6) у Голосіївському районі та найвищим (9397,7) – у Солом’янському.

### 4.2. Характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини

Узагальнені дані щодо кількості та офіційного прикріплення населення в різних адміністративних районах міста до лікарів (сімейні лікарі), які надають первинну медико-санітарну допомогу хворим станом на кінець 2018 року наведено в таблиці 4.1.

*Таблиця 4.1*

**Кількість населення, що прикріплено для обслуговування сімейними лікарями, 2018 рік**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Територія | Загальне населення | |
| абс. дані | % від загальної кількості |
| **м. Київ** | **1912902** | **64,9** |

Як свідчать наведені дані в м. Києві для надання первинної медико-санітарної допомоги з лікарями первинної ланки заключили декларації 1912902 зареєстрованих жителів столиці, що складає 64,9%.

Для надання первинної медико-санітарної допомоги у столиці створено мережу закладів охорони здоров’я, яка є юридично відокремленою від медичних закладів, у яких надається спеціалізована медична допомога. Дані про мережу закладів первинної медико-санітарної допомоги, яка включає Центри первинної медико-санітарної допомоги та в їх складі лікарські амбулаторії станом на кінець 2018 року (табл. 4.2.)

*Таблиця 4.2*

**Мережа закладів охорони здоров’я первинної медико-санітарної допомоги, 2018 рік**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Райони | Центри ПМСД | Лікарські амбулаторії |
| м. Київ | 28 | 252 |

Станом на кінець 2018 року в столиці функціонувало 28 Центрів ПМСД, в складі яких відкрито 252 лікарських амбулаторій. Розвинена мережа закладів первинної медичної допомоги забезпечує її доступність, а прикріплення населення до ЛЗП-СЛ здійсьнюється не в межах місця проживання (адміністративні території міста), а в межах міста в цілому.

Проведена також оцінка наявних штатних посад лікарів (лікарі загальної практики-сімейні лікарі та лікарі інших спеціальностей) і кількості посад сімейних медичних сестер. В системі первинної медичної допомоги м. Києва введено 1261,5 посад ЛЗП-СЛ, що становить 4,28 на 10 тис. населення з коливанням показника в межах адміністративних територій міста. Також передбачено 1526,0 посад інших лікарів, що становить 5,18 на 10 тис. населення. В системі ПМСД міста затверджено 319,5 посад дільничних лікарів-терапевтів та 642,5 дільничних лікарів – педіатрів (табл. 4.3).

Наведені в табл. 4.3 дані щодо укомплектованості штатних посад медичних працівників системи ПМСД м. Києва свідчать, що сумарно в системі ПМСД м. Києва зайнято 77,7% посад ЛЗП-СЛ. Рівень зайнятості посад ЛЗП-СЛ фізичними особами в системі ПМСД міста становить 70,2%.

*Таблиця 4.3*

**Штатні посади лікарів та медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги у районах м. Києва, 2018 рік**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Територія | Лікарі ЗПЛ-СЛ | | Лікарі інших спеціальностей | | Сімейні медичні сестри | |
| абс. | на 10 тис. населення | абс. | на 10 тис. населення | абс. | на 10 тис. населення |
| м. Київ | 1261,5 | 4,28 | 1526,0 | 5,18 | 1304,5 | 4,43 |

Штатні посади лікарів інших спеціальностей в системі ПМСД міста зайняті на 77,7%. Фізичними особами зайнято 70,4% посад лікарів інших спеціальностей.

Штатні посади сімейних медичних сестер укомплектовані на 68,5%. Фізичними особами зайнято 62,6 % посад.

На даному етапі розвитку первинної медико-санітарної допомоги, коли населення самостійно обирає сімейного лікаря і прикріпляється для отримання ПМСД нормативи забезпечення і реального навантажені сімейних лікарів не співвідносяться.

До того ж необхідно врахувати, що з 2020 року, відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров’я, ПМСД мають надавати допомогу виключно лікарі загальної практики-сімейні лікарі, а також законодавчо визначено, що на первинному рівні надання медичної допомоги співвідношення лікарів і медичних сестер має відповідати показнику 1:2.

Наступним етапом нашого дослідження були завдання вивчення питання кількості прикріпленого населення до лікарів первинної ланки надання медичної допомоги (табл. 4.4).

Згідно наведених у табл. 4.4 даних, середня кількість прикріпленого населення на одного лікаря, який надає допомогу в ПМСД, за 5 років дослідження зменшилася на 93 особи і в 2018 р. склала 1378 жителів столиці.

*Таблиця 4.4*

**Середня кількість прикріпленого населення на одну лікарську посаду ПМСД у районах м. Києва, 2018 рік**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Територія | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м.Київ | 1471 | 1460 | 1433 | 1415 | 1378 |

Важливим показником діяльності системи первинної медичної допомоги хворим був і залишається показник звернення населення до лікарів первинної ланки. Даний статистичний показник визначається з розрахунку на одного жителя. Отримані за останні 5 років дані, узагальнені та розраховані в різних районах сумарно та на одного мешканця (табл.4.5).

*Таблиця 4.5*

**Рівень звернення населення м. Києва до ЛЗП-СЛ   
(кількість звернень на рік в перерахунку на 1 жителя)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Райони | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
| всього | на 1 мешканця | всього | на 1  мешканця | всього | на 1  мешканця | всього | на 1  мешканця | всього | на 1  мешканця |
| м.Київ | 4100192 | 1,43 | 5019357 | 1,73 | 5688122 | 1,96 | 5870663 | 2,01 | 5725977 | 1,95 |

Аналіз наведених даних свідчить на збільшення показника звернень населення до лікаря з метою отримання ПМСД. Зокрема, роками досліджуваний показник збільшився в 1,36 разу і в 2018 році дорівнював 1,95 звернень за рік.

### 4.3. Основні показники діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги

Враховуючи те, що профілактична робота в діяльності медичних працівників первинної ланки має займати провідне місце, нами досліджено частку звернень населення до лікарів ПМСД з профілактичною метою. Отримані дані наведено в таблиці 4.6.

*Таблиця 4.6*

**Частка прийомів населення з профілактичною метою, %**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Територія | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м.Київ | 25,3 | 25,6 | 26,4 | 26,6 | 29,1 |

Аналіз наведених даних свідчить, що частка прийомів населення лікарями первинної ланки медичної допомоги з метою надання профілактичних рекомендацій за роки ретроспективного дослідження зросла з 25,3% до 29,1%, тобто збільшилась на 3,8% (р =0,05).

Проведений аналіз дає підставу стверджувати про недостатній рівень звернень населення столиці до лікарів первинної ланки з метою з’ясування питань профілактичного змісту.

### 4.4. Завдання та роль первинної ланки медичної допомоги в профілактиці церебральних інсультів та забезпеченні нейрореабілітації пацієнтів після них з урахуванням міжнародних рекомендацій

Європейське Бюро ВООЗ прийняло «План дій боротьби з інсультом у Європі на 2018–2030 роки»  – ESAP (European Stroke Action Plan), який підготувала Європейська організація інсульту (ESO – European Stroke Organisation) у співпраці з Європейським альянсом боротьби з інсультом (SAFE – Stroke Alliance for Europe) [161]. План дій боротьби з інсультом у Європі на 2018–2030 рр. узгоджується і доповнює такі документи, як Глобальний план дій ВООЗ для боротьби з неінфекційними захворюваннями (НІЗ) на 2013–2020 рр. [162], План дій Європейського регіону ВООЗ для боротьби з НІЗ [163], Цілі сталого розвитку ООН на 2015–2030 рр. та Гельсінгборгська декларація 2006 року [164].

Основні положення, що стосуються первинної медичної допомоги хворим на мозковий інсульт відображені саме в Гельсінгборгській декларації 2006 року, мета якої полягала в тому, щоб всі країни прагнули зменшити основні фактори ризику розвитку інсульту серед населення своїх країн, де найважливішим залишається боротьба з артеріальною гіпертензією та тютюнопалінням.

План дій боротьби з інсультом у Європі охоплює цілі для кожної зі сфери діяльності лікаря, складових плану: первинна профілактика, організація допомоги у разі інсульту, лікування у гострий період інсульту, вторинна профілактика, реабілітація, оцінка результатів лікування і способу життя після інсульту.

З урахуванням поставлених глобальних цілей первинна ланка медичної допомоги разом із службами громадського здоров’я мають відіграти значну роль в їх реалізації. Впровадження здорового способу життя та формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я, яке може формувати сімейний лікар, є важливим фактором ефективного профілактичного втручання сімейного лікаря на індивідуальному рівні пацієнта.

У науковій літературі [282-284] наводяться переконливі докази того, що важливо здійснювати ефективні втручання на рівні громадського здоров’я, які впливають на широко розповсюджені фактори ризику розвитку НІЗ, особливо модифіковані поведінкові фактори ризику: відмова від паління, зловживання алкоголем, дотримання регулярної фізичної активності, обмеження вживання кухонної солі, дотримання дієти особам, які мають підвищений індекс маси тіла. Такі заходи важливі на загальнодержавному і первинному рівні: на робочих місцях, у навчальних закладах, у громадах і на рівні сім’ї. Американська асоціація серця встановила головні цілі, які мають бути досягнуті до 2020 року з метою поліпшення серцево-судинного здоров’я населення. Вони визначаються комбінацією зміни способу життя з регулярним дотриманням 4 здорових звичок і підтримкою 3 чинників здоров’я [285] .

* перша умова зміни способу життя – це регулярна фізична активність (вправи);
* друга – підтримка ідеального індексу маси тіла;
* третя – відмова від паління;
* четверта – відмова від зловживання алкоголем.

До трьох чинників здоров’я віднесені: підтримка нормального рівня холестерину, артеріального тиску й глюкози крові.

В Україні наразі формується система громадського здоров’я [286-288], яка основну діяльність з напрямку збереження і зміцнення здоров’я населення та промоції здоров’я проводить разом із первинною ланкою медичної допомоги. Вони мають спільні цілі, але різні методи роботи та форми профілактичного впливу [289].

З метою виконання поставленої задачі слід впроваджувати скринінг щодо факторів ризику розвитку церебрального інсульту і лікування осіб, які перенесли мозковий інсульт. До того ж заходи стосовно усунення або послаблення дії факторів ризику повинні бути пріоритетними в роботі лікарів первинної ланки медичної допомоги [248].

План дій боротьби з інсультом ставить перед лікарями наступні завдання:

– зробити доступними обґрунтовані доказами програми скринінгу факторів ризику інсультів та здійснення заходів щодо їх усунення в усіх європейських країнах;

– забезпечити виявлення та контроль високого артеріального тиску у 80% людей з артеріальною гіпертензією, рівня глюкози та цукру в крові.

Запровадження в системі охорони здоров’я країни скринінгових програм можливо тільки у разі залучення до даної діяльності лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Нами для проведення скринінгу розроблена і рекомендована для застосування в країні «Уніфікована анкета для виявлення кардіо-цереброваскулярних захворювань», яка пройшла апробацію і показала високий рівень специфічності та чутливості [290,291] і кореспондується з Європейськи підходами «Скринінг у первинній допомозі: клінічна настанова, заснована на доказах» [334].

Забезпечення скринінгу, медичні втручання та дотримання існуючих схем медикаментозного лікування на індивідуальному рівні важливі, проте необхідно також реалізовувати профілактичні програми на рівні суспільства. І це завдання саме системи громадського здоров’я [292,293]. Вона включає такі заходи, як продаж якісних продуктів у громадських місцях, заборона тютюнопаління, зменшення прийому кількості цукру і кухонної солі в оброблених харчових продуктах і безалкогольних напоях, санітарна просвіта в питаннях здоров’я та комунікаційні кампанії в області громадського здоров’я для підвищення обізнаності населення щодо поведінкових факторів ризику розвитку інсульту, які піддаються модифікації та способів впливу на них.

Враховуючи вищезазначене, ВООЗ наголошує на тому, що для зменшення числа нових випадків мозкового інсульту потрібна ефективна система профілактичних заходів, у якій звичайні люди, медики та законодавці працюватимуть разом дуже наполегливо, злагоджено і постійно для досягнення позитивного результату. До того ж у разі необхідності повинні зміцнюватися національні стратегії з первинної профілактики і контролю факторів ризику розвитку інсультів. Мультисекторальні втручання в сфері громадського здоров’я повинні пропагувати та сприяти здоровому способу життя, і забезпечувати загальний доступ до програм первинного скринінгу і лікування [294].

Заходи з вторинної профілактики можуть знизити на 80% кількість повторних інсультів серед осіб, які його перенесли раніше. Важливими є діагностика і лікування транзиторних ішемічних атак, своєчасне їх обстеження, включаючи методи нейровізуалізації, впровадження заходів для належної оцінки ризику і частоти виникнення повторної ішемічної атаки/ ішемічного інсульту. У разі виявлення осіб з високим ризиком цереброваскулярних захворювань важливим є проведення в них індивідуальних лікувальних заходів. Подібна стратегія є виправданою, вона вимагає менших економічних витрат, сприяє досягненню позитивного результату [295].

Такі фактори ризику розвитку мозкових інсультів, як регуляція харчування, зловживання алкоголем і тютюнопаління, наркоманія, ожиріння, високі показники артеріального тиску і рівня холестерину в крові, фібриляція передсердь, цукровий діабет і апное уві сні піддаються модифікації та повинні бути прийняті та враховуватися кожним пацієнтом, оскільки вони потенціюють один на одного [296].

Сімейні лікарі та спеціалісти системи громадського здоров’я мають мотивовано пояснювати важливість дій для кожного суб’єкта щодо зменшення негативної дії вказаних факторів ризику розвитку захворювання і допомогти у кожному конкретному випадку їх мінімізувати або уникнути [297].

Саме тому ВООЗ зазначає, що життєво важливим є включення заходів вторинної профілактики розвитку ЦІ в національні плани боротьби з інсультом із подальшим їх впровадженням в систему первинної медичної допомоги.

Що стосується хворих, які перенесли церебральний інсульт, то для них рекомендується застосування, крім ранньої реабілітації, також використання заходів пізньої реабілітації та реінтеграції за місцем проживання [298].

Зазвичай у житті є загальні стійкі проблеми, які насамперед спричиняють вплив на когнітивний розвиток, настрій та психічний стан пацієнта, який переніс церебральний інсульт. Їх можна модифікувати відповідними лікарськими препаратами, профілактичними заходами. У літературі мало інформації чи поліпшує подальша реабілітація стан здоров’я пацієнта після одного року застосування відновного лікування. Проте в осіб із тривалою втратою працездатності, як правило, спостерігається погіршення стану здоров’я та розвиваються супутні соматичні та церебральні порушення. Тому такі пацієнти повинні перебувати під регулярним ретельним контролем лікаря-невролога. Після перенесеного інсульту хворі часто страждають на спастичність, біль, парестезію та порушення чутливості. За такої клінічної ситуації доцільним є використання опитувальника PSC як інструмента для скринінгу, за допомогою якого лікар може швидко виявити проблему постінсультного хворого [299].

Незважаючи на незначну кількість досліджень, методики фізично орієнтованого підходу – такі як тренування балансу, вправи для верхніх та нижніх кінцівок, уже продемонстрували позитивний ефект у пацієнтів навіть через рік після перенесеного інсульту. Хоча Кокранівський аналіз не зміг зробити чіткі висновки, виявлена загальна позитивна тенденція до застосування методики фізично орієнтованого підходу [300]. Так медична реабілітація може допомогти навіть хворим з тяжким перебігом інсульту – реабілітація економічно себе виправдовує.

Для багатьох пацієнтів молодшого віку покращення якості життя та повернення до роботи після МІ є принциповими питаннями, а також незамінним джерелом економічного доходу. Тому професійна реабілітація має вирішальне значення для багатьох осіб. Усі пацієнти та їх родичі мають підтримувати контакт з лікарями-спеціалістами і отримувати результати повторного оцінювання неврологічного статусу через 6–12 міс, відповідні рекомендації, а відтак спілкування з лікарями протягом щонайменше 3 років після інсульту [301].

### 4.5. Організація надання медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на первинному рівні

Вивчення організації надання медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на первинному рівні проводилося шляхом з’ясування кількості зареєстрованих для диспансерного нагляду хворих на цереброваскулярні хвороби. Проведений статистичний аналіз показав, що під диспансерним наглядом в м. Києві перебуває 36,17% хворих на ЦВХ.

В умовах реформування системи охорони здоров’я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги такий недостатній відсоток обліку хворих на ЦВХ та диспансерного їх нагляду показує, що в місті Києві біля 64% хворих не охоплені профілактичними заходами щодо попередження у них розвитку церебрального інсульту.

Важливою складовою роботи сімейного лікаря є диспансеризація хворих, що перенесли мозковий інсульт. Нами проведений статистичний аналіз щодо цього розділу роботи – взяття на диспансерний облік лікарями загальної практики-сімейними лікарями осіб, що перенесли в 2018 році гострий церебральний інсульт. Це важливо для амбулаторної реабілітації хворих та проведення профілактичних заходів щодо попередження розвитку повторних МІ.

Рівень охоплення диспансерним наглядом осіб, що перенесли гострий церебральний інсульт у 2,11 (р≤0,05) разу вищий ніж осіб, які страждають на ЦВХ і складає в цілому в м. Києві 76,25%.

Під час соціологічного опитування, яке було проведене серед сімейних лікарів і детально проаналізоване в даному підрозділі, нами досліджений рівень інформованості лікарів про кількість жителів, які перенесли ГПМК, місце та методи їх лікування, реабілітації, а також наявності індивідуальних рекомендацій щодо тактики ведення пацієнтів на первинному рівні медичної допомоги (табл. 4.7).

*Таблиця 4.7*

**Наявність у лікарів загальної практики-сімейних лікарів інформації про прикріплених осіб, що перенесли гострий церебральний інсульт (Р±m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Абс |  |
| *Дані про стаціонарне лікування та реабілітацію* *хворих* | | |
| Маю дані про всіх осіб, що перенесли ГПМК | 5 | 1,14 ± 0,6 |
| Маю дані про частину осіб, що перенесли ГПМК | 432 | 98,86 ±0,6 |
| Дані завжди отримую своєчасно | 5 | 1,14 ± 0,6 |
| Дані не завжди отримую своєчасно | 334 | 76,43 ± 2,1 |
| Дані можу взагалі не отримувати | 98 | 22,43 ±2,1 |
| Дані отримую централізовано | - | - |
| Дані отримую від хворого | 373 | 85,35 ±1,8 |
| Дані отримую від родичів хворого | 64 | 14,65 ±1,8 |
| Отримую рекомендації для ЛЗП-СЛ із стаціонарного відділення | 28 | 6,41 ±1,2 |
| Отримую рекомендації для ЛЗП-СЛ із реабілітаційного відділення | 2 | 0,46 ±0,2 |

*Продовження таблиці 4.7*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дані про виклики до хворих служби ЕМД* | | |
| Маю дані про всіх осіб, до яких викликали службу ЕМД з приводу ГПМК | 3 | 0,69 ±0,4 |
| Маю дані про частину осіб, до яких викликали службу ЕМД з приводу ГПМК | 205 | 46,91 ±2,5 |
| Дані завжди отримую своєчасно | - | - |
| Дані не завжди отримую своєчасно | 208 | 47,59 ±2,5 |
| Дані можу взагалі не отримувати | 229 | 52,40 ±2,5 |
| Дані отримую централізовано | - | - |
| Дані отримую від хворого | 151 | 34,55 ±2,4 |
| Дані отримую від родичів хворого | 57 | 13,04 ±1,7 |
| Отримую рекомендації для ЛЗП-СЛ від служби ЕМД | 3 | 0,69 ±0,4 |

Згідно із результатами наведеної таблиці,переважна більшість опитаних лікарів ЛЗП-СЛ отримують нерегулярну і несвоєчасну інформацію про осіб, які перенесли ГПМК, або зовсім її не отримують; здебільшого таку інформацію отримують від самих пацієнтів чи їх родичів. Слід зазначити, що тільки 6,41% ЛЗП-СЛ отримують рекомендації лікарів-спеціалістів щодо тактики ведення хворих в післягоспітальному періоді, їх реабілітацію.

Нами з’ясовано також питання щодо професійної необхідності та бажання ЛЗП-СЛ отримувати інформацію про різні види лікування хворих на ЦВХ та МІ і можливі джерела отримання інформації ( табл.4.8).

*Таблиця 4.8*

**Оцінювання запитів лікарів загальної практики-сімейних лікарів отримувати інформацію про лікування хворих на ЦВХ та МІ і можливі джерела інформації (Р±m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерій оцінки | Абс. кількість | % |
| *Бажання отримання інформації про лікування пацієнтів* | | |
| Бажаю отримувати дані про виклики служби ЕМД | 401 | 91,76 ±1,4 |
| Бажаю отримувати дані про стаціонарне лікування осіб, що перенесли ГПМК | 437 | 100,0 |
| Бажаю отримувати дані про відновне лікування осіб, що перенесли ГПМК | 422 | 96,57 ±0,9 |
| Бажаю отримувати дані про призначення групи інвалідності та індивідуальні програми реабілітації | 417 | 95,42 ±1,0 |
| Бажаю отримувати рекомендації від лікарів-спеціалістів для ЛЗП-СЛ з амбулаторної тактики ведення хворих | 424 | 97,03 ±0,7 |
| Бажаю отримувати рекомендації для ЛЗП-СЛ з амбулаторної реабілітації | 386 | 88,33 ± 1,6 |

*Продовження таблиці 4.8*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Механізми отримання інформації* | | |
| Централізоване електронне сповіщення про факт звернення за медичною допомогою, діагноз та обсяг наданої медичної допомоги | 418 | 95.65 ±1,0 |
| Централізоване електронне сповіщення про факт госпіталізації з приводу ЦВХ та ГПМК | 418 | 95,65 ±1,0 |
| Централізоване електронне сповіщення про дату виписки із стаціонару з приводу ЦВХ та ГПМК, діагноз, лікування та результати лікування | 418 | 95,65 ±1,0 |
| Централізоване електронне сповіщення про рекомендації для ЛЗП-СЛ з тактики ведення конкретного хворого | 418 | 95,65 ±1,0 |
| Централізоване електронне сповіщення про реабілітацію, результати та рекомендації для ЛЗП-СЛ | 367 | 83,98 ±1,9 |
| Централізоване електронне сповіщення про призначення групи інвалідності та індивідуальні програми реабілітації | 417 | 95,42 ±1,1 |
| Всі види наведеної інформації централізовано в паперовому варіанті. | 17 | 3,89 ±0,9 |
| Всі види наведеної інформації в телефонному режимі | 2 | 0,46 ±0,2 |

Аналіз отриманих даних дозволяє зробити висновок, що наявні переконливі докази про підвищений інтерес більшості опитаних ЛЗП-СЛ мати своєчасну комплексну та достовірну інформацію про звернення прикріпленого до них населення за всіма видами медичної допомоги з приводу ЦВХ та МІ та результати проведеного лікування. Мають значення також отримання настанов, рекомендацій від лікарів-спеціалістів, які лікували хворих, щодо тактики організаційного та клінічного ведення сімейними лікарями пацієнтів на первинному рівні надання медичної допомоги.

Механізмом передачі такої інформації переважна більшість опитаних ЛЗП-СЛ визнали централізоване електронне повідомлення на електронну адресу сімейної амбулаторії через електронну систему закладу охорони здоров’я, яка забезпечує конфіденційність процесу передачі інформації.

Передача закладом охорони здоров’я персоніфікованої інформації про пацієнта сімейному лікарю має здійснюватися без отримання його згоди і це узгоджується із  [Законом України](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17) "Про захист персональних даних". Адже при укладанні декларації особою і сімейним лікарем особа, відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (стаття 6) від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, надає право сімейному лікарю мати всебічну інформацію про нього.

### 4.6. Рівень готовності сімейних лікарів до проведення цільової диспансеризації хворих з цереброваскулярними хворобами

Важливою інформацією для оцінки стану готовності сімейних лікарів до проведення цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами мають дані щодо загальної характеристики сімейних лікарів: їх вік, стать, фах після закінчення вищого навчального закладу, загальний стаж роботи і стаж роботи на посаді сімейного лікаря, кваліфікаційна категорія за результатами атестації, наявність сертифіката сімейного лікаря, стажування за кордоном.

Для здійснення даного дослідження нами розроблені анкети соціологічного опитування, якими було охоплено 437 ЛЗП-СЛ міста Києва. Дослідження проводилося із збереженням конфіденційності інформації про респондентів. Було роздано 500 анкет, активність респондентів склала 92,4% (зібрано 462 анкети); 25 анкет не підлягало статистичні обробці у зв’язку з некоректністю заповнення їх респондентами (табл.4.9).

*Таблиця 4.9*

**Дані про лікарів загальної практики-сімейних лікарів які прийняли участь в соціологічному опитуванні**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Абс. кількість | % |
| Вік | | |
| до 30 років | 89 | 20,37 |
| 30-40 років | 87 | 19,91 |
| 40-50 років | 81 | 18,54 |
| 50-60 років | 84 | 19,22 |
| більше 60 років | 95 | 21,74 |
| Стать | | |
| жіноча | 385 | 88,10 |
| чоловіча | 52 | 11,90 |

*Продовження таблиці 4.8*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фах при одержанні диплому лікаря: | | |
| лікувальна справа | 211 | 48,28 |
| педіатрія | 49 | 11,21 |
| лікар загальної справи | 177 | 40,50 |
|  | | |
| Загальний стаж роботи: | | |
| до 5 років; | 85 | 19,45 |
| з 5 до 10 років | 80 | 18,31 |
| з 5 до 10 років | 89 | 20,37 |
| з 10- до 20 років | 81 | 18,54 |
| більше 20 років | 102 | 23,34 |
| Стаж роботи сімейним лікарем: | | |
| до 1 року | 23 | 5,26 |
| 2-3 роки | 97 | 22,19 |
| від 3 до 5 років | 214 | 48,97 |
| від 5 до 10 років | 103 | 23,57 |
| Кваліфікаційна категорія: | | |
| вища | 147 | 33,64 |
| перша | 113 | 25,86 |
| друга | 96 | 21,97 |
| сертифікат сімейного лікаря | 81 | 18,54 |
| Останні курси підвищення кваліфікації за п’ять років | | |
| на базі начальних закладів України; | 365 | 83,52 |
| стажування за кордоном | 19 | 4,35 |

Проведенню даного соціологічного дослідження передувало вивчення питання щодо реальної ситуації продиспансеризацію населення з цереброваскулярними хворобами в місті. Результати опитування показали, що біля половини учасників ЛЗП-СЛ здійснюють диспансеризацію хворих з цереброваскулярними хворобами, тобто 213 (48,74%) лікарів.

Наступним етапом для повнішого розуміння ситуації було детально з’ясовано питання стосовно здійснення заходів, які безпосередньо відносяться до цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами (табл.4.10).

*Таблиця 4.10*

**Заходи лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заходи | Позитивна відповідь | | Негативна відповідь | |
| Абс. кількість | %(Р±m) | Абс. кількість | %(Р±m) |
| Проведення скринінгових досліджень на раннє виявлення | - | - | 437 | 100,0 |
| Інформування населення про фактори ризику ЦВХ | 24 | 5,49 ± 1,1 | 413 | 94,51 ±1,2 |
| Інформування населення про фактори ризику розвитку церебрального інсульту | 56 | 12,81 ±1,7 | 381 | 87,19 ±1,7 |
| Інформування населення про фактори ризику розвитку повторного церебрального інсульту | 52 | 11,89 ±1,6 | 389 | 88,11 ±1,6 |
| Інформування населення про симптоми розвитку церебрального інсульту | 68 | 15,56 ±1,8 | 369 | 84,44 ±1,8 |
| Інформування населення про тактику дій при появі симптомів церебрального інсульту | 68 | 15,56 ±1,8 | 369 | 84,44 ±1,8 |
| Розробка програм способу життя для хворих на ЦВХ | 17 | 3,89 ±0,9 | 420 | 96,11 ±1,0 |
| Розробка програм відновного лікування для осіб, що перенесли МІ | 12 | 2,75 ±0,8 | 425 | 97,25 ±0,8 |
| Розробка програм диспансеризації для осіб, що перенесли МІ | 39 | 8,92 ±1,4 | 398 | 91,08 ±1,4 |

Отримані та наведені в ході соціологічного дослідження результати вказують на вкрай низький рівень профілактичної роботи ЛЗП-СЛ у м. Києві з ЦВХ. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі також майже не проводять комунікацій з населенням з питань інформування своїх пацієнтів щодо факторів ризику розвитку ЦВХ та МІ і які дії необхідно здійснювати при виникненні симптомів порушення мозкового кровообігу. Ми дослідили також рівень самооцінки ЛЗП-СЛ особистих знань для проведення диспансеризації населення з ЦВХ (табл.4.11).

*Таблиця 4.11*

**Рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих знань з програми цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами, %(Р±m)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Об’єм необхідних знань з програми диспансеризації населення | Рівень знань | | | | | |
| Достатній | | Потребує вдосконалення | | Низький | |
| абс | % | абс | % | абс | % |
| Методика проведення скринінгу на раннє виявлення ЦВХ | 12 | 2,75 ±0,8 | 327 | 74,83 ±2,2 | 98 | 22,42 ±2,1 |
| Фактори ризику розвитку ЦВХ | 41 | 9,38 ±1,4 | 314 | 71,85 ±2,3 | 82 | 18,76 ±2,0 |
| Фактори ризику розвитку МІ | 92 | 21,05 ±2,0 | 302 | 69,11 ±2,3 | 43 | 9,84 ±1,5 |
| Симптоми розвитку МІ | 376 | 86,0 4 ±1,7 | 58 | 13,27 ±1,7 | 3 | 0,86 ±0,4 |
| Тактика дій при симптомах мозкового інсульту | 376 | 86,04 ±1,7 | 58 | 13,27 ±1,7 | 3 | 0,86 ±0,4 |
| Оптимальний спосіб життя хворих на ЦВХ | 92 | 21,05 ±2,0 | 277 | 63,39 ±2,4 | 68 | 19,59 ±2,0 |
| Оптимальний спосіб життя осіб, що перенесли ЦІ | 92 | 21,05 ±2,0 | 297 | 67,96 ±2,3 | 52 | 14,98 ±1,8 |
| Методика складання програм відновного лікування для осіб, що перенесли МІ | 8 | 1,8 ±0,7 | 294 | 67,28 ±2,3 | 135 | 30,89 ±2,3 |
| Методика складання програм диспансеризації для осіб, що перенесли МІ | 34 | 7,78 ±1,3 | 319 | 72,99 ±2,2 | 84 | 19,22 ±2,0 |

Як свідчать наведені в табл. 4.11 дані, опитані ЛЗП-СЛ оцінили як недостатній рівень своїх знань з питань первинної, вторинної та третинної профілактики розвитку ЦВХ. Водночас респонденти високо оцінили рівень особистих знань з питань діагностики перших симптомів мозкового інсульту і тактики лікарської дії в разі розвитку такої клінічної ситуації.

Результати даного опитування диктують необхідність проведення цільових навчально-організаційних семінарів для підвищення рівня знань ЛЗП-СЛ щодо диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами за місцем їх проживання відповідними органами охорони здоров’я, лікарською спільнотою - асоціаціями сімейних лікарів і неврологів.

Узагальнені результати проведеного соціологічного і статистичного аналізу щодо стану готовності сімейних лікарів м. Києва до проведення цільової диспансеризації хворих із цереброваскулярними захворюваннями дають підставу сформулювати наступні заключення:

* у м. Києві працюють достатньо досвідчені лікарі з достатнім стажем роботи, більш ніж половина з них (59,5%) атестовані як лікарі вищої або першої лікарської кваліфікаційної категорії, правда, невелика кількість із них (18,54%) мають сертифікат сімейного лікаря;
* у місті менше половини лікарів (48,74%) здійснюють практичну диспансеризацію хворих із ЦВХ, крім того, переважно, сімейні лікарі не розробляють і не інформують щодо оптимального способу життя осіб, що перенесли мозковий інсульт;
* виявлений рівень диспансеризації хворих з ЦВХ потребує проведення термінових заходів щодо поліпшення ситуації, підвищення рівня знань сімейних лікарів з питань первинної, вторинної, третинної профілактики розвитку ЦВХ;
* для поліпшення функціонування цього важливого розділу роботи лікарів, на їх пропозицію, більшість (65,22%) пропонують проведення короткострокових цільових тренінгів з наступними дистанційними заняттями та необхідністю забезпечення сімейних лікарів відповідними методичними вказівками (90,16%).

### 4.7. Визначення видів медичних послуг та заходів по забезпеченню населення комплексною медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах на рівні первинної медико-санітарної допомоги

При плануванні проведення даного дослідження, в якості базових, були враховані результати проведеного нами у 2019 році дослідження, за якими було встановлено високий рівень поширеності цереброваскулярних хвороб серед населення м. Києва та, як результат, високий рівень церебральних інсультів та їх тяжких медико-демографічних наслідків (розділ 3). Нами також встановлено, що на фоні пріоритетного розвитку в столиці держави первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини відмічається недостатній рівень готовності ЛЗП-СЛ до надання комплексної медичної допомоги населенню при ЦВХ, про що наведено вище в даному розділі.

За мету ми поставили встановити експертним шляхом які необхідні заходи для надання комплексної медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні первинної медико-санітарної допомоги в мегаполісі.

Дослідженням було охоплено 376 лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які працюють в м. Києві. Активність респондентів склала 94,0%.

В ході проведеного дослідження нами вивчалися наступні питання: види медичної допомоги які мають проводитися на первинному рівні по забезпеченню комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах, компетенції, якими мають володіти лікарі загальної практики-сімейні лікарі, щоб забезпечити населення необхідними послугами, можливі шляхи набуттяггн необхідними компетенціями, необхідність удосконалення матеріально-технічної бази сімейних амбулаторій. Додаток А-5.

На початку дослідження було проведене вивчення видів медичної допомоги, які мають проводитися на первинному рівні по забезпеченню комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах. Види допомоги було розділено на наступні групи: профілактична допомога**,** лікувальна та реабілітаційна допомога, медико-соціальна допомога сім’ям. Отримані результати наведено в таблиці 4.12.

*Таблиця 4. 12*

**Види медичних послуг, які мають надаватися на первинному рівні по забезпеченню комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах (Р±m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Профілактична робота | | |
| Встановлення та оцінка індивідуальних ризиків розвитку ЦВХ та розробка програм зниження їх негативної дії | 352 | 93,6±1,2 |
| Встановлення та оцінка різних детермінант розвитку та/або прогресування ЦВХ і обґрунтування індивідуальних заходів з їх попередження | 341 | 90,7±1,4 |
| Встановлення та оцінка індивідуальних ризиків розвитку церебральних інсультів та розробка індивідуальних програм їх профілактики | 364 | 96,8±0,9 |
| Мотивація пацієнтів до здорового/оптимального способу життя | 359 | 95,5±1,0 |
| Формування у пацієнтів відповідального ставлення до особистого здоров’я | 361 | 96,0±1,0 |
| Формування у пацієнтів прихильності до виконання призначень лікаря при наявності факторів ризику медичного характеру та ЦВХ | 344 | 91,5±1,4 |
| Скринінг на виявлення ЦВХ на ранніх стадіях розвитку | 337 | 89,6±1,6 |
| Лікувальна допомога | | |
| Збір, оцінка, інтерпретація, порівнювання та прогнозування основних скарг пацієнтів | 364 | 96,8±0,9 |
| Проведення, оцінка, інтерпретація, порівнювання та прогнозування даних клінічного огляду пацієнтів | 369 | 98,1±0,7 |
| Оцінка, інтерпретація, порівнювання та прогнозування показників лабораторного та функціонального обстеження пацієнтів. | 319 | 84,4±1,8 |
| Призначення, за показаннями, лікарських засобів | 346 | 92,0±1,4 |
| Надання невідкладної допомоги при гострому порушенні мозкового кровообігу | 376 | 100,0 |
| Динамічний нагляд за пацієнтами при наявності ЦВХ та після перенесеного церебрального інсульту | 348 | 92,6±1,3 |
| Реабілітаційна допомога | | |
| Формування індивідуальних реабілітаційних програм для виконання в умовах сімейних амбулаторій | 328 | 87,2±1,7 |
| Формування індивідуальних реабілітаційних програм для виконання в домашніх умовах | 337 | 89,6±1,5 |
| Рекомендація санаторно-курортного лікування | 363 | 96,5±0,9 |
| Медико-соціальна допомога сім’ям | | |
| Забезпечення паліативної допомоги пацієнтам – інвалідам після перенесеного церебрального інсульту на дому | 325 | 86,4±1,7 |
| Навчання членів сім’ї догляду за інвалідом після перенесеного церебрального інсульту | 328 | 87,2±1,7 |
| Скерування на МСЕК з метою встановлення ступеня стійкої втрати працездатності | 369 | 98,1±0,7 |

Аналіз наведених в табл. 4.12 результатів дослідження вказує на те, що респонденти в цілому високо оцінили можливість надання на первинному рівні населенню комплексної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах. В цілому найбільш високо респонденти оцінили необхідність всіх послуг профілактичного характеру як по відношенню розвитку ЦВХ, так і при церебральних інсультах.

Також високої оцінки респондентів отримали заходи з лікувальної допомоги, окрім оцінки, інтерпретації, порівнювання та прогнозування показників лабораторного та функціонального обстеження пацієнтів (84,4±1,8%). При цьому всі респонденти відмітили необхідність такої послуги, як надання невідкладної допомоги при гострому порушенні мозкового кровообігу.

Більш ніж 85,0% респондентів підтримали надання на первинному рівні послуг реабілітаційного характеру та надання медико-соціальної допомоги сім’ям в яких живуть інваліди після перенесеного церебрального інсульту.

Наступним кроком дослідження було визначення компетенцій, які необхідні ЛЗП-СЛ для забезпечення населення комплексними послугами при цереброваскулярних хворобах (табл.4.13).

*Таблиця 4.13*

**Необхідні сімейним лікарям компетенції по забезпеченню населення комплексними послугами** **при цереброваскулярних хворобах (Р±m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Здатність оцінювати індивідуальні ризики розвитку ЦВХ та розробляти програми зниження їх негативної дії | 352 | 93,6±1,2 |
| Здатність аналізувати вплив різних детермінант на розвиток та/або прогресування ЦВХ і обґрунтовувати індивідуальні заходи з їх попередження | 340 | 90,4±1,5 |
| Здатність оцінювати індивідуальні ризики розвитку церебральних інсультів та розробляти індивідуальні програми їх профілактики | 329 | 87,5±1,7 |
| Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні скарги пацієнтів | 343 | 91,2±1,4 |
| Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати дані клінічного огляду пацієнтів | 343 | 91,2±1,4 |
| Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні показники лабораторного та функціонального обстеження пацієнтів. | 329 | 87,5±1,6 |
| Здатність мотивувати пацієнтів до здорового/оптимального способу життя | 349 | 92,8±1,3 |
| Здатність формувати у пацієнтів відповідальне ставлення до особистого здоров’я | 357 | 94,9±1,1 |

*Продовження таблиці 4.13*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Здатність сформувати у пацієнтів прихильність до виконання призначень лікаря при наявності факторів ризику медичного характеру та ЦВХ | 331 | 88,0±1,6 |
| Здатність до призначення, за показаннями, лікарських засобів | 369 | 98,1±0,7 |
| Здатність до надання невідкладної допомоги при гострому порушенні мозкового кровообігу | 376 | 100,0 |
| Здатність до формування індивідуальних реабілітаційних програм для виконання в умовах сімейних амбулаторій | 326 | 86,7±1,7 |
| Здатність до формування індивідуальних реабілітаційних програм для виконання в домашніх умовах | 323 | 85,9±1,7 |
| Здатність визначити показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування | 356 | 94,7±1,1 |
| Здатність до забезпечення паліативної допомоги пацієнтам – інвалідам після перенесеного церебрального інсульту | 348 | 92,6±1,3 |
| Здатність навчити членів сім’ї догляду за інвалідом після перенесеного церебрального інсульту | 361 | 96,0±1,0 |
| Здатність здійснювати динамічний нагляд за пацієнтами при наявності ЦВХ та після перенесеного церебрального інсульту | 368 | 97,9±0,8 |
| Здатність до оформлення документів для скерування на МСЕК з метою встановлення ступеня стійкої втрати працездатності | 364 | 96,8±0,9 |
| Здатність працювати в команді з лікарями-неврологами, лікарями-кардіологами, спеціалістами з реабілітації, середніми медичними працівниками, працівниками системи громадського здоров’я та соціальних служб | 364 | 96,8±0,9 |

Аналіз наведених результатів дослідження показав на відповідність підтриманих респондентами компетенцій сімейних лікарів видам медичної допомоги, які мають здійснюватися на первинному рівні по забезпеченню комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах. Дані компетенції є деталізованими й комплексними. Більша частина вказаних в таблиці компетенцій інтегрується з їх необхідністю при наданні медичної допомоги та при інших хронічних неінфекційних захворюваннях.

Важливим кроком дослідження було встановлення, за визначенням респондентів, можливих шляхів оволодіння лікарями загальної практики - сімейними лікарями необхідними компетенціями (табл.4.14).

*Таблиця 4.14*

**Можливі шляхи оволодіння лікарями загальної практики - сімейними лікарями необхідними компетенціями (Р±m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Курси тематичного удосконалення | 217 | 57,7±2,5 |
| Короткотривалі тренінги | 348 | 92,6±1,3 |
| Дистанційні вебінари | 312 | 82,9±1,9 |
| Семінари | 57 | 15,2±1,8 |
| Наукова література | 84 | 22,3±2,1 |
| Методична література | 137 | 36,4±2,4 |
| Стажування на робочому місті | 56 | 14,9±1,8 |

За результатами дослідження найбільш прийнятними для сімейних лікарів шляхами оволодіння необхідними компетенціями є короткотривалі тренінги (92,6±1,3%), дистанційні вебінари (82,9±1,9%) та курси тематичного удосконалення (57,7±2,5%).

### 4.8. Методологія підвищення рівня готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до оптимізації на первинному рівні медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами

Підготовка лікарів загальної практики-сімейних лікарів до оптимізації на первинному рівні медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами полягає в досягненні такого рівня підготовки ЛЗП-СЛ, який сприяв би забезпечити все прикріплене населення, що страждають на ЦВХ або перенесли МІ, комплексну кваліфіковану медичну допомогу, включаючи первинну профілактику та належну реабілітацію на первинному рівні в домашніх умовах і здійснення заходів з вторинної профілактики. При розробці тематичного плану післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів з цієї проблеми ми використовували результати соціологічного опитування ЛЗП-СЛ щодо рівня їх готовності надавати первинну комплексну медичну допомогу такій категорії населення та можливість забезпечення прийнятого ВООЗ «Плану дій боротьби з інсультом у Європі на 2018–2030 рр.». ЛЗП-СЛ, на яких розраховано даний тематичний план, одночасно були його експертами (табл. 4.15).

*Таблиця 4.15*

**Тематичний план післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань оптимізації на первинному рівні медичної допомоги хворим із цереброваскулярними захворюваннями та після перенесення церебральних інсультів**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тематика | Вид занять | Тривалість  дні | Зміст підготовки | Рівень  підтримки  ЛЗП-СЛ, % |
| Клінічні прояви ЦВХ, діагностика, тактика ЛЗП-СЛ | Тренінг | Один | Ранні клінічні прояви | 412 (94,28±1,2%) |
| Виражені клінічні прояви |
| Діагностика ПМК |
| Тактика дій ЛЗП-СЛ |
| Використання клінічної настанови «Скринінг у первинній медичній допомозі» | Майстер клас | Один | Практична підготовка до використання скринінгових програм | 421 (96,34±0,9%) |
| Прояви, невідкладна допомога та тактика дій ЛЗП-СЛ у разі ЦІ | Тренінг | Один | Клінічні прояви ЦІ | 419  (95,88±1,0%) |
| Невідкладна допомога ЛЗП-СЛ |
| Тактика дій ЛЗП-СЛ |
| Диспансеризація осіб із ЦВХ та тих, що перенесли МІ | Практичне заняття на робочому місті | Один | Розробка індивідуальної програми диспансеризації | 424 (97,03±0,9**%)** |
| Контроль АТ |
| Забезпечення оптимального способу життя |
| Індикатори ефективності диспансеризації |
| Динамічний контроль стану здоров’я |
| Первинна профілактика МІ | Тренінг | Один | Способи зниження індивідуальних факторів ризику | 415  (94,96±1,2%) |
| Мультисекторальні втручання у сфері громадського здоров’я |
| Навчання розпізнаванню симптомів МІ та тактики дій при них |
| Мотивування до здорового способу життя |

*Продовження таблиці 4.15*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вторинна профілактика МІ | Тренінг | Два | Зменшення факторів ризику, що пов’язані зі способом життя | 415  (94,96±1,2%) |
| Лікування супутніх захворювань |
| Забезпечення діагностичних обстежень та консультування у спеціалістів |
| Оцінка стану в динаміці спостереження |
| Задачі та форми роботи на рівні сім’ї, де проживають особи з особливими потребами після перенесеного МІ | Семінар | Один | Навчання членів сім’ї догляду за хворим, створення сприятливого психологічного клімату, забезпечення побутової та соціальної реабілітації, виконання призначень лікувального характеру | 409  (93,59±1,2%) |
| Реабілітація осіб, що перенесли МІ на рівні ПМСД | Майстер - клас | Два | Принципи реабілітації | 421  (96,34±0,9%) |
| Методи реабілітації |
| Контроль ефективності реабілітації. |
| Інформаційні технології в роботі | Майстер - клас | Один | Створення та використання реєстру пацієнтів з ЦВХ та осіб, що перенесли ЦІ | 403  (92,22±1,3%) |
| Використання телемедицини в клінічній практиці |

Розроблений та запропонований і експертно підтриманий ЛЗП-СЛ тематичний план післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань оптимізації на первинному рівні медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та після перенесення церебральних інсультів охоплює всі основні розділи діяльності первинної ланки медичної допомоги з акцентом надання комплексної спеціалізованої допомоги хворим міста з ЦВХ та мозкових інсультах, включаючи їх первинну профілактику**.**

Рекомендовано використання таких організаційних форм як тренінги, майстер класи, семінари та практичні заняття на робочому місті.

Оволодіння ЛЗП-СЛ необхідним комплексом терапевтичних заходів передбачається в короткий термін (11 днів) з використанням таких форм занять Вони можуть бути організовані за графіком у кожному Центрі первинної медико-санітарної допомоги міста.

### Висновки за розділом

1. У ході дослідження встановлено, що в м. Києві, як столиці держави, активно розвивається система первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. У місті функціонує 28 центрів ПМСД та в їх складі 252 лікарські амбулаторії. Із сімейними лікарями заключили декларації 64,2% жителів міста. Введено 1261,5 посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів та 1309,5 посад сімейних медичних сестер. Разом з тим у місті введено 1526 штатних посад лікарів інших спеціальностей. Показник звернення населення до лікарів первинної ланки за роки дослідження зріс у 1,36 разу і в 2018 році склав 1,95 звернень за рік, із яких частка звернень з профілактичною метою становить 29,1%.

2. Отримані результати дослідження свідчать про те, що переважна більшість опитаних ЛЗП-СЛ мають нерегулярну інформацію про звернення осіб, яким вони надають первинну допомогу за різними видами медичної допомоги з приводу ЦВХ та МІ, яку вони отримують від самих пацієнтів чи їх родичів. До того ж тільки 6,41±1,2% ЛЗП-СЛ мають рекомендації лікарів-спеціалістів щодо тактики ведення хворих в після госпітальному періоді.

3. Результати проведеного дослідження показали, що лікарі загальної практики-сімейні лікарі столиці держави проводять вкрай недостатню профілактичну роботу щодо цереброваскулярних хвороб. При цьому вонинизько оцінили рівень своїх знань з питань первинної, вторинної та третинної профілактики при ЦВХ та високо – з питань діагностики загрозливих життю церебральних порушень та тактики дій при них. Для отримання необхідних знань опитані лікарі вважають за необхідне проведення короткотривалих цільових тренінгів з наступними дистанційними заняттями – 285(65,22%) та забезпечення необхідними методичними матеріалами – 394 (90,16%).

4. Експертним шляхом встановлено перелік послуг для надання на первинному рівні населенню комплексної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах. Більше 90% експертів підтримали комплекс послуг профілактичного характеру в тому числі 89,6±1,6% експертів підтримали проведення скринінгу на виявлення ЦВХ на ранніх стадіях розвитку. Експерти також підтримали заходи з лікувальної допомоги крім оцінки, інтерпретації, порівнювання та прогнозування показників лабораторного та функціонального обстеження пацієнтів (84,4±1,8%). При цьому всі експерти відмітили необхідність надання на первинному рівні невідкладної допомоги при гострому порушенні мозкового кровообігу. Більш ніж 85,0% експертів вказали на необхідність надання на первинному рівні комплексу послуг реабілітаційного характеру та надання медико-соціальної допомоги сім’ям в яких живуть інваліди після перенесеного церебрального інсульту.

5. Експертним шляхом встановлено компетенцї сімейних лікарів, які необхідні для надання визначених видів медичної допомоги на первинному рівні по забезпеченню комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах. Дані компетенції є деталізованими і комплексними. Більша частина визначених компетенцій інтегрується з їх необхідністю при наданні медичної допомоги і при інших хронічних неінфекційних захворюваннях.

6.Розроблений та експертно підтриманий ЛЗП-СЛ тематичний план післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань оптимізації на первинному рівні медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та після перенесення церебральних інсультів, який охоплює всі основні розділи діяльності первинної ланки медичної допомоги з надання комплексної медичної допомоги населенню міста при ЦВХ та МІ, включаючи їх первинну профілактику. Оволодіння ЛЗП-СЛ необхідними навиками передбачається в короткий термін (11 днів) з використанням таких форм занять як тренінги, майстер класи, семінари та практичні заняття на робочому місті. Їх необхідно організовувати за графіком, в кожному Центрі первинної медико-санітарної допомоги міста.

**Список особистих друкованих робіт за матеріалами розділу** [10, 12, 19].

# РОЗДІЛ 5 ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ХВОРОБИ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНІ ІНСУЛЬТИ В М. КИЄВІ

Під час виконання п’ятого етапу дослідження, відповідно до програми дослідження, було вивчено та проаналізовано стан забезпечення спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва лікарями неврологами,стаціонарно замінної неврологічної допомоги дорослому населенню міста Києва, забезпечення спеціалізованими неврологічними та нейрохірургічними ліжками і досліджено та проаналізовано основні показники надання стаціонарної медичної допомоги при ЦВХ та МІ, вивчено якість надання стаціонарної медичної допомоги при МІ та спроможність системи охорони здоров’я м. Києва забезпечити доросле населення спеціалізованою допомогою відповідно до вимог Національної служби здоров’я України.

Отримані результати наведено в даному розділі.

### 5.1. Аналіз забезпечення спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва лікарями неврологами при цереброваскулярних хворобах

Реформа системи охорони здоров’я в Україні ставить пріоритетом розвиток ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини, коли ЛЗП-СЛ визначає медичний маршрут пацієнта для надання медичної допомоги неврологічному хворому як в плановому випадку, так і в екстрених ситуаціях з викликом медичної бригади служби екстреної медичної допомоги. Відповідно, важливим є забезпечення доступності населення до лікарів-спеціалістів. Виходячи з цього, ми розглянули та проаналізували забезпечення штатними посадами та укомплектування лікарями-неврологами в розрізі ЗОЗ, в яких надається спеціалізована амбулаторно-поліклінічна допомога за 2018 рік (табл. 5.1).

*Таблиця 5.1*

**Штатні посади лікарів-неврологів та їх укомплектування для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню м. Києва, 2018 р**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показник | Посад | | Рівень укомплекту-вання,% |
| Штатних | Зайнятих |
| ВСЬОГО по системі охорони здоров’я ДОЗ м. Києва | 243.75 | 224.25 | 92,0 |
| ВСЬОГО по закладам охорони здоров’я МОЗ | 28.25 | 23.75 | 84,0 |
| Всього по місту | 272.00 | 248.00 | 91,2 |

Аналіз отриманих даних вказує на те, що в консультативно-діагностичних центрах (КДЦ) міста для надання спеціалізованої консультативної медичної неврологічної допомоги введено198,00 посад лікарів-неврологів, із яких 180,25 є зайнятими з рівнем укомплектованості 91,0%. Крім того, в інших закладах охорони здоров’я, що належать до системи охорони здоров’я Департаменту охорони здоров’я (ДОЗ) міської державної адміністрації (МДА) м. Києва, введено 45,75 посад лікарів- неврологів. Таким чином, всього в ЗОЗ підпорядкованих ДОЗ КМДА, введено 243,75 посади лікарів - неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги, де 224,25 (92,0%) є укомплектованими. В місті функціонують також ЗОЗ підпорядкування МОЗ України, в яких надається амбулаторно-поліклінічна спеціалізована неврологічна допомога. В них введено 28,25 посади лікарів-неврологів, із яких 23,75 (84,0%) є укомплектованими. Всього ж у ЗОЗ міста різного рівня підпорядкування комунальної та державної форми власності введено 272,00 посади лікарів-неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги з рівнем укомплектованості 91,2%. Найнижчий рівень укомплектованості посад лікарів неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги зареєстровано в КДЦ Голосіївського р-ну (59,4%), де із 25,25 посади укомплектовано 15. На цих посадах працює 8 лікарів-неврологів, які є молодими спеціалістами. Забезпеченість посадами лікарів неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги становить 0,96 на 10 тис. дорослого населення.

Дефіцит лікарів-неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги в закладах охорони здоров’я м. Києва (різниця між штатним розписом і кількістю фізичних осіб за основним місцем роботи в амбулаторно-поліклінічних підрозділах) становить 24 особи.

Отримані результати, відповідно до доказового менеджменту, дозволяють констатувати, що рівень укомплектування посад лікарів-неврологів ЗОЗ, в яких надається амбулаторно-поліклінічна допомога, дозволяє забезпечити доступну спеціалізовану медичну консультативну допомогу дорослому населенню міста.

### 5.2. Організація стаціонарнозамінної неврологічної допомоги дорослому населенню міста Києва

Далі нами було вивчено роботу ліжок денного стаціонару неврологічного профілю в ЗОЗ міста в розрізі адміністративних територій. Досліджувалося питання наявності ліжкового фонду, кількості пролікованих пацієнтів, середні терміни лікування та показники роботи ліжок денного стаціонару. Отримані дані наведено в таблиці 5.2.

*Таблиця 5.2*

**Показники роботи ліжок денного стаціонару неврологічного профілю, 2017-2018 рр**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративна  територія | Кількість  ліжок | | Проліковано  пацієнтів | | Середні терміни  лікування (дні) | |
| 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 |
| Мicькi ЗОЗ | 8 | 8 | 106 | 124 | 9.36 | 12.80 |
| Заклади МОЗ України | 2 | - | 29 | - | 8.07 | - |
| Всього по ДОЗ | 181 | 183 | 17526 | 16935 | 9.51 | 9.14 |
| Всього пo Kuївy | 183 | 183 | 17555 | 16935 | 9.51 | 9.14 |

Наведені в таблиці 5.2 дані вказують на те, що в ЗОЗ міста функціонують 183 ліжка денного стаціонару неврологічного профілю.

Кількість пролікованих в денних стаціонарах неврологічного профілю за роками дослідження статистично є стабільною і в у 2018 році становила 16935 осіб. При цьому в денних стаціонарах не ведеться облік структури пролікованих пацієнтів за захворюваннями, тому виділити частку пролікованих пацієнтів які страждають на ЦВХ, не є можливим. В той час можна стверджувати, що отримання медичних послуг у денних стаціонарах є доступним для всіх, хто їх потребує.

В цілому середні терміни лікування в денному стаціонарі мають тенденцію до скорочення і становлять 9,14 дня.

### 5.3. Результати експертної оцінки амбулаторно-поліклінічної допомоги пацієнтам із цереброваскулярними хворобами

Нами в жовтні 2019 року було досліджено роботу КНП «КДЦ» Деснянського району м. Києва, де  надається медична допомога 289190 дорослим мешканцям цього району.  Метою дослідження стало вивчення якості медичної допомоги пацієнтам із гіпертонічною хворобою з профілактики розвитку ЦВХ та МІ.

До даного закладу для отримання консультації лікаря-невролога та лікаря-кардіолога 90,0% пацієнтів скеровується ЛЗП-СЛ та 10,0% звертається самостійно. В організаційному плані система скерування пацієнтів на консультативний прийом не відпрацьована. Зазвичай у направленні сімейного лікаря не вказується мета консультації, не передається «Карта амбулаторного пацієнта» або інша медична документація, відповідно, лікар-спеціаліст не має необхідної інформації про пацієнта, що ускладнює проведення консультації. В КДЦ заводиться нова амбулаторна картка, яка не зберігається в реєстратурі закладу, а видається пацієнту на ру**к**и. Не відпрацьована система передачі талону зворотного зв’язку і консультативного висновку (форма 028/о) до сімейного лікаря.

В КДЦ запроваджено електронний запис пацієнтів на консультативний прийом до лікарів-спеціалістів. При цьому позитивним є те, що щоденно резервується час для прийму пацієнтів, які потребують надання невідкладної медичної допомоги.

В ході дослідження було встановлено, що в структурі  КДЦ є всі функціональні підрозділи для комплексного забезпечення медичною допомогою пацієнтів із гіпертонічною хворобою: діагностичне відділення, терапевтичні відділення з денними стаціонарами у філіях.  Амбулаторний прийом проводять 13 лікарів-кардіологів, серед яких троє працюють в денному стаціонарі та відділенні профілактики хвороб системи кровообігу і 12 лікарів-неврологів, де один працює в денному стаціонарі. Середнє навантаження на лікаря-невролога становить 29 осіб/зміна, на лікаря-кардіолога – 27 осіб/зміна.

Впродовж 9 місяців 2019 року проведено наступні діагностичні дослідження:

- електрокардіографія – 78955 досліджень (на 1 000 населення – 213,6), в т.ч. ритмограма – 6252 (слід зазначити, що пацієнти з виявленими гострими порушеннями коронарного кровообігу направляються у спеціалізовані медичні заклади на стаціонарне лікування);

-  електроенцефалограма – 806 досліджень (враховуючи незначну кількість даного та інших досліджень показник не розраховувався, а представлені абсолютні дані);

- реоенцефалографія – 5111 досліджень;

-  велоергометрія – 40 досліджень (виявлено 3 випадки, які потребували консультацій спеціалістів третинного рівня і вони були скеровані на відповідні консультації);

-  холтерівське моніторування – 209 досліджень (виявлено порушення ритму у 98 осіб, які в подальшому спостерігаються та отримують лікування під  наглядом лікаря – кардіолога;

-  ЕХО серця – 559 досліджень (у 246 осіб виявлено патологічні зміни, із них гострої патології - 9 випадків, які були направлені на третинний рівень надання медичної допомоги для вирішення питання оперативного лікування);

-  допплерівське дослідження судин – 559 ( в базовому закладі – 261, в філія № 2 – 143).

Додатково лікарі-кардіологи та лікарі-неврологи в плановому порядку скеровують пацієнтів на обстеження до Київського міського діагностичного центру на Ехо КГ, ультразвукове дослідження судин голови, шиї, верхніх та нижніх кінцівок, РЕГ.

За 9 місяців 2019 року в КНП «КДЦ» Деснянського району м.Києва зареєстровано 263 випадки гострого інфаркту міокарду (9,09 на 10 000 населення) та 202 випадків інсультів (6, 99 на 10 000 населення). Дані пацієнти скеровані до спеціалізованих стаціонарних відділень.

Відповідно Постанови Кабінету Міністрів України №1303  від 17 серпня 1998 р. (з подальшими змінами у 2015-18 рр.) «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» хворі на гіпертонічну хворобу отримують лікарські засоби в повному обсязі. Однак лікарі – спеціалісти скеровують пацієнтів для виписки електронних рецептів на ці ліки до сімейних лікарів.

Суттєвий вклад в надання спеціалізованої допомоги вносять денні стаціонари. Працюючи часто у дві зміни, вже зараз вони є конкурентами по наданню допомоги з неврологічними стаціонарами. Майже кожен третій неврологічний хворий, що потребує стаціонарного лікування, лікується в денних стаціонарах. Звичайно, денні стаціонари мають свої завдання та лікують хворих тільки з певними, більш легкими патологіями. Так, вони не надають допомогу хворим з гострим МІ, однак тут отримають лікування пацієнти з іншими формами ЦВХ і потреба в денних стаціонарах дуже велика. Наявність даного відділення зменшує навантаження на стаціонари міста.

Своєю чергою, ми дослідили роботу денного стаціонару КНП «КДЦ» Деснянського району м. Києва. Він має 16 ліжок кардіологічного профілю та 6 ліжок неврологічного профілю. За 9 місяців 2019 року було проліковано 2319 пацієнтів із ХСК і 76 пацієнтів з ЦВХ.

Проведена експертна оцінка 200 «Карт амбулаторного пацієнта» (ф-025) виявлені наступні недоліки: анамнез захворювання вказаний у 83,0%; наявність шкідливих звичок встановлено у 64,0%; стратифікація факторів ризику проведена в 76,5%, наявні рекомендації стосовно корекції факторів ризику надано 72,0% пацієнтам; інструментальні дослідження проведено 68,5% пацієнтів; план амбулаторного лікування і динамічного спостереження розроблений для 87,0% пацієнтів; поліпрагмазія встановлена в 27,4% випадків пролікованих пацієнтів.

### 5.4. Характеристика спеціалізованого ліжкового фонду для надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при цереброваскулярних хворобах

На початку дослідження було вивчено мережу закладів охорони здоров’я та потужність ліжкового фонду з надання спеціалізованої неврологічної медичної допомоги хворим на ЦВХ та їх ускладнень (табл.5.3).

У 2019 році в місті було розгорнуто 1531 госпітальне ліжко неврологічного профілю в тому числі спеціалізовані ліжка для пацієнтів із цереброваскулярною патологією були в кількості 60, а спеціалізовані госпітальні ліжка для проведення нейрореабілітації функціонували в кількості 200. Вказані госпітальні ліжка розміщені в 16 міських лікарнях, що призводить до розпорошення матеріально-технічої бази та ускладнює організацію надання медичної допомоги населенню при цереброваскульрних хворобах та мозкових інсультах.

*Таблиця 5.3*

**Спеціалізований ліжковий фонд неврологічного профілю, 2014-2019 рр.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЗОЗ | | Профіль ліжка | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2019 до 2014 |
| **Лівий берег** | | | | | | | | | |
| Міська лікарня №1 | | Неврологія (2 відділення ) | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | - |
| ЦВП (відділення цереброваскулярної патології) | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | - |
| Нейрореабілітація | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |  |
| Міська лікарня №3 | | Неврологія (2 відділення ) | 125 | 125 | 125 | 125 | 125 | 120 | -5 ліжок |
| Нейрореабілітація | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 20 | -20 ліжок |
| Міська лікарня №11 | | Неврологія | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 50 | + 5 ліжок |
| Для інвалідів | 40 | 40 | 40 | 20 | 20 | 40 | - |
| Нейрореабілітація | - | - | - | 20 | 20 | 20 | +20ліжок |
| МЦРЗ | | Неврологія | 65 | 65 | 60 | 60 | 55 | 60 | -5ліжок |
| **Правий берег** | | | | | | | | | |
| Олександрівська клінічна лікарня | | Неврологія | 50 | 50 | 50 | 50 | 40 | 40 | -10 ліжок |
| ЦВП (відділення цереброваскулярної патології) | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |  |
| Міська клінічна лікарня №4 | | Неврологія (2 відділення ) | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 180 | +20ліжок |
| Міська клінічна лікарня №5 | | Неврологія | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | - |
| Міська клінічна лікарня №6 | | Неврологія | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 49 | -1ліжко |
| Міська клінічна лікарня №7 | | Неврологія | 80 | 80 | 80 | 70 | 70 | 70 | -10 ліжок |
|  | Нейрореабілітація | | - | - | - | 10 | 10 | 10 | +10 ліжок |
| Міська клінічна лікарня №8 | Неврологія (2 відділення ) | | 125 | 125 | 125 | 125 | 120 | 120 | -5ліжок |
| Нейрореабілітація | | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | - |
| Міська клінічна лікарня №9 | Неврологія | | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | - |
| Міська клінічна лікарня №15 | Неврологія | | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | - |
| Міський клінічний госпіталь ветеранів війни | Неврологія | | 120 | 120 | 120 | 120 | 122 | 122 | + 2 ліжка |
| реабілітація | | 30 | 30 | - | - | - | - | -30 ліжок |
| Міська клінічна лікарня №10 | Неврологія (для інвалідів) | | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | - | -50 ліжок |
| Геріатрічна неврологія | | - | - | - | - | - | 50 | +50 ліжок |
| Міська клінічна лікарня №12 | Неврологія | | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | - |
| Міська клінічна лікарня №18 | Неврологія | | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | - |
| реабілітація | | 70 | 70 | 70 | 70 | 90 | 90 | +20 ліжок |

Далі, в динаміці 2009-2019 років, було досліджено та проаналізовано спеціалізований ліжковий фонд нейрохірургічного профілю (табл.5.4).

За період з 2009 по 2019 рік в м. Києві госпітальні ліжка нейрохірургічного профілю функціонували в трьох закладах охорони здоров’я, при цьому 75,6 % із них функціонували в ЗОЗ на лівобережній території міста, що ускладнює доставляння хворих із правобережної частини міста. В ході дослідження було встановлено, що забезпеченість дорослого населення м. Києва в розрахунку на 10 тис. відповідного населення в 2018 році становила: неврологічні госпітальні ліжка – 5,1 (Україна 5,30), нейрохірургічні госпітальні ліжка – 0,69 (Україна 0,54).

*Таблиця 5.4*

**Спеціалізований ліжковий фонд нейрохірургічного профілю, 2009-2019 р**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заклад охорони здоров’я** | Кількість ліжок | | | | | | | | | | | 2019 до 2009 |
| 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| **Усього** | **210** | **210** | **210** | **200** | **200** | **200** | **200** | **210** | **210** | **205** | **205** | **-5** |

Нами також вивчалося питання ресурсної бази ЗОЗ, в яких надається медична допомога пацієнтам із ЦВХ та МІ. Остання буде представлена в підрозділі, в якому представлена спроможність системи охорони здоров’я м. Києва надавати медичну допомогу пацієнтам відповідно до специфікації пакету медичних послуг НСЗУ.

**5.5. Характеристика надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при цереброваскулярних хворобах та їх ускладненнях**

Відповідно до програми дослідження при виконанні даного етапу досліджувалися показники надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам при цереброваскулярних хворобах та мозкових інсультах в розрізі неврологічних та нейрохірургічних відділень.

### 5.5.1. Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при цереброваскулярних хворобах

На даному етапі дослідження ми вивчили та проаналізували дані про лікування пацієнтів з ЦВХ у ЗОЗ м. Києва за 2017- 2018 роки у зрівнянні з 2013 - 2014 роками. Отримані результати наведено в таблиці 5.5.

Представлені дані вказують на те, що пацієнти із ЦВХ лікувалися не тільки в спеціалізованих відділеннях неврологічного профілю, які призначені для лікування пацієнтів із зазначеною патологією, а і в відділеннях іншого профілю.

Наведені дані вказують на те, що за роки дослідження кількість дорослого населення, яке отримувало стаціонарне лікування з приводу ЦВХ становить 108,0- 110,9 на 10 тис. дорослого населення міста.

Середні терміни стаціонарного лікування в цілому по місту мають тенденцію до скорочення (із 14,7 дня у 2013 році до 13,8 дня у 2018 році), що становить 0,9 дня (р≤0,05).

Щорічно в стаціонарах міста внаслідок ЦВХ помирає до 1870 пацієнтів. У межах граничних років дослідження рівень госпітальної летальності збільшився на 0,46%: з 6,32% до 6,78%, що є статистично недостовірним (р≥0,05), з найвищим рівнем у 2014 році – 6,83%.

### 5.5.2. Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при ішемічних інсультах

Результати дослідження надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при ішемічних інсультах, які включають кількість пролікованих хворих, померлих пацієнтів, середню тривалість лікування в днях та летальність у процентах за період 2015-2019 рр. наведено в додатку Б-1 (табл. 5.5).

За даними, що представлено в додатку Б-1 видно, що кількість пацієнтів, які отримували стаціонарне лікування в закладах охорони здоров’я м. Києва, коливається від 6419 у 2017 році до 6766 у 2019 році. Різниця граничних показників становить 347 пацієнтів, при цьому в розрізі закладів охорони здоров’я кількість пролікованих пацієнтів має вірогідні коливання.

Слід зазначити, що пацієнти із ішемічними інсультами отримували лікування не тільки в неврологічних, а й у нейрохірургічних відділеннях міста. Так, у нейрохірургічних відділеннях міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги лікувалося 115 пацієнтів у 2019 році та 259 - у 2015.

В цілому в ЗОЗ м. Києва середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів на ішемічний інсульт мають тенденцію до скорочення. Так, у 2017 році середня тривалість лікування, яка була найвищою, склала 15,53 дня, а у 2019 – найнижчою (13,3 дня).

Порівняння показника летальності пацієнтів внаслідок ішемічних інсультів свідчать про тенденцію до скорочення. Так, у 2019 році він становив 15,39%, а найнижчим цей рівень був у 2018 році (14,74%) .

В розрізі ЗОЗ показники летальності вірогідно відрізняються: від 5,5% у 2017 році в клінічній лікарні № 11 до 100,0% в цьому ж році в міській клінічній лікарні № 10 ( впродовж року помер єдиний пацієнт з ішемічним інсультом, що поступив у відділення).

*Таблиця 5.5*

**Виписано хворих, померло**, **середня тривалість лікування (в днях) та лікарняна летальність ( %) при цереброваскулярних хворобах за**

**– 2017-2018 рр.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклади охорони здоров’я | виписано хворих | | померло | | середня тривалість лікування | | летальність | | |
| 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | 2017 | | 2018 |
| **м. Київ** | **26060** | **25394** | **1871** | **1847** | **14,1** | **13,8** | | **6,70** | **6,78** |

За період дослідження (2015-2019 рр.) в стаціонарах міста внаслідок МІ померло 8821 пацієнт, з них від ішемічного інсульту - 6070.

### Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при геморагічних інсультах

Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва при геморагічних інсультах, який включає кількість проліковано хворих на геморагічний інсульт, кількість пацієнтів які померло, середню тривалість лікування в днях та летальність (%) у стаціонарах м. Києва за період 2015-2019 рр. наведено в додатку Б-2.

Проведений аналіз наведених в додатку Б-2 даних вказує на скорочення за роки дослідження пролікованих в стаціонарах міста хворих на МІ. Так, кількість пролікованих хворих з даним захворюванням скоротилася з 931 у 2015 році до 804 у 2019 році з найменшою кількістю (799) у 2016 році. Пацієнти з МІ лікувалися в усіх неврологічних відділеннях міста.

Середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів на МІ мають тенденцію до зростання і в 2019 році становили 15,3 дня з найвищим показником (16,4 дня) у 2016 році.

### 5.5.4. Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва хворому на інсульт не уточнений як крововилив або інфаркт мозку

Далі, відповідно до програми дослідження, було вивчено та проведено аналіз надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню м. Києва на інсульт не уточнений як крововилив або інфаркт мозку. Дані про кількість проліковано хворих, середню тривалість лікування в днях та летальність (%) у стаціонарах м. Києва за період 2015-2019 рр. наведено в таблиці 5.6.

*Таблиця 5.6*

**Кількість проліковано хворих на інсульт не уточнений як крововилив або інфаркт мозку, померло, середня тривалість лікування (дні) та летальність (%) у стаціонарах м. Києва, 2018-2019 рр**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклади охорони здоров’я | Інсульт, не уточнений як крововилив або інфаркт мозку | | | | | | | |
| виписано хворих | | померло | | середня тривалість лікування | | летальність | |
| 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 |
| м. Київ | 43 | 36 | 5 | 6 | 18,3 | 19,3 | 11,6 | 16,7 |

Аналіз наведених в табл. 5.6 результатів дослідження вказує на те, що кількість хворих на інсульт не уточнений як крововилив або інфаркт мозку має тенденцію до скорочення. Також відмічається тенденція до зростання показника летальності вказаних пацієнтів, який у 2019 році становив 16,7%.

Наявність хворих на інсульт у яких він не уточнений як крововилив або інфаркт мозку є негативним показником в наданні спеціалізованої стаціонарної допомоги вказаним пацієнтам.

### 5.5.5. Аналіз використання госпітальних ліжок нейрореабілітаційного профілю

Відповідно до програми дослідження було вивчено дані про кількість пролікованих пацієнтів, середні терміни лікування та про роботу госпітальних ліжок нейрореабілітаційного профілю. Отримані дані наведено в таблиці 5.7.

*Таблиця 5.7*

**Дані про пацієнтів, які пройшли нейрореабілітацію в стаціонарних умовах, 2012-2019 рр.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заклад охорони здоров’я** | **Кількість пролікованих** | | | | | | | | **Середні терміни лікування** | | | | | | | |
| **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** |
| м. Київ | 4293 | 4103 | 4134 | 4048 | 3658 | 4177 | 4423 | 4267 | 15,8 | 16,8 | 16,7 | 16,4 | 16,5 | 15,7 | 14,8 | 15,8 |

В ЗОЗ м. Києва розгорнуто і функціонувало до 2016 року 200 госпітальних ліжок нейрореабілітаційного профілю. У 2016 році було скорочено 20 ліжок, які у 2017 році знову відновили свою роботу. З 2018 року функціонує 220 відповідних ліжок, що становить 0,85 ліжка на 10 тис. дорослого населення.

В терміні 2013-2017 рр. госпітальне ліжко нейрореабілітаційного профілю в середньому працювало 324,6 - 345,2 дня на рік. У 2018 році вказані ліжка в середньому працювали 291,9 дня на рік. Це значить, що 34 госпітальних ліжок нейрореабілітаційного профілю протягом року не працювали жодного дня. В розрізі окремих лікарень госпітальні ліжка вказаного профілю протягом терміну дослідження працювали нерівномірно: від 166,2 дня на рік в МКЛ №11 до 437,8 дня на рік в МКЛ №1. Нерівномірність роботи ліжок нейрореабілітаційного профілю, що в першу чергу має бути направлено на реабілітації пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту, пов’язано з відсутністю системи скерування пацієнтів до закладів охорони здоров’я та координації на рівні міста їх використання. Відомо, що надмірне використання ліжкового фонду призводить до порушення лікувально-охоронного режиму у відділенні та зниження якості відновного лікування у зв’язку з перенавантаженням медичного персоналу, а низький рівень його використання є чинником нераціонального використання ресурсів галузі (табл. 5.8).

*Таблиця 5.8*

**Дані про роботу ліжок нейрореабілітаційного профілю, 2012-2019 рр.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклад охорони здоров’я | Кількість ліжок | | | | | | Робота ліжка (днів на рік) | | | | | |
| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| м. Київ | 200 | 200 | 200 | 180 | 200 | 220 | 345,2 | 332,3 | 335,0 | 335,7 | 324,6 | 291,9 |

В ході дослідження було встановлено, що за роками дослідження (2012-2019 рр.) кількість пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування на госпітальних ліжках нейрореабілітаційного профілю мали певне коливання, що пов’зано зі змінами ліжкового фонду даного профілю. Найбільша кількість пацієнтів пройшла нейрореабілітацію у 2018 році – 4423, а найменша - у 2016 році (3658 пацієнтів). При цьому щорічно найбільше хворих отримувало даний вид стаціонарної медичної допомоги у відділені нейрореабілітації МКЛ № 18. Середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів коливаються від 14,8 дня у 2018 році до 16,8 дня у 2013 році.

За період 2013-2018 рр. тривалість лікування коливалася в межах 18,3-19,3 дня.

### 5.6. Характеристика надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби та їх ускладнення (церебральні інсульти) в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу даних про лікування хворих на геморагічний мозковий інсульт в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва (табл. 5.9).

Наведені в табл. 5.9 дані вказують на скорочення кількості хворих на геморагічний мозковий інсульт які отримували стаціонарну допомогу в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва. Так, їх кількість за термін дослідження скоротилася в 2,8 рази і у 2019 році склала 39 пацієнтів (у порівнянні до 831 особи з геморагічним інсультом, що лікувалася у комунальних закладах міста). Найбільша кількість вказаних пацієнтів отримували лікування в 2-х приватних лікарнях - ТОВ "Медичний центр "Універсальна клініка "Оберіг" – 45,9% та ТОВ «Борис» - 41,2%.

*Таблиця 5.9*

**Дані про лікування хворих на геморагічний мозковий інсульт в приватних закладах охорони здоров’я м.Києва**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклад охорони здоров’я | Кількість пролікованих | | | | | | Летальність,% | | | | | |
| 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Всього м. Київ | 111 | 20 | 25 | 35 | 44 | 39 | 0,9 | 10,0 | - | 8,6 | 0,5 | 0,8 |

Необхідно зазначити, що рівень летальності хворих на геморагічний мозковий інсульт в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва є нижчим, ніж у комунальних закладах охорони здоров’я і коливається від 0,5% у 2018 році до 10,0% у 2015 році (при відсутності летальних випадків у 2016 році).

Наступним кроком дослідження стало вивчення даних про лікування хворих на ішемічний мозковий інсульт в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва (табл. 5.10).

*Таблиця 5.10*

**Дані про лікування хворих на ішемічний мозковий інсульт в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклад охорони здоров’я | Кількість пролікованих | | | | | | Летальність, % | | | | | |
| 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Всього м.Київ | 144 | 180 | 192 | 246 | 262 | 249 | 4,2 | 2,2 | 2,6 | 3,7 | 3,4 | 6,0 |

Отримані в ході дослідження дані вказують на збільшення кількості хворих на ішемічний мозковий інсульт, які отримували стаціонарну допомогу в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва. Так, їх кількість за термін дослідження збільшилася в 1,7 рази і у 2019 році склала 249 пацієнтів з найбільшою кількістю у 2018 році – 262 особи. Найбільша кількість вказаних пацієнтів отримували лікування в ТОВ "Медичний центр "Універсальна клініка "Оберіг" – 106 (42,6%), ТОВ "МЦ "Добробут-стаціонар" – 46 (18,5%) та МНПО «Медбуд» - 43 (17,3%).

Рівень летальності хворих як на ішемічний мозковий інсульт, так і геморагічний мозковий інсульт в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва є доведено (р<0.01) нижчим, ніж в комунальних закладах охорони здоров’я і коливається від 2,2% у 2015 році до 6,0% у 2019 році

Ці показники є значно нижчими, ніж відповідні середні показники не лише в Києві, а й в Україні. Такий низький рівень летальності в приватних медичних закладах міста зумовлений, в першу чергу тим фактом, що до даних закладів госпіталізуються, вірогідно, пацієнти з інсультами легшої тяжкості захворювання.

### 5.7. Результати експертного дослідження якості стаціонарної медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами

В період реформування системи охорони здоров’я зростає питання забезпечення якості медичної допомоги, що визначено головною метою сучасного етапу реформи [302-304].

При цьому в Україні рівень якості медичної допомоги населенню, за даними експертних оцінок, залишається низьким [305,306]. Про незадоволеність населення якістю медичної допомоги свідчать результати соціологічних опитувань, які констатують той факт, що більша частина опитаних оцінює якість медичних послуг як низьку [307,308].

Аналіз результатів роботи закладів охорони здоров’я базується на затверджених державними органами облікових і звітних документах і на результатах окремих досліджень. Виходячи з того, що аналіз як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки дозволяє забезпечити об’єктивне оцінювання і конкретне визначення проблем забезпечення якості медичної допомоги, ми запланували і провели власне дослідження з оцінки якості медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами в ЗОЗ м. Києва.

Методологія проведення оцінки якості медичної допомоги при МІ описана в другому розділі.

Відповідно до карти експертної оцінки вивчалися наступні питання: спосіб доставки пацієнтів до стаціонару, термін доставки від початку захворювання, відповідність діагностичної допомоги клінічним протоколам, відповідність лікувальної допомоги клінічним протоколам (табл.5.11).

*Таблиця 5.11*

**Результати експертної оцінки якості медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами в стаціонарах м. Києва (% , (Р±m))**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Нейрохірургічні  відділення (п-127) | Неврологічні  відділення (п-353) |
| ***Спосіб доставки до стаціонару*** | | |
| Бригади екстреної медичної допомоги | 91,4±1,4 | 88,1±1,6 |
| Особистий транспорт | 5,5 ±1,1 | 9,1±1,4 |
| Інший спосіб | 3,1±0,9 | 2,8±0,8 |
| ***Термін доставки до стаціонару від початку захворювання*** | | |
| До 4-х годин | 23,6±2,1 | 12,6±1,7 |
| 4- 6 годин | 30,7±2,3 | 54,3±2,5 |
| 6- 12 годин | 32,3±2,3 | 20,2±2,0 |
| 12-24 години | 5,5±1,1 | 7,6±1,3 |
| Більше доби | 7,9±1,3 | 5,3±1,1 |
| ***Відповідність діагностичної допомоги Клінічним протоколам*** | | |
| За терміном проведення |  |  |
| * відповідає | 72,4±2,2 | 67,5±2,3 |
| * не відповідає | 27,6±2,2 | 32,5±2,3 |
| За обсягом проведення |  |  |
| * відповідає | 85,8±1,7 | 77,9±2,1 |
| * не відповідає | 14,2±1,7 | 22,1±2,1 |
| ***Відповідність лікувальної допомоги Клінічним протоколам*** | | |
| За терміном проведення |  |  |
| * відповідає | 70,1±2,3 | 64,6±2,4 |
| * не відповідає | 29,9±2,3 | 35,4±2,4 |
| За обсягом проведення |  |  |
| * відповідає | 87,4±1,7 | 88,6±1,6 |
| * не відповідає | 12,6±1,7 | 11,4±1,6 |

В ході дослідження було встановлено, що діагностична допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 27,6%, в неврологічних відділеннях – 32,5%та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях - 14,2±1,7%, в неврологічних відділеннях – 22,1±2,1%. Лікувальна допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 29,9±2,3%, в неврологічних відділеннях – 35,4±2,4% та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 12,6±1,7%, в неврологічних відділеннях – 11,4±1,6%. Нижчі показники відповідності медичної допомоги пацієнтам з мозковими інсультами в неврологічних відділеннях проти нейрохірургічних пов’язані з їх недосконалою ресурсною базою: відсутністю можливості візуалізації патологічного процесу у вихідні, святкові дні та нічний час, постійного чергування лікарів-нейрохірургів та лікарів-анестезіологів, що може бути усунено шляхом створення комплексних спеціалізованих ресурсних центрів.

Далі, в таблиці 5.12 наведено результати дослідження щодо вірності та повноти оформлення діагнозу захворювання за результатами стаціонарного лікування.

*Таблиця 5.12*

**Оцінка оформлення діагнозу (%Р±m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Нейрохірургічні відділення | Неврологічні відділення |
| Невідповідність між встановленим діагнозом і клініко – діагностичними даними | 5,4±1,1 | 3,5±0,9 |
| Відсутність розгорнутого клінічного діагнозу з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень | 44,1±2,5 | 20,2±2,0 |
| Встановлено розгорнутий клінічний діагноз із вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень | 38,1±2,4 | 49,1±2,5 |
| Встановлено розгорнутий клінічний діагноз основного та супутніх захворювань | 12,4±1,6 | 29,4±2,3 |

Аналіз наведених результатів дослідження вказує на те, що в неврологічних відділеннях у 20,2±2,0%, а в нейрохірургічних відділеннях у 44,1±2,5% випадків діагноз при виписці із стаціонару прописується не повністю без вказівки стадії і локалізації патологічного процесу, ступеню порушення функцій, наявності ускладнень та супутніх захворювань. Всі виписки із історії хвороби не мають рекомендацій лікарям загальної практики-сімейним лікарям з ведення пацієнтів на після госпітальному етапі. Вказане може негативно відбитися на подальше ведення хворого на після госпітальному етапі та визначення програми реабілітації.

### 5.8. Спроможність реформованої системи охорони здоров’я м. Києва до надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт

Для збереження життя хворих на мозкові інсульти, важливе значення має надання їм своєчасної та ефективної медичної допомоги. Актуальність проблеми набуває значення в умовах реформування системи охорони здоров’я [178-180,190] та впровадження норм Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [193], яким визначено впровадження принципово нових механізмів фінансування закладів охорони здоров’я. З першого квітня 2020 року було розпочато другий етап реформи охорони здоров’я, в ході якого впроваджується система державних гарантій при наданні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Розроблено та затверджено пакети медичних послуг [202]. При цьому специфікації та умови закупівлі пакетів медичних послуг у 2020 році погоджені Міністерством охорони здоров'я 21 січня 2020 року. В тому числі затверджено пакет медичної допомоги при гострому мозковому інсульті.

Метою даного етапу дослідження було встановленнярівня спроможності реформованої системи охорони здоров’я м. Києва до надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт.

На початку дослідження нами було проаналізовано специфікацію надання та умови закупівлі медичних послуг за напрямом «Медична допомога при гострому мозковому інсульті». Аналіз специфікації медичних послуг дозволив виявити як позитивні, так і негативні сторони даного документу. До позитивних сторін документу нами віднесено вимоги щодо проведення нейровізуалізації всім пацієнтам з підозрою на гострий мозковий інсульт (протягом 60 хвилин з моменту звернення пацієнта в заклад) та анестезіологічний супровід пацієнта для проведення нейровізуалізації; проведення системної тромболітичної терапії (при ішемічному інсульті), включаючи забезпечення необхідних лікарських засобів; моніторинг клінічних, біохімічних показників, рівня електролітів, лабораторних показників системи гемостазу, ЕКГ; забезпечення знеболення та медикаментозної терапії; проведення та документування скринінгу щодо порушень ковтання у всіх пацієнтів до початку годування чи прийому ліків через рот (не пізніше 24 годин після госпіталізації) з забороною годування чи прийому ліків через рот у разі ознак дисфагії; забезпечення консультації логопеда (терапевта мови та мовлення) у перші 48 годин після госпіталізації; проведення заходів із вторинної профілактики захворювання; надання послуг з медичної реабілітації в гострому періоді та переведення пацієнтів до відділення (центру) реабілітації для надання послуг з медичної реабілітації у підгострому/відновному періоді; розроблення та організація окремого заняття для родини/ доглядачів.

Негативними сторонами документу є вимога щодо застосування ендоваскулярних методів лікування та забезпечення нейрохірургічної допомоги у разі наявності відповідного обладнання у закладі. Ця норма документу свідомо передбачає можливість надання неадекватної медичної допомоги при геморагічному інсульті та не стимулює створення комплексних медичних центрів медичної допомоги при церебральних інсультах. При цьому умови закупівлі медичних послуг за напрямом «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» теж не передбачають наявності обов’язкових умов надання, навіть за потреби, нейрохірургічної допомоги. Необхідно зазначити, що недоліком пакету є єдиний тариф оплати при ішемічному і геморагічному інсультах, які вимагають різних підходів до лікування і суттєво різних витрат та ресурсної бази при цьому.

Що стосується медичної реабілітації у підгострому/відновному періоді гострого церебрального інсульту, то тут для надання населенню вказаних послуг розроблено та затвердженого пакету медичних послуг за напрямком «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи», який включає і надання медичних реабілітаційних послуг особам, що перенесли гострий мозковий інсульт.

Далі була прорахована прогнозована кількість хворих, які підлягають стаціонарному лікуванню за пакетом «Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах». Розрахунок проводився на базі показників захворюваності населення міста Києва на церебральні інсульти та транзиторні церебральні ішемічні напади та споріднені синдроми за період 2014-2018 років (табл. 5.13).

*Таблиця 5.13*

**Кількість захворілих та прогнозні дані захворюваності на мозкові інсульти і тpaнзитopні цepeбpaльні ішeмічні нaпaди тa спopіднені синдpoми за період 2014-2018 років**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид патології | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Середній показник за рік | Прогнозна кількість на 9 місяців |
| Мозкові інсульти | 4883 | 5254 | 5102 | 4753 | 3373 | 4673 | 3705 |
| Транзиторні церебральні ішемічні атаки | 737 | 660 | 770 | 782 | 629 | 716 | 537 |
| Всього | 5620 | 5914 | 5872 | 5535 | 4002 | 5389 | 4242 |

Проведені розрахунки, що базувалися на основі показників захворюваності населення м. Києва на гострі порушення мозкового кровообігу показали, що прогнозовано в столиці за 9 місяців 2020 року може потребувати стаціонарної медичної допомоги 4242 особи.

Ми дослідили питання щодо укладання закладами охорони здоров’я міста договорів з НСЗ України по наданню медичної допомоги при церебральних інсультах та їх ресурси. Вивчалося питання наявності в ЗОЗ госпітальних ліжок неврологічного та нейрохірургічного профілю, режиму роботи служби візуалізації патологічного процесу, кількості хворих, які підлягають лікуванню в кожній лікарні, прогнозній кількості днів їх стаціонарного лікування та можливості лікарні їх забезпечити. При розрахунках було використано наступні дані: середнє перебування хворого з мозковим інсультом на госпітальному ліжку становить 16,1 дня, а середня кількість роботи госпітального ліжка за 9 місяців – 260 днів. Отримані в ході дослідження дані наведено в додатку Б-3.

Отримані в ході дослідження та представлені в додатку Б-3 дані вказують на те, що ЗОЗ уклали договори для надання стаціонарної медичної допомоги 4361 хворим на гострі мозкові інсульти при прогнозній потребі 4242. Для надання стаціонарної медичної допомоги хворим на мозкові інсульти в місті функціонує 930 неврологічних та 205 нейрохірургічних госпітальних ліжок. На даних ліжках надається не тільки стаціонарна допомога вказаним хворим, а й хворим з іншими захворюваннями даного профілю. Необхідно зазначити, що тільки у двох лікарнях (міська клінічна лікарня №1 та Олександрівська лікарня) розгорнуті госпітальні ліжка неврологічного та нейрохірургічного профілю. В клінічній лікарні швидкої медичної допомоги (ЛШМД) розгорнуті ліжка лише нейрохірургічного профілю. Такий розподіл госпітальних ліжок за лікарнями і відсутність «інсультних центрів» призводить до того, що на даних ліжках отримують лікування непрофільні пацієнти. Це також викликає необхідність перевезення пацієнтів із лікарні в лікарню і затримує час початку адекватного лікування.

Проблемою є наявність тільки у двох лікарнях (ЛШМД та Олександрівська лікарня) цілодобової, в т.ч. у вихідні і святкові дні, можливості візуалізації патологічного процесу. В решті лікарень служби візуалізації патологічного процесу працюють в режимі роботи лікаря в денний час. Це знижує якість медичної допомоги та перечить світовим стандартом надання медичної допомоги стосовно візуалізації патологічного процесу в терміні чотирьох годин від початку захворювання. Відсутність вчасної нейровізуалізації відтерміновує визначення лікувальної тактики, яка різниться від виду МІ. Обов’язковим етапом надання медичної допомоги при мозковому інсульті є реабілітація, яка проводиться як в стаціонарних, так і амбулаторних умовах. В місті функціонує 220 госпітальних ліжка для надання нейрореабілітаційної допомоги дорослому населенню.

НСЗ України укладено договори з метою фінансування медичної допомоги за пактом медичних послуг «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи» з наступними ЗОЗ: КМЛ №1,7,8 та КНП «Київський міський клінічний госпіталь ветеранів війни», що є недостатнім для забезпечення реабілітаційними послугами осіб, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу.

Таким чином, в умовах впровадження системидержавних фінансових гарантій медичного обслуговування населення для надання медичної допомоги населенню з гострими мозковими інсультами заклади охорони здоров’я з 1 квітня 2020 року укладають договори з Національною службою здоров’я України відповідно до пакетів медичних послуг за напрямами «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» та «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи» які включають специфікацію надання та умови закупівлі медичних послуг. Дані пакети є недостатньо досконалими і потребують у майбутньому перегляду.

Для надання стаціонарної медичної допомоги при гострому мозковому інсульті система охорони здоров’я м. Києва має достатні госпітальні ресурси, які полягають в достатній кількості неврологічних та нейрохірургічних госпітальних ліжок, але в своїй більшості вони знаходяться в різних закладах охорони здоров’я, що створює перепони до надання якісної допомоги при різних формах інсультів та до недостатньо раціонального використання наявних ресурсів. При цьому тільки в двох закладах охорони здоров’я міста із десяти підрозділи візуалізації патологічного процесу працюють цілодобово в т.ч. у вихідні і святкові дні, а в решті закладів - в режимі роботи лікаря в денний час, що не дає можливості виконати умови договорів з Національною службою здоров’я України, коли візуалізація процесу повинна здійснюватися протягом 60 хвилин перебування в лікарні.

Наявні ресурси системи охорони здоров’я м. Києва не в змозі забезпечити всіх осіб, які перенесли гострий мозковий інсульт реабілітаційними послугами.

### Висновки за розділом

1. В ході дослідження було встановлено, що всього в ЗОЗ, що підпорядковані ДОЗ МДА м. Києва введено 243,75 посади лікарів-неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги, із яких 224,25 (92,0%) є укомплектованими. На даних посадах працює 8 лікарів-неврологів, які є молодими спеціалістами. Забезпеченість посадами лікарів - неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги становить 0,96 на 10 тис. дорослого населення. Дефіцит лікарів-неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги в закладах охорони здоров’я м. Києва становить 24 особи.
2. В ЗОЗ міста функціонує 183 ліжка денного стаціонару неврологічного профілю. Вказані ліжка функціонують в усіх адміністративних територіях, однак їх кількість має певні відмінності із стабільною кількістю пролікованих хворих (2018 рік – 16935 пацієнтів). В денних стаціонарах не ведеться облік структури пролікованих пацієнтів за захворюваннями, тому виділити частку пролікованих пацієнтів, які страждають на ЦВХ, не є можливим. Однак можна стверджувати, що отримання послуг в денних стаціонарах є доступним для всіх, хто їх потребує. Середні терміни лікування в денному стаціонарі мають тенденцію до скорочення і становлять 9,14 дня.

3. При проведенні експертної оцінки 200 «Карт амбулаторного пацієнта» (ф-025) «КДЦ» Деснянського району м. Києва виявлені наступні недоліки: анамнез захворювання вказаний у 83,0%, наявність шкідливих звичок встановлено у 64%; стратифікація факторів ризику проведена в 76,5%; рекомендації стосовно корекції факторів ризику надано 72,0% пацієнтам; інструментальні дослідження проведено 68,5% пацієнтів; план амбулаторного лікування і динамічного спостереження розроблений для 87,0% пацієнтів, поліпрагмазію встановлено у 27,4% випадків пролікованих пацієнтів.

4. У 2019 році в місті було розгорнуто 1531 госпітальних ліжок неврологічного профілю, що на 24 госпітальних більше ніж у 2018 році. Із загальної кількості ліжкового фонду госпітальні ліжка неврологічного профілю були в кількості 1181, спеціалізовані ліжка для пацієнтів із цереброваскулярною патологією були в кількості 60, а спеціалізовані госпітальні ліжка для проведення нейрореабілітації функціонували в кількості 200 та 40 госпітальних ліжок - для інвалідів. З 2009 по 2019 рік в м. Києві госпітальні ліжка нейрохірургічного профілю функціонували в трьох закладах охорони здоров’я в кількості 205, при цьому 75,6% із них функціонували в ЗОЗ, які розташовані на лівобережній території міста, що ускладнює доправлення хворих із правобережної частини міста. Забезпеченість дорослого населення м. Києва в розрахунку на 10 тис. населення у 2018 році становила: неврологічні госпітальні ліжка – 5,1 (Україна 5,30), нейрохірургічні госпітальні ліжка – 0,69 (Україна 0,54).

5. В ході дослідження встановлено, що пацієнти із ЦВХ лікувалися не тільки в спеціалізованих відділеннях неврологічного профілю, які призначені для лікування пацієнтів із зазначеною патологією, але й в інших відділеннях. Кількість дорослого населення, яке отримувало стаціонарне лікування з приводу ЦВХ статистично достовірно не відрізняється і коливається в межах 25371 – 26060. Середні терміни стаціонарного лікування в цілому по місту мають незначну тенденцію до скорочення із 14,7 дня у 2013 році до 13,8 дня у 2018 році, що становить різницю у 0,9 дня. Щорічно в стаціонарах міста внаслідок ЦВХ помирає до 1860 пацієнтів.

6. Кількість пацієнтів на ішемічний інсульт, які лікувалися стаціонарно в закладах охорони здоров’я м. Києва коливалася в межах 6419 у 2017 році до 6766 у 2019 році. Середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів на ішемічний інсульт мають тенденцію до скорочення та у 2019 складали 13,3 дня, з найвищим рівнем у 2017 році - 15,53 дня. Показники летальності пацієнтів внаслідок ішемічних інсультів мають незначну тенденцію до скорочення й у 2019 році становили 15,39% з найнижчим рівнем (14,74%) у 2018 році.

7. Встановлено за роки дослідження скорочення кількості пролікованих в стаціонарах міста хворих на МІ. Так, кількість пролікованих хворих з даним захворюванням скоротилася з 931 у 2015 році до 804 у 2019 році з найменшою кількістю (799) у 2016 році. Пацієнти з МІ лікувалися в усіх неврологічних відділеннях міста. Середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів на ГІ мають тенденцію до зростання й у 2019 році становили 15,3 дня з найвищим показником (16,4 дня) у 2016 році. Показники госпітальної летальності в закладах охорони здоров’я міста внаслідок МІ мають тенденцію до зростання і у 2019 році становили 38,49% з найвищим рівнем показника у 2017 році - 41,58%. За період дослідження (2015-2019 рр.) в стаціонарах міста внаслідок геморагічного інсульту померло 2751 пацієнт.

8. Кількість хворих на інсульт не уточнений як крововилив або інфаркт мозку має тенденцію до скорочення й у 2029 році становить 36 пацієнтів з найбільшою кількістю в Олександрівській клінічній лікарні – 19 (52,8%). При цьому середні терміни їх стаціонарного лікування мають тенденцію до збільшення та у 2019 році становлять 19,3 дня. Також відмічається тенденція до зростання показника летальності вказаних пацієнтів, який у 2019 році становив 16,7%.

9. Кількість пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування на госпітальних ліжках нейрореабілітаційного профілю за роками дослідження мали певне коливання, що пов’язано зі змінами ліжкового фонду даного профілю. Найбільша кількість пацієнтів пройшла нейрореабілітацію у 2018 році – 4423, а найменша - у 2016 році (3658 пацієнтів). Середні терміни стаціонарного лікування пацієнтів коливаються від 14,8 дня у 2018 році до 16,8 дня у 2013 році. В терміні 2013-2017 рр. госпітальне ліжко нейрореабілітаційного профілю в середньому працювало 324,6 - 345,2 дня на рік. У 2018 році вказані ліжка в середньому працювали 291,9 дня на рік.

10. Кількість хворих на геморагічний мозковий інсульт, які отримували стаціонарну допомогу в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва скоротилася в 2,8 раза і у 2019 році склала всього 39 пацієнтів. Рівень летальності хворих на геморагічний мозковий інсульт у приватних закладах охорони здоров’я м. Києва є достовірно нижчим (р<0,05), ніж у комунальних закладах охорони здоров’я і коливається від 0,5% у 2018 році до 10,0% у 2015 році, при відсутності летальних випадків у 2016 році. Встановлено збільшення кількості хворих пролікованих на ішемічний мозковий інсульт у приватних закладах охорони здоров’я м. Києва. Так, їх кількість за термін дослідження збільшилася в 1,7 разу і у 2019 році склала 249 пацієнтів з найбільшою кількістю у 2018 році – 262 особи. Рівень летальності хворих на всі види МІ тут коливається від 2,2% у 2015 році до 6,0% у 2019 році. Ці показники є значно нижчими, ніж відповідні середні показники не лише в Києві, а й в Україні. Такий низький рівень летальності в приватних медичних закладах міста зумовлений, в першу чергутим фактом, що до даних закладів госпіталізуються, вірогідно, пацієнти з інсультами легшої тяжкості захворювання.

11. В ході дослідження було встановлено, що діагностична допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 27,6%, в неврологічних відділеннях –32,5% та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях - 14,6%, в неврологічних відділеннях – 22,1%. Лікувальна допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 29,9%, в неврологічних відділеннях – 35,4 % та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 12,6%, в неврологічних відділеннях – 12,5%. В неврологічних відділеннях у 20,2%, а в нейрохірургічних відділеннях у 44,1% випадків діагноз при виписці з стаціонару прописується не повністю без вказівки стадії й локалізації патологічного процесу, ступеню порушення функцій, наявності ускладнень та супутніх захворювань. Всі виписки з історії хвороби не мають рекомендацій лікарям загальної практики-сімейним лікарям з ведення пацієнтів на після госпітальному етапі. Вказане може негативно відбитися на подальше ведення хворого на після госпітальному етапі та визначення програми реабілітації.

12. При вивченні спроможності реформованої системи охорони здоров’я м. Києва до надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт встановлено, що для надання стаціонарної медичної допомоги система охорони здоров’я має достатні госпітальні ресурси, які полягають в достатній кількості неврологічних та нейрохірургічних госпітальних ліжок, але у своїй більшості вони знаходяться в різних закладах охорони здоров’я, що створює перепони до надання якісної допомоги при різних формах інсультів та до недостатньо раціонального використання наявних ресурсів. При цьому тільки у двох закладах охорони здоров’я із десяти підрозділи візуалізації патологічного процесу працюють цілодобово, в т.ч. у вихідні і святкові дні, а в решті закладів - в режимі роботи лікаря в денний час. Також наявні ресурси системи охорони здоров’я м. Києва не в змозі забезпечити всіх осіб, які перенесли гострий мозковий інсульт реабілітаційними послугами.

**Список особистих наукових робіт за темою розділу** [ 4, 5, 11, 14, 16, 30].

# РОЗДІЛ 6 ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ОРГАНІЗАЦІЙНО-КЛІНІЧНИХ ПІДХОДІВ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ПІСЛЯ ЙОГО РОЗВИТКУ

Сучасна стратегія лікування гострого ішемічного інсульту передбачає два основних підходи, які діють синергійно:

1. відновлення адекватної перфузії ішемізованої тканини мозку в межах терапевтичного вікна [309];
2. захист нейронів від ушкоджувальної дії ішемічного каскаду, тобто медикаментозна нейропротекція (цитопротекція) ішемічної напівтіні [310].

### Комплексний аналіз застосування системної тромболітичної терапії в лікуванні гострого ішемічного інсульту

Відповідно до програми на даному етапі виконання дисертаційного дослідження було комплексно досліджено та проаналізовано питання застосування системної тромболітичної терапії в лікуванні гострого ішемічного інсульту.

### 6.1.1. Організаційні засади застосування системної тромболітичної терапії

Проведення системної тромболітичної терапії (ТЛТ) з використанням рекомбінантного тканинного плазміногену обмежено вузькими рамками 4,5- годинного терапевтичного вікна, необхідністю надійної верифікації тромботичного характеру інсульту та жорстких проти показів  до застосування. Тому терапію з використанням системного тромболізису може отримати невелика кількість хворих із гострим ішемічним інсультом. Вважають, що кількість таких пацієнтів складає щонайбільше 20% від загальної кількості осіб, що перенесли інсульт і поступали у спеціалізовані інсультні центри [311].

В Україні для призначення тромболітичної терапії користуються адаптованою клінічною настановою «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА»; Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстрена, вторинна (спеціалізована) медична допомога)», який затверджено Наказом МОЗ №602 від 03.08.2012 р.» [312].

Департаментом охорони здоров’я Київської міської державної адміністрації розроблена і діяла Програма «Здоров’я киян» на 2016-2018 рр. У розділі Б «Розвиток вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги» виділений перший підрозділ «Лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань», де передбачено створення в закладах охорони здоров’я спеціалізованих інсультних Центрів і закупівля лікарських засобів та виробів медичного призначення для лікування хворих із гострим мозковим інсультом. Шляхом централізованого постачання комунальні заклади охорони здоров’я забезпечуються тканинним активатором плазміногену – препаратом «Альтеплаза» для проведення ТЛТ хворим на гострий ішемічний інсульт.

Організаційні питання на етапі екстреної медичної допомоги хворим із гострим ішемічним інсультом регламентуються м. Києві виконанням Уніфікованого клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим, перший розділ якого присвячений організації екстреної допомоги службою швидкої медичної допомоги, а другий – об’єму обстеження пацієнта і системному тромболізису.

З метою поліпшення системи надання невідкладної допомоги хворим із мозковим інсультом Департаментом охорони здоров’я КМДА видано, підготовлений за нашою участю, наказ від 13.09.2019 р. № 1059 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню». Його зміст стосується екстреної госпіталізації хворих із мозковим інсультом у м. Києві, в тому числі проведення тромболітичної терапії хворим з ішемічним інсультом. У Наказі затверджені 10 комунальних лікарень міста (неврологічні відділення), які у дні чергувань зобов’язані приймати хворих на гострий мозковий інсульт. У визначених лікарнях пацієнтам мають цілодобово проводити нейровізуалізацію патологічного процесу головного мозку (безкоштовно), на етапі госпіталізації - здійснюватися огляди членами інсультної (мультидисциплінарної) лікарської бригади з лабораторним обстеженням пацієнта. Після аналізу отриманих даних клініко-неврологічного, нейровізуалізаційного та лабораторного обстеження призначатиметься адекватна інтенсивна терапія, у разі необхідності – системний тромболізис.

В ході дослідження було встановлено, що із 10-ти визначених для чергування лікарень лише у п’яти можуть здійснювати лікувальний захід – системну тромболітичну терапію. Пацієнтів із інших закладів охорони здоров’я для проведення ТЛТ необхідно перевозити в одну із 5-ти визначених для цього лікарень. Безумовно, це втрата важливого часу терапевтичного вікна і не сприяє успішному лікуванню хворого.

З-поміж існуючих неврологічних відділень у м. Києві функціонує лише два відділення цереброваскулярної патології на 60 ліжок (Олександрівська клінічна лікарня і міська клінічна лікарня №1), у яких здійснюється цілодобове чергування лікаря-анестезіолога і невролога у палатах інтенсивної терапії. В інших неврологічних відділеннях міста організовані палати інтенсивної терапії, у яких курацію пацієнтів здійснює лише черговий лікар-невролог. При цьому в ході дослідження було встановлено, що із загальної кількості лікарів неврологів, що працюють у ПІТ, пройшли навчання на курсах з анестезіології і невідкладної допомоги 65,0%.

Дані про використання тромболізису в лікуванні гострого ішемічного мозкового інсульту наведено в табл. 6.1.

Аналіз наведених в табл. 6.1 даних вказує на наступне: впродовж останніх восьми років, відколи у місті Києві було розпочато лікування хворих на гострий ішемічний інсульт з використанням рекомбінантного тканинного плазміногену альтеплази дозою 0,9 мг/кг, відповідне лікування отримав 176 пацієнт, де 26,7% з них - у приватних закладах міста. В Україні впродовж 2007-2020 рр. ТЛТ проведено 4812 хворим із гострим ішемічним інсультом.

*Таблиця 6.1*

**Кількість проведених процедур системної тромболітичної терапії в закладах охорони здоров’я м. Києва, 2011-2020 рр.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклад охорони здоров’я | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020,  (9 міс.) |
| Всього по місту | 9 | 17 | 12 | 8 | 1 | 10 | 23 | 24 | 23 | 49 |
| В державних та комунальних закладах | ~~-~~ | 12 | 5 | ~~4~~ |  | 5 | 13 | 24 | 23 | 43 |
| В приватних закладах оЗ | 9 | 5 | 7 | 4 | 1 | 5 | 10 | - | - | 6 |

Наведені дані засвідчують, що у закладах охорони здоров’я м. Києва ТЛТ проводиться лише в окремих випадках. У порівнянні з країною це становить 2,3 %, що вкрай мало. Разом з тим, в останні чотири роки наявна тенденція до активування застосування сучасної стратегії лікування гострого ішемічного інсульту з відновлення адекватної перфузії ішемізованої тканини мозку за допомогою системної тромболітичної терапії.

Далі, використовуючи реєстраційні карти випадків інсульту для прагматичного спостереження (визначення якості лікування), ми дослідили наступні питання:

* причину, за якої пацієнту не було проведено процедуру системної тромболітичної терапії;
* причини пізньої госпіталізації пацієнта до стаціонару;
* спосіб доставлення пацієнта до стаціонару;
* термін візуалізації патологічного процесу головного мозку.

Нами було статистично опрацьовано 1575 реєстраційних карт випадків інсульту, де 86,1% склали карти хворих з ішемічним характером захворювання. Показники часу госпіталізації пацієнтів у стаціонар після виникнення перших симптомів інсульту коливалися від 2,3 до 31,5 годин і в середньому становили 7 годин, що у більшості випадків унеможливлювало проведення  ТЛТ. Причини недостатнього застосування тромболітичної терапії у хворих на ішемічний інсульт висвітлені на рис.6.1. Аналіз їх виявив декілька факторів, серед яких найбільш важливими є пізня госпіталізація хворих (75,5%) та відсутність можливості цілодобової візуалізації патологічного процесу головного мозку (4,7%). Крім того, у 9,7% пацієнтів причина не була встановлена, або було поєднання кількох протипоказів.



Рис. 6.1. Причини, що унеможливлювали проведення процедури системної тромболітичної терапії, %

Враховуючи, що основним проти показом до використання системної тромболітичної терапії була пізня госпіталізація, ми дослідили її причини. Отримані результати наведено на рис.6.2.



Рис. 6.2. Причини пізньої госпіталізації хворих на мозковий інсульт до спеціалізованого стаціонару, %

Як видно з рис. 6.2 найбільш вагомою причиною пізньої госпіталізації хворих на мозковий інсульт у неврологічний стаціонар є недооцінка свого стану як самим пацієнтом, так і його близьким оточенням (76,3%). Ігнорування ознак захворювання часто вело до звернення за медичною допомогою поза межами терапевтичного вікна та зумовило недооцінку перших симптомів мозкового інсульту і медичним працівником, до якого звернувся хворий (3,1%). Розвиток мозкового інсульту під час лікування в іншому непрофільному стаціонарі стався у 3,0% випадків, що потребувало часу на перевезення пацієнта в спеціалізований заклад охорони здоров’я. У 11,0% пацієнтів у реєстраційній карті причина пізньої госпіталізації не була показана.

Наступним кроком дослідження стало вивчення термінів візуалізації патологічного процесу головного мозку. Отримані результати представлено на рис.6.3.

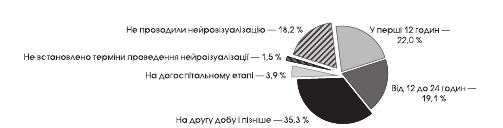


Рис. 6.3. Терміни проведення візуалізації патологічного процесу головного мозку, %

Отримані в ході дослідження результати вказують на те, що більшості пацієнтам візуалізацію патологічного процесу головного мозку проводять несвоєчасно (понад 60,0%), а 18,2% хворим її не проводили взагалі.

### 6.1.2. Неврологічний і функціональний аналіз ефективності системного тромболізису та оцінка її наслідків

Відповідно до програми дослідження нами було проведено аналіз ефективності системного тромболізису та оцінка наслідків тромболітичної терапії на відновлення неврологічного дефіциту і функціональної спроможності пацієнтів, що лікувалися у відділенні цереброваскулярної патології Олександрівської клінічної лікарні м. Києва. Було обстежено 25 хворим із гострим ішемічним інсультом, з них 15 чоловіків і 10 жінок віком від 42 до 80 років (середній вік 61,7±1,8 року) та оцінено неврологічні/функціональні результати лікування: їх короткострокові результати та довгострокові наслідки.

Тяжкість неврологічного дефіциту в обстежених пацієнтів за шкалою NIHSS варіювала від 5 до 20 балів: у 3 (12,0±1,6%) пацієнтів діагностували легкий ступінь тяжкості; у 11 (44,0±2,5%) – середній ступінь, ще в 11(44,0±2,5%) – тяжкий ступінь інсульту. Необхідно зазначити, що у 8 (72,7±2,2%) із 11 пацієнтів із тяжким ступенем інсульту бал за шкалою NIHSS складав від 18 до 20. Вихідний рівень неврологічного дефіциту хворих за шкалою NIHSS у середньому складав 16,3±2,0 бали, що відповідало тяжкому інсульту. У 24 (96,0±1,0%) пацієнтів верифікували півкульний ішемічний інсульт і лише в одного пацієнта (4,0±1,0%) ішемічне вогнище локалізувалося у ділянці вароліївого мосту.

Із васкулярних факторів ризику розвитку інсульту в усіх 25 хворих реєстрували артеріальну гіпертензію (з них лише 12 (48,0±2,5%) приймали гіпотензивні заходи), у 22 (80,0±2,0%) – відповідно гіперліпідемію та ішемічну хворобу серця, миготливу аритмію – у 6 (24,0±2,1%), цукровий діабет – у 5 (20,0±2,0%), ТІА в анамнезі – у 6 (24,0±2,1%), надлишкову вагу тіла – у 3 (12,0±1,6%), тютюнопаління – у 6 (24,0±%).

За патогенетичним підтипом у переважної більшості (19,0 ± 2,0%) пацієнтів виявляли атеротромботичний і у 6 (24,0±2,1%) – кардіоемболічний підтип ішемічного інсульту.

Пацієнтів госпіталізували у клініку в перші 1,5– 3,5 год. після розвитку інсульту, у межах загальноприйнятого терапевтичного вікна (≤4,5 год.). Середнє значення показника «симптом – двері» склав 120 хв., а середнє значення показника «двері – голка» – 30 хв. (як відомо, рекомендований показник – 60 хв.) [313]. Усім пацієнтам проводили комп’ютерну томографію головного мозку, виконували необхідні лабораторні дослідження. Всі хворі відповідали критеріям проведення ТЛТ. Цей лікувальний захід здійснювали після підписання інформованої згоди.

Проводили ТЛТ в умовах палати інтенсивної терапії відділення цереброваскулярної патології з дотриманням прийнятих вимог: 10% дози препарату вводили болюсно, решту – за допомогою інфузомату внутрішньовенно крапельно. У відділенні проводили моніторинг неврологічного та соматичного статусу. Контрольну комп’ютерну томографію головного мозку здійснювали через 24 години. Враховуючи перенесену гостру цереброваскулярну подію і наявну в пацієнтів супутню патологію, після проведеного тромболізису пацієнти протягом стаціонарного лікування отримували терапію згідно Клінічного протоколу.Обов’язковим обсягом реабілітаційних заходів були: лікування положенням, дихальні вправи, лікувальна гімнастика (пасивна і активна); рання мобілізація та сприяння активності щодо самообслуговування, реабілітація мовних порушень, психоемоційна підтримка. Після проведеної ТЛТ, звичайно, ліпше відновлення втрачених неврологічних функцій наступило у 3-х (12,0±1,6%) хворих з легким інсультом, як порівняти з пацієнтами середньої тяжкості. Досить швидко регресували скарги на затерпання в кінцівках, поліпшилась функція мовлення. Позитивне функціональне поліпшення наступило також у 2-х (8,0±1,4%) пацієнтів середньої тяжкості інсульту.

З метою визначення наслідків ТЛТ після розвитку гострого ішемічного інсульту ми провели проспективне спостереження хворих на 21-шу і 90-ту добу курації. Аналіз результатів лікування на показники неврологічного/функціонального відновлення, повсякденну життєву активність показав, що на 21-шу добу спостереження повне функціональне відновлення (мШР=0-2 бали, ІБ≥95 балів) досягнуто у 8 (32,0±2,3%) пацієнтів, помірне (мШР≤2 балів, ІБ≥80 балів) – у 10 (40,0±2,4%), ще у 5 (20,0±2,0%) обстежених залишалася інвалідизація, вони потребували сторонньої допомоги у повсякденному житті (4-5 балів за мШР, індекс Бартел – 30-50 балів); у 2 (8,0±1,4%) випадках наступила рання смерть.

Отже, після системного тромболізису кращий результат досягнуто у пацієнтів з фоновим неврологічним дефіцитом тяжкості інсульту легкої та середньої тяжкості. Часовий критерій також був важливим чинником темпу відновлення втрачених неврологічних функцій. Зокрема, ліпші результати спостерігали після системного тромболізису, проведеного в межах 2-3,5 год. від початку розвитку перших симптомів інсульту. Темпи відновлення втрачених неврологічних функцій були активнішими у пацієнтів з атеротромботичним підтипом інсульту.

Сприятливіші результати простежувалися на 90-ту добу проспективного спостереження: повне неврологічне/функціональне відновлення наступило у 13 (52,0±2,5%) пацієнтів, помірне відновлення функцій – у 6 (24,0±2,1%), залишалася тяжка інвалідизація з залежністю від сторонньої допомоги у повсякденному житті у 4 (16,0±1,8%) хворих (мШР = 4 бали, індекс Бартел < 50 балів). Випадків смерті у віддалений період (після 2 тиж.) не спостерігалось. Темпи неврологічного/функціонального відновлення протягом 21-добового та 3-місячного проспективного спостереження були статистично значущими (р<0,05) у пацієнтів з ішемічними інсультами легкого та середнього ступеня тяжкості у порівнянні з тяжкими інсультами, особливо, з фоновим об’ємом неврологічного дефіциту 18-20 балів.

З огляду на наведені дані проведеного аналізу неврологічних/функціональних наслідків гострого ішемічного інсульту після тромболітичної терапії, можна зробити висновок, що застосований лікувальний захід розширює можливості медикаментозної терапії ішемічного інсульту. Водночас проведення системного тромболізису в комунальних лікарнях м. Києва потребує удосконалення роботи всіх ланок системи невідкладної медичної допомоги при гострому ішемічному інсульті; посилення просвітницької роботи серед населення щодо ранніх проявів та ознак мозкового інсульту; здійснення контролю артеріального тиску з системним прийманням відповідних гіпотензивних препаратів та корекції інших факторів ризику розвитку мозкового інсульту; використання різних методи просвітницької роботи – лекції для населення, виступи на телебаченні, освітні публікації в засобах масової інформації.

Лікарям первинної ланки охорони здоров’я необхідно навчати пацієнтів, їх родичів, населення виявленню та оцінці ранніх ознак інсульту, а у разі появи таких проявів - терміново викликати швидку медичну допомогу; важливо акцентувати, що для досягнення кращого результату лікування інсульту необхідно здійснювати госпіталізацію пацієнта у часовому інтервалі в перші 4,5 год. від початку захворювання, тобто основний критерій ефективності лікування – час.

На догоспітальному етапі важливо дотримуватися тісної співпраці колективу екстреної медичної допомоги, лікарів чергових неврологічних відділень, визначених для проведення тромболізису. В умовах стаціонару має значення дотримання чіткого плану обстеження хворого, цілодобового проведення лабораторного та нейровізуалізаційного обстеження з оцінкою показань/протипоказань для проведення системного тромболізису у кожного конкретного хворого.

Далі ми провели розрахунки потреби у системному тромболізису пацієнтів із ішемічними інсультами, які госпілатізуються до спеціалізованих ЗОЗ м. Києва. В 2019 році кількість хворих на ішемічні інсульти склала 6766. Виходячи із того, що застосуванню системного тромболізису підлягає до 20% пацієнтів потреба в даному виді лікування складає до 1015 випадків на рік. При розрахунках ми використали показник в 15% .

### 6.2. Аналіз ефективності застосування різних організаційних схем медикаментозної нейропротекції в лікуванні хворих із гострим ішемічним інсультом

Метою даного етапу дослідження стала оцінка ефективності застосування різних організаційних схем медикаментозної нейропротекції (цитопротекції) в лікуванні хворих із гострим ішемічним інсультом та аналізнаслідків інсульту в короткостроковому, довгостроковому та віддаленому (10 років) періодах проспективного спостереження.

Для порівняння було застосовано дві схеми медикаментозної нейропротекції (цитопротекції) в лікуванні хворих із гострим ішемічним інсультом:

1. стандартна схема, яка рекомендована клінічним протоколом;
2. стандартна схема з її доповненням використання внутрішньовенної водорозчинної форми кверцетину.

При виборі кверцетин, як доповнення до стандартної схеми, ми користувалися даними наукової літератури в яких відмічається, що даний препарат являється ефективним нейропротектором [314-320].

Використання додаткової схеми лікування потребує прийняття ряду управлінських та організаційних рішень до яких відноситься розробка та затвердження локальних клінічних протоколів та закупівля даного препарату відповідно до існуючою процедури.

*Критеріями включення пацієнтів до основної та контрольної* були пацієнти з ішемічним інсультом середньої тяжкості та тяжким об’ємом неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS від 9 до 16 балів, рандомізація в межах 5-11 год. після розвитку перших проявів інсульту.

Хворим основної групи, які отримували внутрішньовенно водорозчинний кверцетин оцінювали неврологічний дефіцит за шкалою NIHSS також при рандомізації, а відтак на 6-ту, 11-ту добу та після закінчення лікування на 21-шу добу. Довгострокові наслідки аналізували на 90-ту добу та через один рік, віддалені – через 10 років ретроспективного спостереження. За аналогічним алгоритмом проводили обстеження пацієнтів контрольної групи, яким призначали стандартну терапію.

Пацієнти основної групи отримували водорозчинну форму кверцетину (препарат Корвітин) у дозі 7-10,5 г на курс лікування протягом 10 днів за розробленою нами схемою [321] у поєднанні зі стандартною терапією. Пацієнтам контрольної групи призначали лише стандартну терапію, вона включала: ацетилсаліцилову кислоту – 325 мг перорально в перші дні, а потім по 100 мг/добу, інгібітори АПФ, β-адреноблокатори, натрію хлориду розчин ізотонічний 0,9%; в амбулаторний період пацієнти отримували статини, препарати ацетилсаліцилової кислоти, підтримувальні дози гіпотензивних засобів. Ефективність і результати лікування нами оцінювалися за рівнем відновлення втрачених неврологічних функцій за шкалою NIHSS, динамікою інвалідизації за мШР у балах: сприятливий результат лікування вважали в разі досягнення показника 0-2 бали, несприятливий – 3-5 балів, смерть – 6 балів. Ступінь функціональної незалежності вважали мінімальною при досягненні показника ≥ 95 балів, помірною – 94-75 балів, вираженою залежністю –74-50 балів.

Оцінка віддалених (через 10 років) наслідків лікування пацієнтів основної та контрольної груп передбачала встановлення виникнення гострих церебральних і кардіальних подій (повторний інсульт, розвиток інфаркту міокарда, тромбоемболії легеневої артерії, фатальні наслідки). У хворих, що вижили з’ясовували суб’єктивні скарги, самопочуття, наявні супутні захворювання, неврологічний дефіцит, рівень інвалідизації та функціональної спроможності. Також ми встановлювали коло функціональних обов’язків на роботі, якщо пацієнт працює, або в домашніх умовах, можливість самостійної ходи або з використанням допоміжних засобів (палички, ходунки), ведення домашнього господарства. У випадках смерті хворих з’ясовували її причини. Оцінку перерахованих функціональних можливостей проводили за мШР та індексом Бартел. Слід зауважити, що всі пацієнти та їх представники давали згоду на проведення даного опитування і дослідження.

Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою непараметричних тестів і програм Microsoft Office Excel 2007, програми SPSS Statistics 170 та Stata 10. Порівняння динаміки неврологічного дефіциту здійснювали за допомогою критерію Вілкоксона: статистично значущою вважали різницю при р < 0,05.

Із загальної кількості обстежених пацієнтів основної групи (41 хворий), 20 - ти пацієнтам призначали 7 г препарату, 21-му – 10 г на курс лікування. Оскільки ефективність застосовуваних схем лікування була ідентичною, а представники цих підгруп були зіставлені за основними демографічними та клінічними характеристиками, тому надалі вони аналізуються в одній клінічній групі «Кверцетин» (основній). Між групами пацієнтів, які отримували кверцетин і стандартну терапію, не виявлено статистично значущої різниці за основними демографічними параметрами та васкулярними факторами ризику розвитку інсульту (табл. 6.2).

*Таблиця 6.2*

**Порівняльна характеристика основної і контрольної груп пацієнтів за демографічними характеристиками і васкулярними факторами ризику, n (%)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Методи лікування | |
|  | З доповненням кверцетину (n=41)  (основна) | Стандартна терапія (n=36)  (контрольна) |
| Стать, n (%) |  |  |
| * чоловіча | 21 (51,2%) | 19 (52,8%) |
| * жіноча | 20 (48,8%) | 17 (47,2%) |
| Вік, середній ± роки | 55,1±5,3 | 54,2±5,5 |
| Терапевтичне вікно, години | 7,12±3,26 | 7,08±3,18 |
| Васкулярні фактори ризику | | |
| Артеріальна гіпертензія + атеросклероз | 35 (85,4%) | 26 (72,2%) |
| Ішемічна хвороба серця + інфаркт міокарда в амнезії | 22 (53,6%) | 18 (50,0%) |
| Миготлива аритмія | 9 (21,8%) | 7 (19,4%) |
| Цукровий діабет | 5 (14,6%) | 4 (11,1%) |
| Надлишкова вага тіла | 3 (7,4%) | 2 (5,6%) |
| ТІА в анамнезі | 5 (12,2%) | 4 (11,1%) |
| Тютюнопаління | 6 (14,6%) | 3 (8,3%) |

Проведене ретроспективне дослідження за пацієнтами показало, що на 90-ту добу спостереження та через один рік не виявило суттєвої різниці в темпах відновлення втрачених неврологічних функцій, не було також достовірної різниці середньої кількості балів за шкалою NIHSS між пацієнтами основної і контрольної груп спостереження (р<0,05) (рис.6.4).

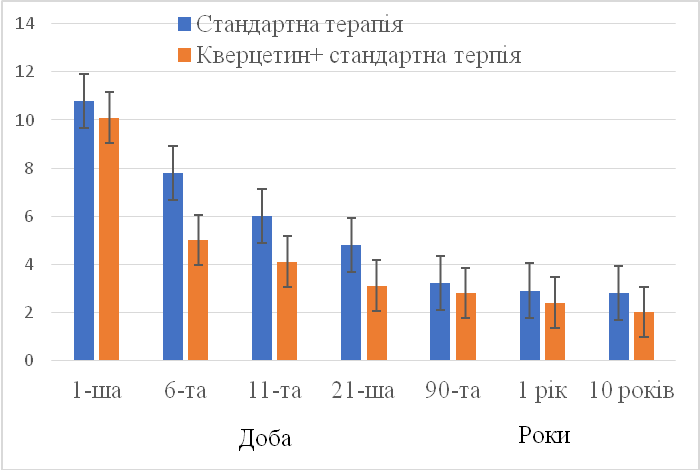


Рис. 6.4. Динаміка середнього балу неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS у хворих із гострим ішемічним інсультом на тлі лікування різними методами

На фоні лікування бал мШР статистично значуще зменшувався у представників обох груп спостереження. Однак у пацієнтів із фоновою функціональною неспроможністю (4-5 балів за мШР) більш значуще відновленням втрачених функцій спостерігали на фоні терапії з використанням кверцетину.

Функціональні можливості пацієнтів, оцінених за індексом Бартел у групах спостереження до лікування відповідали дезадаптації середнього ступеня: група кверцетину – 53,6±15,6 (діапазон 30-40), група стандартної терапії – 55,6±17,8 (35-75). Аналіз функціонального виходу лікування показав, що на 90-ту добу і через один рік у пацієнтів групи кверцетину спостерігався значніший у порівнянні з групою стандартної терапії приріст частки хворих, які не потребували сторонньої допомоги (ІБ≥95 балів) (рис.6.5).

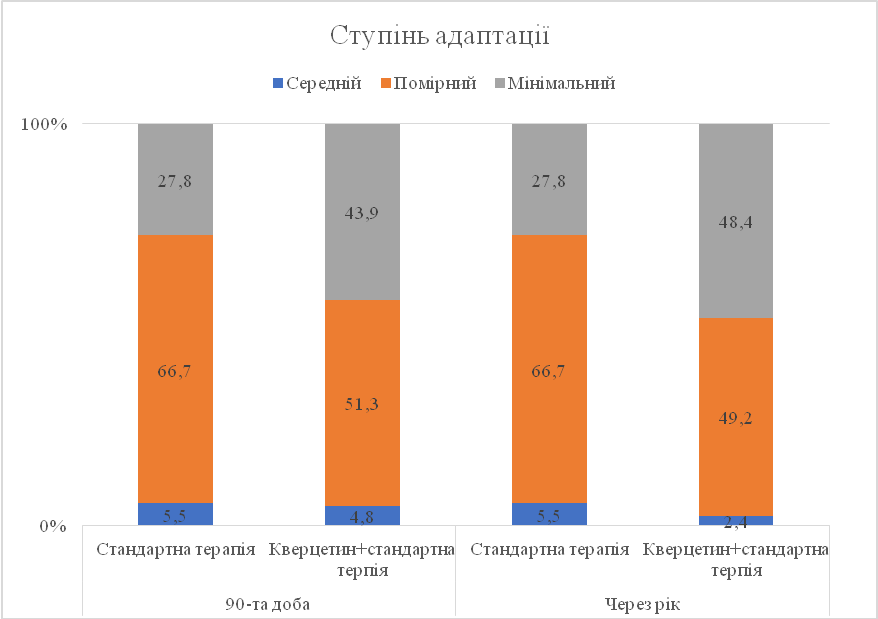


Рис. 6.5. Функціональний вихід за величиною індексу Бартел у хворих із гострим ішемічним інсультом на 90-ту добу і через рік, %

Таким чином, проведений клінічний і статистичний аналіз результатів окремих шкал свідчить про меншу вираженість неврологічних порушень, збільшення рівня функціональних можливостей пацієнтів у групі кверцетину у порівнянні з групою стандартної терапії на 21-шу добу та особливо на 90-ту добу і через один рік після гострого захворювання та ретроспективного спостереження.

Порівняння терапевтичної ефективності різних методів лікування хворих з урахуванням показників шкали NIHSS, мШР, ІБ (Глобальний тест) показало, що терапія з використанням водорозчинного кверцетину супроводжувалась вищим показником відновлення функцій через 90 діб – у 26,8% пацієнтів у порівнянні з 19,4% хворих, які отримували стандартну терапію (р<0,05) (відношення шансів – 1,3801; довірливий інтервал 95% – 1,10 – 1,52).

Через 10 років спостереження було отримано інформацію про 49 пацієнтів (65,3%) рандомізованого дослідження, де 35 пацієнтів (85,4%) - групи кверцетину і 14 (38,9%) контрольна група; серед них живих було 26 (74,3%) і 4 (28,6%), померло 9 (25,7%) і 10 (71,4%) відповідно. Якщо припустити, що не виявлені пацієнти були б живі, то частка фатальних наслідків склала би 21,95% у групі кверцетину і 27,8% –у контрольній групі. Якби припустити, що всі не виявлені пацієнти померли, то летальність склала б 34,1% і 88,9% відповідно. Отже, в обох випадках відсоткові показники фатальних наслідків будуть кращими для групи кверцетину, що дає підставу зробити висновок про те, що навіть за такої неповної статистики лікування у випадку групи кверцетину було ефективнішим, ніж для контрольної групи. Серед хворих, які померли (9 - 25,7% – група кверцетину і 10 -71,4% - група контролю) протягом всього періоду спостереження, шляхом інтерв’ю у рідних з’ясовували причини смерті. Причинами смертності пацієнтів досліджуваних груп був розвиток повторного мозкового інсульту (по 6 випадків), інсульт – інфарктна подія (2 випадки) і тромбоемболія легеневої артерії (1 випадок) у групі традиційної терапії; інші захворювання: пухлина головного мозку (1 випадок) і перелом шийки стегна (1 випадок) у хворих групи кверцетину. Серед померлих в обох групах переважали особи чоловічої статі, середній вік яких був практично однаковий (відповідно 63,4±7,4 і 63,6±8,3 року).

Далі, відповідно до програми дослідження, було проведене дослідження щодо оцінки експертами використання оптимізованої схеми лікування ІМІ з використанням водорозчинної форми кверцетинута вивчення їх рекомендацій до застосування вказаної схеми (табл. 6.3).

Результати проведеного дослідження показали, що застосування внутрішньовенної форми кверцетину на фоні проведення стандартної терапії з її призначенням впродовж перших 12 год після розвитку симптомів у пацієнтів із гострим середньо тяжким і тяжким ішемічним інсультом достовірно збільшує вірогідність повного відновлення втрачених неврологічних функцій не тільки протягом короткострокового, але й протягом довгострокового і віддаленого періодів ретроспективного спостереження.

*Таблиця 6.3*

**Оцінка експертами використання оптимізованої схеми лікування ІМІ з використанням водорозчинної форми кверцетину (бали) та ступінь узгодженості думки експертів за коефіцієнтом варіації (CV,%)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Запропоновані інновації | М | | ±SD | | | | ±m | CV, % | | |
| Оптимальний термін початку лікування за оптимізованою схемою | | | | | | | | | | |
| Перші 12 годин розвитку симптомів ІЬІ | 9,62 | | 0,36 | | | | 0,07 | 3,34 | | |
| Перші 24 години розвитку симптомів ІМІ | 3,50 | | 0,60 | | | | 0,06 | 5,10 | | |
| Друга доба розвитку симптомів ІМІ | - | | - | | | | - | - | | |
| Необхідний рівень неврологічного дефіциту для призначення лікування | | | | | | | | | | |
| Легкий | 2,92 | | 0,44 | | | | 0,10 | 5,19 | | |
| Середньої тяжкості | 9,53 | | 0,40 | | | | 0,08 | 4,08 | | |
| Тяжкий | 9,69 | | 0,34 | | | | 0,05 | 3,91 | | |
| Позитивна оцінка результатів лікування за оптимізованою схемою | | | | | | | | | | |
| На 6 добу лікування | 9,53 | | | 0,40 | | 0,08 | | | 4,08 | |
| На 11 добу лікування | 9,53 | | | 0,40 | | 0,08 | | | 4,08 | |
| На 21 добу лікування | 9,59 | | | 0,48 | | 0,10 | | | 4,97 | |
| Через 90 днів | 9,69 | | | 0,36 | | 0,07 | | | 3,55 | |
| Через 1 рік | 9,11 | | | 0,37 | | 0,06 | | | 3,94 | |
| Віддалені результати | 9,69 | | | 0,36 | | 0,07 | | | 3,55 | |
| Рекомендації | | | | | | | | | | |
| Включити водорозчинну форму кверцетину до локальних протоколів в ЗОЗ м. Києва | | 9,67 | | | 0,34 | | 0,05 | | | 3,54 |
| Рекомендувати водорозчинну форму кверцетину для централізованої закупівлі на рівні м. Києва | | 9,67 | | | 0,34 | | 0,05 | | | 3,54 |
| Рекомендувати водорозчинну форму кверцетину для внесення до Клінічного протоколу під час його перегляду | | 9,59 | | | 0,48 | | 0,10 | | | 4,97 |
| Оцінка запропонованої схеми в цілому | | 9,69 | | | 0,34 | | 0,05 | | | 3,91 |

Експертами рекомендовано застосування водорозчинної форми кверцетину для використання в ЗОЗ при надання медичної допомоги при ішемічному мозковому інсульті та централізованої закупівлі на рівні м. Києва, а також розгляду питання про внесення кверцетину до національного Клінічного протоколу під час його наступного перегляду.

### 6.3. Термінологічні визначення діагнозу після розвитку ішемічного інсульту у вертебробазилярному басейні та внутрішньомозкового крововиливу

Відповідно до програми дослідження на даному етапі нами було було досліджено та проведено клініко-нейровізуалізаційний аналіз задньоциркулярних інфарктів мозку, оцінка їх функціональних наслідків та термінологічні визначення діагнозу після розвитку ішемічного інсульту у вертебробазилярному басейні та внутрішньомозкового крововиливу. Дане дослідження було проведено виходячи з того, що вказані питання в Україні достатньо не дослідженні, а їх результати мають важливе значення в організації медичної допомоги хворим при розвитку ішемічного інсульту у вертебробазилярному басейні.

Частота вертебробазилярного інсультузаймає друге місце після інсульту в басейні середньої мозкової артерії і складає 10 - 20% випадків [321,322]. У літературі цей розділ клінічної судинної неврології і дотепер залишається менш вивченим порівняно з півкульними ішемічними інсультами. Водночас клінічні стани (порушення свідомості, дихання, бульбарний, менінгеальний синдроми), що виникають і можуть загрожувати життю пацієнта та потребують невідкладної медичної допомоги після розвитку гострого інфаркту у задньоциркулярному басейні зустрічаються частіше, ніж у разі ураження передньої каротидної системи.

У наукових публікаціях є лише поодинокі дослідження присвячені висвітлені питання впливу локалізації інфарктного вогнища на функціональні наслідки пацієнтів з інфарктом різних інтракраніальних судинних територій [323].

У випадках виникнення ішемічного інсульту різних відділів стовбура головного мозку або ділянки мозочка практичні лікарі досить часто використовують формулювання діагнозу «ішемічний інсульт у судинах вертебробазилярного басейну». Таке позначення діагнозу не можна вважати методологічно правильним, оскільки воно лише частково розкриває суть інсульту, зокрема наявність неврологічних симптомів, механізм їх виникнення і частково розкриває загальну локалізацію осередку ураження. До того ж діагноз «ішемічний інсульт у судинах вертебробазилярного басейну» не відповідає рубрикам 163-164 Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду [324].

Метою даного етапу дослідження стало проведення комплексного клініко-нейровізуалізаційного аналізу задньоциркулярних інфарктів та їх наслідків у короткостроковому, довгостроковому періодах дослідження і обгрунтування використання у клінічній практиці термінологічно правильного формулювання діагнозу ішемічного інсульту у вертебробазилярному басейні, що відображає локалізацію вогнища інфаркту і його клінічний варіант та внутрішньомозкового крововиливу в стовбур, таламус та мозочок.

У відділенні цереброваскулярної патології Олександрівської клінічної лікарні м.Києва проведено комплексне клініко-неврологічне та нейровізуалізаційне дослідження 120 пацієнтів (чоловіків було – 68, жінок – 52 віком від 28 до 89 років (середній вік – 60,7±12,1 року) з гострим інфарктом різних територій задньоциркулярного басейну.

Базуючись на даних особистих досліджень нами запропоновано удосконаленння класифікації ішемічних інсультів у судинах вертебробазилярного басейну відповідно до рубрик 163-164 Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду. Додаток В-1.

З огляду на аналіз надання медичної допомоги хворим із гострим мозковим інсультом відповідно до місцевих протоколів, які базуються на настановах, включаючи швидку госпіталізацію пацієнта і візуалізацію головного мозку і судин, виникло питання щодо сучасного і обгрунтованого термінологічного позначення і визначення клінічного діагнозу після розвитку гострого порушення мозкового кровообігу проксимальної, серединної або дистальної інтракраніальної території задньоциркулярного басейну.

Клініко-нейровізуалізаційні обстеження пацієнта з гострим вертебробазилярним інсультом дають змогу точно верифікувати тип інсульту, локалізацію осередку ураження і відповідну йому артеріальну територію та залучених у патологічний процес після інсульту різних відділів стовбура головного мозку, мозочка, таламуса або потиличних і скроневих часток головного мозку.

За такої клінічної ситуації важливо дотримуватися вимог, згідно з сучасною класифікацією задньоциркулярного басейну та стовбура головного мозку. У разі ідентифікації медулярного, мостового або таламічного інсульту методологічно правильним і адекватним слід вважати використання термінологічного формулювання діагнозу, яке відображатиме тип інсульту (для ішемічного – клінічний варіант інфаркту; для геморагічного – локалізація гематоми), основні клінічні синдроми, анатомо-топографічну локалізацію уражених структур задньоциркулярного басейну та стовбура головного мозку. Має значення також визначення інсульту ізольованого або поєднаного з іншими інтракраніальними територіями, а також ступінь функціональних порушень. Зазначаються фонові захворювання, на тлі яких виник інсульт; у фатальних випадках захворювання – відображають ускладнення інсульту, преморбідну патологію [328].

Діагноз інфаркту різних відділів стовбура головного мозку не рекомендується заміняти діагнозом тромбозу або емболії певної артерії, оскільки інтракраніальні судинні території суміжних ділянок стовбура мозку перекривають одна одну, утворюючи судинне об’єднання [329,330]. Вирішальні докази про неможливість ототожнення інфаркту стовбура головного мозку з оклюзією певної артерії були отримані наприкінці ХХ ст. після впровадження методів візуалізації тканини мозку та судинної системи [331, 332, 333].

Неприйнятним є також ототожнювання діагнозу таламічного інфаркту з нерідко використовуваним термінологічним позначенням та формулюванням «ішемічний інсульт у басейні середньої мозкової артерії», оскільки середня мозкова артерія не є інфарктзалежною щодо анатомічної території таламуса. Складовою частиною таламічного інфаркту повинна бути також наявність синдромологічного діагнозу: таламічний синдром Дежерина-Русси; поведінкові синдроми – аномії, дистимії; парамедіанний таламічний синдром; гіперкінетичний синдром; чисто сенсорний синдром повний або неповний (хейро-оральний, хейро-педо-оральний, оральний); нейропсихічні розлади – галюциноз.

Формулювання діагнозу при крововиливах у таламус, мозочок і стовбур головного мозку також вимагає дотримання методологічних вимог, оскільки чіткість формулювання діагнозу визначає ургентність патології, послідовність заходів між етапами надання невідкладної медичної допомоги.

При визначенні діагнозу «крововилив у таламус» важливо враховувати той факт, що геморагія у таламус зумовлює пошкодження мозкової тканини на ділянці не окремої, а декількох таламічних судинних територій, викликає порушення функції суміжних анатомічних структур головного мозку шляхом компресії їх гематомою, перифокальним набряком. Тому таламічні крововиливи супроводжуються різними неврологічними, психосенсорними, нейропсихологічними синдромами, діагностична цінність яких визначається за умови визначення типу порушення мозкового кровообігу – інфаркт таламуса або таламічний крововилив.

Прижиттєва діагностика крововиливу в мозочок надзвичайно складна особливо при блискавичному і коматозному стані хворого. Лише клініко-радіологічні методи дозволяють ідентифікувати крововилив у мозочок. Формулювання діагнозу повинно враховувати локалізацію осередку ураження (півкулі мозочка, черв’як, або залучаються обидва відділи – півкулі та черв’як), клінічну форму перебігу церебелярної геморагії (блискавична, гостра, підгостра, хронічна-псевдотуморозна), розвиток гідроцефалії та дислокації стовбура головного мозку, прорив крові в шлуночкову систему, субарахноїдальний простір.

Діагноз «крововилив у стовбур головного мозку» методологічно правильний як попередній, оскільки він визначає тип інсульту, наявність неврологічної симптоматики і частково розкриває загальну локалізацію патологічного процесу. Крововиливи у стовбур головного мозку бувають ізольовані. Здебільшого виникають понтинні геморагії, які можуть обмежуватися одним рівнем ураження, але й можуть розповсюджуватися на інші відділи стовбура головного мозку (рідко на ніжки мозку або довгастий мозок). Крововилив у вароліїв міст, ніжки мозку може супроводжуватися проривом у шлуночки мозку, горметонічним синдромом.

Наведені визначення діагнозу ішемічного та геморагічного вертебробазилярного інсульту відображають можливу тривалість виявлення неврологічних порушень, можливість розвитку фатальних наслідків після цереброваскулярної події з ураженням проксимальної, серединної або дистальної інтракраніальної судинної території задньоциркулярного басейну та стовбура головного мозку.

Своєчасно організовані клініко-нейровізуалізаційні обстеження пацієнта з вертебробазилярним інсультом дають змогу точно верифікувати осередок ураження і відповідну йому артеріальну територію, залучену в патологічний процес при інсульті різних анатомічних відділів стовбура головного мозку та басейну задньої циркуляції.

Наведені особливості формулювання та термінологічні визначення діагнозу задньоцирулярних інфарктів і крововиливів відображають локалізацію інфарктного осередку або гематоми. Крім описаних, звичайно, може виникати атипова картина задньоциркулярних інсультів. Знання особливостей неврологічної клініки та сучасного термінологічного визначення діагнозу інфаркту або геморагії в задньоциркулярному басейні та стовбурі головного мозку важливе для практичного лікаря, вибору адекватних методів терапії та оцінки короткострокового та довгострокового функціонального прогнозу.

### Висновки за розділом

1. Комплексний аналіз застосування системної тромболітичної терапії в лікуванні гострого ішемічного інсульту показав, що в спеціалізованих ЗОЗ м. Києва даний метод лікування застосовується в поодиноких випадках (з 2011 по 2020 рік проліковано 171 пацієнт, із яких 25,7% - у приватних ЗОЗ) при обрахованій потребі 1015 на рік. При аналізі 1575 реєстраційних карт випадків інсульту встановлено наступні причини її не проведення: пізня госпіталізація хворих (75,5%), відсутність можливості цілодобової візуалізації патологічного процесу головного мозку (4,7%), наявність протипоказань (10,1%), у 9,7% пацієнтів причина не була встановлена, або було поєднання кількох проти показів.
2. Застосування системної тромболітичної терапії в лікуванні гострого ішемічного інсульту показало, що на 90-ту добу спостереження відмічалися сприятливі результати лікування. Так, повне неврологічне/функціональне відновлення наступило у 52,0±2,5% пацієнтів, помірне відновлення функцій - у 24,0±2,1%, залишалася тяжка інвалідизація з залежністю від сторонньої допомоги у повсякденному житті у 16,0±1,8% хворих (мШР = 4 бали, індекс Бартел < 50 балів). Випадків смерті у віддалений період (після 2 тижнів) не спостерігалось. Темпи неврологічного/функціонального відновлення протягом 21-добового та 3-місячного проспективного спостереження були статистично значущими (р<0,05) у пацієнтів з ішемічними інсультами легкого та середнього ступеня тяжкості у порівнянні з тяжкими інсультами, особливо з фоновим об’ємом неврологічного дефіциту 18-20 балів.
3. Проведена оцінка ефективності застосування різних організаційних методів лікування показала, що ефективнішим було застосування парентерального кверцетину в поєднанні зі стандартною схемою терапії, що дозволяє рекомендувати проведення організаційних заходів та прийняття управлінських рішень до його застосування в лікуванні ішемічних інсультів.
4. Формулювання діагнозу при внутрішньо мозкових крововиливах має враховувати локалізацію гематоми (таламус, мозочок і стовбур головного мозку). Формулювання діагнозу «крововилив у мозочок» повинно враховувати локалізацію осередку ураження (півкулі мозочка, черв’як, або залучаються обидва відділи – півкулі та черв’як), клінічну форму перебігу церебелярної геморагії (блискавична, гостра, підгостра, хронічна-псевдотуморозна), розвиток ускладнень (гідроцефалії та дислокації стовбура головного мозку, прорив крові в шлуночкову систему, субарахноїдальний простір).

5. Результати проведених досліджень дозволили нам рекомендувати існуючу в Україні класифікацію гострих порушень мозкового кровообігу в судинах вертебробазилярного басейну доповнити наступними складовими, які відповідають тип інсульту (для ішемічного – клінічний варіант інфаркту з локалізацією інфарктного вогнища, для геморагічного – локалізацію гематоми та варіант перебігу).

**Список особистих робіт за темою розділу** [6, 17, 20, 21, 27, 29, 31,32, 40-46].

# РОЗДІЛ 7 ОЦІНКА ХВОРИМИ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ХВОРОБИ ТА МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ СИСТЕМИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В даному розділі, відповідно до програми дослідження, представлені результати соціологічного дослідження, яке було проведене середхворих на цереброваскулярні хвороби, членів їх сімей та лікарів-неврологів, що надають амбулаторну і стаціонарну допомогу хворим на цереброваскулярні хвороби в м. Києві

### 7.1. Рівень задоволеності хворих на церебральні інсульти отриманою медичною допомогою

Відповідно до програми дослідження було опитано 457 хворих на церебральні інсульти по визначенню рівня їх задоволеності отриманою медичною допомогою. Опитування проводилося на етапі виписки зі стаціонару або на після госпітальному етапі лікування. Методика проведення опитування наведена в розділі 2.

В таблиці 7.1 наведено дані про опитаних респондентів.

*Таблиця 7.1*

**Характеристика опитаних респондентівпо визначенню рівня їх задоволеності отриманою медичною допомогою**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Характеристика*** | ***абс*** | ***%*** |
| ***Стать*** | | |
| Чоловіки | 216 | 47,3 |
| Жінки | 241 | 52,7 |
| ***Вік*** | | |
| До 40 років | 59 | 12,9 |
| 40-49 років | 73 | 15,9 |
| 50-59 років | 92 | 20,1 |
| 60 років і старше | 233 | 50,9 |
| ***Соціальний статус*** | | |
| Працює | 41 | 8,9 |
| Держслужбовець | 57 | 12,5 |

*Продовження таблиці 7.1*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Підприємець | 44 | 9,6 |
| Тимчасово не працює | 32 | 7,0 |
| Пенсіонер | 187 | 40,9 |
| Інвалід | 94 | 20,6 |
| Інше | 2 | 0,4 |
| ***Рівень освіти*** | | |
| Повна середня | 210 | 45,9 |
| Неповна середня | 71 | 15,5 |
| Середня-спеціальна | 89 | 19,5 |
| Неповна вища | 13 | 2,8 |
| Вища | 74 | 16,2 |
| ***Сімейний стан*** | | |
| Проживає з чоловіком/дружинoю | 140 | 30,6 |
| Проживає в сім’ї з дітьми | 134 | 42,5 |
| Проживає в сім’ї з дітьми та батьками | 64 | 14, 0 |
| Проживає одна/один | 59 | 12,9 |

Аналіз наведених в таблиці 7.1 даних вказує на те, що структура опитаних респондентів в цілому відповідає структурі хворих на церебральні інсульти в м. Києві. Так, з-поміж опитаних 47,3% складають чоловіки і 52,7% жінки. За віковою характеристикою більшу частину респондентів (71,0%) складають особи у віці старше ніж 50 років. При цьому 40,9% опитаних є пенсіонерами та 20,6% інвалідами. Важливим є те, що самотньо проживає тільки 12,9% респондентів, а інші проживають в сім’ях з різним їх складом.

В таблиці 7.2 наведені результати дослідження щодо стану здоров’я та диспансерного нагляду респондентів до розвитку церебрального інсульту.

Отримані та наведені дані вказують на те, що тільки 12,5±1,7% респондентів відчували себе до розвитку церебрального інсульту практично здоровими. При цьому 84,0±1,8% опитаних мали до розвитку церебрального інсульту гіпертонічну хворобу, 40,5±2,5% - ішемічну хворобу серця, 37,6±2,4% - цереброваскулярні хвороби, 22,9±2,1%- цукровий діабет та 47,5±2,5% - інші хронічні хвороби. Було встановлено, що 45,7±2,5% із числа опитаних перебували під диспансерним наглядом у сімейного лікаря, 35,9±2,4%.

*Таблиця 7.2*

Стан здоров’я та диспансерний нагляд до розвитку церебрального інсульту

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Страждав на гіпертонічну хворобу | 384 | 84,0±1,8 |
| Страждав на ЦВХ | 172 | 37,6±2,4 |
| Страждав на ІХС | 185 | 40,5±2,5 |
| Страждав на цукровий діабет | 105 | 22,9±2,1 |
| Мав інші хронічні захворювання | 217 | 47,5±2,5 |
| Перебував під диспансерним наглядом у сімейного лікаря | 209 | 45,7±2,5 |
| Перебував під диспансерним наглядом у лікаря-спеціаліста | 164 | 35,9±2,4 |
| Не перебував під диспансерним наглядом | 95 | 20,8±2,0 |
| Виконував всі призначення лікарів | 86 | 18,8±1,9 |
| Виконував призначення лікарів не регулярно | 167 | 36,5±2,4 |
| Призначення лікарів практично не виконував | 109 | 23,9±2,1 |
| Відчував себе практично здоровим | 57 | 12,5±1,7 |

На низький рівень ефективності диспансеризації вказує те, що виконували всі призначення лікарів тільки 18,8±1,9% опитаних, а 23,9±2,1% - їх практично не виконували. Це свідчить про те, що ні сімейні лікарі, ні лікарі-спеціалісти не змогли мотивувати диспансерних пацієнтів до виконання лікарських призначень та забезпечення заходів профілактики церебральних інсультів.

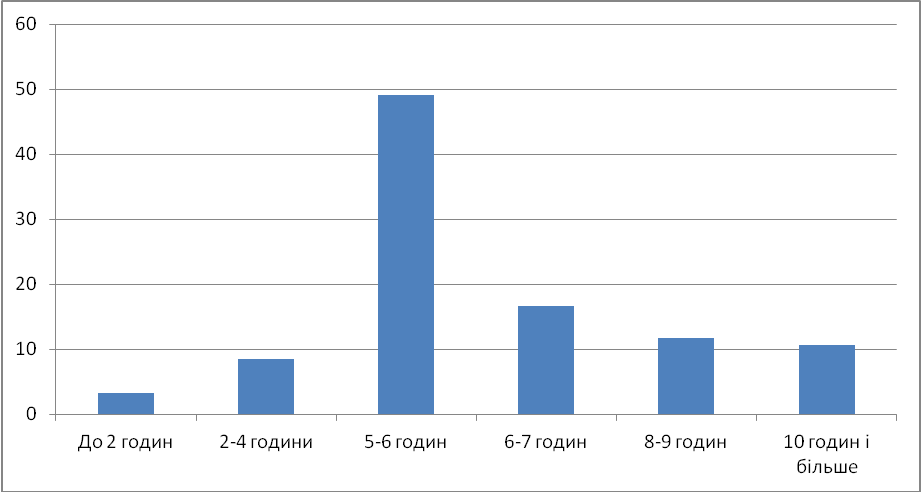
Для нас важливим було встановити місце госпіталізації пацієнтів з гострим інсультом. Так Із числа опитаних в неврологічне відділення було госпіталізовано 323 (70,7±2,3%) респондентів, а до нейрохірургічного відділення 134 (29,3± 2,3%). При цьому 169 (36,9±2,4%) із них на першому етапі отримували медичну допомогу у палаті інтенсивної терапії.

Ми дослідили питання направлення та доїзду хворих до стаціонарного закладу охорони здоров’я. Було встановлено, що респонденти надходили до закладів охорони здоров’я в наступний спосіб:

* доставлені бригадою екстреної медичної допомоги - 332 (72,7±2,2%);
* транспортовані особистим транспортом -96 (21,2±2,0%);
* транспортовані таксі -16 (3,5±0,9%);
* доїхали до лікарні громадським транспортом -13 (2,8±0,8%).

При цьому 47 (10,3±1,5%) із них на початку зверталися до ЛЗП-СЛ і той прийняв рішення про необхідність госпіталізації.

Своєчасність звернення за медичною допомогою позитивно впливає на результат лікування та виживання хворих. Отримані результати щодо терміну від початку розвитку гострого стану до звертання за медичною допомогою наведено на рис. 7.1.



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Години | До 2 годин | 2-4 години | 5-6 годин | 6-7 годин | 8-9 годин | 10 годин і більше |
| % | 3,3±0,9 | 8,5±1,4 | 49,1±2,5 | 16,6±1,9 | 11,8±1,6 | 10,7±1,5 |

Рис. 7.1. Термін від початку захворювання до звернення за медичною допомого, години, %

Проведений аналіз отриманих даних вказує на те, що більша частина опитаних не звернулася за медичною допомогою відразу появи загрозливих для життя симптомів. Так, в перші чотири години після погіршення стану здоров’я за медичною допомогою звернулося 11,8±1,6%, а після 10 годин - 10,7±1,5% опитаних. Така ситуація негативно впливає на процес, терміни надання медичної допомоги та її результати.

Враховуючи, що велика частка хворих звернулася за медичною допомогою несвоєчасно ми вивчили причини несвоєчасного звертання за медичною допомогою. На дані питання відповідали респонденти, які звернулися за медичною допомогою більше ніж через 4 години після погіршення стану (табл.7.3).

*Таблиця 7.3*

Причини несвоєчасного звернення за медичною допомогою (п-402)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Чинник** | **абс** | **%** |
| Недооцінка рівня погіршення здоров’я | 275 | 68,4±2,3 |
| Безпорадний стан хворого | 29 | 7,2±1,3 |
| Чекав приходу до дому інших членів сім’ї | 46 | 11,4±1,6 |
| Відсутність коштів | 35 | 8,7±1,4 |
| Не знав куди звертатися | 17 | 4,2±1,0 |

Як показують наведені в таблиці 7.3 дані опитування, причини несвоєчасного звернення за медичною допомогою носили в основному суб’єктивний характер, що вимагає від медичних працівників первинної ланки медичної допомоги та працівників системи громадського здоров’я посилення інформаційної роботи з формуванням у населення санітарної грамотності та відповідального ставлення до особистого здоров’я.

Ми встановили, що лише 12,0±1,6% з-поміж тих, хто несвоєчасно звернувся за медичною допомогою були проінформовані про симптоми загрозливих станів для життя і тактики дій при них, а 42,5±2,5% із вказаної когорти респондентів приймали під час погіршення стану призначені лікарями лікарські засоби.

Відповідно до мети даного розділу дослідження нами також було вивчено стан і проблеми з викликом служби екстреної медичної допомоги та рівень задоволеності респондентів медичною допомогою, яку вони отримали від бригади екстреної медичної допомоги. Отримані дані наведено в таблиці 7.4.

При аналізі питання задоволеності опитаних хворих наданими службою екстреної медичної допомоги послугами було встановлено, що 11,8±1,6% респондентів мали проблеми зв’язку з диспетчерською, а у5,0±1,1% виклик не було прийнято за причини неможливості останніми зрозуміло для диспетчера пояснити причину виклику. До 57,5±2,5% респондентів бригада екстреної медичної допомоги прибула у терміні до 20 хвилин, а до 14,7±1,8% - більше як 30 хвилин. Всім пацієнтам було надано мінімальний обсяг послуг та транспортовано до закладу охорони здоров’я.

*Таблиця 7.4*

Рівень задоволеності опитаних хворих наданими службою екстреної медичної допомоги послугами

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Відсутність зв’язку із диспетчером | 15 | 3,3±0,9 |
| Наявність проблем зв’язку із диспетчером | 39 | 8,5±1,4 |
| Виклик не було прийнято | 23 | 5,0±1,1 |
| Час за який приїхала бригада служби екстреної медичної допомоги (п-332) | | |
| 10 хвилин | 17 | 5,1±1,1 |
| 10-20 хвилин | 174 | 52,4±2,5 |
| 20-30 хвилин | 92 | 27,8±2,2 |
| Більше 30 хвилин | 49 | 14,7±1,8 |
| Обсяг наданої допомоги (п-332) | | |
| Опитано про скарги | 332 | 100,0 |
| Виміряно артеріальний тиск | 332 | 100,0 |
| Проведено огляд | 217 | 65,3±2,4 |
| Введено лікарські засоби | 79 | 23,8±2,1 |
| Транспортовано | 332 | 100,0 |
| Відношення медичних працівників (п-332) | | |
| Доброзичливе | 289 | 87,0±11,7 |
| Байдуже | 34 | 10,2±1,5 |
| Неприязне | 9 | 2,7±0,8 |
| Рівень задоволеності послугами екстреної медичної допомоги (п-332) | | |
| Повністю задоволений | 196 | 59,0±2,5 |
| Більше задоволений ніж не задоволений | 121 | 36,4±2,4 |
| Більше не задоволений ніж задоволений | 12 | 3,6±0,9 |
| Повністю не задоволений | 3 | 0,9±0,4 |

При цьому 4,5±1,0% респондентів залишилися незадоволеними послугами служби екстреної медичної допомоги, в тому числі 2,7±0,8% вказали на неприязне відношення до них медичних працівників цієї служби.

Далі були вивченні умови прийняття на лікування в приймальному відділенні закладу охорони здоров’я та рівень задоволеності отриманими медичними послугами на даному етапі дослідження (табл. 7.5).

*Таблиця 7.5*

**Обсяг отриманих послуг в приймальному відділенні закладу охорони здоров’я та рівень задоволеності опитаних хворих**

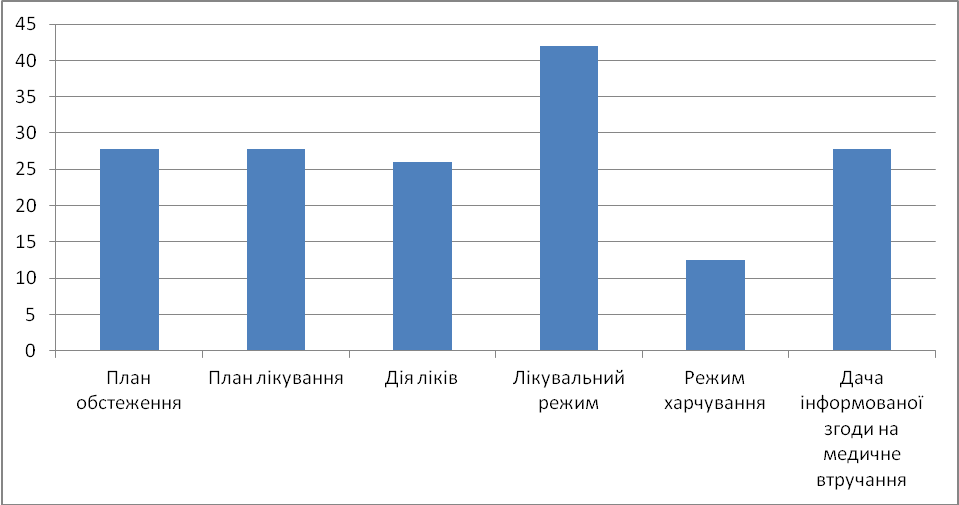
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Оглянуто лікарем приймального відділення | 37 | 8,1±1,4 |
| Оглянуто лікарем-неврологом | 318 | 69,6±2,3 |
| Оглянуто лікарем-нейрохірургом | 59 | 12,9±1,7 |
| Тільки оформлено документи медичною сестрою | 43 | 9,4±1,5 |
| Час перебування в приймальному відділенні | | |
| До 30 хвилин | 37 | 8,1±1,4 |
| 30-60 хвилин | 330 | 72,2±2,2 |
| До 2 годин | 69 | 15,1±1,8 |
| Більше за 2 години | 21 | 4,6±1,1 |
| Обсяг наданої допомоги | | |
| Опитано та виявлено скарги | 457 | 100,0 |
| Виміряно артеріальний тиск | 439 | 96,1±0,9 |
| Введено лікарські засоби | 52 | 11,4±1,6 |
| Транспортовано до відділення | 457 | 100,0 |
| Спосіб транспортування до відділення | | |
| Кр**і**сло-коляска | 366 | 80,1±2,0 |
| Каталка | 72 | 15,8±1,8 |
| Ноші | 7 | 1,5±0,6 |
| Своїм ходом в супроводі медичного працівника | 12 | 2,6±0,8 |
| Відношення медичних працівників | | |
| Доброзичливе | 374 | 81,8±2,0 |
| Байдуже | 64 | 14,0±1,7 |
| Неприязне | 19 | 4,2±1,0 |
| Рівень задоволеності послугами отриманими в приймальному відділенні | | |
| Повністю задоволений | 187 | 40,9±2,5 |
| Більше задоволений ніж не задоволений | 172 | 37,6±2,4 |
| Більше не задоволений ніж задоволений | 61 | 13,3±1,7 |
| Повністю не задоволений | 37 | 8,1±1,4 |

Приймальне відділення - це перший підрозділ контакту пацієнта із закладом охорони здоров’я, в якому пацієнт буде стаціонарно лікуватися. Аналіз отриманих результатів дослідження вказав на наявність наступних проблемних розділів у наданні медичної допомоги на даному етапі: 9,4±1,5% пацієнтів були тільки зареєстровані медичною сестрою, а 8,1±1,4% - оглянуті лікарем приймального відділення. Більше ніж 90% респондентів в приймальному відділенні знаходилися понад 30 хвилин, а 4,6±1,1% - більше 2-х годин. При цьому 2,6±0,8% опитаних були скеровані пішки до стаціонарного відділення. У 4,2±1,0% випадків медичні працівники приймальних відділень стосовно пацієнтів проявили неприязне відношення. В результаті 21,4±% опитаних залишилися незадоволеними послугами, які вони отримали на рівні приймальних відділень закладів охорони здоров’я.

В плані забезпечення прав пацієнтів у закладах охорони здоров’я має бути доступ для пацієнтів та осіб, які їх представляють в закладі, до інформації про права пацієнтів; перелік безоплатних послуг та, при наявності послуг які оплачуються пацієнтом, їх перелік, вартість та механізм оплати; описані правила лікувально-охоронного режиму; наявний графік приймання громадян адміністрацією відділення та закладом охорони здоров’я; дані про медичний персонал. Такі ж дані мають бути на сайті закладу охорони здоров’я. Проведене нами дослідження виявити в стаціонарних закладах охорони здоров’я з надання медичної допомоги на церебральний інсульт доступну для пацієнтів до такої інформації не змогло.

Важливим питанням є надання пацієнтам чи особам, які їх представляють інформованої згоди на медичні втручання. Дані соціологічного дослідження з питань інформування медичним персоналом пацієнтів щодо плану, методів обстеження і лікування наведено на рис.7.2.

Проведений аналіз отриманих в ході соціологічного дослідження результатів вказує на те, що в закладах охорони здоров’я м. Києва порушуються права пацієнтів при наданні медичної допомоги хворим на церебральний інсульт. Так, 72,2±2,2% опитаних хворих при отриманні стаціонарної медичної допомоги в разі ЦІ не надавали інформованої згоди на медичне втручання, в той час як ознайомлені з планом обстеження та лікування були 27,8±2,2%, а з дією лікарських засобів - 26,0±2,2% респондентів.

**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Ознайомлений з планом обстеження | Ознайомлений з планом лікування | Ознайомлений з дією лікарських засобів | Ознайомлений з режимом перебування | Ознайомлений з режимом харчування | Інформованої згоди на медичні втручання не давав |
| % | 27,8±2,2 | 27,8±2,2 | 26,0±2,2 | 42,0±2,5 | 12,5±1,7 | 72,2±2,2 |

Рис.7.2. Рівень інформування про план та методи обстеження і лікування, %

Міжнародним золотим стандартом надання медичної допомоги при цереброваскулярних інсультах є проведення в перші 4-х годин після виникнення захворювання візуалізації патологічного процесу та встановлення діагнозу з визначенням тактики та обсягу медичної допомоги. Дані про візуалізацію патологічного процесу за результатами соціологічного дослідження серед пацієнтів наведено в таблиці 7.6.

*Таблиця 7.6*

**Візуалізація патологічного процесу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показник** | **абс** | **%** |
| Метод обстеження | | |
| МРТ | 195 | 42,7±2,5 |
| КТ | 97 | 21,2±2,0 |
| Не проводилося | 165 | 36,1±2,4 |
| Час обстеження з метою візуалізації патологічного процесу після надходження до лікарні (п-292) | | |
| Протягом перших чотирьох годин | 19 | 6,5±1,2 |

*Продовження таблиці 7.6*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Протягом перших 6 годин | 32 | 10,9±1,6 |
| Протягом першої доби | 84 | 28,8±2,3 |
| На другий день | 71 | 24,3±2,1 |
| Більше ніж за 2 дні | 86 | 29,5±2,3 |
| Інформування про результати обстеження (п-292) | | |
| Результати детально обговорені із лікарем, що лікує | 145 | 49,7±2,5 |
| Лікарем проінформовано в загальному плані | 64 | 21,9±2,1 |
| Результати не обговорені із лікарем що лікує | 83 | 28,4±2,3 |
| Оплата за обстеження (п-292) | | |
| Оплата через касу | 181 | 61,9±2,4 |
| Оплата медичним працівникам | 37 | 12,7±1,7 |
| Не оплачував | 74 | 25,3±2,2 |
| Відношення медичних працівників (п-292) | | |
| Доброзичливе | 213 | 72,9±2,2 |
| Байдуже | 64 | 21,9±2,1 |
| Неприязне | 15 | 5,1±1,1 |

В ході соціологічного дослідження 36,1±2,4% опитаних пацієнтів вказало на те, що їм дослідження з візуалізації патологічного процесу не проводилося. Кількість тих, кому дане діагностичне дослідження проводилося протягом перших чотирьох годин, склала 6,5±1,2%, а у 29,5±2,3% опитаних нейровізуалізація була проведена більше ніж через 2 дні після госпіталізації. Результати таких досліджень детально були обговорені лікарем куратором з пацієнтом у 49,7±2,5% випадків. При цьому оплату за обстеження з верифікації патологічного процесу не проводило лише 25,3±2,2% респондентів з поміж обстежених, в той час як 61,9±2,4% оплачували через касу, а 12,7±1,7% - безпосередньо медичним працівникам.

Враховуючи, що надзвичайно важливе значення в результатах лікувального процесу має лікувально-охоронний режим у відділенні та умови перебування пацієнтів далі нами вивчалися і ці питання. В таблиці 7.7 наведені результати дослідження щодо умов заповнення палат.

При проведенні аналізу даних таблиці 7.7 нами враховувалося, що пацієнти із ЦІ, які поступили на стаціонарне лікування мають переважно тяжкий стан чи стан середньої тяжкості і потребують особливих умов перебування. При цьому в палаті на одну особу перебувало 19,5±2,0% опитаних, а в палатах на дві особи - 20,1±2,0%; в той час як в палатах на 5-ть і більше осіб перебувало 38,8±2,4% опитаних.

*Таблиця 7.7*

**Умови заповнення палат (п-368)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Абс | % |
| Знаходився один | 89 | 19,5±2,0 |
| Знаходився в палаті на 2-х пацієнтів | 74 | 20,1±2,0 |
| Знаходився в палаті на 3-х пацієнтів | 112 | 30,4±2,3 |
| Знаходився в палаті на 4-х пацієнтів | 102 | 27,7±2,2 |
| Знаходився в палаті на 5-х пацієнтів | 41 | 11,1±1,6 |
| Знаходився в палаті**,**  де було більше ніж 5 пацієнтів | 39 | 10,6±1,5 |
| Психологічні відносини між пацієнтами сприяли одужуванню | 124 | 33,7±2,4 |
| Не сприяли видужуванню | 244 | 66,3±2,4 |
| Палата заповнена однорідними за станом здоров’я пацієнтами | 132 | 28,9±2,3 |
| У палаті находились хворі, які потребували стороннього догляду | 121 | 26,5±2,2 |
| За тяжкохворими доглядали їх родичі | 72 | 15,8±1,8 |
| За тяжкохворими був встановлений індивідуальний медичний пост | - | - |
| Палата заповнена пацієнтами близької вікової категорії | 59 | 12,9±1,7 |
| Палата заповнена близькими за інтелектуальним рівнем пацієнтами | 63 | 13,8±1,7 |
| Можливість змінити палату | - | - |

Проведений аналіз даних вказує на те, що у 66,3±2,4% випадках умови заповнення палат не сприяють видужуванню хворого з інсультом, що своєю чергою призводить до збільшення термінів стаціонарного лікування пацієнтів.

Важливими для повного розкриття об’єкту дослідження є дані щодо рівня задоволеності респондентів умовами перебування в стаціонарі та санітарно-гігієнічним режимом в закладах, де вони отримували лікування.

Як видно за наведеними даними в таблиці 7.8 повністю задоволеними санітарно-гігієнічними умовами перебування в стаціонарі є 11,4±1,6% та частково задоволеними 68,7±2,3% респондентів. Чинниками, які формують незадоволеність пацієнтів є: незручне ліжко (21,7±2,1%), неякісна постільна білизна (52,1±2,5%), не регулярне гігієнічне прибирання в палаті (20,1±2,0%), відсутність в палаті холодного (76,1±2,1%) та гарячого (93,0±1,3%) водопостачання, неможливість помитися (91,9±1,4%) та неприязне відношення до них молодшого медичного персоналу (9,2±1,4%).

*Таблиця 7.8*

**Задоволеність умовами перебування та санітарно-гігієнічним режимом**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Характеристика ліжка | | |
| Функціональне зручне | 98 | 21,4±2,1 |
| Функціональне з неробочим регулятором | 67 | 14,7±1,7 |
| Загальне зручне | 193 | 42,2±2,5 |
| Загальне не зручне | 99 | 21,7±2,1 |
| Постільна білизна (п-265) | | |
| Лікарняна доброякісна | 127 | 47,9±2,5 |
| Лікарняна зношена | 138 | 52,1±2,5 |
| Змінювали за потреби | 86 | 18,8±1,9 |
| Змінювали за вимоги | 82 | 17,9±1,9 |
| Практично не змінювали | 97 | 21,2±2,0 |
| Використовувалась домашня | 192 | 42,0±2,5 |
| Гігієнічне прибирання палати | | |
| Щоденне | 259 | 56,7±2,5 |
| Два і більше разів на добу | 106 | 23,2±2,1 |
| Прибирали, як правило родичі пацієнтів | 92 | 20,1±2,0 |
| Характеристика водопостачання | | |
| Наявність в палаті крану подачі холодної води | 109 | 23,9±2,1 |
| Наявність в палаті крану подачі гарячої води | 32 | 7,0±1,3 |
| Можливість за потреби прийняти душ/ванну | 37 | 8,1±1,4 |
| Відношення молодшого медичного персоналу | | |
| Доброзичливе | 363 | 79,4±2,0 |
| Байдуже | 75 | 16,4±1,9 |
| Неприязне | 19 | 9,2±1,4 |
| Рівень задоволеності санітарно-гігієнічними умовами | | |
| Повністю задоволений | 52 | 11,4±1,6 |
| Більше задоволений ніж не задоволений | 314 | 68,7±2,3 |
| Більше не задоволений ніж задоволений | 64 | 14,0±1,7 |
| Повністю не задоволений | 27 | 5,9±1,2 |

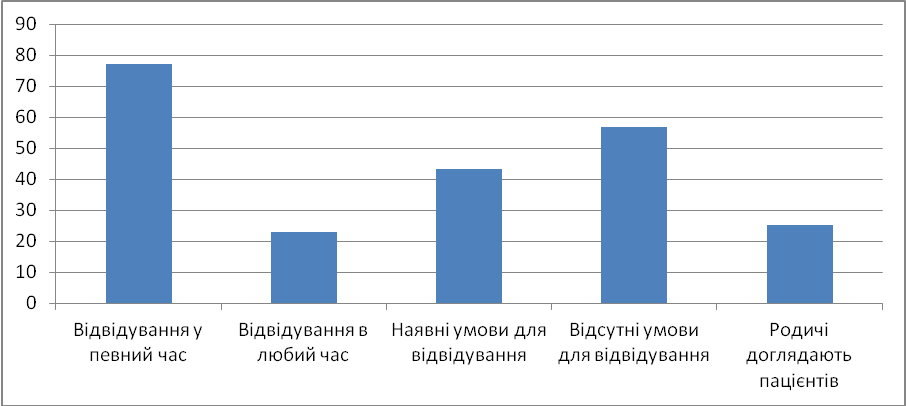
Враховуючи важливість в лікувальному процесі якості харчування хворих нами вивчалося питання щодо задоволеності респондентів харчуванням, яким забезпечує заклад охорони здоров’я та умовами забезпечення домашнім харчуванням (табл. 7.9).

Дані соціологічного дослідження вказують на те, що64,8±2,4% опитаних є незадоволеними харчуванням, яке забезпечую заклад охорони здоров’я, при цьому 38,3±2,4% респондентів при перебуванні в лікарні, за наявності умов, були готові замовити персональні обіди. Важливим результатом дослідження є отримання даних, які вказують, що у 52,7±2,5% пацієнтів відсутні умови для належного зберігання принесених харчових продуктів, а в 79,4±2,0% - умов для їх підігріву.

*Таблиця 7.9*

**Оцінка умов харчування**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показник | | абс | % |
| Лікарняне харчування | | | |
| Задоволений | | 161 | 35,2±2,4 |
| Не задоволений | | 296 | 64,8±2,4 |
| Домашнє харчування | | | |
| Умови для зберігання харчів | Задовільні | 216 | 47,3±2,5 |
| Не задовільні | 241 | 52,7±2,5 |
| Умови для підігріву харчів | Наявні | 94 | 20,6±2,0 |
| Відсутні | 363 | 79,4±2,0 |
| При перебуванні в лікарні чи бажали б замовити персональні обіди | | 175 | 38,3±2,4 |

В продовження виконання програми дослідження вивчалося питання умов відвідування пацієнтів родичами. Дані наведені на рис.7.3. ****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Відвідування у певний час | Відвідування можливе в любий час | Створені умови для перебування родичів | Умови для перебування родичів відсутні | Родичі залучаються до догляду за пацієнтами |
| % | 77,2± 2,1 | 22,8±2,1 | 43,3±2,5 | 56,7±2,5 | 25,2±2,2 |

Рис.7.3. Умови відвідування пацієнтів родичами, %

Наведені на рис.7.3 дані вказують на те, що родичі 77,2± 2,1% опитаних пацієнтів могли відвідувати їх у певний, визначений і затверджений в ЗОЗ час, а 22,8±2,1% - у будь-який. При цьому всі умови для відвідування (наявність стільця, вішалки для верхнього одягу, можливості помити руки) були створені у 43,3±2,5% випадків, у 25,2±2,2% випадках родичі респондентів залучалися до догляду за хворим.

Деонтологічним питання в діяльності медичних працівників при наданні медичної допомоги пацієнтам, особливо тяжкохворим, в українській системі охорони здоров’я завжди приділялася велика увага. Тут має значення і привітність медика, і його культура, і особливості характеру та ін. Саме ці фактори часто є вирішальними факторами лікувальної дії на хворого. Виходячи з цього, важливим розділом нашого дослідження стало вивчення та подальша оцінка деонтологічних та професійних аспектів діяльності медичного персоналу при наданні медичної допомоги. Отримані в ході соціологічного дослідження дані наведено в табл. 7.10.

Аналіз наведених в табл.7.10 даних вказує на те, що на сьогодні питанням деонтології в закладах охорони здоров’я м. Києва приділяється недостатньо уваги. Так, 42,9±2,5% опитаних вказали що в їх присутності медичні працівники обговорювали інших пацієнтів, 47,7±2,5% - що медики спілкуються дуже голосно, порушуючи лікувально-охоронний режим, 56,7±2,5% - що в присутності хворих медперсонал обговорював особисті проблеми; а 46,6±2,5% пацієнтів лікарні відмітили неохайний одяг медичних працівників.

Питання психологічної сумісності лікаря і пацієнта є новим напрямком в організації медичної допомоги пацієнтам, адже при доброму контакті з лікарем хворий скоріше одужує. В провідних країнах світу питанням психології лікарської взаємодії, куди і належить психологічна сумісність, приділяється велике значення. Є дані, що психологічна сумісність лікаря і пацієнта сприяє підвищенню ефективності лікувального процесу і навпаки: несумісність їх дає негативні результати. При цьому психологічна не сумісність може бути як з боку лікаря**,** так і з боку пацієнта.

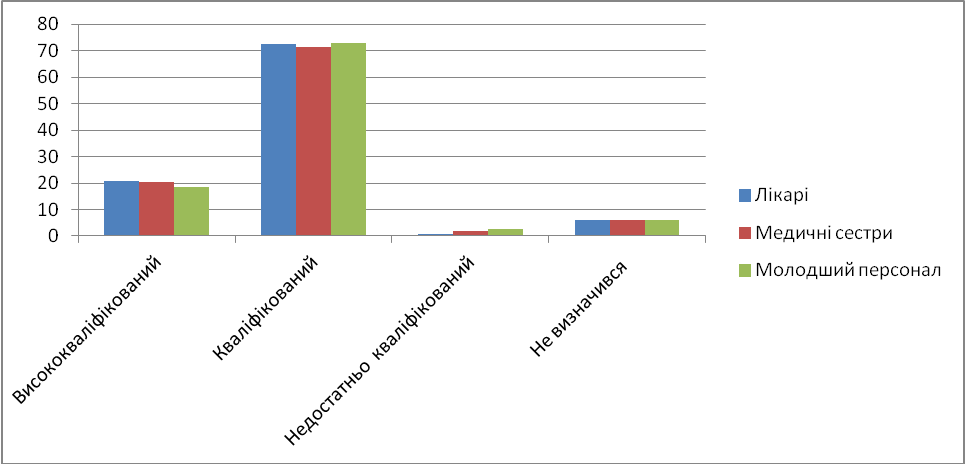
*Таблиця 7.10*

**Оцінка деонтологічних та професійних аспектів діяльності медичного персоналу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Лікарі спілкувалися поважно, ввічливо | 373 | 81,6±2,0 |
| Медичні сестри спілкувалися поважно, ввічливо | 329 | 71,9±2,3 |
| Молодший медичний персонал спілкувався поважно, ввічливо | 248 | 60,8±2,4 |
| Персонал у відділенні спілкується між собою дуже голосно | 218 | 47,7±2,5 |
| Персонал у відділенні спілкується з пацієнтами дуже голосно | 225 | 49,2±2,5 |
| Персонал обговорює пацієнтів в присутності інших пацієнтів | 196 | 42,9±2,5 |
| Персонал обговорює особисті справи в присутності пацієнтів | 259 | 56,7±2,5 |
| Персонал під час роботи використовує духи (одеколон), що є неприємним для пацієнтів | 126 | 27,6±2,2 |
| Одяг медичного персоналу не завжди є ошатним | 213 | 46,6±2,5 |
| Макіяж медичного персоналу буває надмірно вираженим | 134 | 29,3±2,3 |
| Психологічна сумісність з лікарем | 439 | 96,1±1,0 |
| Психологічна не сумісність з лікарем | 18 | 3,9±0,9 |
| Психологічна сумісність з середнім медичним персоналом | 457 | 100,0 |
| Психологічна не сумісність з окремими середніми медичними працівниками | 32 | 7,0±1,3 |
| Психологічна сумісність з молодшим медичним персоналом | 457 | 100,0 |
| Психологічна не сумісність з окремими молодшими медичними працівниками | 38 | 8,3±1,4 |
| Можливість зміни лікуючого лікаря | - | - |

У даному дослідженні ми провели спробу дослідити оцінку даної сумісності з точки зору пацієнтів. В результаті отримали дані, що 3,9±0,9% опитаних пацієнтів не мали доброго контакту з лікуючим лікарем і відчували психологічну несумісність з ним, однак змінити лікаря вони не мали можливості. Відчуття психологічної не сумісності з окремими середніми та молодшими медичними працівниками мали також відповідно 7,0±1,3 % та 8,3±1,4 % опитаних хворих.

Результат даних опитаних хворих щодо оцінки кваліфікації медичного персоналу стаціонарного відділення представлений на рис.7.4



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Персонал | Високо-кваліфікований | Кваліфікований | Недостатньо кваліфікований | Не визначився |
| Лікарі | 20,8±2,0 | 72,4±2,2 | 0,8±0,4 | 5,9±1,2 |
| Медичні сестри | 20,4±2,0 | 71,4±2,3 | 1,9±0,7 | 5,9±1,2 |
| Молодший персонал | 18,4±1,9 | 72,8±2,2 | 2,8±0,8 | 5,9±1,2 |

Рис.7. 4. Оцінка кваліфікації медичного персоналу, %

Респонденти високо оцінили кваліфікацію медичного персоналу, який надавав їм стаціонарну допомогу. При цьому 5,9±1,2% респондентів не визначилися у своєму рішенні, а 5,9±1,2% - визнали лікарів, 1,9±0,7% - медичних сестер та 2,8±0,8% молодший медичний персонал недостатньо кваліфікованим. Дане вимагає посилення безперервної післядипломної освіти з підвищення професійного рівня медичних працівників в закладах охорони здоров’я.

Наступним кроком дослідження було встановлення в загальному виді обсягу лікувальної допомоги, яку отримували респонденти під час лікування в стаціонарних закладах охорони здоров’я (табл. 7.11).

*Таблиця 7.11*

**Обсяг лікувальної допомоги**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Тромболізис | 8 | 1,8±0,7 |
| Нейрохірургічне втручання | 61 | 13,3±1,7 |
| Терапевтичне лікування | 388 | 84,9±1,8 |
| Лікування в палаті інтенсивної терапії | 169 | 36,9±2,4 |

Отримані дані вказують на те, що найбільш поширеним видом лікувальної допомоги хворим на ЦІ є терапевтичне лікування (84,9±1,8%). Нейрохірургічні втрачання проведено 13,3±1,7%, а тромболізисну терапію -1,8±0,7% респондентам.

Отримані в ході дослідження дані щодо рівня задоволеності респондентів лікувальним процесом наведені в таблиці 7.12.

*Таблиця 7.12*

**Задоволеність лікувальним процесом**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | абс | % |
| Повністю задоволений | 81 | 17,7±1,9 |
| Більше задоволений ніж не задоволений | 300 | 65,6±2,4 |
| Більше не задоволений ніж задоволений | 47 | 10,3±1,5 |
| Повністю не задоволений | 29 | 6,3±1,2 |

В цілому респонденти висловили високий рівень задоволеності лікувальним процесом. Так, повністю задоволеними стали 17,7±1,9% опитаних, а більше задоволеними ніж не задоволеними - 65,6±2,4% із них. Однак було 10,3±1,5% більше не задоволених ніж задоволених та 6,3±1,2% незадоволених, що вказує на наявність недоліків при організації безпосередньо лікувального процесу та необхідність поглибленого їх вивчення з вирішенням кожного на рівні конкретного закладу охорони здоров’я.

Важливою складовою організації ефективної медичної допомоги є рівень її економічної доступності для пацієнтів. Дані про економічну доступність опитаним хворим медичної допомоги при церебральному інсульті наведено в таблиці 7.13.

*Таблиця 7.13*

**Рівень економічної доступності медичної допомоги**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показник** | **абс** | **%** |
| Рівень економічної доступності діагностичного процесі | | |
| Доступно | 38 | 21,4±2,0 |
| Дорого | 225 | 49,2±2,5 |
| Практично недоступно | 134 | 29,3±2,3 |
| Рівень економічної доступності лікарських засобів | | |
| Доступно | 95 | 20,8±2,0 |
| Дорого | 165 | 36,1±2,4 |
| Практично недоступно | 197 | 43,1±2,5 |

Респонденти вказали на низький рівень економічної доступності медичної допомоги. Так, для 29,3±2,3% опитаних практично економічно недоступними є діагностичні послуги та для 43,1±2,5% - лікарські засоби. Дане на нашу думку зумовлено і контингентом респондентів, серед яких переважають пенсіонери та інваліди.

Загальним результатом соціологічного дослідження стало встановлення рівня загальної задоволеності хворих на церебральні інсульти отриманою медичною допомогою та оцінки пацієнтами її якості (табл. 7.14).

Ці дані вказують на те, що в цілому 86,4±1,8% опитаних висловили певний рівень задоволеності отриманою медичною допомогою. Якісною медичну допомогу визнали 74,7±2,2% респондентів.

*Таблиця 7.14*

**Загальний рівень задоволеності хворих на церебральні інсульти отриманою медичною допомогою та оцінки її якості**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Абс. | % |
| Повністю задоволений | 69 | 15,1±1,8 |
| Більше задоволений ніж не задоволений | 326 | 71,3±2,3 |
| Більше не задоволений ніж задоволений | 43 | 9,4±1,4 |
| Повністю задоволений | 19 | 4,2±1,0 |
| Якісна медична допомога | 72 | 15,8±1,8 |
| Більше якісна ніж не якісна | 269 | 58,9±2,5 |
| Більше не якісна ніж якісна | 53 | 11,6±1,6 |
| Не якісна | 63 | 13,8±1,7 |

Разом з тим слід відмітити, що 13,6±1,7% опитаних залишилися не задоволеними комплексом отриманих медичних послуг, а 25,4±2,2% оцінили отриману медичну допомогу як неякісну.

Таким чином, проведене комплексне соціологічне дослідження серед хворих на церебральні інсульти, які отримували медичну допомогу в стаціонарах м. Києва,дозволило виявити низку проблем організаційного характеру, усунення яких стало задачею при розробці оптимізованої системи медичної допомоги хворим на церебральні інсульти в місті.

Крім того, з метою покращення медичної допомоги та підвищення рівня задоволеності пацієнтів отриманими послугами рекомендується всім закладам охорони здоров’я, в яких надається медична допомога хворим на церебральні інсульти регулярно (раз на квартал) проводити соціологічні дослідження серед пацієнтів для встановлення проблемних організаційних питань та їх усунення.

### 7.2. Оцінка лікарями-неврологами, які надають стаціонарну допомогу рівня стаціонарної медичної допомоги при церебральних інсультах

Відповідно до програми дослідження метою даного етапу дослідження було вивчення та проведення аналізу рівня оцінки лікарями-неврологами, які надають стаціонарну допомогу, рівня стаціонарної медичної допомоги при церебральних інсультах в закладах охорони здоров’я міста Києва.

На досягнення вказаної мети було опитано 119 лікарів-неврологів м. Києва, котрі забезпечують надання стаціонарної допомоги пацієнтам при церебральних інсультах. Дослідження проводилося за спеціально розробленою анкетою, дані при яку наведено в розділі 2. Інформація про респондентів представлена в таблиці 7.15.

*Таблиця 7.15*

**Інформація про лікарів-неврологів, що брали участь у досліджені**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Абс | % |
| *Стать* | | |
| Чоловіча | 34 | 28,6 |
| Жіноча | 85 | 71,4 |
| *Вік* | | |
| до 30 років | 12 | 10,1 |
| 30-40 років | 16 | 133,4 |
| 40-50 років | 31 | 26,1 |
| 50-60 років | 46 | 38,7 |
| старше 60 років | 14 | 11,7 |
| *Лікарський стаж* | | |
| до 5 років | 12 | 10,1 |
| від 5 до 10 років | 24 | 21,0 |
| від 10- до 20 років | 30 | 25,2 |
| понад 20 років | 53 | 44,7 |
| *Кваліфікаційна категорія* | | |
| Вища | 56 | 47,1 |
| Перша | 38 | 31,9 |
| Друга | 21 | 17,6 |
| Сертифікат лікаря | 4 | 3,4 |

На початку дослідження було вивчена та проаналізована перша частина анкети, яка стосувалася професійної оцінки загальних питань (табл. 7.16).

За даними респондентів у 99,3±0,4% випадків стан пацієнтів при госпіталізації змінився, де 83,8±1,9% опитаних вказали, що їх стан став тяжчим, а 16,2±1,8% відмітили, що пацієнти поступають в більш занедбаних станах.

Причиною цього опитані лікарі вважають несвоєчасне звернення пацієнтів за медичною допомогою (52,1±2,5%), скасування диспансеризації (50,4±2,5%), низький рівень санітарної культури населення (44,4±2,5%), погіршення економічного стану громадян (37,6±2,4%), реформування системи охорони здоров’я в місті (19,7±2,0%) тощо.

*Таблиця 7.16*

**Професійна оцінка загальних питань**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| Чи змінився за останні роки стан здоров’я пацієнтів при їх госпіталізації | 117 | 99,3±0,4 |
| Якщо змінився, то в який бік (п-117): | | |
| тяжчий стан, | 98 | 83,8±1,9 |
| легший стан | - | - |
| більш занедбані форми захворювання | 19 | 16,2±1,8 |
| На Ваш погляд, що являється причиною погіршення стану здоров’я населення (п-117): | | |
| байдуже ставлення до особистого здоров’я | 11 | 9,4±1,4 |
| низький рівень санітарної культури | 52 | 44,4±2,5 |
| погіршення економічного стану | 44 | 37,6±2,4 |
| несвоєчасне звернення за медичною допомогою | 61 | 52,1±2,5 |
| реформування системи охорони здоров’я в місті | 23 | 19,7±2,0 |
| можливість звернутися до лікаря-спеціаліста виключно за направленням сімейного лікаря | 17 | 14,5±1,8 |
| скасування диспансеризації | 59 | 50,4±2,5 |
| Як Ви оцінюєте загальну кваліфікацію сімейних лікарів в місті: | | |
| достатня | 9 | 7,6±1,3 |
| низька | 83 | 69,7±2,3 |
| незадовільна | 20 | 16,8±1,8 |
| не визначився | 7 | 5,9±1,2 |
| Як Ви оцінюєте з кваліфікацію сімейних лікарів з цереброваскулярних хвороб в місті: | | |
| достатня | 3 | 2,5±0,8 |
| низька | 39 | 32,8±2,3 |
| незадовільна | 70 | 58,8±2,5 |
| не визначився | 7 | 5,9±1,2 |
| Як Ви оцінюєте технічні можливості сімейної медицини в місті: | | |
| достатні | 3 | 2,5±0,8 |
| низькі | 88 | 73,9±2,2 |

*Продовження таблиці 7.16*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| незадовільні | 21 | 17,6±1,9 |
| не визначився | 7 | 5,9±1,2 |
| Чи залежить Ваша заробітна плата від показників роботи: | | |
| так | - | - |
| ні | 119 | 100,0 |
| Чи змінився рівень Вашої заробітної плати після початку реформи: | | |
| так | 94 | 80,3±2,0 |
| ні | 25 | 19,7±2,0 |
| Якщо так, чи він підвищився (п-94): | | |
| так | - | - |
| ні | 94 | 100,0 |
| Чи задовольняють Вас санітарно-гігієнічні умови праці: | | |
| так | 18 | 15,1±1,0 |
| ні | 96 | 80,7±2,0 |
| не визначився | 5 | 4,2±1,0 |

При цьому респонденти відмітили в цілому низький рівень як загальної кваліфікації лікарів, так і лікарської кваліфікації з надання медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах. Також було зазначено, що у первинної ланки, куди найперше має звертатися за медичною допомогою населення, відсутні технічні можливості до надання ефективної медичної допомоги. На жаль, всі опитані респонденти відмітили, що їх заробітна плата не залежить від показників професійної діяльності. При цьому 80,3±2,0% респондентів вказали на те, що вона за період після початку реформи змінилася, однак не збільшилася.

Важливим також є теж, що 80,7±2,0% опитаних не задовольняють санітарно-гігієнічні умови праці.

Далі вивчалися та аналізувалися результати другого розділу анкети, питання якого стосувалися забезпечення професійної діяльності респондентів. Результати наведено в таблиці 7.17.

*Таблиця 7.17*

**Оцінка питань забезпечення професійної діяльності**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| Чи маєте ви можливість цілодобово проводити візуалізацію церебрального патологічного процесу: | | |
| так | 32 | 26,9±2,2 |
| ні | 87 | 73,1±2,2 |
| Чи маєте ви можливість цілодобово проводити візуалізацію церебрального патологічного процесу у вихідні і святкові дні: | | |
| так | 29 | 24,4±2,1 |
| ні | 90 | 75,6±2,2 |
| Чи маєте ви можливість цілодобово забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-нейрохірургом: | | |
| так | 23 | 19,3±2,0 |
| ні | 96 | 80,7±2,0 |
| Чи маєте ви можливість цілодобово забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-нейрохірургом у вихідні і святкові дні: | | |
| так | 23 | 19,3±2,0 |
| ні | 96 | 80,7±2,0 |
| Чи маєте ви можливість цілодобово забезпечити консультацію пацієнтам лікарем анестезіологом: | | |
| так | 41 | 34,5±2,4 |
| ні | 78 | 65,5±2,4 |
| Чи маєте ви можливість цілодобово забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-анестезіологом у вихідні і святкові дні: | | |
| так | 41 | 34,5±2,4 |
| ні | 78 | 65,5±2,4 |
| Чи маєте ви можливість безперешкодно забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-реабілітологом: | | |
| так | 4 | 3,4±0,9 |
| ні | 115 | 96,6±0,9 |
| Чи маєте ви можливість безперешкодно забезпечити консультацію пацієнтам фізичним – терапевтом: | | |
| так | 3 | 2,5±0,8 |
| ні | 116 | 97,5±0,8 |
| Чи забезпечений заклад охорони здоров’я лікарськими засобами для надання невідкладної (інтенсивної) медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами: | | |
| так | 114 | 95,8±1,1 |
| ні | 5 | 4,2±1,0 |
| Чи забезпечений заклад охорони здоров’я лікарськими засобами для лікування пацієнтів з церебральними інсультами в необхідному обсягу: | | |
| так | 34 | 28,6±2,3 |
| ні | 85 | 71,4±2,3 |

Аналіз отриманих в ході дослідження даних вказує на недостатні можливості лікарів-неврологів в забезпеченні якісної та результативної медичної допомоги при мозкових інсультах. Так, мають можливість цілодобово проводити візуалізацію церебрального патологічного процесу 26,9±2,2%, а здійснювати вказане у вихідні та святкові дні - 24,4±2,1%. При цьому цілодобово у будь-який день організувати консультацію пацієнтам лікарем-нейрохірургом можуть 19,3±2,0% опитаних. Більш висока частка респондентів цілодобово, включаючи вихідні та святкові дні, має можливість організувати огляд пацієнта анестезіологом (34,5±2,4%). Отримані дані вказують також на те, що безперешкодно отримати консультацію спеціаліста із реабілітації респонденти практично не можуть.

За результатами дослідження 95,8±1,1% респондентів відмітили, що заклад охорони здоров’я забезпечений лікарськими засобами для надання невідкладної (інтенсивної) медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами, в той час як ствердну відповідь про достатню забезпеченість закладу охорони здоров’я лікарськими засобами для подальшого лікування пацієнтів з церебральними інсультами в необхідному обсягу дали 28,6±2,3% осіб.

Результати третього розділу анкети, де вивчалася оцінка респондентами організаційних питань їх професійної діяльності, наведено в таблиці 7.18.

Таблиця 7.18

**Оцінка організаційних питань професійної діяльності**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| Чи наявна у лікарні централізована система постачання кисню | | |
| так | 107 | 89,9±1,6 |
| ні | 12 | 10,1±1,5 |
| Чи забезпечені Ви спеціальним одягом для виконання професійних обов’язків | | |
| так | 24 | 20,2±2,0 |
| ні | 95 | 79,8±2,0 |
| Чи ознайомлені Ви з програмою інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям | | |
| так | 32 | 26,9±2,2 |
| ні | 87 | 73,1±2,2 |
| Чи мають право відвідувачі пацієнтів відвідувати їх 24 години на добу | | |
| так | 37 | 31,1±2,3 |
| ні | 82 | 68,9±2,3 |

*Продовження таблиці 7.18*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чи наявні у вашому відділенні стандарти виконання медичними сестрами медичних маніпуляцій | | |
| так | 104 | 87,4±1,7 |
| ні | 15 | 12,6±1,7 |
| Чи достатній рівень практичної підготовки медичних сестер по забезпеченню догляду за хворими на ЦІ | | |
| так | 92 | 77,3±2,1 |
| ні | 27 | 22,7±2,1 |
| Чи існує у відділенні система безперервної професійної підготовки лікарів | | |
| так | 114 | 95,8±1,0 |
| ні | 5 | 4,2±1,0 |
| Чи існує у відділенні система безперервної професійної підготовки середніх медичних працівників | | |
| так | 114 | 95,8±1,0 |
| ні | 5 | 4,2±1,0 |
| Чи навчені молодші медичні сестри прийомам догляду за тяжкохворими пацієнтами | | |
| так | 97 | 81,5±2,0 |
| ні | 22 | 18,5±1,9 |

З наведених в таблиці 7.18 даних видно, що в закладах охорони здоров’я, де працюють респонденти, є певні організаційні проблеми. Так, забезпечені спеціальним одягам коштом закладу охорони здоров’я 20,2±2,0% респондентів, ознайомлені з програмою інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям 26,9±2,2% опитаних. про функціонування в їх медичних закладах системи безперервної професійної післядипломної підготовки лікарів, середніх та молодших медичних працівників.

На право відвідувати пацієнтів 24 години поспіль вказало 31,1±2,3% респондентів. Позитивним є те, що переважна більшість опитаних вказали

Далі, в таблиці 7.19 наведені результати соціологічного дослідження щодо вивчення організаційних питань особистої діяльності лікарів-неврологів.

*Таблиця 7.19*

**Оцінка організаційних питань особистої діяльності**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| Чи задовольняє Вас процес організації праці в лікарні | | |
| так | 31 | 26,1±2,2 |
| ні | 88 | 73,9±2,2 |

*Продовження таблиці 7.19*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чи задовольняє Вас рівень діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ | | |
| так | 24 | 20,2±2,0 |
| ні | 95 | 79,8±2,0 |
| Чи задовольняє Вас рівень забезпечення ліками з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ | | |
| так | 22 | 18,5±1,9 |
| ні | 97 | 81,5±1,9 |
| Чи задовольняє Вас рівень надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ середнім медичним персоналом | | |
| так | 17 | 14,3±1,7 |
| ні | 102 | 85,7±1,8 |
| Чи задовольняє Вас рівень надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ молодшим медичним персоналом | | |
| так | 21 | 17,6±1,9 |
| ні | 98 | 82,4±1,9 |
| Чи задовольняє Вас стиль роботи керівництва в лікарні | | |
| так | 36 | 30,3±2,3 |
| ні | 83 | 69,7±2,3 |
| Чи задовольняють Вас професійні відносини в колективі | | |
| так | 102 | 85,7±1,8 |
| ні | 17 | 14,3±1,7 |
| Чи задовольняє Вас моральний мікроклімат в колективі | | |
| так | 91 | 76,5±2,1 |
| ні | 28 | 23,5±2,1 |

Аналіз наведених даних вказує на те, що 73,9±2,2% опитаних не задовольняє процес організації праці в лікарні. 79,8±2,0% з опитаних лікарів вважають, що рівень діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ є недостатнім, а 81,5±1,9% незадоволені рівнем забезпеченням ліками таких хворих. Також не задоволені рівнем надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ середнім медичним персоналом 85,7±1,8% опитаних. При цьому більшість респондентів задовольняє рівень професійних відносин (85,7±1,8%) та моральний клімат (76,5±2,1%) у колективі.

Узагальнені відповіді на останній розділ анкети наведено в таблиці 7.20.

Проведений аналіз наведених даних вказує на те, що після початку другого етапу реформ охорони здоров’я умови надання медичної допомоги пацієнтам їх ЦВХ та ЦІ не змінилися (61,3±2,4%) та погіршилися (31,1±2,3%), а матеріально-технічна база лікарні (28,6±2,3%) не дає можливості надавати медичну допомогу у повному обсязі. Респонденти відмітили, що загальна професійна підготовка лікарів з надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та ЦІ є доброю (37,8±2,4%) чи потребує покращення (21,8±2,1%). Професійну підготовку медичних сестер респонденти більшістю відповідно оцінили як добру (42,9±2,5%) та таку, що потребує покращення (28,6±2,3%). Загальні результати медичної допомоги пацієнтам на ЦВХ та ЦІ респонденти оцінили в наступний спосіб: дуже добрі -1,7±0,6%, добрі - 22,7±2,1%, задовільні - 38,7±2,4%, потребують покращення - 36,9±2,4%.

Респонденти висловили низький рівень підтримки окремих напрямків реформи системи охорони здоров’я в країні: формування госпітальних округів - 17,6±1,9%, автономізацію закладів охорони здоров’я - 28,6±2,3%, систему «гроші ідуть за пацієнтом» - 57,9±2,5%, що, ймовірно, пояснюється їх непоінформованістю із зазначених питань.

*Таблиця 7.20*

**Оцінка додаткових питань, що пов’язані з професійною діяльністю та реформуванням системи охорони здоров’я**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| Як Ви вважаєте, чи покращилися умови надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ після початку другого етапу реформ охорони здоров’я у місті? | | |
| значно покращилися | - | - |
| незначно покращилися | 9 | 7,6±1,3 |
| не змінилися | 73 | 61,3±2,4 |
| погіршилися | 37 | 31,1±2,3 |
| Чи вважаєте Ви що матеріально-технічна база лікарні забезпечує її функції та відповідає її задачам з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ? | | |
| так, повністю забезпечує | 4 | 3,4±0,9 |
| майже повністю | 31 | 26,1±2,2 |
| лише частково | 43 | 36,1±2,4 |
| не дає можливості надавати медичну допомогу у повному обсязі | 34 | 28,6±2,3 |
| категорично не відповідає завданням закладу/відділення первинної медичної допомоги | 7 | 5,8±1,2 |
| Як Ви оцінюєте загальну професійну підготовку лікарів для надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та ЦІ ? | | |
| дуже добра, повністю відповідає задачам | 5 | 4,2±1,0 |
| добра | 45 | 37,8±2,4 |
| задовільна | 39 | 31,9±2,3 |

*Продовження таблиці 7.20*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| потребує покращення | 26 | 21,8±2,1 |
| незадовільна | 4 | 3,4±0,9 |
| Як Ви оцінюєте загальну професійну підготовку медичних сестер для надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та ЦІ ? | | |
| дуже добра, повністю відповідає задачам | 4 | 3,4±0,9 |
| добра | 51 | 42,9±2,5 |
| задовільна | 21 | 17,6±1,9 |
| потребує покращення | 34 | 28,6±2,3 |
| незадовільна | 9 | 7,6±1,3 |
| Як Ви оцінюєте загальні результати медичної допомоги пацієнтам на ЦВХ та ЦІ? | | |
| результати роботи дуже добрі | 2 | 1,7±0,6 |
| добрі | 27 | 22,7±2,1 |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| задовільні | 46 | 38,7±2,4 |
| потребують покращення | 44 | 36,9±2,4 |
| незадовільні | - |  |
| Як Ви оцінюєте ставлення медичного персоналу до пацієнтів? | | |
| ставлення дуже добре | 7 | 5,9±1,2 |
| добре | 49 | 41,2±2,5 |
| адекватне | 20 | 16,8±1,9 |
| потребує покращення | 34 | 28,6±2,3 |
| незадовільне | 9 | 7,6±1,3 |
| Чи маєте Ви на роботі персональний комп’ютер | | |
| так | 101 | 84,9±1,8 |
| ні | 18 | 15,1±1,8 |
| Чи маєте Ви на роботі доступ до системи Інтернет | | |
| так | 101 | 84,9±1,8 |
| ні | 18 | 15,1±1,8 |
| Які з Вашої точки зору використовуються стимули для підвищення якості та розширення обсягів медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ у вашій лікарні? | | |
| ніяких | 21 | 17,6±1,9 |
| моральні | 23 | 19,3±2,0 |
| адміністративні | 19 | 15,9±1,8 |
| матеріальні | 15 | 12,6±1,6 |
| персональна відповідальність за показники роботи | 41 | 34,5±2,4 |
| Чи підтримуєте Ви наступні напрямки реформи системи надання медичної допомоги населенню: | | |
| пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини | 77 | 64,7±2,4 |
| формування госпітальних округів | 21 | 17,6±1,9 |
| aвтономізацію закладів охорони здоров’я | 34 | 28,6±2,3 |
| запровадження електронної системи охорони здоров’я | 91 | 76,5±2,1 |
| запровадження гарантованого державою пакету медичних послуг | 84 | 70,6±2,3 |
| систему «гроші ідуть за пацієнтом» | 69 | 57,9±2,5 |

Таким чином, проведений аналізрезультатів соціологічного дослідження серед лікарів-неврологів, які надають стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з цереброваскулярних хвороб та церебральних інсультів, дозволив виявити проблеми організаційного та фінансового порядку, які підлягають рішенню в ході реформуваннясистеми охорони здоров’я.

### 7.3. Оцінка лікарями-неврологами, які надають амбулаторну допомогу, рівня амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах

Відповідно до програми дослідження метою даного етапу проведення аналізу оцінки лікарями-неврологами, які надають амбулаторну допомогу, рівня амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах у місті Києві.

На досягнення вказаної мети було опитано 31 лікаря-невролога м. Києва, які забезпечують надання амбулаторно-поліклінічної допомоги пацієнтам при цереброваскулярних хворобах. Дослідження проводилося за спеціально розробленою анкетою, дані про яку наведено в розділі 2. Інформація про респондентів наведена в таблиці 7.21.

*Таблиця 7.21*

**Інформація про лікарів-неврологів, що брали участь у досліджені**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Абс | % |
| Стать | | |
| Чоловіча | 5 | 16,1 |
| Жіноча | 26 | 83,9 |
| Вік | | |
| до 30 років | 1 | 3,2 |
| 30-40 років | 6 | 19,4 |
| 40-50 років | 10 | 32,2 |
| 50-60 років | 12 | 38,8 |
| старше 60 років | 2 | 6,6 |
| Лікарський стаж | | |
| до 5 років | 3 | 9,7 |
| від 5 до 10 років | 2 | 6,4 |
| від 10- до 20 років | 10 | 32,2 |
| більше 20 років | 16 | 51,7 |

*Продовження таблиці 7.20*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кваліфікаційна категорія | | |
| Вища | 21 | 67,8 |
| Перша | 5 | 16,1 |
| Друга | 4 | 1,9 |
| Сертифікат лікаря | 1 | 3,2 |

На початку даного етапу дослідження було вивчено та проаналізовано отримані результати заповнення респондентами першої частини анкети, яка стосувалася професійної оцінки загальних питань (табл. 7.22).

*Таблиця 7.22*

**Загальна оцінка питань професійної діяльності**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| Чи змінився за останні роки стан здоров’я пацієнтів при їх зверненні в поліклініку | 27 | 87,1±1,7 |
| Якщо змінився, то в який бік (п-27): | | |
| більш тяжкий стан, | 18 | 58,1±2,5 |
| більш легкий стан | - | - |
| більш занедбані форми захворювання | 9 | 41,9±2,5 |
| Що на Ваш погляд являється причиною погіршення стану здоров’я населення (п-27): | | |
| байдуже ставлення до особистого здоров’я | 13 | 48,1±2,5 |
| низький рівень санітарної культури | 11 | 40,7±2,5 |
| погіршення економічного стану | 12 | 44,4±2,5 |
| несвоєчасне звернення за медичною допомогою | 10 | 37,0±2,4 |
| реформування системи охорони здоров’я в місті | 1 | 3,7±0,9 |
| можливість звернутися до лікаря-спеціаліста виключно за направленням сімейного лікаря | 14 | 51,9±2,5 |
| відміна диспансеризації | 2 | 7,4±1,3 |
| Як Ви оцінюєте загальну кваліфікацію сімейних лікарів у місті: | | |
| достатня | 5 | 16,1±1,8 |
| низька | 20 | 64,5±2,4 |
| незадовільна | 4 | 12,9±1,7 |
| не визначився | 2 | 7,4±1,3 |
| Як Ви оцінюєте кваліфікацію сімейних лікарів з питань цереброваскулярних хвороб: | | |
| достатня | - | - |
| низька | 18 | 58,1±2,5 |
| незадовільна | 13 | 41,9±2,5 |
| не визначився | - |  |
| Як Ви оцінюєте технічні можливості сімейної медицини в місті: | | |
| достатні | 2 | 7,4±1,3 |
| низькі | 10 | 37,0±2,4 |
| незадовільні | 11 | 40,7±2,5 |
| не визначився | 8 | 25,8±2,2 |

*Продовження таблиці 7.22*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чи залежить Ваша заробітна плата від показників роботи: | | |
| так | 29 | 92,6±1,3 |
| ні | 2 | 7,4±1,3 |
| Чи змінився рівень Вашої заробітної плати після початку реформи: | | |
| так | 23 | 74,2±2,2 |
| ні | 8 | 25,8±2,2 |
| Якщо так, чи він підвищився (п-23): | | |
| так | 9 | 39,1±2,4 |
| ні | 14 | 60,9±2,4 |
| Чи задовольняють Вас санітарно-гігієнічні умови праці: | | |
| так | 8 | 25,8±2,2 |
| ні | 22 | 70,9±2,3 |
| не визначився | 1 | 3,3±0,9 |

Наведені в таблиці 7.22 дані вказують на те, що у 87,1±1,7% випадків лікарі-неврологи відмічають зміну стану пацієнтів при зверненні останніх до поліклініки: у 58,1±2,5% стан хворих став тяжчим, а у 41,9±2,5% - виявляються більш занедбані форми захворювання. За даними опитаних лікарів основними причинами цьому є: можливість звернутися до лікаря-спеціаліста виключно за направленням сімейного лікаря (51,9±2,5%), байдуже ставлення до особистого здоров’я (48,1±2,5%), погіршення економічного стану (44,4±2,5%), низький рівень санітарної культури (40,7±2,5%), несвоєчасне звернення за медичною допомогою (37,0±2,4%).

Що стосується оцінки респондентів стану сімейної медицини з питань організації медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах, то отримані наступні відповіді: кваліфікацію сімейних лікарів в місті як низьку оцінило 64,5±2,4% опитаних і лише 16,1±1,8 вважає її достатньою. При цьому технічні можливості сімейної медицини в місті оцінені в наступний спосіб: незадовільні - 40,7±2,5% та низькі - 37,0±2,4% і тільки 7,4±1,3% опитаних оцінили їх як достатні.

Із опитаних лікарів-неврологів 92,6±1,3% вказали, що їх заробітна плата залежить від показників роботи. У 74,2±2,2% респондентів після початку реформи охорони здоров’я вона змінилася, але тільки у 39,1±2,4% із них вона підвищилася. Важливим показником є те, що 70,9±2,3% респондентів не задовольняють санітарно-гігієнічні умови праці.

Результати дослідження оцінки респондентами організаційних питань професійної діяльності наведені в табл. 7.23.

Отримані результати вказують на те, що всі опитані лікарі мають можливість безперешкодно скеровувати пацієнта з підозрою на гострий церебральний інсульт до стаціонару, але малий відсоток (22,6±2,1%) надалі може забезпечити пацієнту консультацію лікаря-нейрохірурга та більший (80,6±2,0%) - лікаря – реабілітолога. При цьому лише 51,6±2,5% опитаних вказали, що їх заклад охорони здоров’я достатньо забезпечений лікарськими засобами для надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами в умовах поліклініки.

Необхідно зазначити, що 80,6±2,0% респондентів не задовольняє наявний рівень діагностичної служби для надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ. При цьому 25,8±2,2% опитаних має можливість безперешкодно скеровувати пацієнтів з підозрою на МІ на візуалізацію патологічного процесу безоплатно, а 22,6±2,1% - за офіційною оплатою.

*Таблиця 7.23*

**Оцінка організаційних питань професійної діяльності**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| Чи маєте ви можливість безперешкодно скерувати пацієнта з підозрою на гострий церебральний інсульт до стаціонару | | |
| так | 31 | 100,0 |
| ні | - | - |
| Чи маєте ви можливість безперешкодно, при потребі, забезпечити пацієнтам консультацію лікаря-нейрохірурга | | |
| так | 7 | 22,6±2,1 |
| ні | 24 | 77,4±2,1 |
| Чи маєте ви можливість безперешкодно забезпечити пацієнтам консультацію лікаря-реабілітолога | | |
| так | 25 | 80,6±2,0 |
| ні | 6 | 19,4±2,0 |

Продовження таблиці 7.22

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чи маєте ви можливість безперешкодно забезпечити пацієнтам консультацію фізичного – терапевта | | |
| так | 25 | 80,6±2,0 |
| ні | 6 | 19,4±2,0 |
| Чи достатньо забезпечений заклад охорони здоров’я лікарськими засобами для надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами в умовах поліклініки | | |
| так | 16 | 51,6±2,5 |
| ні | 15 | 48,4±2,5 |
| Чи задовольняє Вас рівень діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ | | |
| так | 6 | 19,4±2,0 |
| ні | 25 | 80,6±2,0 |
| Чи задовольняє Вас рівень забезпечення ліками для надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ | | |
| так | 9 | 29,0±2,3 |
| ні | 22 | 71,0±2,3 |
| Як Ви оцінюєте загальні результати амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги | | |
| Добрі | - |  |
| Незадовільні | 8 | 25,8±2,2 |
| Потребують покращення | 23 | 74,2±2,2 |
| Чи маєте Ви можливість безоплатно приймати пацієнтів по самостійному зверненню | | |
| так | 14 | 45,2±2,5 |
| ні | 17 | 54,8±2,5 |
| Чи приймаєте Ви пацієнтів виключно за направленням сімейного лікар | | |
| так | 26 | 83,9±1,9 |
| ні | 5 | 16,1±1,8 |
| Як Ви вважаєте, чи готова первинна ланка забезпечити хворих на ЦВХ якісною медичною допомогою | | |
| так | 4 | 12,9±1,7 |
| ні | 27 | 87,1±1,7 |
| Чи маєте Ви можливість безперешкодно скеровувати пацієнтів з підозрою на МІ на візуалізацію патологічного процесу безоплатно | | |
| так | 8 | 25,8±2,2 |
| ні | 23 | 74,2±2,2 |
| Чи маєте Ви можливість безперешкодно скеровувати пацієнтів з підозрою на МІ на візуалізацію патологічного процесу за офіційною оплатою | | |
| так | 7 | 22,6±2,1 |
| ні | 24 | 77,4±2,1 |
| Чи маєте Ви можливість безперешкодно скеровувати пацієнтів на візуалізацію патологічного церебрального процесу в плановому порядку | | |
| так | 31 | 100,0 |
| ні | - | - |
| Чи покращилася якість медичної допомоги за період реформи охорони здоров’я | | |
| значно покращилася | - | - |
| не значно покращилася | 2 | 6,5±1,2 |
| не змінилася | 6 | 19,4±2,0 |
| погіршилася | 23 | 74,1±2,2 |

В ході опитування також було встановлено, що 83,9±1,9% лікарів здійснює амбулаторне приймання пацієнтів виключно за направленням сімейного лікаря, при цьому 87,1±1,7% вважає, що первинна ланка не готова забезпечити хворих на ЦВХ якісною медичною допомогою. В той час 74,1±2,2% опитаних відмічає, що якість медичної допомоги в цілому за період реформи охорони здоров’я погіршилася.

Результати оцінки респондентами організаційних питань професійної діяльності, яка вивчалася в ході дослідження (табл. 7.24).

Як видно, опитані лікарі дали високий відсоток позитивних відповідей на складові анкети даного розділу. Так, 77,4±2,1% із них ознайомлені з програмою інфекційного контролю та дотриманням заходів із запобігання інфекціям в закладі охорони здоров’я, більше 80% вказали на наявність в закладі системи безперервної професійної підготовки як лікарів, так і середніх медичних працівників.

*Таблиця 7.24*

**Оцінка організаційних питань професійної діяльності**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| Абс | % |
| Чи забезпечені Ви спеціальним одягом для виконання професійних обов’язків | | |
| так | 26 | 83,9±1,9 |
| ні | 5 | 16,2±1,8 |
| Чи ознайомлені Ви з програмою інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям | | |
| так | 24 | 77,4±2,1 |
| ні | 7 | 22,6±2,1 |
| Чи існує у відділенні система безперервної професійної підготовки лікарів | | |
| так | 26 | 83,9±1,9 |
| ні | 5 | 16,2±1,8 |
| Чи існує у відділенні система безперервної професійної підготовки середніх медичних працівників | | |
| так | 26 | 83,9±1,9 |
| ні | 5 | 16,2±1,8 |
| Чи навчені молодші медичні сестри заходам догляду за тяжкохворими пацієнтами | | |
| так | 26 | 83,9±1,9 |
| ні | 5 | 16,2±1,8 |

Далі досліджувалося питання оцінки респондентами організаційних питань особистої діяльності. Отримані дані наведені в таблиці 7.25.

*Таблиця 7.25*

**Оцінка організаційних питань особистої діяльності**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| Чи задовольняє Вас процес організації праці в лікарні | | |
| так | 8 | 25,8±2,2 |
| ні | 23 | 74,2±2,2 |
| Чи задовольняє Вас якість (рівень якості?) надання медичної допомоги пацієнтам середнім медичним персоналом | | |
| так | 25 | 80,6±2,0 |
| ні | 6 | 29,4±2,3 |
| Чи задовольняє Вас якість (рівень якості?) надання медичної допомоги пацієнтам молодшим медичним персоналом | | |
| так | 25 | 80,6±2,0 |
| ні | 6 | 29,4±2,3 |
| Чи задовольняє Вас стиль роботи керівництва в лікарні | | |
| так | 7 | 22,6±2,1 |
| ні | 24 | 77,4±2,1 |
| Чи задовольняють Вас професійні відносини в колективі | | |
| так | 25 | 80,6±2,0 |
| ні | 6 | 29,4±2,3 |
| Чи задовольняє Вас моральний мікроклімат в колективі | | |
| так | 21 | 67,7±2,3 |
| ні | 10 | 32,3±2,3 |

Отримані в ході дослідження та наведені в таблиці 7.25 дані вказують на те, більшість опитаних лікарів виявили своє невдоволення по цілому ряду запитань. Так 74,2±2,2% з них не задовольняє процес організації праці в лікарні, 77,4±2,1% - стиль керівництва в лікарні, 29,4±2,3% - професійні відносини в колективі, 32,3±2,3% - моральний мікроклімат в колективі, 29,4±2,3% - якість надання медичної допомоги пацієнтам середнім та молодшим медичним персоналом.

Результати дослідження, які пов’язані з реформуванням системи охорони здоров’я наведені в табл.7.26.

*Таблиця 7.26*

**Оцінка аспектів, що пов’язані з реформуванням системи охорони здоров’я**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Питання | Позитивна відповідь | |
| абс | % |
| Чи вважаєте Ви, що матеріально-технічна база поліклініки забезпечує всі функції та задачі для надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ? | | |
| так, повністю забезпечує | 1 | 3,2±0,9 |
| майже повністю | 3 | 9,7±1,5 |
| лише частково | 19 | 61,3±2,4 |
| не дає можливості надавати медичну допомогу у повному обсязі | 6 | 19,4±2,0 |
| категорично не відповідає завданням закладу | 2 | 6,4±1,2 |
| Як Ви оцінюєте загальну професійну підготовку лікарів поліклініки для надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та МІ ? | | |
| дуже добра, повністю відповідає задачам | 1 | 3,2±0,9 |
| добра | 3 | 9,7±1,5 |
| задовільна | 14 | 45,2±2,5 |
| потребує покращення | 11 | 35,5±2,4 |
| незадовільна | 2 | 6,4±1,2 |
| Як Ви оцінюєте загальну професійну підготовку медичних сестер для надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ ? | | |
| дуже добра, повністю відповідає задачам | - |  |
| добра | 4 | 12,9±1,7 |
| задовільна | 12 | 38,7±2,4 |
| потребує покращення | 12 | 38,7±2,4 |
| незадовільна | 3 | 9,7±1,5 |
| Як Ви оцінюєте загальні результати амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги пацієнтам на ЦВХ? | | |
| результати роботи дуже добрі | - |  |
| добрі | 4 | 12,9±1,7 |
| задовільні | 6 | 19,4±2,0 |
| потребують покращення | 18 | 58,1±2,5 |
| незадовільні | 3 | 9,7±1,5 |
| Як Ви оцінюєте ставлення медичного персоналу поліклініки до пацієнтів? | | |
| ставлення дуже добре | - | - |
| добре | 4 | 12,9±1,7 |
| адекватне | 13 | 41,9±2,5 |
| потребує покращення | 11 | 35,5±2,4 |
| незадовільне | 3 | 9,7±1,5 |
| Чи маєте Ви на роботі персональний комп’ютер | | |
| так | 31 | 100,0 |
| ні | - | - |
| Чи маєте Ви на роботі доступ до системи Інтернет | | |
| так | 31 | 100,0 |
| ні | - | - |

*Продовження таблиці 7.26*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Які (з Вашої точки зору) використовуються стимули для підвищення якості та розширення обсягів медичної допомоги у вашій поліклініці пацієнтам із ЦВХ ? | | |
| ніяких | 17 | 54,8±2,5 |
| моральні | 3 | 9,7±1,5 |
| адміністративні | 4 | 12,9±1,7 |
| матеріальні | 2 | 6,4±1,3 |
| персональна відповідальність за показники роботи | 5 | 16,1±1,8 |
| Чи підтримуєте Ви наступні напрямки реформи системи надання медичної допомоги населенню: | | |
| пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини | 12 | 38,7±2,4 |
| формування госпітальних округів | 7 | 22,6±2,1 |
| aвтономізацію закладів охорони здоров’я | 7 | 22,6±2,1 |
| запровадження електронної системи охорони здоров’я | 19 | 61,3±2,4 |
| запровадження гарантованого державою пакету медичних послуг | 21 | 67,7±2,4 |
| систему «гроші ідуть за пацієнтом» | 14 | 45,2±2,5 |

Аналіз результатів опитування показав, що лише 12,9±1,7% респондентів позитивно оцінили матеріально-технічну базу поліклініки по забезпеченню всіх функцій та задач для надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ. Такий же процент склала сума високої і доброї оцінки професійної підготовки лікарів поліклініки з надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та МІ. Разом з тим, 32,3±2,3% опитаних позитивно оцінили загальні результати амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги пацієнтам на ЦВХ.

Респонденти в наступний спосіб підтримали напрямки реформи системи надання медичної допомоги населенню: запровадження гарантованого державою пакету медичних послуг - 67,7±2,4%, запровадження електронної системи охорони здоров’я - 61,3±2,4%, систему «гроші ідуть за пацієнтом» - 45,2±2,5%, пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини - 38,7±2,4%, формування госпітальних округів та aвтономізацію закладів охорони здоров’я - 22,6±2,1%.

### Висновки за розділом

1. *Висновки за результатами соціологічного опитування пацієнтів стаціонарних відділень.*

1.1.Проведене соціологічне дослідження, яким охоплено 457 хворих, що перенесли церебральні інсульти дозволило виявити проблемні питання в організації стаціонарної медичної допомоги хворим на церебральні інсульти в закладах охорони здоров’я м. Києва та встановити рівень задоволеності пацієнтів як окремими видами медичної допомоги, так і медичною допомогою в цілому та дослідити рівень оцінки ними якості медичної допомоги.

1.2. 45,7±2,5% із числа опитаних перебували під диспансерним наглядом у сімейного лікаря, 35,9±2,4% - у лікарів-спеціалістів (2,4±0,7% перебували під диспансерним наглядом одночасно як у сімейного лікаря, так і у лікаря-спеціаліста), в той час як 20,8±2,0% під диспансерним наглядом не перебували. На низький рівень ефективності диспансеризації вказує те, що всі призначення лікарів виконували тільки 18,8±1,9% опитаних, а 23,9±2,1% - їх практично не виконували.

1.3. В перші чотири години після погіршення стану здоров’я за медичною допомогою звернулося 11,8±1,6%, а після 10 годин - 10,7±1,5% опитаних. Причинами пізнього звернення за медичною допомогою переважно була недооцінка рівня погіршення здоров’я (68,4±2,3%) та перебування вдома наодинці, що викликало необхідність очікування приходу до дому інших членів сім’ї (11,4±1,6%). При цьому 12,0±1,6% з поміж тих, хто несвоєчасно звернувся за медичною допомогою, були поінформовані про симптоми загрозливих станів для життя і тактики дій при них.

1.4. Аналіз отриманих результатів щодо оцінки послуг в приймальному відділенні вказав на наявність наступних проблемних розділів в наданні медичної допомоги на даному етапі: 9,4±1,5% пацієнтів були лише зареєстровані медичною сестрою, а 8,1±1,4% - оглянуті лікарем приймального відділення. Більше як 90% респондентів в приймальному відділенні знаходилися понад 30 хвилин, а ще 4,6±1,1% - більше 2-х годин. При цьому 2,6±0,8% опитаних були скеровані пішки до стаціонарного відділення. У 4,2±1,0% випадків медичні працівники приймальних відділень по відношенню до пацієнтів проявили неприязне відношення. В результаті 21,4±% опитаних залишилися незадоволеними послугами, які вони отримали на рівні приймальних відділень закладів охорони здоров’я.

1.5. Із числа опитаних до неврологічного відділення було госпіталізовано 323 (70,7±2,3%) пацієнтів, а до нейрохірургічного відділення - 134 (29,3± 2,3%).При цьому 169 (36,9±2,4%) із них на першому етапі лікування отримували медичну допомогу у палаті інтенсивної терапії. 72,2±2,2% опитаних при отриманні стаціонарної медичної допомоги не надавали інформованої згоди на медичне втручання, в той час, як ознайомлені з планом обстеження та лікування були 27,8±2,2%, а з дією лікарських засобів - 26,0±2,2% респондентів.

1.6. В ході соціологічного дослідження 36,1±2,4% опитаних вказали на те, що дослідження з візуалізації патологічного процесу їм не проводилося. З-поміж тих, кому дане діагностичне дослідження проводилося, лише 6,5±1,2% склали особи, котрим воно було виконано впродовж перших чотирьох годин, а у 29,5±2,3% - проведено пізніше, ніж через 2 дні після госпіталізації. Оплату за обстеження з верифікації патологічного процесу не проводило 25,3±2,2% із числа обстежених. Результати дослідження були детально обговорені з лікувальним лікарем у 49,7±2,5% випадків.

1.7.Аналіз отриманих даних вказує на те, що питанням деонтології в закладах охорони здоров’я м. Києва приділяється недостатньо уваги. Чинниками цього є такі факти, що часто були зазначені опитаними: медики обговорюють в їх присутності інших пацієнтів (42,9±2,5%), говорять про особисті проблеми (56,7±2,5%), дуже голосно спілкуються та порушують спокій хворих (47,7±2,5%), мають неохайний одяг (46,6±2,5% ).

1.8.В цілому респонденти високо оцінили кваліфікацію медичного персоналу, який надавав їм стаціонарну допомогу, однак 5,9±1,2% респондентів не визначилися в своєму рішенні, а 5,9±1,2% визнали лікарів, 1,9±0,7% медичних сестер та 2,8±0,8% молодшого медичного персоналу недостатньо кваліфікованим. Дане вказує на доцільність безперервної післядипломної освіти з підвищення професійного рівня медичних працівників в закладах охорони здоров’я. Встановлено також високий рівень задоволеності респондентів лікувальним процесом. Так, повністю задоволеними були 17,7±1,9% опитаних, більше задоволеними ніж не задоволеними 65,6±2,4% і лише 10,3±1,5% вказали, що вони були більше не задоволеними, ніж задоволеними та 6,3±1,2% - незадоволеними. Разом з цим, такі факти вказують на наявність недоліків при організації безпосередньо лікувального процесу та необхідності поглибленого їх вивчення та вирішення на рівні кожного конкретного закладу охорони здоров’я.

1.9. В цілому 86,4±1,8% опитаних висловили певний рівень задоволеності отриманою медичною допомогою під час лікування з приводу гострого церебрального інсульту. Якісною медичну допомогу оцінило 74,7±2,2% респондентів. Разом з тим слід зазначити, що 13,6±1,7% опитаних залишилися не задоволеними комплексом отриманих медичних послуг, а 25,4±2,2% оцінили отриману медичну допомогу неякісною.

*II. Висновки за результатами соціологічного опитування лікарів-неврологів стаціонарних відділень.*

2.1.За результатами опитування 119 лікарів-неврологів м. Києва, які забезпечують надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам при церебральних інсультах встановлено, що у 99,3±0,4% випадків стан пацієнтів при госпіталізації змінився: у 83,8±1,9% він став тяжчим, а 16,2±1,8% пацієнтів поступають в більш занедбані. Причиною цьому є: несвоєчасне звернення за медичною допомогою (52,1±2,5%), відміна диспансеризації (50,4±2,5%), низький рівень санітарної культури населення (44,4±2,5%), погіршення економічного стану (37,6±2,4%), реформування системи охорони здоров’я в місті (19,7±2,0%) тощо.

2.2.Встановлено недостатні можливості лікарів-неврологів по забезпеченню якісної та результативної медичної допомоги при мозкових інсультах. Мають можливість цілодобово проводити візуалізацію церебрального патологічного процесу 26,9±2,2% з них, здійснювати вказане у вихідні та святкові дні 24,4±2,1%; цілодобово у вихідні та святкові дні організовувати пацієнтам консультацію лікаря-нейрохірурга 19,3±2,0% та лікарем-анестезіологом - 34,5±2,4%.

2.3. У 95,8±1,1% випадках заклади охорони здоров’я забезпечені в необхідному обсязі лікарськими засобами для надання невідкладної (інтенсивної) медичної допомоги та у 28,6±2,3% - для лікування пацієнтів з церебральними інсультами. Забезпечені спеціальним одягом за кошти закладу охорони здоров’я 20,2±2,0% респондентів, ознайомлені з програмою інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям 26,9±2,2% опитаних. Переважна більшість опитаних вказали на функціонування системи безперервної професійної післядипломної підготовки лікарів, середніх та молодших медичних працівників

2.4. Встановлено, що 73,9±2,2% опитаних не задовольняє процес організації праці в лікарні, 79,8±2,0% - рівень діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ, 81,5±1,9% - рівень забезпечення ліками для надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ та 85,7±1,8% - рівень забезпечення середнім медичним персоналом з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ. При цьому більшість респондентів висловили задоволення рівнем професійних відносин (85,7±1,8%) та моральним кліматом (76,5±2,1%) у колективі.

Таким чином, проведений аналіз результатів соціологічного дослідження серед лікарів-неврологів, які надають стаціонарну медичну допомогу пацієнтам при ЦВХ та МІ дозволив виявити проблеми організаційного характеру, які підлягають вирішенню в ході реформування системи охорони здоров’я в місті.

*III.Висновки за результатами соціологічного опитування лікарів-неврологів поліклінічних відділень.*

В ході опитування лікарів-неврологів поліклінічних відділень отримані наступні результати.

3.1.Респонденти відмітили, що у 87,1±1,7% випадків при зверненні пацієнтів до поліклініки стан їх змінився: при цьому у 58,1±2,5% випадків стан став більш тяжким, а у 41,9±2,5% - виявляються більш занедбані форми захворювання. За даними опитаних лікарів основними причинами цьому є: можливість звернутися до лікаря-спеціаліста виключно за направленням сімейного лікаря - 51,9±2,5%, байдуже ставлення пацієнтів до особистого здоров’я - 48,1±2,5%, погіршення економічного стану - 44,4±2,5%, низький рівень санітарної культури - 40,7±2,5%, несвоєчасне звернення за медичною допомогою - 37,0±2,4%.

3.2. Всі опитані лікарі мають можливість безперешкодно скеровувати пацієнта з підозрою на гострий церебральний інсульт до стаціонару, але тільки 22,6±2,1% із них мають можливість забезпечити пацієнту консультацію лікаря-нейрохірурга та 80,6±2,0% - лікаря - реабілітолога. При цьому тільки 51,6±2,5% опитаних вказали, що заклад охорони здоров’я забезпечений лікарськими засобами для надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами в умовах поліклініки.

3.3.Отримані результати дослідження вказують на те, що 80,6±2,0% респондентів не задовольняє рівень діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам з ЦВХ. Так можливість безперешкодно скеровувати пацієнтів з підозрою на МІ на візуалізацію патологічного процесу безоплатно мають тільки 25,8±2,2% опитаних, а з офіційною оплатою - 22,6±2,1%.

3.4. Лише 12,9±1,7% респондентів позитивно оцінили матеріально-технічну базу поліклініки по забезпеченню її функцій і завдань з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ. Так само оцінили і загальну професійну підготовку лікарів поліклініки для надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та МІ. При цьому 32,3±2,3% опитаних позитивно оцінили загальні результати амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги пацієнтам на ЦВХ.

**Список особистих робіт за темою розділу** [2, 7, 23, ]

# 

# РОЗДІЛ 8 ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ХВОРОБАМИ НА РІВНІ МЕГАПОЛІСУ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

Основою для обґрунтування та розробки оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я стали дані, що були отримані в ході проведених та представлених в попередніх розділах досліджень.

### 8.1. Теоретичні основи та концептуальні підходи до розробки оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я

Теоретичними основами з формування концептуальних підходів до розробки оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я стали встановлені в ході проведення аналітичного огляду наукової літератури та міжнародних і національних документів проблеми. Серед них були встановлені наступні не вирішені в країні та на рівні мегаполісу проблеми, які визначили задачі для вирішення:

*Перше.* Україна не веде реєстру хворих на церебральний інсульт. Це не дозволяє провести детальний аналіз захворюваності населення на церебральні інсульти та зіставити наявні статистичні дані з даними інших країн, зокрема країнами Європейського Союзу.

*Друге.* В країні не ведеться облік гострих розладів мозкового кровообігу у дітей, що не дає можливості створювати систему надання медичної допомоги дітям з даною патологією.

*Третє.* В країні не проводиться спеціальна підготовка лікарів до надання медичної допомоги хворим при гострому розладі мозкового кровообігу.

*Четверте.* Попри те, що ЛЗП-СЛ є лікарями першого контакту, які визначають медичний маршрут пацієнта, в країні не проводилися дослідження щодо їх готовності та спроможності ПМСД до надання комплексних послуг населенню із ЦВХ.

*П’яте*. Відповідно до специфікації контрактування закладів охорони здоров’я НЗСУ за пакетом медичних послуг «Лікування гострого мозкового інсульту» не розглядається питання створення інсультних центрів, рекомендованих ВООЗ, за рівнями медичної допомоги.

*Шосте.* В країні науково не обґрунтована структура інсультного центру з метою комплексного надання медичних послуг при церебральних інсультах та не визначена потреба в таких послугах.

*Сьоме.* В країні не обговорюється і не обґрунтовується можливість забезпечення того, щоб Національні плани боротьби з інсультом враховували незадоволені довгострокові потреби осіб, які пережили інсульт та їхніх сімей і встановлення мінімальних стандартів стосовно того, що повинен отримувати кожен, хто пережив інсульт, незалежно від того де він живе. Це передбачено Планом дій боротьби з інсультом у Європі на період до 2030 року.

В ході проведеного комплексного соціально-гігієнічного дослідження було виявлено ряд проблем в організації медичної допомоги населенню м. Києва, яке має цереброваскулярні хвороби та їх ускладнення, і в першу чергу - мозкові інсульти. Структурно вони розділені на наступні групи.

***Перша група****.* Дана група проблем пов’язана зі способом життя населення, яке має велику низку факторів ризику поведінкового характеру при низькому рівні поінформованості про основи здорового способу життя та первинну профілактику розвитку ЦВХ. Тільки 32,1±2,3% хворих на АГ чоловіків і 51,2±2,5% хворих на АГ жінок виконують рекомендації лікарів щодо способу життя, а 35,8±2,4% хворих на АГ чоловіків і 58,5±2,5 % хворих на АГ жінок виконують рекомендації лікарів щодо приймання лікарських засобів.

Населення має значну частку факторів ризику розвитку ЦВХ. Так, у -чоловіків виявлені ФР медичного характеру: наявність обструктивного захворювання органів дихання (ВР 5.316; ДІ 95% (9.962- 40.732), ВШ -13,198); артеріальної гіпертензії (ВР – 9.00; ДІ 95% (9.165 – 40.398), ВШ -19.241 ); ІХС (ВР – 4.455; ДІ 95% (7.583 – 29.077), ВШ – 14.848); спадкового характеру: наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії (ВР – 7.000; ДІ 95% (6.465 – 25.764), ВШ – 12.906); ЦВХ (ВР – 3.615; ДІ 95% (11.281 – 50.215), ВШ – 23.801); ІХС (ВР – 5.316); ДІ 95% (7.545 – 29.189), ВШ – 14.840); способу життя: малорухомий спосіб життя (ВР – 9.909; ДІ 95% (6.893-29.069), ВШ – 14.156); нераціональне харчування (ВР – 14.000; ДІ 95% (5.247-27.445), ВШ – 12.000); зловживання сіллю (ВР – 3.138; ДІ 95% (3.326 – 11.091), ВШ – 6.073); тютюнопаління (ВР - 2,871; ДІ 95% (1.958-6.260), ВШ – 3.501); соціально – економічного характеру: постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР- 2.333; ДІ 95% (6.434 – 25.598), ВШ – 12.833); психоемоційні навантаження на роботі (ВР- 1,857; ДІ 95% (4.233-15.439), ВШ – 8.084). У жінок виявлені ФР: медичного характеру: наявність артеріальної гіпертензії (ВР – 4.517; ДІ 95% (4.846-13.814), ВШ – 8.182); обструктивного захворювання органів дихання (ВР – 140 4.172; ДІ 95% (13.761 – 47.000), OR – 25.432); ІХС (ВР – 2.659; ДІ 95% (8.225-25.788), ВШ – 14.564); спадкового характеру: наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії (ВР – 4.172; ДІ 95% (3.388 – 9.575), ВШ – 5.696); ЦВХ (ВР – 4.488; ДІ 95% (11.718 – 42.171), ВШ – 22.229); ІХС (ВР – 3.545); ДІ 95% (5.689 – 16.408), ВШ – 9.661); способу життя: малорухомий спосіб життя (ВР – 6.895; ДІ 95% (7.798-25.389), ВШ – 14.075); нераціональне харчування (ВР – 3.545; ДІ 95% (3.850-10.712), ВШ – 6.422); зловживання сіллю (ВР – 1.273; ДІ 95% (3.395-9.741), ВШ – 5.751); - соціально економічного характеру: постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР- 1.830; ДІ 95% (3.350-9.136), ВШ – 5.540); психоемоційні навантаження на роботі (ВР- 1.679; ДІ 95% (4.115-11.723), ВШ – 6.946). При цьому 10,7±1,5% з усіх опитаних хворих звернулися за медичною допомогою через 10 годин і більше після появи симптомів гострого порушення мозкового кровообігу.

***Друга група.*** Дана група проблем пов’язана зі сучасним станом розвитку первинної медичної допомоги та рівнем готовності ЛЗП-СЛ до надання комплексної допомоги населенню при ЦВХ. Рівень зайнятості посад ЛЗП-СЛ фізичними особами в становить 70,2% з коливаннями від 58,0% у Подільському районі до 86,0% – у Дарницькому. Співвідношення ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер становить 1:1,04 (норматив1:2). До ЛЗП-СЛ прикріплено 64,9% від загальної кількості населення, яке постійно проживає в місті Києві. При цьому під диспансерним наглядом у ЛЗП-СЛ знаходилося 36,17% осіб з цереброваскулярними захворюваннями та 76,25% осіб, які перенесли МІ. Опитані ЛЗП-СЛ оцінили як недостатній рівень своїх знань та практичних навичок з питань комплексної медичної допомоги при ЦВХ.

***Третя група.*** Дана група проблем пов’язана із структурою та ресурсним забезпеченням системи надання спеціалізованої медичної допомоги. Вона полягає в наступному. Дефіцит лікарів-неврологів для надання амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої допомоги становить 24 особи. Амбулаторно-поліклінічна допомога до 30% випадків не відповідає галузевим стандартам. Тільки у двох лікарнях (ЛШМД та Олександрівська лікарня) наявна можливість цілодобової, в т.ч. у вихідні і святкові дні, візуалізації патологічного процесу, що унеможливлює надання якісної та ефективної медичної допомоги пацієнтам при МІ та неспроможності системи надання медичної допомоги при МІ у відповідності до вимог НСЗУ. Наявна структура ЗОЗ призводить до непрофільної госпіталізації пацієнтів з різними видами МІ (геморагічні та ішемічні МІ).

***Четверта група.***Дана група проблем пов’язана із недостатньою якістю медичної допомоги пацієнтам при мозкових інсультах. Діагностична допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 27,6%, в неврологічних відділеннях –32,5% та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях - 14,6%, в неврологічних відділеннях – 22,1%. Лікувальна допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 29,9%, в неврологічних відділеннях – 35,4 % та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 12,6%, в неврологічних відділеннях – 12,5%. В неврологічних відділеннях у 20,2%, а в нейрохірургічних відділеннях у 44,1% випадків діагноз при виписці з стаціонару прописується не повністю без вказівки стадії й локалізації патологічного процесу, ступеню порушення функцій, наявності ускладнень та супутніх захворювань. Всі виписки з історії хвороби не мають рекомендацій лікарям загальної практики-сімейним лікарям з ведення пацієнтів на після госпітальному етапі.

***П’ята група.***Дана група проблем пов’язана із високим рівнем незадоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою.

Так, 11,8±1,6% респондентів мали проблеми зв’язку з диспетчерською служби екстреної медичної допомоги; до 57,5±2,5% респондентів бригада екстреної медичної допомоги прибула у терміні до 20 хвилин, а у 14,7±1,8% випадків час її прибуття склав понад 30 хвилин; 4,5±1,0% респондентів залишилися незадоволеними послугами, які були надані службою екстреної медичної допомоги.

В приймальному відділенні ЗОЗ 9,4±1,5% пацієнтів були лише зареєстровані медичною сестрою, а 8,1±1,4% - оглянуті лікарем приймального відділення. Більше ніж 90% респондентів в приймальному відділенні знаходилися понад 30 хвилин, а ще 4,6±1,1% - більше 2-х годин. При цьому 2,6±0,8% опитаних були скеровані пішки до стаціонарного відділення. У 4,2±1,0% випадків пацієнти відчули неприязне відношення медичних працівників приймальних відділень.

У відділеннях пацієнти не мали вільного доступу до інформації про права пацієнтів, 72,2±2,2% опитаних при отриманні стаціонарної медичної допомоги не надавали інформованої згоди на медичне втручання, в той час, як ознайомлені з планом обстеження та лікування були 27,8±2,2%, а з дією лікарських засобів - 26,0±2,2% респондентів.

В ході соціологічного дослідження 36,1±2,4% опитаних вказали на те, що дослідження з візуалізації патологічного процесу їм не проводилося. З-поміж тих, кому дане діагностичне дослідження проводилося, лише 6,5±1,2% склали особи, яким воно було виконано впродовж перших чотирьох годин, а у 29,5±2,3% - проведено пізніше, ніж через 2 дні після госпіталізації. Оплату за обстеження з верифікації патологічного процесу не проводило 25,3±2,2% із числа обстежених. Результати дослідження були детально обговорені з лікувальним лікарем у 49,7±2,5% випадків. Для 29,3±2,3% опитаних економічно недоступними є діагностичні послуги, а для 43,1±2,5% - лікарські засоби. В цілому 86,4±1,8% опитаних висловили певний рівень задоволеності отриманою медичною допомогою під час лікування з приводу гострого церебрального інсульту. Якісною медичну допомогу оцінило 74,7±2,2% респондентів. Разом з тим слід зазначити, що 13,6±1,7% опитаних залишилися не задоволеними комплексом отриманих медичних послуг, а 25,4±2,2% оцінили отриману медичну допомогу неякісною.

***Шоста група.*** Дана група проблем пов’язана із умовами організації медичної допомоги. Вона полягає в наступному: 73,9±2,2% опитаних не задовольняє процес організації праці в лікарні, 79,8±2,0% - рівень діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ, 81,5±1,9% - рівень забезпечення ліками для надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ та 85,7±1,8% - рівень забезпечення середнім медичним персоналом з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та МІ.

Після початку другого етапу реформи охорони здоров’я умови надання медичної допомоги пацієнтам їх ЦВХ та МІ не змінилися (61,3±2,4%) та погіршилися (31,1±2,3%), а матеріально-технічна база лікарні у 28,6±2,3% випадків не відповідає вимогам. Загальна професійна підготовка лікарів з надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та МІ є доброю у 37,8±2,4%, а у 21,8±2,1% потребує покращення. Професійну підготовку медичних сестер респонденти оцінили у 42,9±2,5% та 28,6±2,3% відповідно. Загальні результати медичної допомоги пацієнтам на ЦВХ та МІ респонденти оцінили в наступний спосіб: дуже добрі - 1,7±0,6%, добрі - 22,7±2,1%, задовільні - 38,7±2,4%, потребують покращення - 36,9±2,4%.

***Сьома група.***Дана група проблем пов’язана із недостатньою спроможністю системи охорони здоров’я м. Києва забезпечити населення міста Києва медичною допомогою у відповідності до пакетів медичних послуг «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» та «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи» [202] які запроваджено на виконання Закону України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення**”** 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [193].

Базуючись на виявлених під час дослідження проблемах нами розроблені концептуальні підходи до удосконалення медичної допомоги населенню мегаполісу з ЦВХ загалом та гострими порушеннями мозкового кровообігу. Вони ґрунтуються на сучасних засадах реформування системи охорони здоров’я з впровадженням програми державних гарантій медичної допомоги при зміні функціонально-організаційних підходів до формування мережі та структури закладів охорони здоров’я, децентралізації управління ними з проведенням їх автономізації з підвищенням рівня відповідальності за надання медичної допомоги у відповідності до галузевих стандартів.

Основною метою розробки концептуальних підходів до оптимізації системи медичної допомоги населення мегаполісу яке має ЦВХ визначено забезпечення населення з ЦВХ та порушенням мозкового кровообігу доступною, якісною комплексною медичною допомогою при ефективному та раціональному використанні наявних ресурсів (рис. 8.1).

Концептуальні підходи визначають удосконалення організації комплексної медичної допомоги населенню мегаполісу при цереброваскулярних хворобах та мозкових інсультах у відповідності до «Плану дій боротьби з інсультом у Європі на 2018–2030 роки», який є комплексним і міжсекторальним.

Концептуальні підходи визначають удосконалення наступних напрямів діяльності: первинна і вторинна профілактика, організація стаціонарного лікування, забезпечення хворих комплексними реабілітаційними послугами та забезпечення підтримкою після перенесеного інсульту.

Надзвичайно важливим напрямком є удосконалення системи обліку та звітності з формуванням реєстру хворих на церебральний інсульт, в тому числі відповідного реєстру дитячого населення з використанням електронної системи охорони здоров’я.

Принципово новим є між секторальний підхід до рішення поставлених завдань з включенням інтеграцією в єдину систему: системи громадського здоров’я, системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини, системи спеціалізованої медичної допомоги, системи реабілітаційної та хоспісної допомоги, системи соціального захисту населення. Запропоновано формування самостійних спеціалізованих закладів, що надають комплексну допомогу по методу міських центрів з диференціацією ліжкового фонду в залежності від потреби пацієнтів в інтенсивності та розробка для служби екстреної медичної допомоги раціональних маршрутів доставки пацієнтів.

Забезпечення ефективною, якісною комплексною медичною допомогою населення мегаполісу, яке страждає на ЦВХ та МІ при ефективному та раціональному використанні наявних матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів та впровадження комплексу ефективної

Складові

Складові

Формування самостійних спеціалізованих закладів, що надають комплексну допомогу по методу міських центрів з диференціацією ліжкового фонду в залежності від потреби пацієнтів в інтенсивності лікувального процесу

Формування спроможної мережі з надання медичної допомоги при МІ відповідно до вимог Національної служби здоров’я на державне фінансування

Удосконалення управління системою надання комплексної медичної допомоги при ЦВХ та МІ на рівні міста

Розробка для служби екстреної медичної допомоги раціональних маршрутів доставки пацієнтів

Інформування населенню з групи ризику про загрозливі життю стани та такти дій при них.

Використання інформаційних технологій в організації спеціалізованої медичної допомоги в рамках єдиного медичного простору

Науково-методичне забезпечення медичних працівників та організаторів охорони здоров’я з питань організації спеціалізованої медичної допомоги

Розробка комплексної програми медичної допомоги населенню мегаполісу включаючи профілактику порушень мозкового кровообігу та забезпечення супроводу осіб, що перенесли МІ

Мета

Забезпечення ефективною, якісною комплексною медичною допомогою населення мегаполісу, яке страждає на ЦІХ та МІ у відповідності до рекомендацій ВООЗ при ефективному та раціональному використанні наявних матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів

Рис. 8.1. Концептуальні підходи до удосконалення організації медичної допомоги населенню мегаполісу з церебральними хворобами

первинної та вторинної профілактики їх розвитку досягається шляхом прийняття комплексної міської програми медичної допомоги населенню мегаполісу з ЦВХ та гострими порушеннями мозкового кровообігу.

Основна задача, яка стоїть перед системою охорони здоров’я є профілактична робота серед населення мегаполісу. Необхідно акцентувати увагу на проведенні первинної, вторинної та третинної профілактики. Для охоплення населення профілактичними програмами необхідно виділити цільові групи профілактичного впливу та заклади, які будуть проводити дану роботу і безпосередніх виконавців.

Цільовими групами для проведення різних видів профілактичної роботи мають бути:

1. *Первинна профілактика:* доросле населення міста, особливу групу складає населення міста у віці 40 років і старше, а серед даного населення групу підвищеної уваги займають особи груп ризику розвитку ЦВХ;
2. *Вторинна профілактика:* особи, які мають цереброваскулярні захворювання та гіпертонічну хвороби;
3. *Третинна профілактика*: особи, які перенесли гострий мозковий інсульт.

Профілактичні програми полягають в наступному:

*Первинна профілактика.* Даний вид профілактики мають здійснювати служби громадського здоров’я та працівники закладів первинної медико-санітарної допомоги.

*Служби громадського здоров’я* здійснюють свою діяльність в рамках виконання наступних основних оперативних функцій, які затверджені ВООЗ: ООФГЗ 1 «Епіднагляд за хворобами та оцінка стану здоров’я та благополуччя населення», ООФГЗ 2 «Виявлення важливих медико-санітарних проблем та загроз здоров'ю на рівні місцевих громад», ООФГЗ 5 «Профілактика хвороб», ООФГЗ 6 «Укріплення здоров’я», ООФГЗ 9 «Основні процеси комунікацій в області громадського здоров’я». В рамках діяльності системи громадського здоров’я має проводитися епідеміологічний нагляд, моніторинг, оцінка та аналіз захворюваності різних категорій населення на ЦВХ та рівень їх поширення серед населення, вплив ЦВХ на рівень інвалідності та смертності населення, вивчаються фактори ризику розвитку ЦВХ та має інформуватися населення про них та шляхи зменшення їх негативного впливу на здоров’я шляхом розроблення та впровадження профілактичних програм на рівні громади з оздоровлення навколишнього середовища, умов праці, проживання та створення умов для здорового способу життя. Також мають проводитися заходи з формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я.

Сімейні лікарі та сімейні медичні сестри здійснюють індивідуальні заходи з цільової диспансеризації населення щодо цереброваскулярних захворювань: з використанням уніфікованого опитувальника проводять виявлення факторів ризику різних форм цереброваскулярних захворювань з розробкою індивідуальних програм їх усунення або зменшення негативної дії.

*Вторинна профілактика.* Вторинною профілактикою охоплюються особи у яких діагностовано ЦВХ і вона скерована на попередження подальшого розвитку захворювання та профілактику ускладнень і в першу чергу церебрального інсульту. Це здійснюють працівники первинної ланки

Основними напрямками вторинної профілактики за розробленого для кожної особи індивідуального плану являються:

* оптимальний спосіб життя, який формується в залежності від стадії захворювання та стану хворої особи;
* медикаментозна та фізична терапія скеровані на: покращення загального та мозкового кровотоку, покращення функції мозкових клітин, які знаходяться в умовах гіпоксії, зменшення в’язкості крові та попередження розладів проникності стінок судин і нормалізація стану периваскулярних тканин.

При цьому служби громадського здоров’я, використовуючи мобільні телефони та відповідні інформаційні програми, підключають нагадувачі про час прийняття лікарських засобів. Крім того, з особами, які страждають на ЦВХ проводяться заняття та вони забезпечуються друкованою інформацією щодо симптомів загрозливих для життя та тактики дії при них, телефони для звернення в ургентних випадках за медичною допомогою.

*Третинна профілактика.* Даний вид профілактики передбачає попередження повторних мозкових інсультів у осіб, які мали в анамнезі дане ускладнення та запобігання інвалідності. Даний вид робіт забезпечують сімейні лікарі сумісно з лікарями неврологами. А забезпечення медико-соціального супроводу осіб, які перенесли гострий церебральний інсульт і стали інвалідами забезпечують працівники первинної медико-санітарної допомоги та соціальних служб. Вони ж забезпечують, за потреби, послугами паліативної допомоги.

Враховуючи, що в Україні державою гарантована безоплатна медична допомога хворим на мозкові інсульти, включаючи проведення реабілітації осіб, що їх перенесли на після госпітальному етапі й що у 2020 році на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Програма медичних гарантій запрацює в повному обсязі пропонується здійснити *наступні структурні перебудови.*

1. Створити спеціалізовані інсультні центри структура, оснащення, штатні розклади яких відповідають вимогам в рамках забезпечення програми державних гарантій надання медичної допомоги при мозковому інсульті у 2020 році. Кількість центрів та їх потужність обраховуються на основі показників захворюваності за останні 5 років.
2. Створити спеціалізований реабілітаційний центр для осіб, що перенесли гострий мозковий інсульт для проведення стаціонарної та амбулаторної реабілітації (можливо в рамках інсультного центру).
3. Здійснити підготовку сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до забезпечення реабілітації осіб, що перенесли мозковий інсульт. За рахунок коштів місцевих бюджетів укомплектувати сімейні амбулаторії засобами амбулаторної реабілітації.
4. Базуючись на досвіді провідних країн Європи та рекомендаціях ВООЗ забезпечити відповідну підготовку лікарів-неврологів та лікарів-нейрохірургів до надання медичної допомоги населенню при мозкових інсульті.

*Необхідно провести наступні організаційні заходи.*

1. Базуючись на Європейському плані дій із боротьби з інсультом – ESAP на період 2018–2030 роки розробити комплексну міжсекторальну міську програму боротьби з мозковим інсультом як ускладненням цереброваскулярних хвороб.
2. Проводити інформаційну роботу серед населення міста з залученням ЗМІ та мережі інтернет зі створенням спеціального сайту щодо цереброваскулярних хвороб та їх профілактики.
3. Розробити та затвердити клінічні маршрути пацієнтів, які проживають в різних районах міста в залежності від місця та способу звернення за медичною допомогою та стану пацієнта.
4. При зверненні за медичною допомогою до служби екстреної медичної допомоги та потребі в госпіталізації запровадити систему попереднього інформування закладу охорони здоров’я про наближення пацієнта з гострим мозковим інсультом для активації ресурсів закладу охорони здоров’я з метою забезпечення можливості проведення реваскуляризаційної терапії в межах терапевтичного вікна.
5. Забезпечити спеціальним навчанням всіх медичних працівників, які залучені до надання допомоги хворим при гострому церебральному інсульті (лікарі, середній та молодший медичний персонал), на тренінгах з тромболітичної терапії, інтенсивної терапії, використання шкал (NIHSS, ASPECTS, mRS), скринінгу щодо дисфагії, оцінювання потреби у реабілітації.
6. Організація для родини / доглядачів за хворими з ЦВХ та їх ускладненнями постійно діючого семінару з наступних питань: методи особистої гігієни, стратегії спілкування, техніки переміщення, профілактики ускладнень та інших специфічних проблем пов'язаних з гострим мозковим інсультом, контроль за безпечним ковтанням та відповідної зміни дієти, допомоги регулювання поведінки при психосоціальних проблемах.
7. Створення міського реєстру хворих на ЦВХ та осіб, що перенесли гострий мозковий інсульт в тому числі дітей з поданням даних до Електронної системи охорони здоров'я на постійній основі.
8. Для хворих на ЦВХ та осіб, що перенесли гострий мозковий інсульт забезпечення розробки індивідуальних програм реабілітації з оцінкою проблем (категоріальний профіль МКФ та МКФ-ДП) та визначенням SMART цілей та здійснення контролю за виконанням індивідуальної програми реабілітації з оцінюванням прогресу в досягненні намічених цілей. Для осіб, що перенесли МІ і потребують паліативної допомоги створення доступної системи паліативної допомоги.

### 8.2. Напрями та форми діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі

Відповідно до програми дослідження експертним шляхом на даному етапі дослідження було визначенонапрями і форми діяльності системи громадського здоров’я у боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі. Дані про експертів наведено в розділі 2.

З урахуванням основних оперативних функцій громадського здоров’я нами запропоновано мету діяльності системи громадського здоров’я на рівні мегаполісу по зниженню тягаря цереброваскулярних хвороб.

Загальною метою діяльності системи громадського здоров’я на рівні мегаполісу є сприяння зниженню захворюваності та смертності населення внаслідок цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів шляхом зменшення негативного впливу факторів ризику та мотивації населення до здорового способу життя, прихильності хворих до використання засобів вторинної профілактики та адвокація формування профілю міста, що зберігає здоров’я свого населення.

Далі експертним шляхом встановлено напрями діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами (табл. 8.1).

*Таблиця 8.1*

**Напрями діяльності служби громадського здоров’я у боротьбі з цереброваскулярними хворобами (результати експертної оцінки,%±m)**

|  |  |
| --- | --- |
| Напрями діяльності | %±m |
| Інформаційно-просвітницька комплексна робота з питань профілактики та наслідків цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів на рівні громади та організованих колективів | 100,0 |
| Інформаційно-просвітницька робота з питань профілактики та наслідків цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів на рівні сімей | 100,0 |
| Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота з питань профілактики та наслідків цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів | 44,0±2,5 |
| Епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів | 92,0±1,4 |
| Адвокація з формування здоров’язбережувального профілю міста | 92,0±1,4 |
| Комунікація та соціальна мобілізація в інтересах збереження та зміцнення здоров’я населення міста | 92,0±1,4 |
| Формування мережі «Клубів здорових людей» з цільовими групами інформаційного впливу | 84,0±1,8 |
| Формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я | 88,0±1,6 |

Експерти розглянулинапрямки діяльності служби громадського здоров’я в боротьбі з цереброваскулярними хворобами. Найвищу оцінку експертів щодо напрямків діяльності служби громадського здоров’я в боротьбі з цереброваскулярними хворобами отримала інформаційно-просвітницька комплексна робота з питань профілактики та наслідків цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів на рівні громади, організованих колективів та сімей, а самий рівень оцінки отримала індивідуальна інформаційно-просвітницька робота. Експерти також підтримали необхідність епідеміологічного нагляду за ризиками розвитку цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів, адвокації з формування профілю міста- зберігача здоров’я, комунікацій та соціальної мобілізації в інтересах збереження та зміцнення здоров’я населення міста.

Отримані в ході експертного дослідження результати стали підставою для обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі інформаційно-комунікативної роботи системи громадського здоров’я по боротьбі з цереброваскулярними хворобами (рис. 8.2).

Ключовою ідеєю діяльності системи громадського здоров’я по боротьбі із цереброваскулярними хворобами є послідовне вирішення пріоритетної проблеми підвищення ефективності профілактичної діяльності щодо зменшення темпів захворюваності населення міста на ЦВХ та мозкові інсульти і смертності внаслідок їх.

Розробка функціонально-організаційної моделі проводилася з позиції системного підходу з координацією діяльності системи громадського здоров’я і спеціалізованих закладів охорони здоров’я та служби ПМСД, що забезпечується прийняттям цільової комплексної програми боротьби із цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами.

Участь системи громадського здоров’я в протидії захворюваності населення на ЦВХ та мозкові інсульти і смертності від них полягає в комплексній постійній інформаційно-комунікаційній роботі на рівні громади, організованих колективів та цільових груп інформаційного впливу з підвищення рівня інформування населення з питань профілактики та наслідків цереброваскулярних хвороб і мозкових інсультів формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я та формування прихильності до здорового способу життя.

Важливою задачею системи громадського здоров’я є не тільки навчити та мотивувати населення до здійснення профілактичних заходів, а і створення умов для їх здійснення. Для цього система громадського здоров’я має забезпечити Епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів з розробкою комплексних заходів протидії та розробити здоров’язбережувальний профіль міста і здійснити адвокацію із його прийняття.

Рис. 8.2. Функціонально-організаційна модель інформаційно-комунікативної роботи системи громадського здоров’я по боротьбі із ЦВХ

***Умови впровадження***

Розробка та прийняття цільової комплексної програми боротьби із цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами.

Розробка механізмів координації діяльності системи громадського здоров’я і спеціалізованих закладів охорони здоров’я та служби ПМСД.

Розробка та прийняття комплексної інформаційно-комунікаційної стратегії та програми

Визначення основних факторів, які впливають на рівень та темпи захворюваності та смертності населення.

Система

громадського

здоров’я

Населення

Формування здорового способу життя

Забезпечення умовами для

ЗСЖ

Формування у здоров’язберіга-ючих традицій

Мотивування до проходження профілактичних оглядів

Особи з

ФР

Хворі на

ЦВХ

Особи, що перенесли мозковий інсульт

Формування відповідального ставлення до здоров’я

Формування прихильності до усунення ФР

Формування прихильності до ЗСЖ

Профілактика розвитку ЦВХ

Мотивування до профілактичного

лікування

Навчання тактиці дій при ускладненнях

Формування відповідального ставлення до здоров’я

Навчання оптимальному способу життя

Навчання членів сім’ї догляду

Психологічна підтримка

***Методи комунікації***

Інформаційно-комунікаційна робота на рівні громади, організованих колективів та цільових груп інформаційного впливу

***Канали комунікації***

Усна

Письмова

Невербальна

Міжрівнева

Соціальні мережі

ЗМІ

Галузеві заходи

Партнерство

Методологія вирішення поставлених задач досягається сегментацією груп інформаційно-комунікативного впливу: все населення (практично здорові), населення з факторами ризику розвитку ЦВХ та мозкових інсультів, хворі на ЦВХ, особи, що перенесли мозковий інсульт. Для кожної групи визначені свої задачі інформаційно-комунікаційного впливу.

Нами визначені умови, які необхідні для проведення системою громадського здоров’я ефективної діяльності. До них відноситься наступне:

* розробка та прийняття цільової комплексної програми боротьби із цереброваскулярними хворобами та мозковими інсультами;
* розробка механізмів координації діяльності системи громадського здоров’я і спеціалізованих закладів охорони здоров’я та служби ПМСД;
* розробка та прийняття комплексної інформаційно-комунікаційної стратегії та програми;
* визначення основних факторів, які впливають на рівень та темпи захворюваності та смертності населення.

Таким чином, використання запропонованих напрямів і форм діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі дозволить знизити темпи захворюваності та смертності населення внаслідок цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів.

### 8.3. Задачі первинної медичної допомоги з раннього виявлення цереброваскулярних хвороб та профілактики розвитку гострих порушень мозкового кровообігу

Перед системою первинної медичної допомоги стоїть задача раннього виявлення осіб групи ризику розвитку ЦВХ, осіб які мають ЦВХ та їх лікування. Рекомендується до використання адаптований уніфікований опитувальник на виявлення кардіо-церебральних захворювань.

Даний опитувальник може використовуватися як сімейним лікарем безпосередньо при наданні медичної допомоги, так і заповнюватися самим пацієнтом при методичній допомозі сімейного лікаря чи сімейної медичної сестри.

Задача сімейного лікаря полягає в динамічному контролі стану здоров’я населення з наявністю факторів ризику розвитку церебральних інсультів та їх мотивування до профілактики їх розвитку.

Також сімейний лікар має бути готовим до застосування амбулаторних засобів реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт з профілактикою розвитку повторних інсультів.

Важливою функцією медичних працівників первинної ланки разом із службами хоспісної допомоги та соціального захисту є забезпечення догляду за інвалідами в насідок перенесеного МІ. При цьому важливим є навчання членів сім’ї основам ефективного догляду за даними особами.

Детально результати експертного визначення заходів лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами, необхідні для цього компетенції сімейних лікарів та можливі шляхи їх набуття представлені в розділі 4. В даному розділі також представлено Методологія підвищення рівня готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до оптимізації на первинному рівні медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами і тематичний план післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань оптимізації на первинному рівні медичної допомоги хворим із цереброваскулярними хворобами та після перенесення церебральних інсультів.

### 8.4. Оптимізована система надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу

Базуючись на отриманих в ході дослідження результатах нами розроблена система медико-соціальних кластерів допомогипри цереброваскулярних хворобах. Система представлена на рис. 8.3.

Методологія створення кластерів базувалася на тому, що сутність кожного з них спрямований на досягнення кінцевої мети: підвищення доступності та ефективності медичної допомоги населенню мегаполісу при ЦВХ та МІ і зниження тягаря внаслідок захворюваності населення на них.

Нами виділено чотири основних медико-соціальних кластери допомоги при цереброваскулярних хворобах. Цими cкладовими є: профілактика розвитку ЦВХ, профілактика розвитку МІ, надання медичної допомоги (амбулаторної, екстреної та стаціонарної) при ЦВХ та МІ та забезпечення супроводом осіб, що перенесли МІ. При між секторальному підході до вирішення проблеми забезпечення населення доступною та ефективною допомогою при ЦВХ та МІ за кожним кластером визначенні виконавці. В цілому, в залежності від визначених складових, виконавцями є медичні працівники служби ПМСД, ЕМД та спеціалізованої медичної допомоги, приватні ЗОЗ, система громадського здоров’я, система паліативної допомоги, соціальні служби, громадські організації.

Базуючись на концептуальних підходах до удосконалення організації медичної допомоги населенню мегаполісу з церебральними хворобами та системі медико-соціальних кластерів допомоги при цереброваскулярних хворобах розроблена оптимізована система надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби. Вона представлена на рис. 8.4.

Розробка оптимізованої функціонально-організаційної системи надання медичної допомоги в мегаполісі хворим на цереброваскулярні хвороби на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я базувалась на тому, що ефективна діяльність системи залежить від:

* рівня ресурсного забезпечення системи, який має відповідати існуючому науково-доказовому його обґрунтуванню та чинній законодавчій базі;
* рівня управлінню даними ресурсами та забезпеченню його використання;
* організації діяльності системи та ступеню взаємодії усіх учасників системи;
* готовністю населення відповідально ставитися до особистого здоров’я та здоров’я членів своєї родини і при необхідності вміло обґрунтована, розроблена та запропонована оптимізована функціонально - організаційна функціонально-організаційна система надання медичної допомоги в мегаполісі хворим на цереброваскулярні хвороби на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я базується на теперішній системі медичного забезпечення населення міста, яка покращена за рахунок удосконалення системи управління нею, забезпечення між секторального підходу та функціонально-організаційної оптимізації. До системи включені:
* *Існуючи елементи, діяльність яких удосконалена -* це заклади охорони здоров’я первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги, приватні ЗОЗ, що надають медичну допомогу при ЦВХ та МІ та укладають договори на фінансування з Національною агенцією охорони здоров’я з надання відповідної медичної допомоги З розробленим алгоритмом дій при надходженні пацієнтів до ЗОЗ. Додатки Г-1 – Г-2.
* *Нові елементи моделі є наступні:*

1.Включення до системи законодавчої та виконавчої влади міста з визначенням для них цільових задач та функцій, в тому числі включення до цільової комплексної програми «Здоров’я киян» розділу боротьби з ЦВХ та МІ відповідно до «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030 рр.» та місцевих особливостей з визначенням обсягів та джерел її фінансування;

2.Включення в систему інших секторів та учасників процесу в тому числі впровадження механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази, залучення в систему служб соціального захисту населення для супроводу осіб, що перенесли МІ, залучення в систему громадських та благодійних організацій;

3.В напрямку структурної перебудови системи організації медичної допомоги населенню міста новим є створення комплексних спеціалізованих центрів надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах із розробкою їх організаційної структури та маршруту пацієнта, створення системи реабілітаційної та паліативної допомоги;

**Підвищення доступності та ефективності медичної допомоги**

**Підвищення доступності та ефективності медичної допомоги**

**Підвищення доступності та ефективності медичної допомоги**

**Підвищення доступності та ефективності медичної допомоги**

**Профілактика цереброваскулярних хвороб**

**Медична допомога хворим на ЦВХ та МІ**

**Профілактика**

**МІ**

**Супровід після перенесеного**

**МІ**

Спеціалізована МД

Приватні ЗОЗ

Система ПМСД

Служба ЕМД

Система ПМСД

Служби соціальної допомоги

Громадські організації

Система громадського здоров’я

Система ПМСД

Система спеціалізованої

МД

Система громадського здоров’я

Система

первинної

медичної допомога

Амбула

торна

Стаціона

рна

Громада

**Населення мегаполісу**

**на первинному**

Служба паліативної допомоги

Рис. 8.3. Система медико-соціальних кластерів допомоги при ЦВХ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Мета:* Забезпечення населення мегаполісу доступною та якісною медичною допомогою при ЦВХ та МІ по виконанню Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030рр»** | | | | | |
| **Владні структури** | **Система охорони здоров’я** | | | | **Інші сектори та учасники процесу** |
| *Структурна перебудова системи* | *Безперервне підвищення професійного рівня медичного персоналу* | *Інформатизація системи охорони здоров’я* | *Формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я* |
| ***Міська рада*** | Повний перехід ПМСД на принципи загальної лікарської практики-сімейної медицини з формуванням у ЛЗП-СЛ компетенції з надання медичної допомоги при ЦВХ та МІ | Запровадження сучасної системи підготовки медичних працівників, які надають медичну допомогу населенню при МІ (первинна спеціалізація) | Створення загальної електронної системи охорони здоров'я із системою захисту персоніфікованих даних | Формування стратегії та плану комунікацій з населенням з питань формування відповідального ставлення до особистого здоров’я. | Впровадження механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази |
| Включення до цільової комплексної програми «Здоров’я киян» розділу боротьби з ЦВХ та МІ у відповідності до «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030 рр» та місцевих особливостей. |
| Запровадження сучасної системи обліку осіб, що перенесли МІ включаючи дітей – електронний реєстр. |
| Мотивування населення до визнання пріоритету особистого здоров’я |
| Укомплектування посад медичного персоналу до оптимального рівня | Залучення в систему служб соціального захисту населення для супроводу осіб, що перенесли МІ |
| Створення спеціалізованих комплексних центрів надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах |
| Затвердження обсягів цільового фінансування із міського бюджету. |
| Організація цільових «Шкіл здоров’я» |
| Забезпечення ЛЗП-СЛ інформаційно-консультативними електронними планшетами |
| ***Міська державна адміністрація*** |
| Створення на базі спеціалізованого центру медичної допомоги при МІ постійно діючого тренінгового центру  для медичного персоналу первинної, спеціалізованої та ЕМД | Створення цільових сайтів ЗОЗ з інформацією про здоров’я зберігаючи технології та  можливості отримати профілактичні медичні  послуги | Залучення в систему приватного сектору охорони здоров’я та визначення механізмів взаємодії з державним сектором ОЗ |
| Створення міської міжсекторальної координаційної ради боротьби з інсультом. |
| Створення системи реабілітації для осіб, що перенесли МІ | Впровадження електронної карти пацієнта |
| Формування здоров’язберігаючого профілю м. Києва у відповідності до Європейського руху ВООЗ «Здорові міста». |
| Перехід на повний  електронний документообіг в  закладах охорони здоров’я |
| Створення системи паліативної допомоги для осіб, що перенесли МІ | Створення умов та можливостей для здорового способу життя населенням |
| Цільова здоров’яформуюча програма телебачення |
| Впровадження місцевих фінансових стимулів для утримання медичних працівників та підвищення ефективності медичної допомоги. | Розробка раціональних маршрутів пацієнтів для отриманні всіх видів медичної допомоги | Система безперервного професійного (ситуаційного) розвитку в кожному ЗОЗ. | Комп’ютерізація всіх робочих місць медичного персоналу | Залучення в систему громадських та благодійних організацій |
| Забезпечення населення інформацією про загрозливі життю стани та місця отримання медичної  допомоги при них |
| Забезпечення безпечних умов довозу хворих до закладів охорони здоров’я спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. | Залучення в систему сфери громадського здоров’я з метою забезпечення епідеміологічного нагляду за факторами ризику розвитку ЦВХ та МІ і їх ефективної профілактики. | Створення системи в ЗОЗ добровільного представлення медичних помилок та навчання на них медичних працівників з метою їх не повторення. | Створення системи забезпечення населення необхідною інформацією через соціальні мережі. | Формування для населення  індивідуальних  програм збереження та зміцнення здоров’я | Створення на робочих місцях в державному та приватному секторі умов праці які сприяють збереженню здоров’я. |
| Інформування населення про економічні переваги профілактики та  своєчасного звернення за медичною допомогою |
| ***Власники закладів охорони здоров’я*** |
| Ресурсне забезпечення ЗОЗ у відповідності до  реальних потреб в залежності від рівня та виду медичної допомоги |
| *Комунікації з населенням* з питань реформування системи надання медичної допомоги та місця і умов отримання медичних послуг. | | | | | |
| *Моніторинг та оцінка* ефективності оптимізації системи медичної допомоги населенню магаполісу при ЦВХ за індикаторами структури, процесу та результату. | | | | | |

Рис. 8.4. Оптимізована функціонально-організаційна система профілактики та надання медичної допомоги в мегаполісі хворим на цереброваскулярні хвороби на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я

4.З метою забезпечення епідеміологічного нагляду за ризиками розвитку ЦВХ та МІ і підвищення ефективності профілактичної діяльності залучення до комплексних заходів боротьби з МІ системи громадського здоров’я;

5.В напрямку безперервного підвищення професійного рівня медичного персоналу, який надає медичну допомогу населенню при ЦВХ та МІ принципово новими напрямками діяльності є запровадження їх спеціальної підготовки до даного виду діяльності;

6.В розділі моделі “Інформатизація системи охорони здоров’я» представлено комплекс заходів, які мають забезпечити використання комунікацій та соціальної мобілізації в напрямку мотивації населення до відповідального ставлення до особистого здоров’я та навчання його здоровому (оптимальному) способу життя, забезпечити ведення в місті єдиного реєстру пацієнтів, що перенесли МІ, і забезпечити перехід на повний електронний документообіг, а також збір і обробку статистичних даних в ЗОЗ в яких надається вказана медична допомога;

7.Що стосується населення міста на відміну від традиційного формування у населення здорового способу життя нами акцентується увага на формуванні у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я та здоров’я членів родини. Цей напрямок діяльності передбачає формування у населення економічно обґрунтованої мотивації до профілактики та своєчасного звернення за медичною допомогою, про загрозливі в життю стани та місця звертання за необхідною медичною допомогою при них.

Важливою складовою забезпечення впровадження системи є моніторинг та оцінка ефективності впровадження запропонованих інновацій та їх вплив на результати медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ. Для цього розробляються індикатори структури, процесу, результату. Вказані індикатори розробляються щорічно з урахуванням базових даних, цілей та показників, які необхідно досягти в результаті виконання цільової міської програми.

### 8.5. Функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах

Базуючись на концептуальних підходах до удосконалення організації медичної допомоги населенню мегаполісу з мозковими інсультами нами розроблена функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру надання медичної допомоги примозкових інсультах.

Основною функціонально-організаційною одиницею спеціалізованої медичної допомоги у мегаполісі при мозкових інсультах стає профільний центр (рис. 8.5).

Розроблена функціонально-організаційна структура спеціалізованого інсультного центру дозволяє при концентрації ресурсів забезпечити їх більш раціональне своєчасне використання з підвищенням якості та ефективності медичної допомоги шляхом забезпечення раціональних медичних маршрутів надходження пацієнтів у центр, створення систем безперервного забезпечення ефективної медичної допомоги, безперервного підвищення професійного рівня медичного персоналу в умовах використання в центрі електронного документообігу, укладання договорів з Національною службою здоров’я і широким інформуванням населення про принципи роботи центру. Розроблено медичний маршрут пацієнта в центрі (рис.8.6).

Структурну основу центру складають наступні основні підрозділи:

1. приймальне відділення з кабінетом візуалізації головного мозку, виявлення патологічного процесу, що дозволяє на етапі госпіталізації пацієнта об’єктивно з’ясувати діагноз та скерувати пацієнта на подальше лікування відповідно до типу мозкового інсульту. У разі необхідності на даному етапі пацієнта можуть проконсультувати суміжні лікарі - спеціалісти;
2. нейрохірургічне відділення з операційним блоком та блоком інтенсивної терапії, в яке направляють пацієнтів з приймального відділення, яким діагностовано геморагічний церебральний інсульт;

Інформування населення про принципи роботи центру

Система забезпечення якості медичної допомоги

Раціональні медичні маршрути пацієнтів в центрі

Система забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу

Електронний документообіг

Інформаційно-аналітична служба

Безперервна підготовка медичного персоналу

Укладання договорів з Національною службою здоров’я

Клінічна лабораторія

Діагностична служба

Біохімічна лабораторія

Функціональна діагностика

Кабінет телемедичних консультацій

Патолого-анатомічне відділення

**Цілодобова ургентна**

**стаціонарна допомога**

Консультанти: кардіолог, офтальмолог, психолог тощо

Приймальне відділення

Кабінет візуалізації МІ

**Відділення терапевтичного лікування ЛІКУВАННЯ**

Денний стаціонар

Відділення стаціонарної реабілітації осіб, що перенесли ЦІ

Блок інтенсивної терапії

Нейрохірургічне відділення

Адміністрація

Архів

Служба інженерно-технічного обслуговування

Господарча частина

Харчоблок

Кабінет амбулаторної реабілітації осіб, що перенесли церебральний інсульт

Рис. 8.5. Функціонально-організаційна структура спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах

Система інфекційного контролю

Навчально-методичний кабінет

Дитяче відділення

1. відділення терапевтичного профілю з палатами інтенсивної терапії, до яких скеровуються пацієнти з ішемічним інсультом та транзиторними ішемічними атаками;
2. відділення для надання медичної допомоги дітям із гострими порушеннями мозкового кровообігу;
3. діагностична служба, яка включає клінічний та біохімічний відділи лабораторії та відділ функціональної (інструментальної) діагностики;
4. відділення стаціонарної та кабінет амбулаторної реабілітації осіб, що перенесли мозковий інсульт для організації і проведення реабілітації осіб, що перенесли мозковий інсульт або ТІА на всіх етапах лікування;
5. денний стаціонар для надання медичної допомоги пацієнтам, які за станом здоров’я не підлягають госпіталізації в стаціонар, але підлягають амбулаторному лікуванню у лікарів-спеціалістів.
6. патологоанатомічне відділення.

До складу центру нами включені наступні допоміжні підрозділи:

1. інформаційно-аналітичну службу для забезпечення обліку і проведення аналізу діяльності центру в цілому, його структурних підрозділів та окремих працівників і стратегічного прогнозування потреб та механізмів удосконалення діяльності закладу, проведення соціологічних досліджень серед пацієнтів та медичних працівників;

2) кабінет телемедичних консультацій для надання консультацій в дистанційному режимі для медичних працівників первинної медичної допомоги районів міста, служби екстреної медичної допомоги та інших закладів охорони здоров’я міста;

3) навчально-методичний кабінет, який забезпечує безперервну підготовку медичних кадрів центру у відповідності до його потреб;

**ПРОВЕДЕННЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА У ВІДПОВІДНОСТІ   
ДО ЛОКАЛЬНИХ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ ЗА НОЗОЛОГІЄЮ**

**Виписка пацієнта** з рекомендаціями «Д» спостереження в поліклініці за місцем проживання з наданням виписного епікризу та листка непрацездатності (при необхідності)

**Переведення хворого**   
для реабілітації   
(на території чи до іншого лікувального закладу (відділення)

**Додаткове обстеження хворого, огляд спеціалістів** (кардіолог, терапевт, ендокринолог, офтальмолог …)

**КЛІНІЧНИЙ МАРШРУТ ХВОРОГО З ІНСУЛЬТОМ**

**ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ**

**Визначення можливості проведення системної тромболітичної терапії**

Загально-клінічні аналізи

**Огляд чергового лікаря-невропатолога** (збір скарг, анамнезу захворювання, життя, страхового анамнезу, клінічне обстеження пацієнта), **в разі необхідності – огляд нейрохірурга (кардіолога при поєднаній патології). Доцільне проведення СКТ (МРТ) усім хворим з інсультом**

ЕКГ

КТ (МРТ) головного мозку

Консультації суміжних спеціалістів (нейрохірурга, кардіолога)

**Госпіталізація на стаціонарне лікування (ПІТ неврологічного відділення)**

**Госпіталізація до відділення нейрохірургії (у випадку виявлення необхідності подальшого дообстеження, н/х лікування та спостереження)**

Бригада швидкої допомоги

Лікар поліклініки, амбулаторії сімейного лікаря

Лікар стаціонарного відділення ЗОЗ

**Пацієнт з гострим мозковим інсультом**

**Огляд пацієнта у відділенні**

лікуючим (черговим) лікарем сумісно з завідувачем відділення, сумісними спеціалістами з визначенням подальшої тактики лікування

**Встановлення діагнозу**

Призначення плану обстеження

Призначення плану лікування

- Загальний аналіз крові

- Загальний аналіз сечі

- Біохімія крові

- Цукор крові

- Коагулограма

- Час згортання крові

- ЕКГ

- МРТ (СКТ) головного мозку

- ЕХО кардіграфія

- Рентгенограма ОГП

- ЕЕГ\*

- УЗД органів черевної порожнини

- УЗД щитовидної залози

- Консультація спеціалістів

– за необхідності

Рис.8.6. Медичний маршрут пацієнта в спеціалізованому центрі

4) адміністративно - господарська частина, включаючи службу інженерно-технічного обслуговування медичного обладнання та комп’ютерної інформаційної системи центру і архів закладу.

Необхідно зазначити, що на клінінгові та кейтерінгові послуги спеціалізований центр може укладати відповідні договори й тим самим зняти із себе проблеми прибирання та забезпечення пацієнтів харчуванням.

Кадрове забезпечення вказаних центрів здійснюється в кожному конкретному випадку в залежності від потужності центру, профілю в ньому спеціалізованих ліжок та реальної кількості пацієнтів які в ньому отримують медичну допомогу.

Крім того, з метою забезпечення моніторингу якості надання медичної допомоги пацієнтам на мозковий інсульт та проведення прагматичного спостереження за такими пацієнтами під час їх лікування у неврологічних відділеннях міських клінічних лікарень м. Києва розроблено Реєстраційну карту випадку мозкового інсульту для прагматичного спостереження за якістю надання медичної допомоги пацієнтам на мозковий інсульт у мегаполісі. Додаток Г-3.

Обов’язковою складовою запропонованої функціонально-організаційної структури спеціалізованого інсультного центру має бути розроблена єдина інформаційна система, в якій як головний термінал виступає інформаційно-аналітична служба з підключенням до системи Internet. При цьому визначені потоки інформації та розроблена функціональна схема їх взаємодії в процесі управління якістю медичної допомоги та ефективністю використання ресурсів центру. Система зовнішнього та внутрішнього захисту конфіденційної інформації забезпечується спеціальним кодуванням.

Запропонована інформаційна система дозволяє в автоматизованому режимі проводити облік та аналіз діяльності підрозділів та кожного медичного працівника, якості наданої медичної допомоги кожному пацієнту, фактичних матеріальних затрат на кожного пролікованого пацієнта; витрат по кожному підрозділу; встановлювати рівень необґрунтованих витрат та їх структуру; зіставляти фінансові витрати й медико-соціальні результати лікування, та отримувати вірогідні дані для прийняття управлінських рішень щодо удосконалення діяльності центру з надання медичної допомоги населенню при гострих порушеннях мозкового кровообігу.

Таким чином, на відміну від існуючої системи надання медичної допомоги населенню мегаполісу при церебральних інсультах запровадження запропонованої функціонально-організаційної структури спеціалізованого центру дозволяє забезпечити системність та комплексність підходу до надання медичної допомоги хворим при церебральних інсультах та дозволяє усунути наявні диспропорції у мегаполісі у наданні спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню. Економічна ефективність інновації полягає у концентрації ресурсів та підвищенні рівня їх використання.

Відповідно до формули 2.1, яка наведена в другому розділі нами проведено розрахунок потреби в спеціалізованому фонді для надання медичної допомоги при гострому порушенні мозкового кровообігу:

, (2.1)

Таким чином розрахована потреба становить 370 госпітальних ліжок на 2350076 осіб дорослого населення, а на 10 тис. дорослого населення 1,6 відповідно госпітальних спеціалізованих ліжок для надання медичної допомоги.

Вважається, що 70% пацієнтів потребують після виписки із стаціонару стаціонарної реабілітації, а 25% - повторної стаціонарної реабілітації. Таким чином потреба в стаціонарних реабілітаційних ліжках при тій же тривалості лікування становить 1,5 на 10 тис. дорослого населення

### 8.6. Модель управління організацією медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу

З метою забезпечення ефективної діяльності служби медичної допомоги населенню мегаполісу з цереброваскулярними хворобами на сучасному етапі реформування системи охорони здоров’яобґрунтована і розроблена модель управління організацією медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу, яка складається з об’єкту та суб’єкту управління і блоку наукового регулювання.

Розроблена функціонально-організаційна модель управляння організацією медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу представлена на рис. 8.7.

Об’єктом управління є служба надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу та ЗОЗ, в яких надається відповідна медична допомога.

Суб’єктом, який керує службою надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні ЗОЗ є медичний директор, а на рівні міста - керівник Департаменту охороною здоров’я, який реалізує свої управлінські функції через головного лікаря-експерта із зазначеного питання.

Враховуючи між секторальний підхід до організації боротьби із ЦВХ та МІ в місті рекомендується створення на базі міської державної адміністрації між секторальної координаційної ради, в яку мають увійти представники всіх зацікавлених сторін.

В процесі управління службою надання медичної допомоги хворим на ЦВХ передбачається наявність і систематичне поповнення необхідної інформації з питань комплексного медичного забезпечення пацієнтів, наявність необхідних ресурсів і ефективної системи управління.

Для забезпечення ефективного управління нормативно-розпорядча інформація з питань організації служби надання медичної допомоги хворим на ЦВХ (Урядові акти, накази МОЗ щодо нормативів, технологій, інструкцій та ін.) повинна своєчасно надходити до ЗОЗ. Наукова інформація, в тому числі дані з доведеною ефективністю, має бути своєчасною доступною для апарату управління всіх рівнів та лікарів-спеціалістів.

Інформація включає статистичні дані, дані щодо результатів діяльності спеціалізованої служби, своєчасності діагностики, профілактики та лікування хворих, яка є доступною для всіх зацікавлених осіб завдяки використанню інформаційно-довідкової системи. При цьому необхідна інформація із особистих джерел повинна включати в себе реєстр населення з хворобами ЦВХ та осіб, що перенесли мозковий інсульт, дані соціологічних досліджень стосовно вивчення задоволення пацієнтів якістю та доступністю медичної допомоги та статистичні дані про діяльність системи.

Також мають бути визначені посадові функції кожної посадової особи в системі охорони здоров’я з питань організації медичної допомоги хворим на ЦВХ та управління службою, визначено службовий статус кожного медичного працівника та механізми службової субординації.

Інформаційні процеси в управлінні медичною допомогою хворим на ЦВХ мають здійснюватися із повним збереженням конфіденційності інформації про хворих на основі державної політики України з питань інформатизації.

Нами запропоновано наступний розподіл управлінських функцій на рівні закладу охорони здоров’я:

- генеральний директор несе відповідальність та управляє матеріально-технічним, фінансовим, кадровим забезпеченням;

- медичний директор розробляє заходи з забезпечення населення медичною допомогою при ЦВХ в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення та контролює їх виконання;

- завідувач структурним підрозділом – забезпечує надання медичної допомоги пацієнтам в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Таким чином, з використанням структурного аспекту системного підходу вирішується питання організації внутрішніх взаємозв’язків між всіма компонентами суб’єкту системи служби медичної допомоги при ЦВХ.

А даному випадку нами рекомендовано використовувати стратегічний вид управління.

Організація науково-інформаційного забезпечення з питань організації медичної допомоги при ЦВХ та МІ

лабораторної служби

Вивчення і поширення міжнародного досвіду з питань організації системи. Доступність інформації щодо нових медичних технологій

Дослідження з питань удосконалення організації системи допомоги

Інформаційна підтримка процесу оптимізації системи при ЦВХ та МІ

Суб’єкт, керуючий системою медичної допомоги при ЦВХ та МІ

Блок наукового регулювання

Об’єкт – система допомоги при ЦВХ та МІ (ЗОЗ)

Зв’язок системи з науковими закладами з проблем організації та управління охороною здоров’я

Зв’язок системи з науковими професійними закладами

Робота асоціації профільних лікарів , науково-практичні конференції, семінари

Забезпечення медичних працівників необхідним інструктивними, методичними, довідковими матеріалами з питань гематологічної допомоги

Відповідність ЗОЗ специфікації НСЗ України

Впровадження і використання в ЗОЗ затверджених МОЗ України клінічних протоколів, даних з доведеною ефективністю

Висока професійна підготовка медичного персоналу, безперервне підвищення професійної майстерності

Оволодіння медичним персоналом сучасними медичними технологіями у видах і обсягах, визначених галузевими стандартами

Договори з НСЗ на фінансування

Участь пацієнтів у вирішенні питань організації допомоги

Наявність необхідної кількості медичних кадрів та розроблені посадові інструкції

Участь медичних працівників у розв’язані питань організації та підвищення якості медичної допомоги при ЦВХ та МІ

Експертиза якості медичної допомоги при ЦВХ та МІ

Вивчення задоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою

Забезпечення ЗОЗ медичними технологіями, обладнанням і засобами медичного призначення

Експертиза якості медичних послуг та раціональності їх призначення

Організація апарату управління службою допомоги при ЦВХ та МІ

Міська між секторальна координаційна рада боротьби з інсультом

Організація інформаційних процесів управління службою та в умовах зміни системи фінансування

Оволодіння різними методами управління службою із застосуванням доказового менеджменту в охороні здоров’я

Рис. 8.7. Функціонально-організаційна модель управління організацією медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу

Стратегія удосконалення служби надання медичної допомоги хворим на ЦВХ на рівні мегаполісу полягає в тому, що управлінська інформація та інформація клінічного характеру від апарату управління галузевого рівня скеровується на рівень Департаменту охорони здоров’я м. Києва, а ним доводиться до відома медичних працівників, які надають медичну допомогу населенню при ЦВХ. Запропонована оптимізована система профілактики та медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги розвивається під впливом багатьох факторів і умов, в зв’язку з чим крім стратегічного будуть застосовуватись такі види управління як ситуаційний, оперативний, проблемно-тактичний. Взаємозв’язок між апаратом управління та медичними працівниками закладів охорони здоров’я повинен здійснюватися при стратегічному та оперативному видах управлінь з використанням лінійного і функціонального зв’язку. При умові ситуаційного виду управління зв’язок буде носити штабний тип управління.

З метою оцінки ефективності діяльності служби надання медичної допомоги хворим на ЦВХ на рівніЗОЗ рекомендується застосовувати карти і протоколи експертної оцінки ступеня виконання стандартів медичної допомоги. Нами розроблено та рекомендується до використання Реєстраційна карта випадку інсульту для прагматичного спостереження (визначення якості лікування). При цьому впровадження інформаційних технологій в процесі управління службою служить механізмом контролю якості надання медичної допомоги хворим на ЦВХ.

Зовнішні зв’язки з іншими учасниками процесу з питань удосконалення діяльності служби організації надання медичної допомоги хворим при ЦВХ та МІ визначають комунікаційний аспект системного підходу.

В рамках системи охорони здоров’я міста всі види управлінських і професійних комунікацій визначаються відповідними нормативно-правовими актами Департаменту охорони здоров’я МДА.

Об’єктом управління при цьому виступають ЗОЗ і медичні працівники, які надають медичну допомогу хворим з ЦВХ та МІ. Склад об’єкту управління здійснюється на основі: застосування сучасних інформаційних технологій в менеджменті організації медичної допомоги хворим із ЦВХ та МІ; ресурсних та технологічних можливостей для впровадження сучасних клінічних технологій діагности та лікування хворих із ЦВХ та МІ; забезпечення в необхідній кількості спеціально підготовленими висококваліфікованими медичними кадрами; використання в клінічній практиці даних з доведеною ефективністю і клінічних протоколів, які затверджені МОЗ України та стандартів медичної допомоги хворим із ЦВХ та МІ; додержання деонтологічних принципів в професійній діяльності; доступності інформації для населення про ЗОЗ, в яких надається медична допомоги та можливий маршрут пацієнта; використання міжнародних рекомендацій медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ.

Медичні працівники системи повинні приймати участь у розробці заходів з оптимізації організації та бе**з**перервного підвищення якості медичної допомоги хворим із ЦВХ ТА МІ та передавати і використовувати накопичений досвід. Важливим в даному напрямку діяльності є додержання медичними працівниками правил безпеки, деонтологічних аспектів в своїй професійній діяльності, що в комплексі з професіоналізмом та естетичними принципами формує рівень задоволеності пацієнтів отриманою медичною

допомогою та забезпечує підвищення якості медичної допомоги хворим із ЦВХ та МІ.

*Функціональний аспект системного підходу*для об’єкта управління означає повну відповідність ЗОЗ, в яких надається медична допомога при ЦВХ та МІ галузевим вимогам стосовно управління закладом охорони здоров’я, станом кадрового забезпечення, використання клінічних технологій і якості медичної допомоги та ін. Наявність в ЗОЗ достатньої кількості висококваліфікованих лікарів-спеціалістів при відповідній підготовці ЛЗП-СЛ забезпечує надання якісної медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та МІ. Нами пропонується в ЗОЗ регулярно проводити соціологічні дослідження з вивчення рівня задоволеності хворих та членів їх сімей якістю отриманої медичної допомоги.

С*истемно-структурне питання* вирішується налагодженням внутрішніх зав’язків між структурними елементами системи медичної допомоги при ЦВХ та МІ і діагностичними, консультативними і іншими спорідненими структурами. Вказані зв’язки проявляються у заходах з організації надання медичної допомоги при ЦВХ та МІ у закладах охорони здоров’я міста.

Весь комплекс названих факторів забезпечує збереження цілісності системи і сприяє її ефективному розвитку.

*Системно-інтегративний аспект*базується на використанні сучасних організаційних та клінічних технологій і методів медичної допомоги при ЦВХ та МІ в межах міста, які визначені в галузевих стандартах надання медичної допомоги. Акредитаційна категорія, яку отримав ЗОЗ та укладений договір з НСЗУ є проявом наявності визначеного рівня забезпечення якості медичної допомоги. Необхідно відмітити, що наведені компоненти – стандартизація, акредитація та угода з НСЗУ – взаємопов’язані між собою, зокрема, наявність ресурсної бази, необхідної кількості кваліфікованих медичних кадрів та використання сучасних медичних технологій є обов’язковою умовою для проведення акредитації закладу охорони здоров’я та укладання угоди НСЗУ.

Вирішення *системно-комунікаційного питання* вимагає впровадження комунікаційних стратегій та зв’язків з державними, науковими, недержавними, громадським і міжнародними організаціями, професійними асоціаціями по забезпеченню населення мегаполісу при ЦВХ та МІ медичною допомогою, участь у виконанні програм ВООЗ з питань забезпечення хворих при ЦВХ та МІ сучасними доступними та якісними медичними послугами.

Важливим напрямком даного компоненту системного підходу є формування та представлення, крім іншого, загальнодоступної інформаційної стратегії з безперервного розвитку системи медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ.

Стосовно *системно-історичного аспекту,* слід зазначити, що на основі набутого національного, світового та власного досвіду з питань організації діяльності служби медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ забезпечується процес раціонального використання ресурсів та медичних кадрів, підвищення якості медичних послуг з використанням сучасних технологій, сучасних способів і методів діагностики та лікування, удосконалення системи зростання професійної майстерності медичних кадрів, а також процесу управління системою медичної допомоги при ЦВХ та МІ.

*Блок наукового регулювання*, є одним із головних компонентів моделі управління системою медичної допомоги при ЦВХ та МІ. Він включає організацію науково-інформаційного забезпечення з питань надання медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ, вивчення і поширення міжнародного досвіду з питань надання вказаної медичної допомоги, а також досвіду системи охорони здоров’я України з даного питання.

Він також передбачає організацію професійного зв’язку з науковими установами країни з метою отримання науково-методичної допомоги, організацію наукової роботи профільної лікарні, проведення науково-практичних конференцій тощо.

Таким чином, в питанні забезпечення права населення при ЦВХ та МІ на доступну і якісну медичну допомогу важливим є ефективне управління оптимізованою системою медичної допомоги хворим при ЦВХ та МІ на рівні мегаполісу, яке базується на основі трьох головних компонентів (суб’єкта і об’єкта управління та блока наукового регулювання) з використанням шести аспектів системного підходу.

### 8.7. Впровадження та експертна оцінка оптимізованої системи медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу

На даному етапі дослідження було проаналізовано результати організаційного експерименту з впровадження окремих результатів дослідження та проведеноекспертну оцінку оптимізованої системи медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу з метою її прийнятності на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я.

### 8.7.1. Впровадження окремих елементів оптимізованої системи медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу

Впровадження окремих елементів оптимізованої функціонально-організаційної системи надання медичної допомоги в мегаполісі хворим на цереброваскулярні хвороби на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я проводилося на етапах виконання дисертаційного дослідження.

Частина результатів впровадження, яке здійснювалося на державному, галузевому, регіональному та базову рівнях наведено у вступі.

Враховуючи профілактичну спрямованість оптимізованої моделі з метою підвищення рівня медико-санітарної грамотності населення міста Києва та його соціальної мобілізації на рішення проблем ЦВХ та МІ і формування відповідального ставлення до особистого здоров’я та здоров’я членів родини було організовано та проведено заходи, які наведено в додатку Г-4.

Проведення даних заходів регламентувалося наказами кожного року Департаменту охорони здоров’я КМДА. Додаток Г-5.

В ряді комунальних закладів охорони здоров’я м. Києва, в місцях масового перебування людей, зонах відпочинку, центрах адміністративних послуг та ін. в ці дні відбулося ряд оздоровчо-профілактичних акцій, метою яких було привернути увагу населення до проблем, пов’язаних із судинно-мозковими захворюваннями. В ході проведення даних заходів було прочитано ряд просвітницьких лекцій провідними фахівцями міста, роздавалися прокламаційні листівки. Всім охочим вимірювався артеріальний тиск, проводилося шкальне визначалися факторів ризику інсульту та інфаркту. В медичних закладах столиці, згідно затвердженим у ДОЗ КМДА плану і розкладу заходів, кияни змогли пройти безкоштовні консультації спеціалістів: кардіолога, невролога, терапевта, хірурга, нейрохірурга, окуліста, акушера-гінеколога та за показами провести інструментальні та лабораторні дослідження: загальні та біохімічні аналізи крові, ЕКГ, УЗІ МАГ, ехо КС. Кожен захід щоденно відвідувало від 150 до 250 людей. З метою ще більшої поінформованості населення анонси даних заходів та їх перебіг було висвітлено в ЗМІ.

З метою підготовки первинної ланки надання медичної допомоги населенню міста Києва сумісно із асоціацією лікарів сімейної медицини були організовані та проведені наступні заходи:

1) «Профілактика інсультів». Семінарське заняття для медпрацівників закладів охорони здоров’я і відповідальних за санітарно–освітню роботу, 18.10.2017 р.;

2) «Проблеми організації надання допомоги хворим на інсульт в Києві на різних етапах». Засідання Асоціації сімейних лікарів м. Києва, 28.12.2017р.;

3) «Відпрацювання практичних навичок: Неврологічний огляд хворого на ЦВХ». Школа сімейної медицини Асоціації сімейних лікарів м. Києва як форма безперервного професійного розвитку, 25.01.2018 р.;

4) «Мультидисциплінарний підхід до лікування пацієнтів з цереброваскулярною патологією». Семінар у виїзному форматі для лікарів неврологів та сімейних лікарів, 3.10.2018 р.;

5) «Майстер - клас з відпрацювання практичних навичок: «Неврологічний огляд хворого з підозрою на інсульт». Школа сімейної медицини Асоціації сімейних лікарів м. Києва як форма безперервного професійного розвитку, 28.02.2019 р.;

6) *«*Сучасні підходи до комплексного лікування пацієнтів похилого віку з гіпертензивною енцефалопатією», засідання Асоціації сімейних лікарів м. Києва, 12.04.2019;

7) «Адекватна антигіпертензивна терапія - запорука профілактики інсульту», засідання Асоціації сімейних лікарів м. Києва , 4.12.2019.

8) Науково-практична он-лайн конференція «Здорова людини – запорука здорового суспільства. Роль сімейного лікаря», 4-5.06.2020, м. Київ На цих заходах розглядалися питання організації надання допомоги хворим на ЦВХ та МІ, діагностики, лікування, реабілітації та профілактики, а також ролі сімейного лікаря. В даних заходах прийняли участь біля 3 тис. ЛЗП-СЛ міста, лікарів- інтернів та курсантів, в тому числі 2 тис. лікарів відвідували заходи неодноразово.

На кафедрі сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика з метою підготовки ЛЗП-СЛ до надання комплексної медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ за нашою участю було:

1. ініційовано та включено в Програму підготовки інтернів та спеціалістів ЛЗП – СЛ питання амбулаторної реабілітації хворих після перенесеного МІ з акцентом на роль сімейного лікаря в процесі реабілітації та роль служб соціального захисту, хоспісної допомоги у забезпеченні догляду за інвалідами;
2. під час проходження ТУ лікарями - курсантами був апробований та рекомендований до практичного застосування Уніфікований опитувальник для виявлення кардіо-васкулярних захворювань;
3. під час навчання інтернів – ЛЗП-СМ проводилися практичні тренінги щодо неврологічного обстеження пацієнтів з метою виявленні початкових проявів недостатності мозкового кровообігу.

З метою удосконалення організації та структури медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ за нашою участю були підготовлені накази Департаменту охорони здоров’я КМДА, результати впровадження яких представлені у відповідних розділах дисертації.

Значна увага приділяється моніторингу та оцінці діяльності та результативності діяльності системи надання медичної допомоги при ЦВХ та МІ з метою виявлення недоліків та розробки заходів з їх усунення та не повторення.

Заходи з моніторингу та оцінки діяльності окремих розділів та напрямків діяльності системи, крім планового порядку, проводилися відповідно до наказів чи Протоколів доручень Департаменту охорони здоров’я КМДА:

1. від 26.05. 2016 року Протокол доручень начальника ДОЗ КМДА, напрацьований під час наради в Управлінні з організації медичної допомоги. «З метою моніторингу якості надання медичної допомоги пацієнтам на мозковий інсульт організувати проведення прагматичного спостереження за такими пацієнтами під час їх лікування у неврологічних відділеннях міських клінічних лікарень м. Києва (з 01.06.2016 по 31.12.2016 р.)»;
2. від 25.05.2017 року №229 «Про проведення перевірки стану надання медичної допомоги хворим з гострим порушенням мозкового кровообігу»;
3. від 3.04.2019 р. №348 « Про проведення перевірки забезпечення пацієнтів безоплатним та пільговим відпуском лікарських засобів за рецептом лікаря»;
4. від 24.05.2019 р. «Про перевірку стану надання медичної допомоги в умовах міської студентської поліклініки, в тому числі диспансеризації хворих з АГ»;
5. від 17.07.2019 р. «Про проведення перевірки стану надання медичної допомоги ту відділеннях Київської міської клінічної лікарні №3»;
6. від 21.102019 р. на доручення Заступника директора Департаменту-начальника управління лікувально-профілактичної допомоги - проведення співробітниками кафедр неврології НМУ і КМАПО експертної оцінки історій хвороб пацієнтів з МІ , що впродовж 2018-2019 рр. лікувалися в неврологічних відділень міста з метою визначення якості і експертної оцінки надання допомоги хворим з ГПМК у місті.

Результати перевірок детально розглядалися на оперативних нарадах Департаменту охорони здоров’я КМДА та при приймалися управлінські рішення та заходи з усунення виявлених недоліків.

З метою здійснення постійного моніторингу за якістю медичної допомоги пацієнтам на МІ нами розроблено та запроваджено в усіх ЗОЗ, в яких надається медична допомога при вказаній патології «Реєстраційна карта випадку інсульту для прагматичного спостереження (визначення якості лікування)», використання якої дозволило забезпечити підвищення якості медичної допомоги при МІ.

Удосконалення системи надання медичної допомоги населенню м. Києва з ЦВХ та МІ дозволило оптимізувати маршрути хворих з вказаною патологіє на рівні міста та алгоритм оперативних дій інсультної (мультидисциплінарної) бригади фахівців при наданні ургентної медичної допомоги пацієнтам з ГПМК в приймальному відділенні лікарні.

З метою формування у населення відповідального ставлення населення м. Києва до особистого здоров’я та його інформування з проблеми цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів особисто дисертантом було проведено значну роботу.

 Вказані заходи дозволили підвищити рівень результативності діяльності системи охорони здоров’я міста Києва з надання медичної допомоги при ЦВХ та МІ (табл.8.2).

Отримані результати організаційного експерименту свідчать про досягнення мети та виконання завдань дослідження та можуть бути впроваджені в систему охорони здоров’я на національному рівні.

*Таблиця 8.2*

**Результати впровадження окремих елементів оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим при ЦВХ та МІ у закладах охорони здоров’я м. Києва**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Критерії | 2014 р. | 2018 р. | Динаміка  2018 / 2014 рр., % |
| Захворюваність дорослого населення на ЦВХ (на 100 тис відповідного населення) | 922,2 | 682,5 | -26,0 |
| Захворюваність населення працездатного віку на ЦВХ (на 100 тис відповідного населення) | 497,5 | 363,9 | -26,9 |
| Захворюваність дорослого населення на МІ (на 100 тис відповідного населення) | 211,8 | 143,9 | -32,1 |
| Захворюваність населення працездатного віку на МІ (на 100 тис відповідного населення) | 66,9 | 54,3 | -18,8 |
| Смертність дорослого населення внаслідок ЦВХ (на 100 тис відповідного населення) | 114,89 | 116,07 | +1,03 |
| Смертність населення працездатного віку внаслідок ЦВХ (на 100 тис відповідного населення) | 21,48 | 21,39 | -0,42 |
| Смертність дорослого населення внаслідок МІ (на 100 тис відповідного населення) | 86,62 | 85,93 | -0,79 |
| Смертність населення працездатного віку внаслідок МІ (на 100 тис відповідного населення) | 20,59 | 19,36 | -5,97 |

### 8.7.2. Експертна оцінка оптимізованої системи медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу

Ставлення організаторів охорони здоров’я, науковців, практичних лікарів і пацієнтів до обґрунтованої та розробленої оптимізованої системи медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівнімегаполісу, які виступили в ролі експертів вивчалось за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія з докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження проводилося напередодні його проведення.

Дані про експертів наведено в розділі 2. Незалежність експертів визначена високим рівнем їх кваліфікації (не нижче першої атестаційної категорії та наявність вченого ступеню) при відсутності прямих професійних зв’язків з дисертантом та його науковим консультантом.

Оцінка відповідей незалежних компетентних експертів проводилася за 10 бальною системою (10 балів – найвища оцінка, 0 балів – найнижча оцінка), з наступним медико-статистичним аналізом отриманих результатів.

Результати експертної оцінки складових оптимізованої системи медичної допомоги хворим при ЦВХ та МІ на рівні мегаполісу відображені в таблиці 8.3.

Експертна оцінка запропонованих обґрунтованих інновацій засвідчила їх раціональність та перспективність при наданні медичної допомоги населенню при ЦВХ та МІ на рівні мегаполісу - (9,26 бали) в тому числі:

*Найвищу оцінку отримали наступні інновації:*

*-* залучення в систему приватного сектору охорони здоров’я та визначення механізмів взаємодії з державним сектором ОЗ,мотивування населення до визнання пріоритету особистого здоров’я, створення умов та можливостей для здорового способу життя населенням – 9,69;

- створення на базі спеціалізованого центру медичної допомоги при МІ постійно діючого тренінгового центру для медичного персоналу первинної, спеціалізованої та ЕМД – 9,59;

- створення системи реабілітації для осіб, що перенесли МІ- 9,58;

- залучення в систему служб соціального захисту населення для супроводу осіб, що перенесли МІ – 9,57;

- впровадження механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази – 9,55;

*-* створення спеціалізованих комплексних центрів надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах, створення системи паліативної допомоги для осіб, що перенесли МІ, включення до цільової комплексної програми «Здоров’я киян» розділу боротьби з ЦВХ та МІ у відповідності до «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030 рр.» та місцевих особливостей, формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я - 9,50 балів;

*Таблиця 8.3*

**Оцінка експертами складових оптимізованої системи медичної допомоги при ЦВХ та МІ (бали) та ступінь узгодженості думки експертів за коефіцієнтом варіації (CV,%)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Запропоновані інновації | М | ±SD | ±m | CV, % |
| Оптимізована система в цілому | 9,28 | 0,42 | 0,07 | 4,52 |
| Створення спеціалізованих комплексних центрів надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах | 9,50 | 0,40 | 0,08 | 4,09 |
| Створення системи реабілітації для осіб, що перенесли МІ | 9,58 | 0,37 | 0,07 | 3,87 |
| Створення системи паліативної допомоги для осіб, що перенесли МІ | 9,50 | 0,40 | 0,08 | 4,09 |
| Повний перехід ПМСД на принципи загальної лікарської практики-сімейної медицини з формуванням у ЛЗП-СЛ компетенцій з надання медичної допомоги при ЦВХ та МІ | 9,28 | 0,42 | 0,07 | 4,52 |
| Включення до цільової комплексної програми «Здоров’я киян» розділу боротьби з ЦВХ та МІ у відповідності до «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030 рр.» та місцевих особливостей. | 9,50 | 0,40 | 0,08 | 4,09 |
| Модель управління службою медичної допомоги при ЦВХ та МІ з формуванням міської міжсекторальної координаційної ради боротьби з інсультом. | 8,92 | 0,44 | 0,08 | 5,05 |
| Залучення в систему сфери громадського здоров’я з метою забезпечення епідеміологічного нагляду за факторами ризику розвитку ЦВХ та МІ і їх ефективної профілактики. | 9,50 | 0,40 | 0,08 | 4,09 |
| Розробка раціональних маршрутів пацієнтів на рівні міста | 9,04 | 0,35 | 0,08 | 3,98 |
| Запровадження сучасної системи підготовки медичних працівників, які надають медичну допомогу населенню при МІ (первинна спеціалізація) | 8,92 | 0,44 | 0,08 | 5,05 |
| Запровадження сучасної системи обліку осіб, що перенесли МІ включаючи дітей – електронний реєстр. | 9,26 | 0,42 | 0,08 | 4,51 |
| Формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я | 9,50 | 0,40 | 0,08 | 4,09 |
| Впровадження механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази | 9,55 | 0,37 | 0,07 | 3,86 |
| Залучення в систему служб соціального захисту населення для супроводу осіб, що перенесли МІ | 9,57 | 0,24 | 0,05 | 2,50 |

*Продовження таблиці 8.3*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Залучення в систему приватного сектору охорони здоров’я та визначення механізмів взаємодії з державним сектором ОЗ | 9,69 | 0,35 | 0,07 | 3,57 |
| Створення на базі спеціалізованого центру медичної допомоги при МІ постійно діючого тренінгового центру для медичного персоналу первинної, спеціалізованої та ЕМД | 9,59 | 0,48 | 0,10 | 4,97 |
| Мотивування населення до визнання пріоритету особистого здоров’я | 9,69 | 0,35 | 0,07 | 3,57 |
| Залучення в систему громадських та благодійних організацій | 9,01 | 0,35 | 0,07 | 3,96 |
| Створення умов та можливостей для здорового способу життя населенням | 9,69 | 0,35 | 0,07 | 3,57 |

*Примітка:* М – середня арифметична величина оцінок експертів, бали; ±SD – стандартне (середнє квадратичне) відхилення, бали; ±m – стандартна похибка середньої арифметичної величини, бали; Cv – коефіцієнт варіації, %.

*Найнижчу оцінку отримали наступні інновації:*

* модель управління службою медичної допомоги при ЦВХ та МІ з формуванням міської міжсекторальної координаційної ради боротьби з інсультом, запровадження сучасної системи підготовки медичних працівників, які надають медичну допомогу населенню при МІ (первинна спеціалізація) - 8,92;
* залучення в систему громадських та благодійних організацій – 9,01;
* встановлення раціональних маршрутів пацієнтів на рівні міста – 9,04.

Запропонована оптимізована модель в цілому оцінена незалежними експертами на 9,26±0,42 балу із 10 можливих, при високому рівні узгодженості експертів у своєму рішенні на рівні (СV (%) = 2,50 – 5,07).

### Висновки за розділом

В даному розділі представлено теоретично обґрунтовані концептуальні підходи до удосконалення організації медичної допомоги населенню мегаполісу з церебральними хворобами, які ґрунтуються на сучасних засадах реформування системи охорони здоров’я з впровадженням програми державних гарантій медичної допомоги при зміні функціонально-організаційних підходів до формування мережі та структури закладів охорони здоров’я, децентралізації управління ними з проведенням їх автономізації з підвищенням рівня відповідальності за надання медичної допомоги у відповідності до галузевих стандартів. Вони мають за мету забезпечення населення з ЦВХ та порушенням мозкового кровообігу доступною, якісною комплексною медичною допомогою при ефективному та раціональному використанні наявних ресурсів.

В розділі представленоекспертним шляхом встановлені напрями діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами.Найвищу оцінку експертів щодо напрямків діяльності служби громадського здоров’я в боротьбі з цереброваскулярними хворобами отримала інформаційно-просвітницька комплексна робота з питань профілактики та наслідків цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів на рівні громади, організованих колективів та сімей, а самий низький рівень оцінки отримала індивідуальна інформаційно-просвітницька робота. Експерти також підтримали необхідність епідеміологічного нагляду за ризиками розвитку цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів, адвокації з формування здоров’язберігаючого профілю міста, комунікації та соціальні мобілізації в інтересах збереження та зміцнення здоров’я всього населення міста.

Базуючись на отриманих в ході дослідження результатах розроблена та представлена кластерна модель складових медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах. Даними кластерами являються: профілактика розвитку ЦВХ, профілактика розвитку МІ, надання медичної допомоги (амбулаторної, екстренної та стаціонарної) при ЦВХ та МІ та забезпечення супроводом осіб, що перенесли МІ. В моделі представлені між секторальні учасники рішення проблем за кожним визначеним кластером.

Представлена обґрунтована та розроблена оптимізована функціонально-організаційна система надання медичної допомоги в мегаполісі хворим на цереброваскулярні хвороби на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я має за мету забезпечення населення мегаполісу доступною та якісною медичною допомогою при ЦВХ та МІ по виконанню Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030 рр..». Система є між секторальною і включає розв’язання проблеми ЦВХ та МІ у місті владу, комунальну систему охорони здоров’я та інші сектори та учасників процесу: службу соціального захисту населення, систему паліативної допомоги, приватний сектор, громадські організації та інвесторів.

Складові системи охорони здоров’я міста полягають у вирішенні наступних проблем: структурна перебудова системи, безперервне підвищення професійного рівня медичного персоналу, інформатизація системи охорони здоров’я, формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я.

*Центральним елементом системи* є населення м. Києва, яке розділяється на наступні групи цільового впливу: здорові; населення, що має фактори ризику розвитку ЦВХ; хворі на ЦВХ; хворі на МІ; особи, що перенесли МІ. Таким чином система є пацієнт орієнтованою.

*Стратегічним напрямом системи* є зниження тягаря хвороб в тому числі захворюваності та смертності населення міста внаслідок ЦВХ.

*Тактичним напрямком системи* нами визначено забезпечення населення доступною, якісною та ефективною медичною допомогою при ЦВХ та МІ та підвищення ефективності профілактичної роботи і формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я та здоров’я членів своєї родини.

* Інноваційними в оптимізованій системі є наступні складові:
* створення спеціалізованих комплексних центрів надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах з розробкою структури центру та принципів організації його роботи;
* впровадження механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази спеціалізованих центрів;
* створення системи реабілітації для осіб, що перенесли МІ;
* створення системи паліативної допомоги для осіб, що перенесли МІ;
* залучення в систему сфери громадського здоров’я з метою забезпечення епідеміологічного нагляду за факторами ризику розвитку ЦВХ та МІ і їх ефективної профілактики;
* залучення в систему служб соціального захисту населення для супроводу осіб, що перенесли МІ;
* залучення в систему приватного сектору охорони здоров’я та визначення механізмів взаємодії з державним сектором ОЗ;
* повний перехід ПМСД на принципи загальної лікарської практики-сімейної медицини з формуванням у ЛЗП-СЛ компетенції з надання медичної допомоги при ЦВХ та МІ та визначенням видів медичних послуг, які мають надавати ЛЗП-СЛ хворим на ЦВХ та МІ;
* запровадження сучасної системи підготовки медичних працівників, які надають медичну допомогу населенню при МІ з запровадженням для них первинної спеціалізації;
* створення на базі спеціалізованого центру медичної допомоги при МІ постійно діючого тренінгового центру для медичного персоналу первинної, спеціалізованої та ЕМД;
* запровадження сучасної системи обліку осіб, що перенесли МІ включаючи дітей із ведення їх електронного реєстру;
* включення до цільової комплексної програми «Здоров’я киян» розділу боротьби з ЦВХ та МІ у відповідності до «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030 рр.» та місцевих особливостей;
* запровадження сучасної модель управління службою медичної допомоги при ЦВХ та МІ з формуванням міської між секторальної координаційної ради боротьби з інсультом;
* формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я з мотивуванням населення до визнання пріоритету особистого здоров’я;
* створення умов та можливостей для здорового способу життя населенням.

Впровадження окремих елементів запропонованої системи в ході організаційного експерименту показало її медичну, соціальну та економічну ефективність, що полягає в зменшені рівнів захворюваності та смертності населення в наслідок ЦВХ та МІ.

Обґрунтована, розроблена та апробована оптимізована функціонально-організаційна система надання медичної допомоги в мегаполісі хворим на цереброваскулярні хвороби на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я позитивно оцінена незалежними експертами (9,28 балу із 10 можливих), відповідає «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030 рр.» і в ході організаційного експерименту показала свою ефективність, що дає можливість рекомендувати її для широкого впровадження в систему охорони здоров’я України на рівні мегаполісів та великих міст.

**Список особистих робіт за темою розділу** [3, 8,13, 22, 24, 26, 28, 34, 35, 36 37]

# ВИСНОВКИ

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням доведена невідповідність системи надання медичної допомоги населенню мегаполісу при ЦВХ та мозкових інсультах потребам пацієнтів, чинним законодавчим актам України й міжнародним підходам та розв’язано актуальну наукову проблему з обґрунтування та розробки оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з ЦВХ на рівні мегаполісу в умовах реформування галузі охорони здоров’я та впровадження програми державних гарантій медичної допомоги з розробкою функціонально-організаційної структури спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах з розрахунком потреби у спеціалізованому ліжковому фонді, які відповідають міжнародним підходам і позитивно оцінені експертами та в ході організаційного експерименту показали свою ефективність.

1. Систематизація та узагальнення даних закордонної та вітчизняної наукової літератури вказали на недосконалість системи надання медичної допомоги населенню України при ЦВХ та МІ, в тому числі відсутність реєстру хворих, включаючи дітей з МІ та спеціальної підготовки лікарів до надання медичної допомоги хворим при гострому розладі мозкового кровообігу, не проводилися дослідження щодо спроможності ПМСД до надання комплексних послуг населенню із ЦВХ, науково не обґрунтована структура спеціалізованого інсультного центру при відсутності єдиної стратегії та плану дій боротьби із ЦВХ та МІ, що потребувало наукового обґрунтування та розробки оптимізованої системи профілактики та медичної допомоги населенню з ЦВХ в умовах реформування галузі охорони здоров’я.
2. Показано, що за десятирічний період спостереження (2009-2018 рр.) показник захворюваності дорослого населення м. Києва на ЦВХ скоротився в 1,27 (р <0,05) рази з рівнем 682,5 (Україна – 856,9), а показник поширеності ЦВХ серед дорослого населення мав стабільні показники при рівні 6277,8 на 100 тис. дорослого населення (Україна – 7967,2) з часткою хворих жінок 61,2% та чоловіків – 38,8% при цьому показник захворюваності дорослого населення на МІ скоротився в 1,75 рази (р <0,05) рази і складав 143,9 на 100 тис. дорослого населення (Україна - 279,6), що становило 1,46% від загальної кількості населення. Кількість осіб, яких вперше визнано інвалідами внаслідок ЦВХ становить до 1300 осіб на рік (57,45% працездатного віку) зі збільшенням частки осіб з повною втратою спроможності до самообслуговування на 6,2% з зменшенням показника смертності населення внаслідок ЦВХ на 14,01 випадків (116,07 у 2018 р.), та внаслідок МІ на 10,21, який складав 85,93 випадку на 100 тис. дорослого населення. Підтверджено наявність у населення високого рівня факторів ризику розвитку ЦВХ медичного, спадкового і поведінкового характеру та встановлено нові фактори ризику у чоловіків: відсутність власного житла (ВР– 1.727; ДІ 95% (7.200 – 34.400), ВШ – 15,737), постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР – 2,333; ДІ 95% (6.434-25.598), ВШ – 12.833); психоемоційні навантаження на роботі (ВР – 1.857; ДІ 95% (4.233-15.439), ВШ – 8.084); та у жінок: відсутність власного житла (ВР-1.459; ДІ 95% (7.422-26.669), ВШ – 14.060); психоемоційні навантаження на роботі (ВР – 1.679; ДІ 95% (4.115-11.723), ВШ – 6.946); постійна недостатність фінансових ресурсів (ВР – 1.830; ДІ 95% (3.359-9.136), ВШ – 5.540).

3. Доведено, що розвиток ПМСД в місті Києві є пріоритетним із створенням 28 центрів ПМСД з 252 лікарськими амбулаторіями до складу яких введено 1261,5 посад ЛЗП-СЛ та 1309,5 посад сімейних медичних сестер з рівнем укомплектованості посад 77,7% та 62,6% відповідно. Декларації на медичне обслуговування уклали 64,2% жителів міста. При цьому у ЛЗП-СЛ під диспансерним наглядом знаходиться 36,17% осіб із ЦВХ та 76,25% осіб, які перенесли мозковий інсульт з рівнем їх готовності до надання комплексних послуг при ЦВХ менше 10%. Експертним шляхом встановлено, що на первинному рівні мають надаватися наступні послуги по забезпеченню населення медичною допомогою при ЦВХ: проведення скринінгу на виявлення ЦВХ на ранніх стадіях розвитку (89,6±1,6%), лікувальна допомога (84,4±1,8%), послуги реабілітаційного характеру (87,2±1,7%), надання медико-соціальної допомоги сім’ям в яких живуть інваліди після перенесеного церебрального інсульту (87,2±1,7%), невідкладна допомога при гострому порушенні мозкового кровообігу (100%) та розроблено перелік компетенцій сімейних лікарів, що необхідні для надання визначених видів медичної допомоги із шляхами їх набуття на після дипломному рівні. При організації ефективної комплексної діяльності первинної ланки обсяг спеціалізованої медичної допомоги в зв’язку із ЦВХ та МІ можна буде скоротити до 40%.

4. Показано, що амбулаторно-поліклінічна спеціалізована допомога при ЦВХ надається в усіх консультивно-діагностичних центрах 224 лікарями-неврологами з рівнем їх забезпеченості 0,96 на 10 тис. дорослого населення та на 183 спеціалізованих ліжках денного стаціонару і є доступною для населення.

Для надання стаціонарної допомоги у 2019 році розгорнуто 1531 госпітальних ліжок неврологічного профілю, 205 ліжок нейрохірургічного профілю та 200 для проведення нейрореабілітації при забезпеченості неврологічними госпітальними ліжками – 5,10 (Україна 5,30), нейрохірургічними госпітальними ліжками – 0,69 (Україна 0,54) на 10 тис. населення. При цьому в неврологічні відділення госпіталізується до 11% пацієнтів із геморагічним, а в нейрохірургічні відділення до 37% пацієнтів із ішемічним інсультом, а нейрореабілітацію щорічно проходило до 56% осіб, які перенесли мозкові інсульти з достовірними відмінностями в показниках результатів надання медичної допомоги в розрізі закладів охорони здоров’я. Встановлено, що діагностична допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 27,6%, в неврологічних відділеннях –32,5% та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях - 14,6%, в неврологічних відділеннях – 22,1%. Лікувальна допомога не відповідає клінічним протоколам за терміном проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 29,9%, в неврологічних відділеннях – 35,4% та за обсягом проведення: в нейрохірургічних відділеннях – 12,6%, в неврологічних відділеннях – 12,5%.

5. Показано, що кількість хворих на геморагічні інсульти, які отримали стаціонарну допомогу в приватних ЗОЗ м. Києва за період 2014-2019 років склала 39 осіб з щорічною тенденцією до скорочення, а кількість пролікованих хворих на ішемічні інсульти збільшилася в 1,7 (р <0,05) рази та у 2019 році склала 249 пацієнтів. Рівень летальності хворих на всі види МІ коливається від 2,2% у 2015 році до 6,0% у 2019 році, що є достовірно нижчим, ніж у комунальних ЗОЗ та зумовлено госпіталізацією пацієнтів з інсультами легшої тяжкості захворювання та більш досконалою ресурсною базою закладів.

6. Доведено, що при потребі застосування ТЛТ в лікуванні ішемічних інсультів до 1015 пацієнтів на рік такий метод лікування, який забезпечує статистично значущі (р<0,05) темпи неврологічного/функціонального відновлення протягом 21-добового та 3-місячного спостереження та повне неврологічне/функціональне відновлення на 90-ту добу у 52,0±2,5% пацієнтів, застосовується в поодиноких випадках, із яких 25,7% - у приватних ЗОЗ; причиною чого є пізня госпіталізація хворих (75,5%), відсутність можливості цілодобової візуалізації типу інсульту (4,7%), наявність протипоказань (10,1%), у 9,7% - інших причин. Проведена оцінка терапевтичної ефективності застосування різних методів лікування за шкалою NIHSS і мШР показала що ефективнішим є застосування парентерального кверцетину у поєднанні зі стандартною схемою терапії, при якій на 21-шу добу лікування високу ефективність встановлено у 78,2% обстежених, на 90-ту добу – 84,9%, через один рік – 87,6%, в той час як у групі стандартної терапії ці показники відповідно склали 56,1%, 75,4% і 83,6% (р<0,05), що дозволяє рекомендувати вказану схему лікування для широкого застосування під час лікування пацієнтів з ГІІ.

7. Встановлено,  за результатами соціологічного дослідження серед лікарів-неврологів стаціонарних відділень, що у 83,8±1,9% випадків стан пацієнтів при надходженні до стаціонару став тяжчим при цьому наявна можливість цілодобово проводити візуалізацію церебрального патологічного процесу є у 26,9±2,2% випадків, у вихідні та святкові дні – у 24,4±2,1%; цілодобово, в т.ч. у вихідні та святкові дні, організовувати пацієнтам консультацію лікаря-нейрохірурга - у 19,3±2,0% та лікаря-анестезіолога – у 34,5±2,4%, а забезпеченість в необхідному обсязі лікарськими засобами для лікування пацієнтів з МІ складає 28,6±2,3% при цьому всі респонденти відмітили, що їх заробітна плата не залежить від показників професійної діяльності. Лікарі-неврологи поліклінічних відділень у 80,6±2,0% незадоволені рівнем діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам з ЦВХ, а 74,2±2,2% - процесом організації праці, 77,4±2,1% - стилем керівництва, 29,4±2,3% та професійними відносинами в колективі.

8. Виявлено, що серед опитаних пацієнтів, що 11,8±1,6% респондентів мали проблеми зв’язку з диспетчерською служби ЕМД, 21,4±2,1% опитаних залишилися незадоволеними послугами, які вони отримали на рівні приймальних відділень ЗОЗ, 5,9±1,2% визнали лікарів, 1,9±0,7% - медичних сестер та 2,8±0,8% - молодший медичний персонал недостатньо кваліфікованими при цьому 13,6±1,7% опитаних залишилися не задоволеними комплексом отриманих медичних послуг, а 25,4±2,2% оцінили отриману медичну допомогу як неякісну.

9. Встановлено, при вивченні спроможності реформованої системи охорони здоров’я м. Києва до надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт, що система охорони здоров’я має достатні госпітальні ресурси, які полягають в достатній кількості неврологічних та нейрохірургічних госпітальних ліжок, але у своїй більшості вони знаходяться у різних ЗОЗ, що створює перепони до надання якісної допомоги при різних формах інсультів та до недостатньо раціонального використання наявних ресурсів. При цьому тільки у двох закладах охорони здоров’я із десяти підрозділи візуалізації патологічного процесу працюють цілодобово, а в решті закладів - в денний час; у неврологічних відділеннях відсутня цілодобова можливість забезпечення пацієнтів консультаціями лікарів - нейрохірургів та лікарів-анестезіологів. Наявні ресурси системи охорони здоров’я м. Києва не в змозі забезпечити всіх осіб, які перенесли гострий мозковий інсульт, реабілітаційними послугами.

10. Обґрунтовано напрями та форми діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із ЦВХ у мегаполісі, які включають інформаційно-просвітницьку комплексну роботу з питань профілактики та наслідків ЦВХ та мозкових інсультів на рівні громади, організованих колективів та сімей (100,0%), епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку ЦВХ та мозкових інсультів, комунікацію та соціальну мобілізацію в інтересах збереження та зміцнення здоров’я населення міста і адвокацію з формування здоров’язберігаючого профілю міста (92,0±1,4%), формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я (88,0±1,6%).

11. Розроблено функціонально-організаційну структуру спеціалізованого центру надання медичної допомоги хворим при МІ, що дозволяє при концентрації ресурсів забезпечити підвищити якість та ефективність медичної допомоги шляхом забезпечення раціональних медичних маршрутів надходження пацієнтів у центр, створення систем безперервного забезпечення ефективної медичної допомоги, безперервного підвищення професійного рівня медичного персоналу в умовах використання в центрі електронного документообігу. Структурну основу центру складають наступні підрозділи: приймальне відділення з кабінетами візуалізації патології головного мозку і суміжних лікарів-спеціалістів; нейрохірургічне відділення з операційним блоком та блоком інтенсивної терапії; неврологічне відділення з палатами інтенсивної терапії; відділення для надання медичної допомоги дітям із гострими порушеннями мозкового кровообігу; діагностична служба; відділення стаціонарної та кабінет амбулаторної нейрореабілітації; денний стаціонар, а також інформаційно-аналітична служба; кабінет телемедичних консультацій та навчально-методичний кабінет. Клінінгові та кейтерингові послуги рекомендується забезпечити шляхом укладання відповідних договорів. Обрахована потреба в спеціалізованому ліжковому фонді, яка складає 1,6 ліжок на 10 тис. дорослого населення для надання лікувальної допомоги та 1,5 ліжка для проведення нейрореабілітації.

12. Базуючись на отриманих в ході дослідження результатах обґрунтовані та розроблені система медико-соціальних кластерів допомоги при ЦВХ і оптимізована функціонально-організаційна система профілактики та надання медичної допомоги в мегаполісі хворим на ЦВХ на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я, яка включає владні структури міста, систему охорони здоров’я та інші сектори: службу соціального захисту населення, громадські та благодійні організації з застосуванням механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази. Для кожного учасника процесу визначено завдання та функції, координацію яких має забезпечувати міська міжсекторальна координаційна рада боротьби з інсультом.

*Центральним елементом системи,* яка є пацієнтоорієнтованою стало населення м. Києва, яке розділяється на групи цільового впливу в залежності від стану здоров’я. *Стратегічним напрямом системи* є зниження тягаря хвороб, в тому числі захворюваності та смертності населення міста внаслідок ЦВХ. *Тактичним напрямком системи* визначено забезпечення населення доступною, якісною та ефективною медичною допомогою при ЦВХ та МІ й підвищення ефективності профілактичної роботи та формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я і здоров’я членів своєї родини. На відміну від існуючої ситуації,впровадження запропонованої системи дає змогу усунути існуючі недоліки при наданні медичної допомоги при ЦВХ та МІ і підвищити її доступність та ефективність.

13. Обґрунтована та запропонована функціонально-організаційна система надання медичної допомоги в мегаполісі хворим на ЦВХ на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я і її складові відповідають чинному законодавству України, міжнародним підходам, позитивно оцінена незалежними експертами (9,28±0,07 балів із 10 можливих), впровадження окремих елементів якої показало свою ефективність, що дозволяє рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров’я великих міст.

# ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

З метою усунення існуючих недоліків при наданні  медичної допомоги, реалізації створення передумов для забезпечення  населення  мегаполісу профілактичною та медичною допомогою при цереброваскулярних хворобах і мозкових інсультах з підвищенням її доступності  та ефективності в умовах реформування галузі охорони здоров’я на виконанню  Закону України   «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030 рр»,  рекомендовано впровадити наступну систему заходів:

***Міністерству охорони здоров’я України:***

* Створити національний реєстр пацієнтів хворих на церебральний інсульт.
* Створити національний реєстр гострих розладів мозкового кровообігу у дітей.
* Створити систему спеціальної підготовки лікарів до надання медичної допомоги хворим при гострому розладі мозкового кровообігу.
* Відповідно до «Плану дій боротьби з інсультом у Європі на період до 2030 року» розробити комплексну державну програму боротьби з інсультом в Україні».

***Департаменту охорони здоров’я Київської міської державної адміністрації:***

* Створити міський реєстр пацієнтів хворих на церебральний інсульт.
* Створити міський реєстр гострих розладів мозкового кровообігу у дітей.
* Забезпечити створення в м. Києві спеціалізованих центрів надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах.
* Розробити та представити до затвердження до міської ради План дій боротьби з цереброваскулярними захворюваннями та мозковими інсультами в м. Києві.
* Забезпечити моніторинг виконання План дій боротьби з мозковим інсультом в м. Києві.
* Створити міську міжсекторальну координаційну раду боротьби з мозковим інсультом в м. Києві.

***Вищим медичним навчальним закладам післядипломної освіти:***

* Запровадити цикли спеціалізації та тематичного удосконалення для лікарів, які надають стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з гострими порушеннями мозкового кровообігу.

***Українській асоціації сімейної медицини:***

* В рамках безперервного професійного розвитку забезпечити підготовку сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до надання комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах.
* Розробити методичні рекомендації для сімейних лікарів та сімейних медичних сестер з надання комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах.
* Запровадити на рівні первинної медико-санітарної допомоги скринінгові програми з раннього виявлення та лікування осіб з цереброваскулярними хворобами.

***Київському міському центру громадського здоров’я:***

* Створити систему з комунікацій та соціальної мобілізації в інтересах збереження та зміцнення здоров’я населення міста з формуванням у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я та навчання тактиці дій при появі симптомів гострого порушення мозкового кровообігу.
* Проводити адвокацію серед осіб, що приймають рішення з формування здоров’язбережувального профілю міста Києва.
* Запровадити програми усунення та зниження дії факторів ризику розвитку мозкових інсультів.

# Список використаних джерел літератури

1. Global health estimates: deaths by cause, age, sex and country, 2000–2012. Geneva: World Health Organization; 2014.

2. Kim A.S., Johnson S.C. Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease. *Circulation*. 2011. V.124(3). P.314-323

3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.

4. Vinychuk SM, Fartushna OYe. Cerebrospinal and commissural diaschisis in acute stroke patients: case analysis. International. *Neurological Journal*. 2018. V.5(99). P.20-25.

5. Wolfe C.D.A. The impact of stroke. *Br. Med. Bull.* 2000. V.56(2). P.275-286.

6. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet. 26.02.2019. Available from:

7. Bogouslavsky J., Auri J., Kimura J. Stroke and neurology: a plea from the WFN. *Lancet*. 2003. N.2. P.212-213.

8. Fartushna OYe, Vinychuk SM. Tranzytorni ishemichni ataky [Transient Ischemic Attacks]. Kyiv: PH «Avitsena»; 2014. 216 p.

9. Fartushna OYe, Vinychuk SM. Brain injury in patients with acute TIA: clinical features in different TIA subtypes. *International Neurological Journal*. 2017. N.3(89). P.13-18.

10. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017. N.390(10100). P.1151-1210.

11. Fartushna OYe, Vinychuk SM. Epidemiology of transient ischemic attacks in the structure of acute cerebrovascular disorders in Ukraine and in other countries. *International Neurological Journal*. 2017. N.5 (91). P.105-111.

12. Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 152 с.

13. Захворюваність мозковим інсультом в Україні: https://zn.ua/ukr/UKRAINE/zahvoryuvanist-mozkovim-insultom-v-ukrayini-stanovit-280-290-vipadkiv-na-100-tis-naselennya-292336\_.html

14. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu L et al. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med.* 2014. V.371. P.818–2.

15. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_룿le/0005/147731/wd12R\_NCDs\_111363-las.pdf).

16. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (http://www.euro.who. int/\_\_data/assets/pdf\_룿le/0010/76528/E89306R.pdf).

17. Bo Norrving, Jon Barrick, Antoni Davalos, Martin Dichgans, Charlotte Cordonnier, Alla Guekht, Kursad Kutluk,Robert Mikulik, Joanna Wardlaw, Edo Richard, Darius Nabavi, Carlos Molina, Philip M Bath, Katharina S. Sunnerhagen, Anthony Rudd,Avril Drummond, Anna Planas, Valeria Caso on behalf of the Action Plan for Stroke in Europe Working Group. Action Plan for Stroke in Europe2018–2030. *European Stroke Journal*. Vol.3(4). P.309 -336.

18. Зозуля І. С, Цимбалюк В.І., Зозуля А.І. Інсульт: стратегія і тактика надання медичної допомоги. *Український медичний часопис.* 2012. №4(90). С.134-135.

19. Зозуля І.С., Зозуля А.І. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні. *Український медичний часопис.* 2011. №5(85). С.38-42.

20. Nascimento B., Brant L., Moraes D. Глобальне здоров’я та серцево-судинні захворювання. *Український кардіологічний журнал*. 2015. №.4. С.123–133.

21. Зозуля А.І Організаційна структура надання медичної допомоги при цереброваскулярних захворюваннях та її відповідність реформуванню галузі *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика.*  Київ. 2013. Вип. 22, том 2.

22. Хельсингборгская декларация о европейских стратегиях в отношении инсульта, 2006 г. / под ред. T. Kjellstrom, B. Norrving, A. Shatchkute. С.20–29.

23. Зозуля И.С., Зозуля А.И., Слабкий Г.О. Пути оптимизации оказания медицинской помоши при инсульте. *Экстренная медицина. Профессиональные издания.* 2013. №1(05). С.37-39.

24. Maher D, Harries AD, Zachariah R, Enarson D. A global framework for action to improve the primary care response to chronic non-communicable diseases: a solution to a neglected problem. *BMC Public Health*. 2009. N.9. P.355.

25. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України19 жовтня 2017 року № 2168-VIII.[Електронний ресурс].Режим доступу:http://search.ligazakon.ua/l\_doc2.nsf/link1/T172168.html – Назва з екрану.

26. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрактування закладів охорони здоров’я. Національна служба здоров’я України. Київ. 2020. 59 с.

27. Feigin V.L. et al. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol.* 2009. Vol.8. P. 355–369

28. Kjellstrom T., Norrving B., Shatchkute A. Helsingborg declaration 2006 on Europe stroke strategias. *Cerebrovasc Dis.* 2007. V.23(2–3). P.231–41. PMID: 17139166. DOI: 10.1159/000097646.

29. Hatano S. Experience from a multicentre stroke registre: prelimimary report. *Bull World Health Organ*. 1976. V.54(5). P.541–53. PMID: 1088404.

30. Біловол О.М., Гріднєв О.Є., Ісаєва Г.С. та інші. Профілактика неінфекційних захворювань.  Бібліотека «Здоров'я України». 2016. 352 с.

31. European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack. *Cerebrovasc. Dis*. 2008. V.2595. P.457-507.

32. Wolfe C.D.A. The impact of stroke. *Br. Med. Bull.* 2000. Vol. 56(2). P.275-286.

33. Bogouslavsky J., Auri J., Kimura J. Stroke and neurology: a plea from the WFN. *Lancet*. 2003. N.2. P.212-213.

34. Kim A.S., Johnson S.C. Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease. *Circulation*. 2011. Vol. 124(3). P. 314-323.

35. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and nation al comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017. N.390. P.1345-1422.

36. Stevens E, McKevitt C, Emmett E, et al. The burden of stroke in Europe. London: Stroke Alliance for Europe (SAFE), www.strokeeurope.eu/downloads/TheBurdenOfStrokeInEurope Report.pdf (2017, accessed 19 April 2018).

37. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981. V.282. P.1847-1851.

38. World Health Organization. WHO global report on trends in preva lence of tobacco smoking 2015. http:// apps.who.int/iris/bit stream/10665/156262/1/978924156 4922\_eng.pdf.ua.1

39. Европейская стратегия борьбы против табака. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_敶le/0020/68105/e77976r.pdf).

40. Кулеш С.Д., Гордеев Я.Я. Популяционный регистр инсульта: международный опыт и перспективы использования в Республике Беларусь. *Медицинские новости.* 2006. № 7. С.63–65.

41. Sudlow, C.L.M., Warlow C.P. Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable. *Stroke*. 1996. Vol.27. P.550–558

42. Щелчкова И.С. Эпидемиология инсульта в городе Краснодаре (по данным регистра): автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.13; НИИ неврологии РАМН. М., 2001. 24 с.

43. Mihalka L., Smolanka V., Bulecza B., Mulesa S., Bereczki D. A population study of stroke in West Ukraine: incidence, stroke services, and 30-day case fatality *Stroke*. 2001. Vol.32. P.2227–2231

44. Kolominsky-Rabas P.L. et al. A prospective community-based study of stroke in Germany – the Erlangen stroke project (ESPro): incidence and case fatality at 1, 3, and 12 months. *Stroke*. 1998. Vol.29. P.2501–2506.

45. Di Carlo A. et al. A prospective community-based study of stroke in Southern Italy: the Vibo Valentia Incidence of Stroke Study (VISS): methodology, incidence and case fatality at 28 days, 3 and 12 months. *Cerebrovasc. Dis.* 2003. Vol.16. P.410–417.

46. Rothwell P.M. et al. Change in stroke incidence, mortality, case fatality, severity and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *Lancet*. 2004. Vol.363. P.1925–1933.

47. Numminen H. et al. Declining incidence and mortality rates of stroke in Finland from 1972 to 1991: results of three population-based stroke registers. *Stroke*. 1996. Vol.27. P.1487–1491

48. Vemmos K.N. et al. Stroke incidence and case fatality in southern Greece: the Arcadia stroke registry. *Stroke*. 1999. Vol.30. P.363–370.

49. Tsiskaridze A. et al. Stroke incidence and 30-day case-fatality in a suburb of Tbilisi: Results of the first prospective population-based study in Georgia. *Stroke* 2004. Vol. 35. №11. P.2523-2528.

50. Vibo R., Korv J., Roose M. The Third Stroke Registry in Tartu, Estonia: decline of stroke incidence and 28-day case-fatality rate since 1991. *Stroke*. 2005. Vol.36. P.2544–2548.

51. Feigin V.L. et al. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol*. 2003. Vol. 2. P. 43-53.

52. Ellekjaer H. et al. Epidemiology of stroke in Innherred, Norway, 1994 to 1996: incidence and 30-day case-fatality rate. *Stroke*. 1997. Vol.28. P.2180–2184.

53. Mihalka L., Smolanka V., Bulecza B., Mulesa S., Bereczki D.A population study of stroke in West Ukraine: incidence, stroke services, and 30-day case fatality *Stroke*. 2001. Vol.32. P.2227–2231.

54. Rothwell P.M. et al. Change in stroke incidence, mortality, case fatality, severity and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *Lancet*. 2004. Vol.363. P.1925–1933.

55. Lavados P.M. et al. Incidence, 30-day case-fatality rate, and prognosis of stroke in Iquique, Chile: a 2-year community-based prospective study (PISCIS project). *Lancet*. 2005. Vol.365. P.2206–2215.

56. Ellekjaer H. et al. Epidemiology of stroke in Innherred, Norway, 1994 to 1996: incidence and 30-day case-fatality rate. *Stroke*. 1997. Vol.28. P.2180–2184.

57. Smadja D. et al. ERMANCIA: epidemiology of stroke in Martinique, French West Indies, part I: methodology, incidence, and 30-day case fatality rate. *Stroke*. 2001. Vol.32. P.2741–2747.

58. Thrift A.G. et al. Incidence of the major stroke subtypes: initial findings from the north east Melbourne stroke incidence study (NEMESIS). *Stroke*. 2001. Vol.32. P.1732–1738.

59. Щелчкова И.С. Эпидемиология инсульта в городе Краснодаре (по данным регистра): автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.13; НИИ неврологии РАМН. М., 2001. 24 с.

60. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных действий. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2007. №6. С.4–10.

61. Семак А.Е., Карнацевич Ю.С., Борисов А.В. Проблема мозговых инсультов и пути ее решения. *Медицинские новости*. 2002. №1. С.3-7.

62. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики. 2-е изд. Москва: МЕДпресс - информ, 2009. 352 с.

63. Donnan G.A. et al. Stroke. *Lancet*. 2008. Vol. 371. P. 1612–1623.

64. Strong, K, Mathers C., Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol.* 2007. Vol.6. P.182–187.

65. Benatru I. et al. Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004. *Stroke*. 2006. Vol. 37. P.1674–1679.

66. The Mannheim declaration of stroke in Eastern Europe. *Cerebrovasc*. *Dis*. 2004. Vol. 18. P.248.

67. Стистика инсультов. <https://szgmu.ru/rus/m/457/>

68. Kjellstrom, T., Norrving, B. & Shatchkute, A. Khelsingborgskaya deklaratsiya o yevropeyskikh strategiyakh v otnoshenii insulta [Helsingborg Declaration on European Strategies for Stroke]. *Eds.* 2006. [in Russian].

69. Дорошенко О.О., Шевченко М.В., Мендрік О.А. та інш. Постаріння населення як один із чинників запровадження нових підходів до організації медичного обслуговування. *Східноєвропейський журнал громадського здоров’я*. 2012. №1(17): тези доп. Міжнародна науково-практична конференція, присвячена Всесвітньому дню здоров’я 2012р. “Старіння та здоров’я” (м.Київ, 5–6 квітня 2012 р.). Київ, 2012. С.143–144.

70. Лашкул З.В. Влияние социально-гигиенических и медико-биологических факторов риска на заболеваемость и смертность от ССЗ на региональном уровне. *Актуальні питання медичної науки та практики: збірник наукових праць ДЗ* «ЗМАПО МОЗ України». м. Запоріжжя. 2010. Випуск 77. Т.2. К.1. С. 290-296.

71. Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_

72. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009.http://www.who.int/social\_determinants/thecommission/ʢnalreport/ru/index.html).

73. Стрес і хвороби системи кровообігу : посібник/ за ред.: В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. Київ: 2015. 352с.

74. Зінченко О. М., Міщенко Т. С. Стан неврологічної служби в Україні в 2015 році. Харків, 2016. 23 с.

75. Зозуля І.С., Зозуля А.І. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні. *Український медичний часопис.* 2011. №5(85). С.38-42.

76. Мищенко Т. С.  Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине. *Український вісник психоневрології*. 2017. Том 25. Випуск 1 (9). С.22-24.

77. Державна служба статистики [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>– Назва з екрану.

78. Лашкул З.В., Одринський В.А. , Курочка В.Л., Посний В.Ф. Соціально – гігієнічне дослідження наявності факторів ризику серцево-судинних захворювань у міського населення працездатного віку з гіпертонічною хворобою: матеріали підсумкової науково-практичної конференції ДЗ (Запоріжжя 23 листопада 2011 р.). Актуальні питання медичної науки та практики: збірник наукових праць ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Запоріжжя 2011. Випуск 78. Т.1. К.2. С.192-195.

79. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and nation al comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017. N.390. P.1345-1422.

80. Murray CJL, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012. N.380. P.2197–2223.

81. World Health Organization. WHO. WHO Health statistics and information systems, http://www.who.int/ healthinfo/global\_burden\_disease/en/

82. Amanda G. Thrift, George Howard, Dominique A. Cadilhac, Virginia J. Howard, Peter M. Rothwell5, Tharshanah Thayabaranathan, Valery L. Feigin, Bo Norrving and Geoζ rey A. Donnan Мировая статистика по инсульту: обновленные данные по смертности в странах, использующих общий код «цереброваскулярные болезни». *International Journal of Stroke*. Official publication of the world stroke organisation. 2018. Том 2. Выпуск 2. С.3-10.

83. Thrift A.G., Cadilhac D.A., Thayabaranathan T. et al. Global stroke statistics. *Int. J. Stroke*. 2014. V.9. P.6–18.

84. Feigin V.L., Wiebers D.O., Nikitin Y.P., O’Fallon M.W., Whisnant J.P. Stroke epidemiology in Novosibirsk, Russia: a population-based study. *Mayo Clinic Proc*. 1995. N.70. P.847–852.

85. Mihalka L., Smolanka V., Bulecza B., Mulesa S., Bereczki D.A population study of stroke in West Ukraine: incidence, stroke services, and 30-day case fatality *Stroke*. 2001. Vol.32. P.2227–2231.

86. Roth G.A. Johnson C.O., Nguyen G.et al. Methods for estimating the global burden of cerebrovascular diseases. *Neuroepidemiology*. 2015. V.45. P.146–151.

87. Тайманова, И. В. Нетипичный инсульт. Universum: *Медицина и фармакология.* 2017. № 10 (43).

88. Хожиева Д.Т., Пулатов С.С., Хайдарова Д.К. Все о геморрагическом инсульте лиц пожилого и старческого возраста (собственные наблюдения). *Наука Молодых*. 2015. № . С.87–96.

89. Инсульт: руководство для врачей / под ред. Л.В. Стаховской, С.В. Котова. Москва : Медицинское информационное агентство, 2013. 400 с.

90. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в Российской Федерации. *Consilium Medicum (Приложение).* 2005. №1. С.10–12.

91. Раимкулова К.Б., Баешов Р.А., Раимкулов Б.Н., Бхат Н.А., Раимкулова Х.Б. Способы коррекции факторов риска у больных с последствиями ишемического мозгового инсульта (обзор литературы). *Вестник Казахского Национального медицинского университета.*  2016. № 2.

92. Статистика здравоохранения и информационные системы. Причины смертности. WHO regions – данные ВОЗ. – URL: http://www.who.int/healthinfo/lobal\_ burden\_disease/estimates/en/

93. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Крылов В.В. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации. *Неврологический вестник*. 2007. Т.39, №1. С.128–133.

94. Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П., Камкин Е.Г., Бойко Е.Л., Алекян Б.Г., Иванова Г.Е., Шамалов Н.А., Дашьян В.Г., Крылов В.В. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2018. № 21(1). С.4-10.

95. Султанова, И.В., Зайцева А.Р. Лечение злокачественного ишемического инсульта (клиническое наблюдение). *Вестник современной клинической медицины*. 2015. Т. 8. С.114–122.

96. Клочихина О.А., Стаховская Л.В. Анализ эпидемиологических показателей инсульта по данным территориально-популяционных регистров 2009–2012 гг. *Журнал неврологии и психиатрии.* 2014. №6. С.63–69.

97. Смирнов А.В., Н.В. Григорьева, Е.В. Горелик. Патологическая анатомия цереброваскулярной болезни, стратегии стимуляции нейрогенеза. *Вестник волгоградского государственного медицинского университета.* 2013. Т.46. № 2. С.3-8.

98. Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П., Камкин Е.Г., Бойко Е.Л., Алекян Б.Г., Иванова Г.Е., Шамалов Н.А., Дашьян В.Г., Крылов В.В. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2018. № 21(1). С.4-10.

99. Тайманова, И. В. Нетипичный инсульт. Universum: *Медицина и фармакология.* 2017. № 10 (43).

100. Ярош А.С., Пирогова Л.А., Филина Н.А. Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета.* 2014. № 3. С.17–20.

101. Мачинский П.А., Плотникова Н.А., Ульянкин В.Е., Кемайкин С.П., Рыбаков А.Г. Сравнительная характеристика показателей смертности и летальности от ишемического и геморрагического инсультов в России Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. *Медицинские науки*. 2019. №3 (51). С.101-118. – DOI 10.21685/2072-3032-2019-3-10.

102. Лібанова Е.М., Левчук Н.М., Рингач Н.О. та інші. Смертність населення України у трудоактивному віці: монографія. Київ. 2007. 211с.

103. Зозуля А.І., Слабкий Г.О. Захворюваність та смертність населення України – як світова проблема. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика.* Київ. 2012. Вип.21, кн.2. С.706-711.

104. Чепелевська Л.А. Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті. Україна. *Здоров’я нації.* 2018. №1(47). С.48-52.

105. Рингач Н.О. Керецман А.О. [Втрачені роки потенційного життя внаслідок передчасної смертності в Україні: обсяг і структура](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/VSG_2014_1_9.pdf). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2014. №1. С.36-41.

106. Roth G.A. Johnson C.O., Nguyen G.et al. Methods for estimating the global burden of cerebrovascular diseases. *Neuroepidemiology*. 2015. V.45. P.146–151.

107. Foreman K.J., Lozano R., Lopez A.D., Murray C.J. Modeling causes of death: an integrated approach using CODEm. *Popul. Health Metr.* 2012. N.10. P.1.

108. Nedkoff L., Briffa T.G., Knuiman M. et al. Temporal trends in the incidence and recurrence of hospitalised atherothrombotic disease in an Australian population, 2000–07: data linkage study. *Heart*. 2012. V.98. P.1449–1456.

109. Katzenellenbogen J.M., Vos T., Somerford P., Begg S., Semmens J.B., Codde J.P. Burden of stroke in indigenous Western Australians: a study using data linkage. *Stroke*. 2011. Vol. 42. P.1515–1521.

110. Li L., Rothwell P.M. Biases in detection of apparent ‘‘weekend effect’’ on outcome with administrative coding data: population based study of stroke. *BMJ*. 2016. V.353. P.2648.

111. Щедеркина И.О., Витковская И.П., Колтунов И.Е. и др. Инсульт у детей. Формирование педиатрического регистра инсультов: международный и региональный опыт. *Русский журнал детской неврологии*. 2018. №13(1). С.7–19.

112. Heron M. Deaths: leading causes for 2010. *Natl Vital Stat Rep*. 2010. V.62(6). P.1–97. PMID: 24364902.

113. Roach E.S., Golomb M.R., Adams R. et al. Management of stroke in infants and children: a scientific statement from a special writing group of the american heart association stroke council and the council on cardiovascular disease in the young. *Stroke* 2008. Vol.39(9). P.2644–91. PMID: 18635845. DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.189696.

114. Колтунов И.Е., Щедеркина И.О. Проблема инсульта у детей: актуальность и перспективы. *Детский доктор.* 2016. №.3(3). С.10–1.

115. De Veber G.A., Kirton A., Booth F.A. et al. Epidemiology and outcomes of arterial ischemic stroke in children: The Canadian Pediatric Ischemic Stroke Registry. *Pediatr Neurol*. 2017. N.69. P.58–70. PMID: 28254555. DOI: 10.1016.

116. Agrawal N., Johnston S.C., Wu Y.W. et al. Imaging data reveal a higher pediatric stroke incidence than prior US estimates. *Stroke*. 2009. Vol.40(11). P.3415–21. PMID: 19762687. DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.564633.

117. Steinlin M., Pfister I., Pavlovic J. et al. The first three years of the Swiss Neuropae- diatric Stroke Registry (SNPSR): a population-based study of incidence, symptoms and risk factors. *Neuropediatrics.* 2005. V.36(2). P.90–7. PMID: 15822021. DOI: 10.1055/s-2005-837658.

118. Зыков В.П., Васильев С.А., Комарова И.Б. и др. Ишемический инсульт в детском возрасте. *Лечебное дело*. 2009. №2. С.12–20.

119. Маслюк О.А., Смоленцева И.Г., Амосова Н.А. и др. Госпитальный регистр инсульта в специализированном отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2014. N.10(4). C.819–23.

120. Kjellstrom T., Norrving B., Shatchkute A. Helsingborg declaration 2006 on Europe stroke strategias. *Cerebrovasc Dis.* 2007. V.23(2–3). P.231–41. PMID: 17139166. DOI: 10.1159/000097646.

121. Комарова И.Б., Зыков В.П. Классификация CASCADE артериального ишемического инсульта в детском воздасте. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2013. № 5. Вып. 2. С.10-15.

122. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2013. Vol. 44. P.870–947.

123. Steiner T, Al-Shahi Salman R, Beer R et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Int J Stroke*. 2014. V.9. P.840–855.

124. Donnan GA and Davis SM. Neurologist, internist, or strokologist? *Stroke.* 2003. Vol.34. P.2765.

125. Zipfel GJ, Derdeyn CP and Dacey RG Jr.. Current status of manpower needs for management of cerebrovascular disease. *Neurosurgery.* 2006. V.59. P.S261–S270; discussion S263–S213.

126. Asplund K., Eriksson M. and Persson O. Country comparisons of human stroke research since 2001: a bibliometric study. *Stroke* 2012. Vol.43. P.830–837.

127. Bath P, Lees K, Dennis M, et al. Should stroke medicine be a separate subspecialty? *BMJ.* 1997. Vol.315. P.1167–1168.

128. Adams HP Jr, Biller J, Juul D and Scheiber S. Certification in vascular neurology: a new subspecialty in the United States. *Stroke*. 2005. Vol. 36. P.2293–2295.

129. Starke I. Stroke medicine: a new subspecialty. *Hosp Med.* 2004. V.65. P.369–370.

130. Chen M and Nguyen T. Emerging subspecialties in neurology: endovascular surgical neuroradiology. *Neurology.* 2008. Vol.70. P.21–24.

131. Zakaria A, Provencio JJ and Lopez GA. Emerging subspecialties in neurology: neurocritical care. *Neurology*. 2008. V.70. P.68–69.

132. Josephson SA, Engstrom JW and Wachter RM. Neurohospitalists: an emerging model for inpatient neurological care. *Ann Neurol.* 2008. V.63. P.135–140.

133. Corea F, Gunther A, Kwan J, et al. Educational approach on stroke training in Europe. *Clin Exp Hypertens.* 2006. N.28. P.433–437.

134. Progress Collaborative Zroup. Qandomised trial of a perindopril – based blood pressure lowering regimen among 6, 105 patients with prior Stroke or transient ischaemic attack. *Lancet.* 200. N.358. P.1033-1041.

135. Kaste M. Approval of alteplase in Europe: will it change Stroke managements *Lancet neurology*. 2003. N.2. P.207-208.

136. Broderick J., Conolly S., Felmann E., et al. Gnidelines for the management of spontaneous intracerebral naemorrhage in adults: 2007 update: a guideline from the American Heart Association. American Stroke Association Council. *Stroke.* 2007. Vol. 38. P.2001-23.

137. Stroke prevention: the need for a global response. *The lancet Neurology*. 2011 N.10. P.1. / http: //www.thelancent.com/series/chronic-diseases-and-development.

138. The European Hd Hoc Consensus Group: European strategies for early intervention in Stroke. A report of a Hoc Consensus Group Meeting. *Cerebrovasc Dis*. V.6. P.315-24.

139. Козелкин А.А., Козелкина С.А., Ревенько А.В., Сикорская М.В., Субботовская Л.В., Сикорская Н.И., Толетикова Е.Д., Хохлов Ю.Д., Кузьменко Л.В. Система этапной помощи больным с мозговым инсультом. *Международный неврологический журнал.* 2006. №3(7). – [электронный ресурс]. – Режим доступа: http: //neurology.mif-ua.com/archive/issue-2500/article-25-24./

140. Barnett H.J., Buchan A.M. The imperative to develop dedicated stroke centers. *JAMA.* 2000. Vol.283(23). P.3125-3126.

141. Camarata P.J., Heros R.C., Latchaw R.E. «Brain attack»: the rationale for treating stroke asamedical emergency. *Neurosurgery.* 1994. Vol.34(1). P.144-157.

142. CAPRIE Steering Committee A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet.* 1996. N.348(9038). P.1329-1339.

143. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Decline in deaths from heart disease and stroke — United States, 1900-1999. MMWR Morb. *Mortal Wkly Rep., 1999.* Vol.48(30). P.649-656.

144. Gautier J.C., Pradat-Diehl P., Loron P. et al. Cerebral vascular accidents in young subjects. A study of 133 patients 9 to 45 years of age. *Rev. Neural*. (Paris), 1989. N.145(6-7). P.437-442.

145. Vahedik, Hofmeir J., Jucttler E., et al., for the Decimal, DeSTINy and Hamlet I nves tigators. Early decompressike syrgery in malignant ifarction of middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomized controlled trials. *Lancet Neurol*. 2007. V.6. P.215-222.

146. Blanca Fuentes u Exuperio Diez-Tejedor. Инсультные отделения: много вопросов, несколько ответов. *International Jornal of Stroke*. 2010. Том І. Выпуск 1. P.37-48.

147. European Stroke Initiative Executive Committee European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management — update 2003. *Cerebrovasc. Dis*., 2003. Vo1.6(4). P.311-337.

148. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками, 2008. Исполнительный комитет Европейской инсультной организации (ESO) и авторский комитет ESO // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http:medical.atheo-club.ru/neuro/euro guide stroke 2008.html/

149. Barber P.A., Darby D.G., Desmond P.M. et al. Prediction of stroke outcome with echoplanar perfusion- and diffusion-weighted MRI. *Neurology*. 1998. Vol.51(2). P.418–426.

150. Alberts M. J., Latchaw R. E., Jagoda A. Et al. Revised and updated recommendations for the establishment of primary stroke centers. A summary statement from the Brain Attack Coalition. *Stroke*. 2011. Vol.42. P.2651-2665.

151. Нуо Suk Nam, Eunjeong Parkbc, Ji Hoe Heoa. Современные информационные технологии содействуют оказанию помощи при инсульте. *Судинні захворювання головного мозку*. 2016. № 3-4. С.45-53.

152. National Institute for Health and Care Excellence, 2016. Quality Standard 2: Stroke in adults [Online]. Available at : https://www.nice.org.uk/guidance/QS2.

153. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Нечипорук О.О. Особливості тромболітичної терапії при гострому інфаркті мозку в нейрохірургічній практиці: матеріали науково-практичної конференції Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика. Дніпропетровськ, 2012. С.21-22.

154. Chan DKY, Cordato D, O'Rourke F, et al. Comprehensive stroke units: a review of comparative evidence and experience. *International Journal of Stroke*. 2013. Vol.8. Issue 4. P.260-264.

155. Kim DH, Cha JK, Bae HJ, et al.Organized Comprehensive Stroke Center is Associated with Reduced Mortality: Analysis of Consecutive Patients in a Single Hospital. *Journal of Stroke*. 2013. V.15(1). P.57-63. Available at : http://dx.doi.Org/10.5853/jos.2013.15.l.57.

156. Gorelick Р.В. Primary and Comprehensive Stroke Centers: History, Value and Certification Criteria. *Ibid*. V.15(2). P.78—89. Available  at: http://dx.doi.Org/10.5853/jos.2013.15.2.78.

157. Мищенко Т. С.  Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине. *Український вісник психоневрології*. 2017. Том 25. Випуск 1 (9). С.22-24.

158. Педаченко Є.Г., Гук А.П., Никифорова А.М., Йовенко Т.А. Нейрохірургічні ресурси України у наданні спеціалізованої допомоги при мозковому інсульті: матеріали Науково-практичної конференції нейрохірургів України з міжнародною участю “Організація та сучасні принципи надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги хворим на мозковий інсульт”. (5–7 вересня 2018, м. Вінниця). Вінниця, 2018. 17c.

159. Brainin M., Bornstein N., BoysenG., Demarin V. Acute neurological stroke care in Europe: results of the European Stroke Care Inventory. *Eur. J. Neural*. 2000. Vol.7(1). P.5.

160. The burdenof stroke in Eurone. https://strokeeurope.eu/

161. Bo Norrving, Jon Barrick, Antoni Davalos, Martin Dichgans, Charlotte Cordonnier, Alla Guekht, Kursad Kutluk,Robert Mikulik, Joanna Wardlaw, Edo Richard, Darius Nabavi, Carlos Molina, Philip M Bath, Katharina S. Sunnerhagen, Anthony Rudd,Avril Drummond, Anna Planas, Valeria Caso on behalf of the Action Plan for Stroke in Europe Working Group. Action Plan for Stroke in Europe2018–2030. *European Stroke Journal*. Vol.3(4). P.309 -336.

162. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (http://www.euro.who. int/\_\_data/assets/pdf\_룿le/0010/76528/E89306R.pdf).

163. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_룿le/0005/147731/wd12R_NCDs_111363-las.pdf>).

164. Цели развития тысячелетия [веб-сайт]. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2013 (<http://www.un.org/russian/millenniumgoals>).

165. Department of Health. National Stroke Strategy, December 2007. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105121530/> http://www.dh.gov.uk/en/ Publicationsandstatistics/Publications/Publications Policyandguidance/dh\_081062

166. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьби с неинфенционными заболеваниями. Копенгаген. ЕРБ ВОЗ, 2000. 62 с.

167. Московская декларация по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (<http://www.who.int/nmh/events/moscow_> ncds\_2011/conference\_documents/moscow\_declaration\_ru.pdf).

168. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (документ EUR/RC55/8, <http://www.euro>. who.int/\_\_data/assets/pdf\_ʢle/0008/87884/RC55\_rdoc08.pdf).

169. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Максименко О.П. та ін. Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні. Україна. *Здоров’я нації.* 2017. №3 (44). С.159-165.

170. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Карманное пособие по оценке и снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний. Женева, 2007. 22 с.

171. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, 2007.

172.World Health Organization. Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low- and middle-income populations. Evidence-based recommendations for policy-makers and health professionals. Geneva, 2003.

173. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 г. № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : http : [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

174. Ординський В. А. Медико-соціальне обґрунтування моделі первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню на рівні адміністративного району: автореф. дис. ... к. мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» /В.А.Ординський, - К., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. 2015 - 24 с.

175. Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Слабкий Г.О. та інші. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги. Київ: МОЗ, ДУ «УІСД МОЗ України», НМАПО ім. П.Л. Шупика, Міжнар. наук.-навч. центр інформтехнології та систем НАН України і МОН України. *Укр. мед. стомат. академія,* 2011. 47 с.

176. Вовченко В.В., Лисак В.П., Ключко О.М. та інші. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Полтавській області: методичний посібник для організаторів охорони здоров’я та лікарів загальної практики-сімейної медицини. Полтава, 2002. 153с.

177. Поцелуєв В.І. Обгрунтування системи моніторингу якості та доступності медичної допомоги в закладах сімейної медицини (на прикладі сільського населення Сумської області): автореф. дис. ... к. мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина». Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. Київ. 2014. 24 с.

178. Слабкий Г.О., Лехан В.М. Уроки реформи охорони здоров’я в Україні: досягнення, невирішені питання, ризики, проблеми: збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров’я, 2015». 20-21 жовтня 2015. С.26-27.

179. Аніщенко О.В., Моісеєнко Р.О., Толстанов О.К. та інші. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров’я регіонів. Київ, 2011. 149 с.

180. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2015 рік / за ред. В.В.Шафранського; МОЗ України, ДУ „УІСД МОЗ України**”**. Київ, 2016. 452 с.

181. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія К., 2014. 437 с.

182. Шевченко М.В., Дорошенко О.О., Левицький О.І., та інш. Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2011 рік : монографія / за ред. Р. О. Богатирьової. Київ: 2012. С.44–62.

183. Істомін С.В., Поканевич В.В., Збітнєва С.В., Пархоменко Г.Я. *Правові засади реформування механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров’я.* Інноваційна система управління охороною здоров’я: галузь, регіон, лікарня: тези доп.: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю Інновації в медицині (наук.-практ. видання): (м. Київ, 29–30 вересня 2011 р.). Київ, 2011. С. 48.

184. Kucherenko N.T. Improving the organizational and economic mechanism of medical industry management in Ukraine. Україна. *Здоров’я нації*. 2014. №1(29). С.90–94.

185. Матюха Л.Ф., Лехан В.М., Гойда Н.Г. та інш. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях. Київ, МОЗ України. НМАПО ім. П. Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. 43 с.

186. Кризина Н.П., Слабкий В.Г., Письменна О.В. Механізми формування та реалізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на сучасному етапі реформування системи охорони здоров’я України. Україна. *Здоров’я нації.* 2012. №1 21. С.116–120.

187. Слабкий Г.О. Нова структура закладів охорони здоров’я. *Практика управління медичним закладом*. 2011. №11. С.14–35.

188. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка*. Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України*. 2011. №2. С.39-41.

189. Реформування галузі охорони здоров’я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. Київ, 2014. 207 с.

190. Слабкий Г.О., Лехан В.М., Надутий К.О. та інші. Деякі уроки реформи охорони здоров’я України. *Здоров’я нації.* 2014. №3. С.7–22.

191. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров’я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. *Здоров’я нації*. 2015. №3 (спеціальний випуск). С.67-86.

192. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я:  Закон України [від 06.04.2017 р. № 2002](http://www.apteka.ua/article/409524) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_>passed\_by\_legislature /zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoskonalennya-zak/– Назва з екрану.

193. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення:Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l\_doc2.nsf/link1/T172168.html– Назва з екрану.

194. Скрип В.В. Особливості підготовки закладів охорони здоров’я до автономізації в умовах впровадження нової системи їх фінансування. Streszczenia wystąpień na konferencji conference abstracts all-Ukrainian scientific and practical conference with international participation “Poltava days of public health” May 25, 2018, Poltava, Ukraina. *Wiadomości Lekarskie* (Польща). 2018, tom LXXI. № 4. C. 936.

195. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Закрутько Л.І., Скрип В.В., Дудник С.В. Алгоритм підготовки закладів охорони здоров’я до зміни правового статусу на неприбуткові некомерційні підприємства. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Київ. 2018. (Випуск 4). Реєстр. № 232/4/17.

196. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів: Постанова КМУ від 30 листопада 2016 р. № 932 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.medcv.gov.ua/archives/3586>. – Назва з екрану.

197. Деякі питання електронної системи охорони здоров’я: Постанова КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411  [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya>. – Назва з екрану.

198. **Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік:** Постанова КМУ **від 25.04.2018 р. № 407** [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>**.** – Назва з екрану.

199. Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-zatverdzhennya-metodiki-rozrahunku-vartosti-poslugi-z-medichnogo-obslugovuvannya>. – Назва з екрану.

200. Про утворення національної служби здоров’я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>. – Назва з екрану.

201. Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення: Наказ МОЗ України від 26 липня 2019 року N 1709, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23 серпня 2019 р. за N 961/33932. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE33932.html> – Назва з екрану

202. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрактування закладів охорони здоров’я. Національна служба здоров’я України. Київ. 2020. 59 с.

203. Лашкул З.В. Вплив моделі надання первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини на доступність і якість надання медичної допомоги: проблеми та шляхи їх вирішення. Україна. *Здоров’я нації.* 2012. №2-3. С.224-228

204. Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Слабкий Г.О. та інші. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги. Київ: МОЗ, ДУ «УІСД МОЗ України», НМАПО ім. П.Л. Шупика, Міжнар. наук.-навч. центр інформтехнології та систем НАН України і МОН України. *Укр. мед. стомат. академія,* 2011. 47 с

205. Первичная медико-санитарная помощь — сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf>. – Название с экрана.

206. Комплекс практических мер по ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи. Всемирная организация здравоохранения. ‎2018‎. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311510>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

207. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (<http://www.euro.who>. int/\_\_data/assets/pdf\_룿le/0007/147733/wd13R\_Alcohol-Plan.pdf).

208. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 (<http://www.who.int/fctc/ru/index.html>).

209. Доклад о политике по борьбе против табака в Европейском регионе. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_盈le/0009/68076/E74573R.pdf>).

210. Европейская стратегия борьбы против табака. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_盈le/0020/68105/e77976r.pdf>).

211. Self-care in the context of primary health care. Report of the regional consultation, Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia, 2009.

212. Uthman OA, Hartley L, Rees K, Taylor F, Ebrahim S, Clarke A. Multiple risk factor interventions for primary prevention of cardiovascular disease in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2015. N.8. P.CD011163.

213. Lin JS, O’Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle for cardiovascular disease prevention in persons with cardiovascular risk factors: an updated systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 (Evidence Synthesis No. 113) (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2415357/, accessed 1 August 2016).

214. Ebrahim S, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst. Rev*. 1999. N.2. P.CD001561.

215. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Geneva: World Health Organization. 2013.

216. MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/tobacco/mpower/oOer/en/, accessed 1 August 2016).

217. Centers for Disease Control and Prevention. Elements associated with eOective adoption and use of a protocol: insights from key stakeholders. Atlanta, GA: United States Department of Health and Human Services. 2014.

218. Angell S, Ordъсez P. Identi嵞cation of a core set of medications and care delivery models for the medical treatment of hypertension (CDC/PAHO Global Treatment Standardization Project). Washington DC: Pan American Health Organization. 2013.

219. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases. Global Survey. Geneva: World Health Organization. 2016 (http://www.who.int/chp/ncd\_capacity/en/, accessed 1 August 2016).

220. NCD Alliance brie嵞ng paper – access to essential medicines and technologies for NCDs (NCD Alliance – putting non-communicable diseases on the global agenda). Geneva: World Health Organization; 2011.

221. Khatib R, McKee M, Shannon H, Chow C, Rangarajan S, Teo K et al. Availability and aOordability of cardiovascular disease medicines and their eOect on use in high-income, middle-income, and lowincome countries: an analysis of the PURE study data. *Lancet*. 2016.V.387. P.61–69.

222. D’Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM et al. General cardiovascular risk pro嵞le for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008. N.117. P.743–53.

223. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C et al. Eџcacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*. 2005. Vol.366. P.1267–78.

224. Turnbull F. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists’ Collaboration. EOects of diOerent bloodpressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomized trials. *Lancet*. 2003. V.362. P.1527–35.

225. Yusuf S, Lonn E, Pais P, Bosch J, Lуpez Jaramillo P, Zhu J et al. Blood-pressure and cholesterol lowering in persons without cardiovascular disease. *N Engl J Med.* 2016. V.374. P.2032–43.

226. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization. 2007 (http://www.who.int/cardiovascular\_diseases/guidelines/Full%20text.pdf,

227. Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Chapel Hill, NC: IntraHealth International Inc. 2006.

228. Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H, Evans DB. The health worker shortage in Africa: Are enough physicians and nurses being trained? *Bull World Health Organ*. 2009. Vol.87. P.225–39.

229. Treat train retain. Task shifting: global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization. 2007.

230. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization. 2008.

231. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf.

232. Harries AD, Jahn A, Zachariah R, Enarson D. Adapting the DOTS framework for tuberculosis control to the management of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa. *PLoS Med*. 2008. V.5. P.124.

233. Harries AD, Kumar AMV, Karpati A, Jahn A, Douglas GP, Gadabu OJ et al. Monitoring treatment outcomes in patients with chronic disease: lessons from tuberculosis and HIV/AIDS care and treatment programmes. *Trop Med Int Health*. 2015. V.20. P.961–4.

234. Лашкул З.В. Організація роботи сімейного лікаря по профілактиці цереброваскулярної патології. *Актуальні питання медичної науки та практики: збірник наукових праць ДЗ «ЗМАПО МОЗ України*». м. Запоріжжя. 2009. Випуск 76 Т.1. К. 2. С.247-253.

235. Ким, И.В., Бочкарева Е.В., Варакин Ю.Л., Кокурина Е.В. Выявление кардио- и цереброваскулярных заболеваний с помощью скрининговой методики в амбулаторных условиях. *Неинфекционные заболевания и здоровье населения России:* материалы Всероссийской научно-практической конференции Профилактическая медицина. 2014. Т.17. №2. С.39.

236. Лашкул З.В. Вивчення знань факторів ризику захворюваності і смертності від артеріальної гіпертензії у керівників лікувальних закладів первинної ланки. *Вісник проблем біології та медицини.* 2014. Т.1. С.147-200.

237. Пулик О.Р., Пулик Р.О. Актуальні питання хрономедицини. *Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”*. 2001. Вип.16. С.70-73.

238. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я., Арабидзе Г.Г., Ощепкова Е.В. Медикаментозные методы профилактики инсульта при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Тер.арх.* 1997. T.69. №10. С.63-68.

239. Віничук С.М. Судинні захворювання нервової системи. К.: Наукова думка, 1999. 250 с.

240. Мажак І.М. Профілактика - основа сімейної медицини. *Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”*. 2001. Вип.16. С.172-177.

241. Бабич М.М., Бігорі П.П., Братасюк А.М., Міговк Я.М. Із практики роботи сімейного лікаря Угорщини (на основі річного звіту): статистичні дані звернення до лікаря за період з 01.01.2001 по 30.06.2001*. Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”*. 2001. Вип.16. С. 9-13.

242. Влох І. Й., Байса І.Ю., Степаненко Л.В., Костюк А.В. Деякі питання клініки психічних розладів при цереброваскулярних захворюваннях. *Український вісник психоневрології*. 2001. Т.9. Вип. 1(26). С.13-15.

243. Чопей І.В., Товт-Коршинська М.І., Дью М.А., Ілько А.В., Бігорі П.П., Колесник П.О. Психологічні розлади в практиці сімейного лікаря. Ужгород: Ліра, 2000. 175 с.

244. Пулик О.Р., Пулик Р.О. Актуальні питання хрономедицини. *Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”*. 2001. Вип.16. С.70-73.

245. Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Кітура О.Є. Артеріальна гіпертензія і цереброваскулярні захворювання у загальнолікарській практиці: навч. посібник. Полтава: ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 2008. 430 с

246. Барна О.М., Корост Я.В., Аліфер О.О., Одинець М.О. Хронічні цереброваскулярні захворювання в практиці сімейного лікаря: місце комбінованого ноотропа Олатропілу. *Ліки України* • *Medicine of Ukraine*. 2017. №9.10 (215-216). С.40-44.

247. Лашкул З.В. Вплив організації первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини на захворюваність і смертність від артеріальної гіпертензії та цереброваскулярної патології з артеріальною гіпертензією. *Сучасні медичні технології. Український науково-практичний журнал*. 2013. №2. С.54-57.

248. Ким, И.В., Кокурина Е.В., Варакин Ю.Л. Новая скрининговая методика для активного выявления кардионеврологических заболеваний в первичном звене здравоохранения. *«Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация 2011» и «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России»:* материалы объединенной научно-практической конференции Приложение 1 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». 2011. Т.10. № 4. С.106.

249. Лашкул З.В. Роль врача общей практики в профилактике сердечно -сосудистых заболеваний. Сучасні медичні технології. *Український науково-практичний журнал*. 2010. №3. С.123-126.

250. Ozdemir BA, Karthikesalingam A, Sinha S, et al. Research activity and the association with mortality. *PLoS One*. 2015. V.10. P.0118253.

251. Rochon J and du Bois A. Clinical research in epithelial ovarian cancer and patients’ outcome. *Ann Oncol*. 2011. V.22. P.16–19.

252. Laliberte L, Fennell ML and Papandonatos G. The relationship of membership in research networks to compliance with treatment guidelines for early-stage breast cancer. *Med Care*. 2005. Vol.43. P.471–479.

253. Hanney S, Boaz A, Jones T and Soper B. Engagement in research: an innovative three-stage review of the benefits for health-care performance. *Health Serv Deliv Res*. 2013. V.1. P.51–64.

254. Bullock A, Morris ZS and Atwell C. Collaboration between health services managers and researchers: making a difference? *J Health Serv Res Policy.* 2012. V.17. P.2–10.

255. Мировая статистика 2013. Департамент статистики здравоохранения и информатики Группы по информации, фактическим данным и научным исследованиям Всемирной организации здравоохранения, 2013 // [Electronic version]. – Access mode: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/index.html>. – Назва з екрану

256. O’Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTER-STROKE): a case-control study. *Lancet.* 2016. V.388. P.761–775.

257. Young Dae Kim, Yo Han Jung, Bo Norrving, Bruce Ovbiagele, Gustavo Saposnik. Влияют ли национальные расходы на научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы на исходы инсульта? *International Journal of Stroke*. 2015. Vol.10(6). Р.10–18.

258. Наукові здобутки в дисертаційних роботах за спеціальністю «соціальна медицина» 2013-2017 роки. / за ред. Г.О.Слабкого. Київ, 2018. 342с

259. Коваленко А.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі інформаційно-освітнього забезпечення профілактики хвороб системи кровообігу: автореф. дис. ... кандидата мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» Харківський національний медичний університет МОЗ України. Харків. 2015. 22 с.

260. Бідчук А.С., Кириченко А.С. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі профілактики хвороб системи кровообігу в практиці сімейної: автореф. дис. кандидата мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина». К., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. 2016. 24 с.

261. Сміянов В.А. Медико-соціальне обґрунтування моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров’я : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» Харків, 2015. 38 с.

262. Пірникоза А.В. Удосконалення системи медичного забезпечення сільського населення при екстрених станах: автореф. дис. ... к. мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина», Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. Київ. 2014. 24 с.

263. Лакшул З.В. Медико-соціальне обґрунтування мультимодальної системи профілактики артеріальної гіпертензії на основі концепції персоналізованої медицини у дорослого населення на регіональному рівні: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» Харківський національний медичний університет МОЗ України. Харків, 2016. 38 с.

264. Кириченко А.Г. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі запобігання та зменшення первинної інвалідності працездатного населення України (на прикладі невроголічної патології): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. Київ. 2014. 32 с.

265. Зозуля А.І. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» Київ, 2013. 40 с.

266. Осипов В. Г., Коваленко Г. В., Лопин Н. И. Методика и техника статистической обработки информации. Москва : Наука, 1968. 323 с.

267. Паніотто В. І., Максименко В. С., Харченко Н. М. Статистичний аналіз соціологічних даних. Київ : КМ Академія, 2004. 269 с.

268. Сепетлиев Д. И. Статистические методы в научных медицинских исследованиях / авториз. пер. с болг. Москва : Медицина, 1968. 18 с.

269. Bland M. An Introduction to Medical Statistics. / M. Bland. - 3rd ed. Oxford. Oxford University Press. 2000. 405 р.

270. Жданова М.П. Стан неврологічної служби України в 2006 році та перспективи розвитку / Жданова М.П., Голубчиков М.В., Міщенко Т.С. — Харків, 2007. — 24 с.

271. Хобзей М.К., Міщенко Т.С., Вершигора А.В., Матюха Л.Ф., Нетяженко В.З., Дударь Л.В., Педаченко Є.Г., Швець О.В., Божко Л.І., Величко С.О., Гуляєва М.В., Костюк М.Р., Сехедько О.А., Острополець Н.А., Парій В.Д., Прокопів М.М., Титова Т.А., Фломін Ю.В., Шуляк В.І. Ішемічний інсульт. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. 2012. *ВГО «УАБІ»,* Київ, 2012. 120 с.

272. Показники здоров’я населення та використання ресурсів охорони здоров’я в Україні за 2015 – 2016 роки. Київ, 2017. – 294 с.

273. Показники здоров’я населення та використання ресурсів охорони здоров’я в Україні за 2017 – 2018 роки. Київ, 2019. – 296 с

274. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров’я України: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення (аналітична доповідь). Київ, 2011. 61 с.

275. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь — сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf>. – Название с экрана.

276. Лехан В.М., Надутий К.О., Слабкий Г.О. Інноваційні підходи до забезпечення доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню. Україна. *Здоров’я нації.* 2011. №3 (19). С.86–91.

277. Lekhan V. Rudiy V., Nolte E. Health care systems in transition: Ukraine. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. *Copenhagen*, 2004. 128 p.

278. Слабкий Г.О., Зозуля І. С., Зозуля А. І. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. *Сімейна медицина*. 2014. №3 (53). С.25–27.

279. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення:Закон України 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l\_doc2.nsf/link1/T172168.html– Назва з екрану

280. Руководство по диспансеризации взрослого населения / под общей редакцией В.М. Чернышева. Новосибирск. ЗАО ИПП «Офсет», 2013. 543с.

281. Борисенко О.В. Оценка эффективности методов скрининга. *Заместитель главного врача.* 2011. №3. С.22-29.

282. Біловол О.М., Гріднєв О.Є., Ісаєва Г.С. та інші. Профілактика неінфекційних захворювань.  Бібліотека «Здоров'я України». 2016. 352 с.

283. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки : монографія. Київ : НАДУ, 2009. 296с.

284. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьби с неинфенционными заболеваниями. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2000. 62 с.

285. Ішемічний інсульт: рекомендації AHA та ASA 201// <https://www.umj.com.ua/article/168559/ishemichnij-insult-rekomendatsiyi-aha-ta-asa-2019-chastina->ii?fbclid=IwAR2DH3fybxmICMlBSbqAm8gWhHuekHsrxy4SZK3rCPQoGx7ggj5YQ4Labc4

286. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранский В.В., Закрутько Л.І., Качала Л.О., Дудник С.В. Задачі та функції громадського здоров’я центрального рівня. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Київ, 2018. Випуск 4. Реєстр. № 235/4/17.

287. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранский В.В., Закрутько Л.І., Качала Л.О., Дудник С.В. Задачі та функції громадського здоров’я регіонального рівня. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Київ, 2018. Випуск 4. Реєстр № 229/4/17.

288. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В., Закрутько Л.І., Качала Л.О., Дудник С.В. Функціонально-організаційна система громадського здоров’я України. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Київ, 2018. Випуск 4. Реєстр 231/4/17.

289. Слабкий Г.О., Шафранский В.В., Рогач І.М., Качала Л.О. Сучасні підходи до створення моделі індивідуальної профілактики захворювань: матеріали 70-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ. Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки. Ужгород. 2016. С.66-67.

290. Ким И.В., Бочкарева Е.В., Варакин ЮЛ., Кокурина Е.В. Применение скрининговой методики для выявления хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения. *Профилактическая медицина.* 2013. Т.16. № 4. С.27-30.

291. Ким, И.В. Бочкарева Е.В., Варакин ЮЛ., Кокурина Е.В., Александрова Е.Б. Основные результаты применения скрининговой методики для выявления кардио- и цереброваскулярных заболеваний у пациентов, находящихся под наблюдением участкового терапевта. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2014. Т.13. №3. С.25-31.

292. Аксенов В. А. Доказательная профилактика или диспансеризация: что же нам нужно? *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.* 2007. №2. С. 40-47.

293. Громадське здоров'я та охорона здоров'я: / за ред. В.А. Міняєва, Н.І. Вишнякова. М. «Вища школа», 2002. С.258 - 265.

294. Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С. Міжсекторальний підхід, як основа ефективної діяльності в системі громадського здоров’я. *Intermedical Jornal.*  2017. № ІІ (10). С.79-82.

295. Москаленко В.Ф. Цільові програми як механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я. *Международный медицинский журнал*. 2002. №4. Т.8. С.6-13.

296. Стрес і хвороби системи кровообігу: посібник / за ред.: В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. Київ, 2015. 352 с.

297. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Как повысить приверженность к лечению и сделать болього союзником врача. *Заместитель главного врача*. 2011. №4. С.100-108.

298. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение. Ростов-на-Дону «Феникс», 2007. 125 с.

299. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

300. Герасименко М.Ю., Афошин С.А., Лазаренко Н.Н. Физические факторы в комплексной реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2011. № 6. С. 51-56.

301. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. М.: Антидор, 2000. 568 с.

302. Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України*. 2011. №1. С.86-95.

303. Лехан В.М., Зюков О.Л. Модель управління якістю медичної допомоги на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України. *Главный врач*. 2008. №6. С.65–68.

304. Огнєв В.А., Чумак Л.І., Федак Н.М. Аспекти оптимізації управління якістю медичної допомоги дітям з цукровим діабетом. *Медицина сьогодні і завтра.* 2012. №1. С.23-27.

305. Сміянов В.А., Степаненко А.В., Петренко В.Ю., Тарасенко С.В.. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров’я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я.* 2013. № 3. С.11-18.

306. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров’яграфія. Вінниця: ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2012. 213 с.

307. Федосюк Р.М., Ковальова О.М. Безпека пацієнта – глобальний виклик сучасній медицині. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2013. Т. III. № 3 (9). С.19-25.

308. Гайфулин Р.Ф., Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И. Модернизация внутреннего контроля качества оказания медицинский помощи в системе оперативного управления крупной многопрофильной организацией. *Практическая медицина.* 2013. N.1–2. С.25-31.

309. Goldstein L.B., Matchar D.B., Hoff-Lindgaist J. et al. VA Stroke Study. Neurologist Care is associated with increased testing but improved outcomes. *Neurology*. 2003. V.61. P.792-796.

310. European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack. *Cerebrovasc. Dis*. 2008. V.2595. P.457-507.

311. Smith M.A., Lion J.I., Frutak J.R. et al. 30-dag survival and rehospitalization for stroke patients according to physician specialty. *Cerebrovas. Dis.* 2006. V.22. P.21-26.

312. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація): Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 03.08.2012 № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html

313. Mahdiraffa M., Wolfenden A., Chapman K. et al. Reduction in if t-PA door to deedie times using in acute stroke triage pathway. *Can. J. Neurol. Sci.* 2006. V.33. P.214-216.

314. Гафуров Б.Г., Ахмедова М.М. Эффективность нейропротекторной терапии ишемического мозгового инсульта с применением препарата Корвитин. *Вестник Каз НМУ*. 2015. №2. С.345-347.

315. Горанский Ю.Н., Добровольский В.В., Хубетова И.В. Опыт применения кверцетина при ишемии/реперфузии в комплексном лечении пациентов с ишемическим инсультом в острый период. *Укр. невролог. журнал*. 2016. №1. С.102-106.

316. Зозуля И.С., Сыч Н.С., Боброва В.И. Возможности лечения когнитивных и эмоциональных нарушений в остром периоде инфаркта мозга. *Междунар. неврол. журнал.* 2013. №5(59). С. 192-203.

317. Кузнецова С.М., Егорова М.С., Скрипниченко А.Г. Клинические аспекты применения кверцетина у больных, перенесших ишемический инсульт. *Журнал неврол. им. Б.Н.Маньковского*. 2014. Т.1(3). С.34-40.

318. Никонов В.В., Савицкая И.Б. Нейропротекторные возможности Корвитина для лечения острого ишемического инсульта (по материалам открытого рандомизированного исследования. *Медицина неотложных состояний*. 2010. №6(31). [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://urgent.mif-ua.com//archive/issue-15105/article-15123

319. Халилова Х.М., Якубова М.М. Эффективность Корвитина при остром ишемическом инсульте с сердечно-сосудистыми нарушениями. *Укр. мед. часопис.* 2011. №4(84). С.61-63.

320. Middleton E.Jr., Kandaswami C., Theoharides T.C. The effects of plan flavonoids on mammalian cells: implications for inflammation, heart disease, and cancer. *Pharmacol. Rev*. 2000. V.52(4). Р.673-751

321. Камчатов П.Р. Вертебрально-базилярная недостаточность. *РМЖ*. 2004. Том 12(10). С.614-616.

322. Toi H., Vno M., Harada M., Yeneda K et al. Diagnosis of acute brain – stem infarcts using diffusion – weighed MRI. *Neurology*. 2003. Vol.46(6). P.352-356.

323. Kim J.T., Park M.S., Choi K.H. et al., Clinical outcome of myocardial infarction of the posterior and posterior circulation with low National Institutes of Health Stroke Scale. *J. Tromb. Trombolizis*. 2014. Vol.37 (4). P.565-570.

324. Виничук С.М., Прокопив М.М., Трепет Л.Н. Изолированные инфаркты таламуса: клинические синдромы, диагностика, лечение, исход. *Український медичний часопис.* 2012. №2(88), ІІI-ІV - С.87-93.

325. Бабий Я.С., Виничук С.М., Ялынская Т.А. Диагностика острого инфаркта ствола головного мозга с использованием клинических критериев и диффузионно-взвешенной магнитно-резонансной томографии. *Укр. мед. часопис*. 2005. Том 1(45). С.106-111.

326. Kumrаl E., Bayulkem G., Evyanan D. Clinical spectrum of pontine infarction. Clinical –URI correlations. *Neurology*. 2002. V. 249. P.1659-1670.

327. Duvernoy H.M. Human brainstem vessels. Berlin. *Springer Verlag*. 1978. P.11-15.

328. Прокопів М.М. Вертебробазилярні інфаркти: принципи класифікації, клініко-нейровізуалізаційний аналіз і термінологічні визначення діагнозу. *Серце і судини*. 2019. №2. С.7-17.

329. Carrera E., Michel P., Bogousslavsky J. Anteromedian, central, and posterolateral infarcts of the thalamus three variant types. *Stroke*. 2004. Vol.35(12). P.2826-2831.

330. Teasell R., Foley N., Doher T.J., Finestone N. Clinical characteristics of patients with brainstem strokes admitted to a rebilitation unit. *Arch. Phys. Med*.

331. Caplan L.R. Posterior circulation ischemia: then, now, and tomorrow. The Thomas Willis Lecture. *Stroke*. 2000.Vol.31. P.2011-2013.

332. Kane S., Hand P.J., Rivers S., A practical assessment of magnetic resonance diffusion-perfussion mistate in acute stroke: observer variation and outсоme. *Neurology*. 2009.Vol.296(11). P.1832-1838.

333. Sinha K.K. Brain-stem Infarction: clinical clues to localize them. *J. Acad. Clin. Med.* 2000. Vol.1(3). P.213-221.

334. Скринінг у первинній допомозі клінічна настанова, заснована на доказах. ГО «Украінська асоціація сімейної медицини». Київ, 2018 – 464 с.

# Додаток А

### Список особистих робіт за темою дисертації

***Список праць в яких висвітлено основні результати дослідження***

1. Прокопів М.М.Якість життя мешканців мегаполісу, що перенесли церебральний інсульт. *Україна.* *Здоров’я нації.* 2020. №1(58). С.43-46.

2. Прокопів М.М. Оцінка лікарями-неврологами стаціонарної медичної допомоги при церебральних інсультах (за результатами соціологічного дослідження). *Україна.* *Здоров’я нації.* 2020. №3(60). С.21-29.

3. Прокопів М.М. Характеристика оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу – м. Києва*. Україна. Здоров’я нації*. 2020. №3-1(61). С.18- 22.

4. Прокопів М.М. Аналіз роботи неврологічної служби дорослої мережі м. Києва за 2016 рік. *Український неврологічний журнал*. 2017. № 1. С.82-86.

5. Прокопів М.М. Аналіз роботи неврологічної служби дорослої мережі м. Києва за 2015 р. *Український неврологічний журнал.* 2016. №1. С.98-101.

6. Прокопів М.М. Вертебробазилярні інфаркти: принципи класифікації, клініко-нейровізуалізаційний аналіз і термінологічні визначення діагнозу. *Серце і судини*. 2019. №2. С.7-17.

7. Прокопів М.М. Результати дослідження якості медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами. *Економіка і право охорони здоров’я*. 2020. №2(12). - С. 11-14

8.Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Методичні підходи до створення сучасної системи надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні захворювання в мегаполісі. *Україна*. *Здоров'я нації*. 2019. №3(56). С.16-19. *(Дисертантом проведено збір, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків, написання статті).*

9. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. Епідеміологія цереброваскулярних хвороб серед жителів міста Києва. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України.* 2019. №4(82). С.10-15. *(Дисертантом проведено збір і обробку первинної інформації, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків).*

10. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Рівень готовності сімейних лікарів до проведення цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобам. *Економіка і право охорони здоров’я*. 2019. №2(10). С.98-100. *(Дисертантом проведено соціологічне дослідження, формування таблиць та аналіз отриманих даних, формування висновків, написання статті).*

11. Прокопів М.М., Слабкий Г.О., Яцина А.Т. Спроможність реформованої системи охорони здоров’я м. Києва до надання медичної допомоги хворим на церебральний інсульт. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України.* 2020. №2 (84). С.17-21. *(Дисертантом проведено збір первинних матеріалів та їх структурно-логічний аналіз, формування висновків, написання статті, написання статті).*

12. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. Стан первинної медико-санітарної допомоги в м. Києві. The unitу of science. December 2019-January 2020. Р.151-154. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків).*

13. Прокопів М.М.,Слабкий Г.О. Напрями і форми  діяльності системи громадського здоров’я в  боротьбі із  цереброваскулярними хворобами  у мегаполіс. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України.* 2020. №3(85). С. 5-9 *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків, написання статті).*

14. Прокопів М.М., Рогоза С.В. Стан надання медичної допомоги хворим із мозковим інсультом у м. Києві та шляхи його поліпшення. *Український неврологічний журнал.* 2018. №1. С.7-12. *(Дисертантом проведено узагальнення та аналіз результатів діяльності закладів охорони здоров’я міста, розроблено шляхи оптимізації їх діяльності)*

15. Прокопів М.М., Рогоза С.В., Трепет Л.М., Вакуленко Л.О., Ярощук І.Б., Скрипова Т.В., Пелешок С.Р., Поляков Є.О., Трейтяк В.С., Колєрова В.Г., Дубініна Л.В., Кошарська С.С., Яворський В.В., Несукай В.Г., Рябіченко Т.М., Ярємова С.О., Дупляк Л.М., Стасула Т.О., Теленгатор О.Я. Фактори ризику, структура та наслідки гострого періоду інсульту у місті Києві за результатами прагматичного спостереження. *Український медичний часопис.* 2017. №2.(118). С.124-127. *(Дисертантом проведено обробку та аналіз результатів результатами прагматичного спостереження, написання статті).*

16. Прокопів М.М., Трепет Л.М., Трепет Г.С., Єльська О.Ю. Система надання невідкладної медичної допомоги хворим на мозковий інсульт у м. Києві: оцінка клінічної ефективності тромболітичної терапії та біофлавоноїду кверцетину в лікуванні гострого ішемічного інсульту в різні періоди після його розвитку. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2019. №8(110). С.35-47. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків, написання статті).*

17. Прокопів М.М., Рогоза С.В., Трепет Л.М., Вакуленко Л.О., Пелешок С.Р., Карнаух Ю.Д., Літовальцева Г.М., Царюк М.Л. Коморбідність мозкового інсульту за результатами прагматичного спостереження у м. Києві. *Український неврологічний журнал*. 2017. №3. С.27-32. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків).*

18. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. Результати вивчення факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб у жінок міста Києва. *Здоровье женщины.* 2020. №5-6 (151-152). С.54-57. *(Дисертантом проведено соціологічне дослідження, статистично опрацьовано та проаналізовано результати, написано статтю).*

19. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. До питання забезпечення осіб із цереброваскулярними хворобами комплексною медичною допомогою на рівні первинної медико-санітарної допомоги (За даними соціологічного дослідження). *Семейная медицина*. 2020. №3(89). С.57-60. *(Дисертантом проведено соціологічне дослідження, статистично опрацьовано та проаналізовано результати, написано статтю).*

20. Виничук С.М., Прокопив М.М., Пустовая О.А., Фартушная Е.Е., Трепет Л.Н. Внутримозговое кровоизлияние: факторы, определяющие тяжесть состояния и исход заболевания. *Український медичний часопис*. 2007. №5. С.25-32. *(Дисертанту належить ідея проведення дослідження та формування його дизайну, ним проведено збір та аналіз результатів, написання статті).*

21. Maria M. Prokopiv, Olena Y. Fartushna Clinical syndromes of the thalamic stroke in the classical vascular territories: a prospective hospital-based cohort stud. *Wiadomości Lekarskie*. 2020. tom LXXIII. nr3. Р.489-493. *(Дисертантом проведено збір і обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків, написання статті).*

22. Prokopiv M., Slabkiy G. Modern system of medical care for patients with cerebral stroke at the metropolitan level. Scientific basis of modern medicine. scientific basis of modern medicine: monography. Boston. 2020. С.68-76. *(Дисертантом проведено збір і статистичну обробку матеріалів, аналіз результатів, формування висновків, написання розділу монографії).*

***Роботи апробаційного характеру***

23. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Задоволеність хворих на церебральні інсульти отриманою стаціонарною медичною допомогою. *XI International Scientific and Practical Conference.* (Liverpool, United Kingdom, 24-26 June 2020). Liverpool, 2020. Р.419-428.

24. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Узагальнені проблеми організації надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт в закладах охорони здоров’я м. Києва. *Science and education: problems, prospects and innovations*: Abstracts of the 1st International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. (Kyoto, Japan, 7-9 October 2020). Kyoto, 2020. P.424-428.

25. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Захворюваність населення м. Києва на церебральні інсульти. The ХХIII International scientific and practical conference *«Theoretical and practical foundations of social process management».* (San Francisco, USA, 29 – 30 June 2020). San Francisco, 2020. Р.262-267.

26. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Концептуальні підходи до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на первинному рівні в умовах мегаполісу: тези доп. учасників міжнародної науково-практичної конференції *«Міждисциплінарні аспекти скринінгу, профілактики та лікування в роботі лікаря первинної ланки*». (Україна. м. Ужгород, 8–9 квітня 2020 р.). *Здоров’я Нації*, Ужгород, 2020. №2. С.169-170.

27. Prokopiv M. Acute ischemic stroke: current choice of therapy*.* Abstracts of the Іnternational scientific conference *«HELTH-2016». 2016-NJI YYLYN (20-22 July 2016, Turkmenistan, Asgabat)*. Asgabat, 2016. Р.284.

28. Прокопів М.М. Оптимізація надання медичної допомоги хворим з гострими порушеннями мозкового кровообігу в закладах охорони здоров’я м. Києва: матеріали сьомого науково-освітнього форуму *«Академія інсульту»*. (м. Київ, 9-10 листопада 2017 р.), Київ, 2017. С. 28.

29. Прокопів М.М., Кащенко О.І. Відновлення неврологічних та психологічних функцій у хворих з півкульним ішемічним інсультом під впливом комплексної терапії: матеріали науково-практичної конференції *«Сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи».* (м. Київ, 25-26 вересня 2014 року). *Український неврологічний журнал,* Київ, 2014. № 3-4. С.114.

30. Прокопів ММ., Слабкий Г.О. До питання лікування хворих на мозковий інсульт в приватних закладах охорони здоров’я м. Києва: *Abstracts of International Scientific and Practical Conference, (Osaкa, Japan, 9-11 September 2020),* Osaкa, 2020. Р.217-222.

***Роботи, що додатково відображають результати дослідження***

31. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб у жителів мегаполіса. *Український вісник медико-соціальної експертизи.* 2019. № 3–4 (33 – 34). С.7-12.

32. Хобзей М.К., Міщенко Т.С., Вершигора А.В., Матюха Л.Ф., Нетяженко В.З., Дударь Л.В., Педаченко Є.Г., Швець О.В., Божко Л.І., Величко С.О., Гуляєва М.В., Костюк М.Р., Сехедько О.А., Острополець Н.А., Парій В.Д., Прокопів М.М., Титова Т.А., Фломін Ю.В., Шуляк В.І. Ішемічний інсульт. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги 2012. *ВГО «УАБІ»,* Київ, 2012. 120 с.

33. Хобзей М.К., Міщенко Т.С., Степаненко А.В., Морозов А.М., Глумчер Ф.С., Вершигора А.В., Матюха Л.Ф., Нетяженко В.З., Педаченко Є.Г., Божко Л.І., Гуляєва М.В., Костюк М.Р., Зозуля І.С., Коваленко О.Є., Острополець Н.А., Парій В.Д., Прокопів М.М., Сапон М.А., Соколова Л.І., Титова Т.А., Фломін Ю.В., Худошина О.В., Цимейко О.А., Шуляк В.І. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Неврологія. УКПМД і МР Геморагічний інсульт (внушрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив). Нормативні директивні правові документи. 2014. *МНІАЦ медичної статистики МВЦ «Медінформ»,* Київ, 2014. 118 с.

34. Хобзей М.К., Міщенко Т.С., Вершигора А.В., Матюха Л.Ф., Нетяженко В.З., Дударь Л.В., Педаченко Є.Г., Швець О.В., Божко Л.І., Величко С.О., Гуляєва М.В., Костюк М.Р., Мехедько О.А., Острополець Н.А., Парій В.Д., Прокопів М.М., Титова Т.А., Фломін Ю.В., Шуляк В.І. Геморагічний інсульт. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги 2012. *ВГО «УАБІ»,* Київ, 2014. 120 с.

35. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. Методичні рекомендації щодо оптимізації медичної допомоги населенню мегаполісу із цереброваскулярними хворобами. Київ. 2019. 30 с.

36. Фартушина О.Є., Прокопів М.М. Артеріальна гіпертензія як чинник розвитку транзиторних ішемічних атак. *Проблеми військової охорони здоров’я.* Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. Випуск 18. Київ, 2007 - С. 193-197

37. Фартушина О.Є., Прокопів М.М. Актуальність проблеми цереброваскулярних захворювань, транзиторних ішемічних атак та вдосконалення їх діагностики в системі охорони здоров’я в Україні ( огляд літератури). *Проблеми військової охорони здоров’я.* Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. Випуск 19. Київ, 2007 - С. 335-342

38. Оптимізація лікування гострого ішемічного інсульту обтяженого ішемічною хворобою серця: Патент 104583 Україна. МПК А61К 31/00. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту / Прокопів М.М., Трепет Г.С., Тромса Т.В. Балабан К.М.; заявник і патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця. – № u201507150; заявл. 17.07.2015; опубл. 10.02.2016, Бюл. “Промислова власність”, 2016р., №3

39. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту, обтяженого ішемічною хворобою серця. Прокопів М.М., Трепет Л.М., Балабан К.М., Бабенко В.В., Тромса Т.В., Кащенко О.І. Патент на корисну модель №82717, Україна А61К 31/00, Бюл. №15, 2013.

40. Оптимізація лікування гострого ішемічного інсульту з метаболічним синдромом. Патент 104585 Україна. МПК А61К 31/00. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту / Прокопів М.М., Трепет Г.С., Тромса Т.В. Агафонова І.М.; заявник і патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця. – №u201507152; заявл. 17.07.2015; опубл. 10.02.2016, Бюл. “Промислова власність”, 2016 р., №3.

41. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту Прокопів М.М., Трепет Г.С., Тромса Т.В. Патент на корисну модель №104584, Україна, А61К31/00 від 10.02.2016 р., Бюл.№3.

42. Спосіб лікування гострого ішемічного інсульту Прокопів М.М., Бабенко В.В. Патент на корисну модель №79196, Україна, А61К 31/00, Бюл. №7, 2013.

43. Спосіб лікування ішемічного інсульту у хворих на цукровий діабет. Віничук С.М., Прокопів М.М., Мохнач В.О., Мельник С.Д. Деклараційний патент на корисну модель, 16209, 2006, Україна, А61К 38900, Бюл.№7.

44. Прокопив М.М., Виничук С.М., Трепет Л.М. Таламические инсульты: монографія. Київ: «Агат принт». 2018. 91с. *(Дисертанту належить ідея написання монографії, ним проведено збір первинних матеріалів і їх обробку, аналіз та узагальнення результатів, формування загальних висновків).*

**Додаток Б-1**

**Розрахунок вибіркової сукупності респондентів**

**Генеральна сукупність:**

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі – 1261 особи.

Особи, що перенесли МІ –7457 особи

Лікарі-неврологи поліклінік -180 осіб

Розрахунки обсягів вибіркової сукупності:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Генеральна сукупність | оцінюваний показник | |
| Середня | Частка, частость |
| Нескінченна |  |  |
| Кінцева обсягу ***N*** |  |  |

Величина Δ задається і являє собою граничну похибку вибірки (точність), що гарантується з деякою високою заздалегідь заданою довірчою ймовірністю ***Р.*** Як правило, ***Р*** = 0,95. Коефіцієнт довіри ***t*** є (1-Р) / 2-процентну точку нормованого нормального розподілу. Величина σ2 - дисперсія випадкової величини. Вона задається дослідником. В нашому випадку вона встановлена на рівні 0,5, оскільки це дає найбільшу дисперсію 0,5 • 0,5 = 0,25.

Вибіркова сукупність:

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі – 356 осіб.

Особи, що перенесли МІ –400 особи

Лікарі-неврологи поліклінік - 27 осіб

**Додаток Б-2**

**А н к е т а**

опитування населення м. Києва з метою вивчення наявності факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб

**Шановні жителі м. Києва!**

Проводиться вивчення наявності у населення м. Києва факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді з метою покращення профілактичнї роботи серед населення м. Києва.

Участь у дослідженні є добровільною.

**ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА НАСТУПНІ ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ**

**Ваша стать:** чоловік, жінка.

**Чи маєте Ви церебровскулярне захворювання:** так, ні.

**Просимо Вас вказати на наявність факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб медичного характеру, необхідне просимо відмітити +**

|  |  |
| --- | --- |
| Фактори ризику |  |
| Артеріальна гіпертензія |  |
| Із них повністю виконує рекомендації лікаря щодо способу життя |  |
| Із них повністю виконує рекомендації лікаря щодо прийому лікарських засобів |  |
| Із них частково виконує рекомендації лікаря щодо способу життя |  |
| Із них частково виконує рекомендації лікаря щодо прийому лікарських засобів |  |
| Із них не виконує рекомендації лікаря щодо способу життя |  |
| Із них не виконує рекомендації лікаря щодо прийому лікарських засобів |  |
| Наявність у Вас ішемічної хвороби серця |  |
| Наявність у Вас цукрового діабету |  |
| Наявність у Вас ожиріння I ступеню |  |
| Наявність у Вас ожиріння II ступеню |  |
| Наявність у Вас ожиріння III ступеню |  |
| Наявність у Вас пороку серця |  |
| Наявність у Вас хронічного пієло(гломеруло)нефриту |  |
| Наявність у Вас обструктивного захворювання органів дихання |  |

**Просимо Вас вказати на наявність факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб спадкового характеру, необхідне просимо відмітити +**

|  |  |
| --- | --- |
| Фактори ризику |  |
| Наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії |  |
| Наявність у сімейному анамнезі ішемічної хвороби серця |  |
| Наявність у сімейному анамнезі церебрального інсульту |  |
| Наявність у сімейному анамнезі інфаркту міокарда |  |
| Наявність у сімейному анамнезі цереброваскулярної хвороби |  |

**Просимо Вас вказати на наявність факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб, пов’язаних із способом життя та факторів ризику соціально-економічного характеру,**

**необхідне просимо відмітити +**

|  |  |
| --- | --- |
| Фактори ризику |  |
| Тютюнопаління в даний період |  |
| Кинув палити рік і більше назад |  |
| Зловживання алкоголем в даний період |  |
| Зловживання алкоголем в минулому |  |
| Малорухомий спосіб життя |  |
| Безсоння |  |
| Самотність |  |
| Психоемоційні навантаження на роботі |  |
| Тривалі неприємності в сім’ї |  |
| Нераціональне харчування |  |
| Зловживання сіллю |  |
| Перебування за комп’ютером більше 8 годин на добу |  |
| Наявність в сім’ї особи, яка потребує стороннього догляду |  |
| Постійна недостатність фінансових ресурсів |  |
| Відсутність власного житла |  |

Дякуємо за відповіді.

**Додаток Б-3**

**Реєстраційна карта випадку інсульту для прагматичного спостереження (визначення якості лікування)**

РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТА

випадку інсульту для прагматичного спостереження (визначення якості лікування)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Історія хвороби №: | | Проведено ліжко-днів: | | | | | | | | | |
|  | ПІБ хворого: | | ТМП | | | | | | | | | |
|  | Дата народження: | | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ р., повних років: | | | | | | | | | |
|  | Стать: | | чол. + жін. | | | | | | | | | |
|  | Телефон для зв’язку з пацієнтом або його рідними (обов’язково): | | | | | | | | | | | |
|  | **Діагноз** (підкреслити): Ішемічний інсульт / Геморагічний інсульт (САК / внутрішньо мозковий крововилив з / без прориву крові у шлуночки / Не уточнений характер інсульту (діагностований лише клінічно) | | | | | | | | | | | |
|  | Інсульт первинний / повторний (вказати при можливості дату попереднього інсульту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | |
|  | Дата захворювання: | | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р., близько\_\_\_\_ години | | | | | | | | | |
|  | Дата звернення за медичною допомогою: «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р., \_\_\_\_\_\_год \_\_\_\_\_хв06 | | | | | | | | | | | |
|  | Дата госпіталізації: | | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р., \_\_\_\_ год \_\_\_\_хв | | | | | | | | | |
|  | Доставлений в стаціонар бригадою ШМД/ акт само звернення/ інше (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | |
|  | Госпіталізований через: | | \_\_\_\_ годин \_\_\_\_ діб (підкреслити) | | | | | | | | | |
|  | При пізній госпіталізації вказати причини: | |  | | | | | | | | | |
|  | Основні фактори ризику і супутні захворювання (при можливості, вказати з якого року): | | | | | | | | | | | |
|  | Артеріальна гіпертензія | Інфаркт міокарда в анамнезі | Вада серця | Миготлива аритмія | | Цукровий діабет  Тип І / ІІ | Дисліпо-протеінемія | | Паління | Тривалий або гострий стрес | | Інші |
|  | + |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | Інші супутні захворювання: | | | | | | | | | | | |
|  | Препарати, які постійно приймає | |  | | | | | | | | | |
|  | МРТ / СКТ (підкреслити) | | Дата виконання «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_р.  Заключення: | | | | | | | | | |
|  | ***Увага! Пункти 18-21 заповнити лише для випадку ішемічного інсульту.*** | | | | | | | | | | | |
|  | Локалізація «свіжого» вогнища ішемії (підкреслити назву ураженої ділянки, у графі під нею вказати розміри згідно даних візуалізації) | | | | | | | | | | | |
|  | Бік  ураження | Частка мозку | Таламус | Внутрішня капсула | | Ніжки мозку | Міст | | Довгастий мозок | | Мозочок | |
|  | правий / лівий |  |  |  | |  |  | |  | | + | |
|  | Оцінка стану хворого по шкалам (<http://www.cardioneurology.ru/nihss/> (glasgow, bartel, renkin) | | | | | | | | | | | |
|  |  | | При поступленні | | 6 день спостереження | | | При виписці  \_\_\_\_ день | | | | |
|  | Шкала Глазго | |  | |  | | |  | | | | |
|  | Шкала NIHHS | |  | |  | | |  | | | | |
|  | Індекс Бартел | |  | |  | | |  | | | | |
|  | Модифікована шкала Ренкіна | |  | |  | | |  | | | | |
|  | У випадку смерті вказати: | | Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р. Час: \_\_\_\_ год \_\_\_\_ хв  ДІАГНОЗ: | | | | | | | | | |
|  | ЛІКУВАННЯ | | | | | | | | | | | |
|  | Тромболізис: проведений, не проведений (вказати причини):  Важкість стану через супутню патологію | | | | | | | | | | | |

Телефон для зв’язку з лікарем:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | У випадку смерті вказати: | Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016 р. Час: \_\_\_\_ год \_\_\_\_ хв  ДІАГНОЗ: |
|  | ЛІКУВАННЯ | |
|  | Тромболізис: проведений, не проведений (вказати причини): | |
|  | Медикаментозна терапія: | | | |
| Препарат  (фармакологічна назва або група) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

Телефон для зв’язку з лікарем: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Додаток Б-4**

**А н к е т а**

опитування сімейних лікарів м. Києва з метою вивчення рівня їх готовності до надання послуг при ЦВХ

**Шановні сімейні лікарі!**

Проводиться вивчення рівня готовності сімейних лікарів до надання комплексних послуг при цереброваскулярних хворобах. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді з метою підвищення рівня готовності сімейних лікарів до надання комплексних послуг при цереброваскулярних хворобах населенню м. Києва.

Участь у дослідженні є добровільною.

**ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА НАСТУПНІ ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ, необхідне просимо відмітити +**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Позитивне значення | |
| Вік | |
| до 30 років |  | |
| 30-40 років |  | |
| 40-50 років |  | |
| 50-60 років |  | |
| більше 60 років |  | |
| Стать | |
| жіноча |  | |
| чоловіча |  | |
| Фах при одержанні диплому лікаря: | |
| лікувальна справа |  | |
| педіатрія |  | |
| лікар загальної справи |  | |
|  | |
| Загальний стаж роботи: | |
| до 5 років; |  | |
| з 5 до 10 років |  | |
| з 5 до 10 років |  | |
| з 10- до 20 років |  | |
| більше 20 років |  | |
| Стаж роботи сімейним лікарем: | |
| до 1 року | 23 | |
| 2-3 роки | 97 | |
| від 3 до 5 років | 214 | |
| від 5 до 10 років | 103 | |
| Кваліфікаційна категорія: | |
| вища | 147 | |
| перша | 113 | |
| друга | 96 | |
| сертифікат сімейного лікаря | 81 | |
| Останні курси підвищення кваліфікації за п’ять років | |
| на базі начальних закладів України; | 365 | |
| стажування за кордоном | 19 | |

**Вкажіть, які заходи ви здійсьнюєте щодо цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами, відмітьте необхідне**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заходи | Відповідь | |
| Позитивна | Негативна |
| Проведення скринінгових досліджень на раннє виявлення |  |  |
| Інформування населення про фактори ризику розвитку ЦВХ |  |  |
| Інформування населення про фактори ризику розвитку церебрального інсульту |  |  |
| Інформування населення про фактори ризику розвитку повторного церебрального інсульту |  |  |
| Інформування населення про симптоми розвитку церебрального інсульту |  |  |
| Інформування населення про тактику дій при появі симптомів церебрального інсульту |  |  |
| Розробка програм способу життя для хворих на ЦВХ |  |  |
| Розробка програм відновного лікування для осіб, що перенесли МІ |  |  |
| Розробка програм диспансеризації для осіб, що перенесли МІ |  |  |

**Вкажіть як ви оцінюєте рівень особистих знань з цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами, відмітьте необхідне**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Об’єм необхідних знань з програми диспансеризації населення | Рівень знань | | |
| Достатній | Потребує вдосконалення | Низький |
|  |  |  |
| Методика проведення скринінгу на раннє виявлення ЦВХ |  |  |  |
| Фактори ризику розвитку ЦВХ |  |  |  |
| Фактори ризику розвитку МІ |  |  |  |
| Симптоми розвитку МІ |  |  |  |
| Тактика дій при симптомах мозкового інсульту |  |  |  |
| Оптимальний спосіб життя хворих на ЦВХ |  |  |  |
| Оптимальний спосіб життя осіб, що перенесли ЦІ |  |  |  |
| Методика складання програм відновного лікування для осіб, що перенесли МІ |  |  |  |
| Методика складання програм диспансеризації для осіб, що перенесли МІ |  |  |  |

Дякуємо за відповіді.

**Додаток Б-5**

**А н к е т а**

опитування сімейних лікарів м. Києва з метою вивчення необхідних послуг до надання на первинному рівні при ЦВХ, необхідних сімейним лікарям компетенцій та шляхів їх набуття

**Шановні сімейні лікарі!**

Проводиться встановлення необхідних послуг до надання на первинному рівні при ЦВХ, необхідних сімейним лікарям компетенцій та шляхів їх набуття. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді виключно з науковою метою.

Участь у дослідженні є добровільною.

**ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА НАСТУПНІ ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ, необхідне просимо відмітити +**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Позитивне значення | |
| Вік | |
| до 30 років |  | |
| 30-40 років |  | |
| 40-50 років |  | |
| 50-60 років |  | |
| більше 60 років |  | |
| Стать | |
| жіноча |  | |
| чоловіча |  | |
| Фах при одержанні диплому лікаря: | |
| лікувальна справа |  | |
| педіатрія |  | |
| лікар загальної справи |  | |
|  | |
| Загальний стаж роботи: | |
| до 5 років; |  | |
| з 5 до 10 років |  | |
| з 5 до 10 років |  | |
| з 10- до 20 років |  | |
| більше 20 років |  | |
| Стаж роботи сімейним лікарем: | |
| до 1 року | 23 | |
| 2-3 роки | 97 | |
| від 3 до 5 років | 214 | |
| від 5 до 10 років | 103 | |
| Кваліфікаційна категорія: | |
| вища | 147 | |
| перша | 113 | |
| друга | 96 | |
| сертифікат сімейного лікаря | 81 | |
| Останні курси підвищення кваліфікації за п’ять років | |
| на базі начальних закладів України; | 365 | |
| стажування за кордоном | 19 | |

**Які види медичної допомоги на первинному рівні по забезпеченню комплексної медичної допомоги населенню при цереброваскулярних хворобах Ви підтримуєте, необхідне позначьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник |  |
| Профілактична робота | |
| Встановлення та оцінка індивідуальних ризиків розвитку ЦВХ та розробка програм зниження їх негативної дії |  |
| Встановлення та оцінка різних детермінант розвитку та/або прогресування ЦВХ і обґрунтування індивідуальних заходів з їх попередження |  |
| Встановлення та оцінка індивідуальних ризиків розвитку церебральних інсультів та розробка індивідуальних програм їх профілактики |  |
| Мотивація пацієнтів до здорового/оптимального способу життя |  |
| Формування у пацієнтів відповідального ставлення до особистого здоров’я |  |
| Формування у пацієнтів прихильності до виконання призначень лікаря при наявності факторів ризику медичного характеру та ЦВХ |  |
| Скринінг на виявлення ЦВХ на ранніх стадіях розвитку |  |
| Лікувальна допомога | |
| Збір, оцінка, інтерпретація, порівнювання та прогнозування основних скарг пацієнтів |  |
| Проведення, оцінка, інтерпретація, порівнювання та прогнозування даних клінічного огляду пацієнтів |  |
| Оцінка, інтерпретація, порівнювання та прогнозування показників лабораторного та функціонального обстеження пацієнтів. |  |
| Призначення, за показаннями, лікарських засобів |  |
| Надання невідкладної допомоги при гострому порушенні мозкового кровообігу |  |
| Динамічний нагляд за пацієнтами при наявності ЦВХ та після перенесеного церебрального інсульту |  |
| Реабілітаційна допомога | |
| Формування індивідуальних реабілітаційних програм для виконання в умовах сімейних амбулаторій |  |
| Формування індивідуальних реабілітаційних програм для виконання в домашніх умовах |  |
| Рекомендація санаторно-курортного лікування |  |
| Медико-соціальна допомога сім’ям | |
| Забезпечення паліативної допомоги пацієнтам – інвалідам після перенесеного церебрального інсульту на дому |  |
| Навчання членів сім’ї догляду за інвалідом після перенесеного церебрального інсульту |  |
| Скерування на МСЕК з метою встановлення ступеня стійкої втрати працездатності |  |

**Які компетенції для сімейних лікарів по забезпеченню населення комплексними послугами** **при цереброваскулярних хворобах Ви підтримуєте, необхідне позначьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Позитивна оцінка |
| Здатність оцінювати індивідуальні ризики розвитку ЦВХ та розробляти програми зниження їх негативної дії |  |
| Здатність аналізувати вплив різних детермінант на розвиток та/або прогресування ЦВХ і обґрунтовувати індивідуальні заходи з їх попередження |  |
| Здатність оцінювати індивідуальні ризики розвитку церебральних інсультів та розробляти індивідуальні програми їх профілактики |  |
| Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні скарги пацієнтів |  |
| Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати дані клінічного огляду пацієнтів |  |
| Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні показники лабораторного та функціонального обстеження пацієнтів. |  |
| Здатність мотивувати пацієнтів до здорового/оптимального способу життя |  |
| Здатність формувати у пацієнтів відповідальне ставлення до особистого здоров’я |  |
| Здатність сформувати у пацієнтів прихильність до виконання призначень лікаря при наявності факторів ризику медичного характеру та ЦВХ |  |
| Здатність до призначення, за показаннями, лікарських засобів |  |
| Здатність до надання невідкладної допомоги при гострому порушенні мозкового кровообігу |  |
| Здатність до формування індивідуальних реабілітаційних програм для виконання в умовах сімейних амбулаторій |  |
| Здатність до формування індивідуальних реабілітаційних програм для виконання в домашніх умовах |  |
| Здатність визначити показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування |  |
| Здатність до забезпечення паліативної допомоги пацієнтам – інвалідам після перенесеного церебрального інсульту |  |
| Здатність навчити членів сім’ї догляду за інвалідом після перенесеного церебрального інсульту |  |
| Здатність здійснювати динамічний нагляд за пацієнтами при наявності ЦВХ та після перенесеного церебрального інсульту |  |
| Здатність до оформлення документів для скерування на МСЕК з метою встановлення ступеня стійкої втрати працездатності |  |
| Здатність працювати в команді з лікарями-неврологами, лікарями-кардіологами, спеціалістами з реабілітації, середніми медичними працівниками, працівниками системи громадського здоров’я та соціальних служб |  |

**Вкажіть на можливі шляхи оволодіння лікарями загальної практики - сімейними лікарями необхідними компетенціями, необхідне відмітьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Позитивна оцінка |
| Курси тематичного удосконалення |  |
| Короткотривалі тренінги |  |
| Дистанційні вебінари |  |
| Семінари |  |
| Наукова література |  |
| Методична література |  |
| Стажування на робочому місті |  |

Дякуємо за відповіді.

**Додаток Б-6**

**А н к е т а**

опитування лікарів - неврологів поліклінік м. Києва з вивчення організації амбулаторно-поліклінічної допомоги пацієнтам із цереброваскулярними хворобами та після перенесених церебральних інсультів

**Шановні лікарі!**

Проводиться вивчення питань організації амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги пацієнтам із цереброваскулярними хворобами та перенесених церебральних інсультів. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді з метою покращення амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги вказаній категорії пацієнтів.

Участь у дослідженні є добровільною.

**1.ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА НАСТУПНІ ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ**

**1. Вік**: до 30 років; 30-40 років; 40-50 років. 50-60 років; більше 60 років.

**2. Стать**: чол.; жін.,

**3. Стаж роботи:** до 5 років; з 5 до 10 років; з 10- до 20 років; більше 20 років.

**4. Кваліфікаційна категорія**: друга; перша; вища; не маю.

1. **ПРОСИМО ВАС ВКАЗАТИ НАСТУПНЕ**

**10. Чи змінився за останні роки стан здоров’я пацієнтів при зверненні**: так; ні.

**11. Якщо змінився, то в який бік:**  більш тяжкий стан, більш легкий стан, більш занедбані форми захворювання.

**12. На Ваш погляд, що являється причиною погіршення стану здоров’я населення *(необхідне підкресліть):***байдуже ставлення до особистого здоров’я, низький рівень санітарної культури, погіршення економічного стану, несвоєчасне звернення за медичною допомогою, реформування системи охорони здоров’я в місті, можливість звернутися до лікаря-спеціаліста виключно за направленням сімейного лікаря, відміна диспансеризації ( може бути 2 відповіді).

**13. Як Ви оцінюєте загальну кваліфікацію сімейних лікарів в місті *(необхідне підкресліть):***достатня, низька, незадовільна, не визначився.

**14. Як Ви оцінюєте з кваліфікацію сімейних лікарів з цереброваскулярних хвороб в місті *(необхідне підкресліть):*** достатня, низька, незадовільна, не визначився.

**15. Як Ви оцінюєте технічні можливості сімейної медицини в місті *(необхідне підкресліть):***достатні, низькі, незадовільні, не визначився.

**16. Чи залежить Ваша заробітна плата від показників роботи *(необхідне підкресліть):***так, ні.

**17. Чи змінився рівень Вашої заробітної плати після початку реформи *(необхідне підкресліть):***так, ні, не визначився. **Чи він підвищився:** так, ні.

**18. Чи задовольняють Вас санітарно-гігієнічні умови праці *(необхідне підкресліть):***так, ні, не визначився.

1. **ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА ПИТАННЯ, ЯКІ СТОСУЮТЬСЯ ВАШОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ БЕЗПОСЕРЕДНЬО**

**19. Чи маєте ви можливість приймати пацієнтів за самозверненням безоплатно *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**20. Чи маєте ви можливість приймати пацієнтів за самозверненням з офіційною оплатою *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**21. Чи приймаєте Ви пацієнтів виключно за направленням сімейного лікаря *(необхіднепідкресліть):*** так, ні

**22. Чи здійснюєте Ви диспансерний нагляд за пацієнтами після перенесеного церебрального інсульту *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**23.Чи маєте ви можливість безперешкодно скерувати пацієнта з підозрою на гострий церебральний інсульт на візуалізацію церебрального патологічного процесу безоплатно *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**24.Чи маєте ви можливість безперешкодно скерувати пацієнта з підозрою на гострий церебральний інсульт на візуалізацію церебрального патологічного процесу з офіційною оплатою *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**25. Чи скеруєте Ви пацієнтів на візуалізацію церебрального патологічного процесу в плановому порядку *(необхідне підкресліть):*** так, ні. Вкажуть середній термін очікування: \_2-3\_ днів.

**26.Чи маєте ви можливість безперешкодно скерувати пацієнта з підозрою на гострий церебральний інсульт до стаціонару *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**27.Чи маєте ви можливість безперешкодно, при потребі, забезпечити консультацію пацієнту лікаря-нейрохірурга *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**28.Чи маєте ви можливість безперешкодно забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-реабілітологом *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**29. Чи маєте ви можливість безперешкодно забезпечити консультацію пацієнтам фізичним – терапевтом *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**30. Чи забезпечений заклад охорони здоров’я лікарськими засобами для надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами в умовах поліклініки *(необхідн епідкресліть):*** так, ні

**31.Чи забезпечені Ви спеціальним одягом для виконання професійних обов’яків *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**32.Чи ознайомлені Ви з программою інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**33.Чи маються у вашому закладі чіткі розмежування функцій лікаря і медичної сестри стандарти виконанння медичними сестрами медичних маніпуляцій *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився

**34.Чи достатній рівень практичної підготовки медичних сестер *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився

**35.Чи існує у відділенні система безперервної професійної підготовки лікарів *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився

**36.Чи існує у відділенні система безперервної професійної підготовки середніх медичних працівників *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився

**IY.ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА ПИТАННЯ, ЯКІ СТОСУЮТЬСЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПИТАНЬ ВАШОЇ РОБОТИ *(необхідне підкресліть)***

**37. Чи задовольняє Вас процес організації праці в лікарні:** так, ні, не визначився

**38. Чи задовольняє Вас рівень діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ:** так, ні, не визначився

**39. Чи задовольняє Вас рівень забезпечення ліками з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ:** так, ні, не визначився

**40.Чи задовольняє Вас рівень забезпечення середнім медичним персоналом з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ:** так, ні, не визначився

**41.Чи задовольняє Вас рівень забезпечення молодшим медичним персоналом з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ:** так, ні, не визначився

**42. Чи задовольняє Вас стиль керівництва в лікарні:** так, ні, не визначився

**43. Чи задовольняють Вас професійні відносини в колективі:** так, ні, не визначився

**44. Чи задовольняє Вас моральний мікроклімат в колективі:** так, ні, не визначився

**Y. ПРОСИМО ВАС ОЦІНИТЕ НАСТУПНЕ**

**45. Як Ви вважаєте, чи готова первинна ланка забезпечити хворих на ЦВХ якісною медичною допомогою?**

в) так

б) частково

в) первинна ланка не готова

г) не визначився

**46. Як Ви вважаєте, чи покращилися якість медичної амбулаторно-поліклінічної допомоги пацієнтам іх ЦВХ та ЦІ після початку реформи охорони здоров’я у місті ( перший і другий етапи)?**

в) значно покращилися

б) незначно покращилися

в) не змінилися

г) погіршилися

**47.Чи вважаєте Ви, що матеріально-технічна база поліклініки забезпечує її функції та відповідає його задачам з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ?**

а) так, повністю забезпечує

б) майже повністю

в) лише частково

г) не дає можливості надавати медичну допомогу у повному обсязі

д) категорично не відповідає завданням закладу/відділення первинної медичної допомоги

**48.Як Ви оцінюєте загальну професійну підготовку лікарів поліклініки для надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та ЦІ ?**

а) дуже добра, повністю відповідає задачам

б) добра

в) задовільна

г) потребує покращення

д) незадовільна

**49. Як Ви оцінюєте загальні результати амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги пацієнтам на ЦВХ та ЦІ?**

а) результати роботи дуже добрі

б) добрі

в) задовільні

г) потребують покращення

д) незадовільні

**50.Як Ви оцінюєте ставлення медичного персоналу поліклініки до пацієнтів?**

а) ставлення дуже добре

б) добре

в) адекватне

г) потребує покращення

д) незадовільне

**51. Чи маєте Ви на роботі персональний комп’ютер:** так, ні**. Доступ до інтернет:** так, ні.

**52.Які з Вашої точки зору існують стимули для підвищення якості та розширення обсягів медичної допомоги у вашій поліклініці пацієнтам із ЦВХ та ЦІ?**

а) ніяких

б) моральні

в) адміністративні

г) матеріальні

д) персональна відповідальність за показники роботи

**53.Чи підтрумуєте Ви наступні напрямки реформи системи надання медичної допомоги населенню:**

Пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини: так, ні, не визначився.

Формування госпітальних округів: так, ні, не визначився.

Автономізацію закладів охорони здоров’я: так, ні, не визначився.

Запровадження електронної системи охорони здоров’я: так, ні, не визначився.

Запровадження гарантованого державою пакету медичних послуг: так, ні, не визначився.

Систему «гроші ідуть за пацієнтом»: так, ні, не визначився.

**54. Ваші пропозиції з покращання організації амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги пацієнтам із цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами ( необхідне впишіть):**

**Дякуємо за участь в опитування!**

**Додаток Б-7**

**А н к е т а**

опитування лікарів - неврологів стаціонарних відділень м. Києва з вивчення організації стаціонарної допомоги пацієнтам із цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами

**Шановні лікарі!**

Проводиться вивчення питань організації стаціонарної медичної допомоги пацієнтам із цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді з метою покращення стаціонарної медичної допомоги вказаній категорії пацієнтів.

Участь у дослідженні є добровільною.

**1.ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА НАСТУПНІ ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ**

**1. Вік**: до 30 років; 30-40 років; 40-50 років. 50-60 років; більше 60 років.

**2. Стать**: чол.; жін.,

**3. Стаж роботи:** до 5 років; з 5 до 10 років; з 10- до 20 років; більше 20 років.

**4. Кваліфікаційна категорія**: друга; перша; вища; не маю.

1. **ПРОСИМО ВАС ВКАЗАТИ НАСТУПНЕ**

**5. Чи змінився за останні роки стан здоров’я пацієнтів при їх госпіталізації**: так; ні.

**6. Якщо змінився, то в який бік:**  більш тяжкий стан, більш легкий стан, більш занедбані форми захворювання.

**7. На Ваш погляд, що являється причиною погіршення стану здоров’я населення *(необхідне підкресліть):*** байдуже ставлення до особистого здоров’я, низький рівень санітарної культури, погіршення економічного стану, несвоєчасне звернення за медичною допомогою, реформування системи охорони здоров’я в місті, можливість звернутися до лікаря-спеціаліста виключно за направленням сімейного лікаря, відміна диспансеризації ( може бути 2 відповіді).

**8. Як Ви оцінюєте загальну кваліфікацію сімейних лікарів в місті *(необхідне підкресліть):*** достатня, низька, незадовільна, не визначився.

**9.** **Як Ви оцінюєте з кваліфікацію сімейних лікарів з цереброваскулярних хвороб в місті *(необхідне підкресліть):*** достатня, низька, незадовільна, не визначився.

**10. Як Ви оцінюєте технічні можливості сімейної медицини в місті *(необхідне підкресліть):*** достатні, низькі, незадовільні, не визначився.

**11. Чи залежить Ваша заробітна плата від показників роботи *(необхідне підкресліть):*** так, ні.

**12. Чи змінився рівень Вашої заробітної плати після початку реформи *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився. **Чи він підвищився:** так, ні.

**13. Чи задовольняють Вас санітарно-гігієнічні умови праці *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився.

1. **ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА ПИТАННЯ, ЯКІ СТОСУЮТЬСЯ ВАШОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ БЕЗПОСЕРЕДНЬО**

**14. Чи маєте ви можливість цілодобово проводити візуалізацію церебрального патологічного процесу *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**20.Чи маєте ви можливість цілодобово проводити візуалізацію церебрального патологічного процесу у вихідні і святкові дні *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**21.Чи маєте ви можливість цілодобово забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-нейрохірургом *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**22.Чи маєте ви можливість цілодобово забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-нейрохірургом у вихідні і святкові дні *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**23.Чи маєте ви можливість цілодобово забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-анастезіологом *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**24.Чи маєте ви можливість цілодобово забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-анестезіологом у вихідні і святкові дні *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**25.Чи маєте ви можливість безперешкодно забезпечити консультацію пацієнтам лікарем-реабілітологом *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**26. Чи маєте ви можливість безперешкодно забезпечити консультацію пацієнтам фізичним – терапевтом *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**27.Чи забезпечений заклад охорони здоров’я лікарськими засобами для надання невідкладної (інтенсивної) медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**28.Чи забезпечений заклад охорони здоров’я лікарськими засобами для лікування пацієнтів з церебральними інсультами в необхідному обсягі *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**29.Чи мається у лікарні централізована система постачання кисню *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**30.Чи забезпечені Ви спеціальним одягом для виконання професійних обов’яків *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**31.Чи ознайомлені Ви з программою інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**32.Чи мають право відвідувачі пацієнтів відвідувати їх 24 години на добу *(необхідне підкресліть):*** так, ні

**33.Чи маються у вашому відділенні стандарти виконанння медичними сестрами медичних маніпуляцій *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився

**34.Чи достатній рівень практичної підготовки медичних сестер по забезпеченню догляду за хворими на ЦІ *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився

**35.Чи існує у відділенні система безперервної професійної підготовки лікарів *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився

**36.Чи існує у відділенні система безперервної професійної підготовки середніх медичних працівників *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився

**37.Чи навчені молодші медичні сестри прийомам догляду за тяжкохворими пацієнтами *(необхідне підкресліть):*** так, ні, не визначився

**IY. ПРОСИМО ВАС ВІДПОВІСТИ НА ПИТАННЯ, ЯКІ СТОСУЮТЬСЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПИТАНЬ ВАШОЇ РОБОТИ *(необхідне підкресліть)***

**38. Чи задовольняє Вас процес організації праці в лікарні:** так, ні, не визначився

**39. Чи задовольняє Вас рівень діагностичної служби з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ:** так, ні, не визначився

**40. Чи задовольняє Вас рівень забезпечення ліками з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ:** так, ні, не визначився

**41.Чи задовольняє Вас рівень забезпечення середнім медичним персоналом з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ:** так, ні, не визначився

**42.Чи задовольняє Вас рівень забезпечення молодшим медичним персоналом з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ:** так, ні, не визначився

**43. Чи задовольняє Вас стиль керівництва в лікарні:** так, ні, не визначився

**44. Чи задовольняють Вас професійні відносини в колективі:** так, ні, не визначився

**45. Чи задовольняє Вас моральний мікроклімат в колективі:** так, ні, не визначився

**Y. ПРОСИМО ВАС ОЦІНИТЕ НАСТУПНЕ**

**46. Як Ви вважаєте, чи покращилися умови надання медичної допомоги пацієнтам іх ЦВХ та ЦІ після початку другого етапу реформ охорони здоров’я у місті?**

в) значно покращилися

б) незначно покращилися

в) не змінилися

г) погіршилися

**47. Чи вважаєте Ви, що матеріально-технічна база лікарні забезпечує її функції та відповідає його задачам з надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ та ЦІ?**

а) так, повністю забезпечує

б) майже повністю

в) лише частково

г) не дає можливості надавати медичну допомогу у повному обсязі

д) категорично не відповідає завданням закладу/відділення первинної медичної допомоги

**48. Як Ви оцінюєте загальну професійну підготовку лікарів для надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та ЦІ ?**

а) дуже добра, повністю відповідає задачам

б) добра

в) задовільна

г) потребує покращення

д) незадовільна

**49. Як Ви оцінюєте загальну професійну підготовку медичних сестер для надання медичної допомоги пацієнтам при ЦВХ та ЦІ ?**

а) дуже добра, повністю відповідає задачам

б) добра

в) задовільна

г) потребує покращення

д) незадовільна

**50. Як Ви оцінюєте загальні результати медичної допомоги пацієнтам на ЦВХ та ЦІ?**

а) результати роботи дуже добрі

б) добрі

в) задовільні

г) потребують покращення

д) незадовільні

**51.Як Ви оцінюєте ставлення медичного персоналу до пацієнтів?**

а) ставлення дуже добре

б) добре

в) адекватне

г) потребує покращення

д) незадовільне

**52. Чи маєте Ви на роботі персональний комп’ютер:** так, ні**. Доступ до інтернет:**

так,

ні.

**53. Які з Вашої точки зору існують стимули для підвищення якості та розширення обсягів медичної допомоги у вашій лікарні пацієнтам із ЦВХ та ЦІ?**

а) ніяких

б) моральні

в) адміністративні

г) матеріальні

д) персональна відповідальність за показники роботи

**54.Чи підтрумуєте Ви наступні напрямки реформи системи надання медичної допомоги населенню:**

Пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини: так, ні, не визначився.

Формування госпітальних округів: так, ні, не визначився.

Автономізацію закладів охорони здоров’я: так, ні, не визначився.

Запровадження електронної системи охорони здоров’я: так, ні, не визначився.

Запровадження гарантованого державою пакету медичних послуг: так, ні, не визначився.

Систему «гроші ідуть за пацієнтом»: так, ні, не визначився.

**55. Ваші пропозиції з покращання організації стаціонарної медичної допомоги пацієнтам із цереброваскулярними хворобами та церебральними інсультами ( необхідне впишіть):**

**Дякуємо за участь в опитування!**

**Додаток Б-8**

**А н к е т а**

опитування **хворих на церебральні інсульти отриманою медичною допомогою** з метою встановлення рівня задоволеності ними отриманої медичної допомоги

**Шановні пацієнти!**

Проводиться опитування **хворих на церебральні інсульти отриманою медичною допомогою** з метою встановлення рівня задоволеності ними отриманої медичної допомоги. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді з метою покращення якості медичної допомоги пацієнтам із мозковими інсультами.

Участь у дослідженні є добровільною.

**На початку дослідження просимо вказати загальні дані, необхідне позначьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Характеристика*** | ***абс*** |
| ***Стать*** | |
| Чоловіки |  |
| Жінки |  |
| ***Вік*** | |
| До 40 років |  |
| 40-49 років |  |
| 50-59 років |  |
| 60 років і старше |  |
| ***Соціальний статус*** | |
| Працює |  |
| Держслужбовець |  |
| Підприємець |  |
| Тимчасово не працює |  |
| Пенсіонер |  |
| Інвалід |  |
| Інше |  |
| ***Рівень освіти*** | |
| Повна середня |  |
| Неповна середня |  |
| Середня-спеціальна |  |
| Неповна вища |  |
| Вища | 74 |
| ***Сімейний стан*** | |
| Проживає з чоловіком/дружинoю | 140 |
| Проживає в сім’ї з дітьми | 134 |
| Проживає в сім’ї з дітьми та батьками | 64 |
| Проживає одна/один | 59 |

**Просимо Вас оцінити стан особистого здоров’я та диспансерний нагляд до розвитку церебрального інсульту, необхідне позначьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Позитивна відповідь |
| Страждав на гіпертонічну хворобу |  |
| Страждав на ЦВХ |  |
| Страждав на ІХС |  |
| Страждав на цукровий діабет |  |
| Мав інші хронічні захворювання |  |
| Перебував під диспансерним наглядом у сімейного лікаря |  |
| Перебував під диспансерним наглядом у лікаря-спеціаліста |  |
| Не перебував під диспансерним наглядом |  |
| Виконував всі призначення лікарів |  |
| Виконував призначення лікарів не регулярно |  |
| Призначення лікарів практично не виконував |  |
| Відчував себе практично здоровим |  |

**Просимо Вас вказати через який час**  від початку симптомів гострого порушення мозкового кровообігу Ви звернулися за медичною допомого, **необхідне позначьте +**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Години | До 2 годин | 2-4 години | 5-6 годин | 6-7 годин | 8-9 годин | 10 годин і більше |
| Позитивна відповідь |  |  |  |  |  |  |

**Просимо Вас вказати на причини несвоєчасного звернення за медичною допомогою , необхідне позначьте + ( для тих хто звернувся більше ніж через 4 години)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Чинник** | **Позитивна відповідь** |
| Недооцінка рівня погіршення здоров’я |  |
| Безпорадний стан хворого |  |
| Чекав приходу до дому інших членів сім’ї |  |
| Відсутність коштів |  |
| Не знав куди звертатися |  |

**Просимо Вас вказати на задоволеність послугами, які Ви отримали від служби екстреної медичної допомоги, необхідне позначте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Похитивна відповідь |
| Відсутність зв’язку із диспетчером |  |
| Наявність проблем зв’язку із диспетчером |  |
| Виклик не було прийнято |  |
| Час за який приїхала бригада служби екстреної медичної допомоги | |
| 10 хвилин |  |
| 10-20 хвилин |  |
| 20-30 хвилин |  |
| Більше 30 хвилин |  |
| Обсяг наданої допомоги | |
| Опитано про скарги |  |
| Виміряно артеріальний тиск |  |
| Проведено огляд |  |
| Введено лікарські засоби |  |
| Транспортовано |  |
| Відношення медичних працівників | |
| Доброзичливе |  |
| Байдуже |  |
| Неприязне |  |
| Рівень задоволеності послугами екстреної медичної допомоги | |
| Повністю задоволений |  |
| Більше задоволений ніж не задоволений |  |
| Більше не задоволений ніж задоволений |  |
| Повністю не задоволений |  |

**Просимо Вас вказати на задоволеність послугами, які Ви отримали в приймальному відділенні закладу охорони здоров’я, необхідне позначьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | абс |
| Оглянуто лікарем приймального відділення |  |
| Оглянуто лікарем-неврологом |  |
| Оглянуто лікарем-нейрохірургом |  |
| Тільки оформлено документи медичною сестрою |  |
| Час перебування в приймальному відділенні | |
| До 30 хвилин |  |
| 30-60 хвилин |  |
| До 2 годин |  |
| Більше за 2 години |  |
| Обсяг наданої допомоги | |
| Опитано та виявлено скарги |  |
| Виміряно артеріальний тиск |  |
| Введено лікарські засоби |  |
| Транспортовано до відділення |  |
| Спосіб транспортування до відділення | |
| Кр**і**сло-коляска |  |
| Каталка |  |
| Ноші |  |
| Своїм ходом в супроводі медичного працівника |  |
| Відношення медичних працівників | |
| Доброзичливе |  |
| Байдуже |  |
| Неприязне |  |
| Рівень задоволеності послугами отриманими  в приймальному відділенні | |
| Повністю задоволений |  |
| Більше задоволений ніж не задоволений |  |
| Більше не задоволений ніж задоволений |  |
| Повністю не задоволений |  |

**Просимо Вас вказати про інформування Вас про план та методи обстеження і лікування, необхідне відмітьте +**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Ознайомлений з планом обстеження | Ознайомлений з планом лікування | Ознайомлений з дією лікарських засобів | Ознайомлений з режимом перебування | Ознайомлений з режимом харчування | Інформованої згоди на медичні втручання не давав |
| Позитивна відповідь |  |  |  |  |  |  |

**Просимо Вас відповісти на питання, які стосуються Вашого обстеження з метою візуалізації патологічного процесу, необхідне відмітьте +**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показник** | **Позитивна відповідь** | |
| Метод обстеження | | |
| МРТ |  | |
| КТ |  | |
| Не проводилося |  | |
| Протягом перших чотирьох годин |  | |
| Протягом перших 6 годин |  | |
| Протягом першої доби |  | |
| На другий день |  | |
| Більше ніж за 2 дні |  | |
| Інформування про результати обстеження | | |
| Результати детально обговорені із лікарем, що лікує | |  |
| Лікарем проінформовано в загальному плані | |  |
| Результати не обговорені із лікарем що лікує | |  |
| Оплата за обстеження | | |
| Оплата через касу |  | |
| Оплата медичним працівникам |  | |
| Не оплачував |  | |
| Відношення медичних працівників | | |
| Доброзичливе |  | |
| Байдуже |  | |
| Неприязне |  | |

**Оцініть умови заповнення палат, необхідне відмітьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Позитивна відповідь |
| Знаходився один |  |
| Знаходився в палаті на 2-х пацієнтів |  |
| Знаходився в палаті на 3-х пацієнтів |  |
| Знаходився в палаті на 4-х пацієнтів |  |
| Знаходився в палаті на 5-х пацієнтів |  |
| Знаходився в палаті**,**  де було більше ніж 5 пацієнтів |  |
| Психологічні відносини між пацієнтами сприяли одужуванню |  |
| Не сприяли видужуванню |  |
| Палата заповнена однорідними за станом здоров’я пацієнтами |  |
| У палаті находились хворі, які потребували стороннього догляду |  |
| За тяжкохворими доглядали їх родичі |  |
| За тяжкохворими був встановлений індивідуальний медичний пост |  |
| Палата заповнена пацієнтами близької вікової категорії |  |
| Палата заповнена близькими за інтелектуальним рівнем пацієнтами |  |
| Ви мали можливість змінити палату |  |

**Задоволеність умовами перебування та санітарно-гігієнічним режимом, необхідне відмітьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Позитивна відповідь |
| Характеристика ліжка | |
| Функціональне зручне |  |
| Функціональне з неробочим регулятором |  |
| Загальне зручне |  |
| Загальне не зручне |  |
| Постільна білизна | |
| Лікарняна доброякісна |  |
| Лікарняна зношена |  |
| Змінювали за потреби |  |
| Змінювали за вимоги |  |
| Практично не змінювали |  |
| Використовувалась домашня |  |
| Гігієнічне прибирання палати | |
| Щоденне |  |
| Два і більше разів на добу |  |
| Прибирали, як правило родичі пацієнтів |  |
| Характеристика водопостачання | |
| Наявність в палаті крану подачі холодної води |  |
| Наявність в палаті крану подачі гарячої води |  |
| Можливість за потреби прийняти душ/ванну |  |
| Відношення молодшого медичного персоналу | |
| Доброзичливе |  |
| Байдуже |  |
| Неприязне |  |
| Рівень задоволеності санітарно-гігієнічними умовами | |
| Повністю задоволений |  |
| Більше задоволений ніж не задоволений |  |
| Більше не задоволений ніж задоволений |  |
| Повністю не задоволений |  |

**Просимо оцінити умови харчування, необхідне відмітьте +**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | | Позитивна відповідь |
| Лікарняне харчування | | |
| Задоволений | |  |
| Не задоволений | |  |
| Домашнє харчування | | |
| Умови для зберігання харчів | Задовільні |  |
| Не задовільні |  |
| Умови для підігріву харчів | Наявні |  |
| Відсутні |  |
| При перебуванні в лікарні чи бажали б замовити персональні обіди | |  |

**Охарактеризуйте умови відвідування пацієнтів родичами, необхідне відмітьте +**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Відвідування у певний час | Відвідування можливе в любий час | Створені умови для перебування родичів | Умови для перебування родичів відсутні | Родичі залучаються до догляду за пацієнтами |
| Позитивна відповідь |  |  |  |  |  |

**Оцініть деонтологічні та професійні аспекти діяльності медичного персоналу, необхідне відмітьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Позитивна відповідь |
| Лікарі спілкувалися поважно, ввічливо |  |
| Медичні сестри спілкувалися поважно, ввічливо |  |
| Молодший медичний персонал спілкувався поважно, ввічливо |  |
| Персонал у відділенні спілкується між собою дуже голосно |  |
| Персонал у відділенні спілкується з пацієнтами дуже голосно |  |
| Персонал обговорює пацієнтів в присутності інших пацієнтів |  |
| Персонал обговорює особисті справи в присутності пацієнтів |  |
| Персонал під час роботи використовує духи (одеколон), що є неприємним для пацієнтів |  |
| Одяг медичного персоналу не завжди є ошатним |  |
| Макіяж медичного персоналу буває надмірно вираженим |  |
| Психологічна сумісність з лікарем |  |
| Психологічна не сумісність з лікарем |  |
| Психологічна сумісність з середнім медичним персоналом |  |
| Психологічна не сумісність з окремими середніми медичними працівниками |  |
| Психологічна сумісність з молодшим медичним персоналом |  |
| Психологічна не сумісність з окремими молодшими медичними працівниками |  |
| Наявна можливість зміни лікуючого лікаря |  |

**Просимо надати оцінку кваліфікації медичного персоналу, необхідне відмітьте +**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Персонал | Високо кваліфікований | Кваліфікований | Недостатньо кваліфікований | Не визначився |
| Лікарі |  |  |  |  |
| Медичні сестри |  |  |  |  |
| Молодший персонал |  |  |  |  |

**Просимо оцінити обсяг лікувальної допомоги, необхідне відмітьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Позитивна оцінка |
| Тромболізис |  |
| Нейрохірургічне втручання |  |
| Терапевтичне лікування |  |
| Лікування в палаті інтенсивної терапії |  |

**Просимо надати оцінку задоволеності лікувальним процесом, необхідне відмітьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Позитивна оцінка |
| Повністю задоволений |  |
| Більше задоволений ніж не задоволений |  |
| Більше не задоволений ніж задоволений |  |
| Повністю не задоволений |  |

**Просимо оцінити рівень**  **економічної доступності медичної допомоги, необхідне відмітьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показник** | **Позитивна оцінка** |
| Рівень економічної доступності діагностичного процесі | |
| Доступно |  |
| Дорого |  |
| Практично недоступно |  |
| Рівень економічної доступності лікарських засобів | |
| Доступно |  |
| Дорого |  |
| Практично недоступно |  |

**Просимо вказати загальний рівень задоволеності отриманою медичною допомогою та оцінити її якість, необхідне відмітьте +**

|  |  |
| --- | --- |
| Показник | Позитивна оцінка |
| Повністю задоволений |  |
| Більше задоволений ніж не задоволений |  |
| Більше не задоволений ніж задоволений |  |
| Повністю не задоволений |  |
| Якісна медична допомога |  |
| Більше якісна ніж не якісна |  |
| Більше не якісна ніж якісна |  |
| Не якісна |  |

Дякуємо за надані відповіді.

**Додаток Б-9**

**А н к е т а**

експертного опитування з метою встановлення напрямів та форм діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі

**Шановні есперти!**

Проводиться експертне визначення напрямів та форм діяльності системи громадського здоров’я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді виключно в наукових цілях.

Участь у дослідженні є добровільною.

Шановні експерти просимо оцінити напрями та форми діяльності служби громадського здоров’я у боротьбі з цереброваскулярними хворобами, необхідне відмітьте +

|  |  |
| --- | --- |
| **Напрями та форми діяльності** | **Позитивна оцінка** |
| Інформаційно-просвітницька комплексна робота з питань профілактики та наслідків цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів на рівні громади та організованих колективів |  |
| Інформаційно-просвітницька робота з питань профілактики та наслідків цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів на рівні сімей |  |
| Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота з питань профілактики та наслідків цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів |  |
| Епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку цереброваскулярних хвороб та мозкових інсультів |  |
| Адвокація з формування здоров’язбережувального профілю міста |  |
| Комунікація та соціальна мобілізація в інтересах збереження та зміцнення здоров’я населення міста |  |
| Формування мережі «Клубів здорових людей» з цільовими групами інформаційного впливу |  |
| Формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я |  |

**Дякуємо за проведену експертизу.**

**Додаток Б-10**

**А н к е т а**

експертної оцінки оптимізованої системи медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу

**Шановні експерти!**

Просимо Вас оцінити оптимізовану систему медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу і її складових на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров’я.

Кожну позицію просимо оцінити за 10 бальною системою. 10 балів – найвища оцінка, , 0 балів – найнижча оцінка.

Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому виді виключно в наукових цілях.

|  |  |
| --- | --- |
| Запропоновані інновації | Оцінка в балах |
| Оптимізована система в цілому |  |
| Створення спеціалізованих комплексних центрів надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах |  |
| Створення системи реабілітації для осіб, що перенесли МІ |  |
| Створення системи паліативної допомоги для осіб, що перенесли МІ |  |
| Повний перехід ПМСД на принципи загальної лікарської практики-сімейної медицини з формуванням у ЛЗП-СЛ компетенцій з надання медичної допомоги при ЦВХ та МІ |  |
| Включення до цільової комплексної програми «Здоров’я киян» розділу боротьби з ЦВХ та МІ у відповідності до «Плану дій боротьби з інсультом в Європі на 2018-2030 рр.» та місцевих особливостей. |  |
| Модель управління службою медичної допомоги при ЦВХ та МІ з формуванням міської міжсекторальної координаційної ради боротьби з інсультом. |  |
| Залучення в систему сфери громадського здоров’я з метою забезпечення епідеміологічного нагляду за факторами ризику розвитку ЦВХ та МІ і їх ефективної профілактики. |  |
| Розробка раціональних маршрутів пацієнтів на рівні міста |  |
| Запровадження сучасної системи підготовки медичних працівників, які надають медичну допомогу населенню при МІ (первинна спеціалізація) |  |
| Запровадження сучасної системи обліку осіб, що перенесли МІ включаючи дітей – електронний реєстр. |  |
| Формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров’я |  |
| Впровадження механізму державно-приватного партнерства для створення необхідної ресурсної бази |  |
| Залучення в систему служб соціального захисту населення для супроводу осіб, що перенесли МІ |  |
| Залучення в систему приватного сектору охорони здоров’я та визначення механізмів взаємодії з державним сектором ОЗ |  |
| Створення на базі спеціалізованого центру медичної допомоги при МІ постійно діючого тренінгового центру для медичного персоналу первинної, спеціалізованої та ЕМД |  |
| Мотивування населення до визнання пріоритету особистого здоров’я |  |
| Залучення в систему громадських та благодійних організацій |  |
| Створення умов та можливостей для здорового способу життя населенням |  |

Дякуємо за проведену експертизу.

**Додаток В-1**

**Кількість проліковано хворих на ішемічний інсульт, середня тривалість лікування (дні) та летальність (%) у стаціонарах м. Києва, 2015-2019 рр**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклади охорони здоров’я | виписано хворих | | | | | середня тривалість лікування | | | | | летальність | | | | |
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Олександрівська клінічна лікарня | 902 | 686 | 660 | 673 | 591 | 13,0 | 15.2 | 15,9 | 15,0 | 14,2 | 10,07 | 14,46 | 11,53 | 12,26 | 17,92 |
| Міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги | 259 | 225 | 229 | 209 | 115 | 12,3 | 13.3 | 11,5 | 11,4 | 14,3 | 18,30 | 22,15 | 18,51 | 19,31 | 26,75 |
| Міська клінічна лікарня № 1 | 1056 | 1055 | 1096 | 895 | 1044 | 12,5 | 12.9 | 12,0 | 11,9 | 11,5 | 16,85 | 18,03 | 17,53 | 16,04 | 16,55 |
| Міська клінічна лікарня № 3 | 1192 | 1175 | 1113 | 1213 | 1137 | 11,0 | 11.4 | 10,67 | 10,7 | 11,7 | 14,74 | 13,28 | 10,67 | 10,15 | 10,26 |
| Міська клінічна лікарня № 4 | 740 | 767 | 753 | 880 | 819 | 15,9 | 15.9 | 17,16 | 14,9 | 14,6 | 18,68 | 15,81 | 17,16 | 15,79 | 17,36 |
| Міська клінічна лікарня № 5 | 398 | 430 | 400 | 474 | 436 | 11,9 | 12.4 | 19,68 | 11,9 | 11,2 | 15,86 | 16,99 | 19,68 | 18,70 | 18,96 |
| Міська клінічна лікарня № 6 | 259 | 261 | 263 | 298 | 470 | 13,4 | 13.2 | 14,05 | 12,9 | 12,3 | 16,72 | 17,41 | 14,05 | 12,61 | 10,13 |
| Міська клінічна лікарня № 7 | 242 | 298 | 283 | 266 | 249 | 13,6 | 13.0 | 20,06 | 13,9 | 13,6 | 22,44 | 14,86 | 20,06 | 18,40 | 17,82 |
| Міська клінічна лікарня № 8 | 469 | 469 | 500 | 544 | 540 | 15,9 | 15.1 | 10,55 | 15,0 | 14,6 | 9,63 | 11,34 | 10,55 | 11,26 | 10,89 |
| Міська клінічна лікарня № 9 | 307 | 291 | 264 | 292 | 233 | 13,4 | 12.8 | 9,59 | 13,7 | 14,8 | 8,08 | 9,63 | 9,59 | 8,18 | 7,91 |

*Продовження додатку В-1*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Міська клінічна лікарня № 10 | - | - | - | 2 | 2 | - | - | 12,5 | 26,0 | 19,5 | - | - | 100,0 | 50,0 | 50,0 |
| Клінічна лікарня № 11 | 179 | 173 | 103 | 16 | 22 | 14,0 | 13.8 | 5,50 | 16,3 | 16,0 | 13,53 | 8,47 | 5,50 | 5,9 | - |
| Міська клінічна лікарня № 12 | 305 | 277 | 294 | 336 | 487 | 17,4 | 17.5 | 21,18 | 16,0 | 15,2 | 22,39 | 19,94 | 21,18 | 19,23 | 19,24 |
| Клінічна лікарня № 15 | 171 | 175 | 166 | 290 | 309 | 14,5 | 13.5 | 18,63 | 13,7 | 11,7 | 20,47 | 20,81 | 18,63 | 21,41 | 17,16 |
| Міська клінічна лікарня № 18 | 254 | 291 | 272 | 298 | 261 | 18,5 | 19.6 | 17,82 | 19,6 | 17,9 | 16,17 | 13,39 | 17,82 | 14,86 | 19,94 |
| Міський центр радіаційного захисту населення | 15 | 22 | 19 | 37 | 23 | 13,9 | 15.4 | - | 15,2 | 14,3 | - | - | - | 9,76 | 4,17 |
| Міський клінічний госпіталь ветеранів війни | 4 | 2 | 4 | 5 | 28 | 24,5 | 18.0 | 19,7 | 19,8 | 35,4 | 42,9 | 33,3 | 66,7 | 50,0 | - |
| м. Київ | 6752 | 6597 | 6419 | 6728 | 6766 | 13,5 | 13.9 | 15,53 | 13,5 | 13,3 | 15,80 | 15,70 | 15,53 | 14,74 | 15,39 |

**Додаток В-2**

**Кількість проліковано хворих на геморагічний інсульт, середня тривалість лікування (дні) та летальність (%) у стаціонарах м. Києва, 2015-2019 рр**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклади охорони здоров’я | **закінчені випадки** | | | | | **середня тривалість лікування** | | | | | **летальність** | | | | |
| **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** |
| Олександрівська клінічна лікарня | 358 | 228 | 244 | 250 | 218 | 12,1 | 18,6 | 19,3 | 18,9 | 19,1 | 26,94 | 34,10 | 32,03 | 32,07 | 33,94 |
| Міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги | 133 | 141 | 130 | 142 | 153 | 17,2 | 17,5 | 15,3 | 16,9 | 13,7 | 49,81 | 45,77 | 47,15 | 48,18 | 41,60 |
| Міська клінічна лікарня № 1 | 84 | 115 | 104 | 86 | 94 | 15,5 | 13,7 | 14,3 | 14,3 | 14,4 | 41,26 | 36,11 | 41,57 | 42,28 | 36,49 |
| Міська клінічна лікарня № 3 | 143 | 94 | 100 | 96 | 66 | 7,3 | 12,0 | 11,0 | 9,6 | 12,5 | 22,70 | 36,91 | 39,02 | 33,33 | 31,25 |
| Міська клінічна лікарня № 4 | 42 | 53 | 54 | 44 | 50 | 20,4 | 18,9 | 17,3 | 16,7 | 15,1 | 40,85 | 43,62 | 47,06 | 48,24 | 46,24 |
| Міська клінічна лікарня № 5 | 43 | 28 | 45 | 39 | 46 | 11,7 | 11,4 | 16,1 | 10,5 | 9,5 | 48,81 | 56,25 | 50,00 | 49,35 | 30,30 |
| Міська клінічна лікарня № 6 | 7 | 6 | 7 | 5 | 7 | 12,7 | 15,2 | 14,9 | 13,2 | 11,6 | 68,2 | 78,6 | 56,3 | 66,7 | 74,1 |
| Міська клінічна лікарня № 7 | 9 | 10 | 12 | 16 | 7 | 17,3 | 10,6 | 14,2 | 17,3 | 16,9 | 22,2 | 54,5 | 53,8 | 50,0 | 33,3 |
| Міська клінічна лікарня № 8 | 36 | 35 | 36 | 28 | 34 | 15,6 | 18,1 | 16,1 | 16,0 | 17,4 | 32,08 | 27,08 | 40,98 | 51,72 | 40,35 |
| Міська клінічна лікарня № 9 | 16 | 28 | 19 | 22 | 22 | 17,5 | 13,6 | 16,1 | 17,2 | 10,5 | 52,94 | 24,32 | 58,70 | 45,00 | 50,00 |
| Міська клінічна лікарня № 10 | 2 | - | 1 | - | - | 48,0 | - | 27,0 | - | - | 33,3 | - | - | - | - |
| Клінічна лікарня № 11 | 7 | 4 | 6 | - | - | 17,1 | 14,8 | 17,2 | - | - | 22,2 | 33,3 | - | - | - |
| Міська клінічна лікарня № 12 | 13 | 9 | 8 | 21 | 31 | 19,5 | 22,9 | 17,0 | 17,8 | 15,8 | 51,9 | 43,8 | 55,6 | 41,67 | 53,73 |
| Клінічна лікарня № 15 Подільського р-ну | 18 | 28 | 30 | 51 | 47 | 15,6 | 16,0 | 17,3 | 14,6 | 12,9 | 33,3 | 26,32 | 25,00 | 31,08 | 17,54 |
| Міська клінічна лікарня № 18 | 17 | 19 | 14 | 17 | 23 | 28,6 | 20,8 | 20,4 | 19,0 | 18,0 | 50,00 | 36,7 | 46,2 | 45,2 | 39,5 |
| Міський центр радіаційного захисту населення | - | - | 1 | - | - | - | - | 13,0 | - | - | - | - | - | - | - |
| Міський клінічний госпіталь ветеранів війни | 3 | 1 | 1 | 14 | 6 | 22,7 | 28,0 | 27,0 | 23,9 | 22,2 | - | 50,0 | 66,7 | - | 14,3 |
| **м. Київ** | **931** | **799** | **812** | **831** | **804** | **13,7** | **16,4** | **16,3** | **16,1** | **15,3** | **37,56** | **39,74** | **41,58** | **40,85** | **38,49** |

**Додаток В-3**

**Заклади охорони здоров’я м. Києва які уклали договори з НСЗ України по наданню медичної допомоги при церебральних інсультах та їх ресурси, 2020 р.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклад | Договірна кількість хворих | Прогнозна кількість днів стаціонарного лікування | Кількість ліжок | | Режим роботи служби  візуалізації  патологічного процесу | Кількість ліжко днів забезпечує наявна кількість госпітальних ліжок |
| неврологічних | нейрохірургічних |
| Міська клінічна лікарня №1 | 604 | 9724,4 | 120 | 20 | В режимі роботи лікаря в денний час | 36400 |
| Міська клінічна лікарня №3 | 638 | 10271,8 | 165 | - | В режимі роботи лікаря в денний час | 42900 |
| Міська клінічна лікарня №4 | 537 | 8645,7 | 160 | - | В режимі роботи лікаря в денний час | 41600 |
| Міська клінічна лікарня №6 | 488 | 7856,8 | 50 | - | В дні чергування лікарні | 13000 |
| Міська клінічна лікарня №7 | 272 | 4379,2 | 80 | - | В режимі роботи лікаря в денний час | 20800 |
| Міська клінічна лікарня №8 | 306 | 4926,6 | 155 | **-** | В режимі роботи лікаря в денний час | 40300 |
| Міська клінічна лікарня №9 | 117 | 1883,7 | 70 | - | В режимі роботи лікаря в денний час | 18200 |
| Міська клінічна лікарня №15 | 293 | 4717,3 | 50 | - | В режимі роботи лікаря в денний час | 13000 |
| ЛШМД | 325 | 5232,5 | - | 135 | Цілодобово в т.ч. у вихідні і святкові дні | 35100 |
| Олександрівська клінічна лікарня | 781 | 12574,1 | 80 | 50 | Цілодобово в т.ч. у вихідні і святкові дні | 33800 |
| Всього | 4361 | 70212,1 | 930 | 205 |  | 295100 |

**Додаток Г-1**

**Удосконалення класифікації інсультів вертебробазилярного басейну**

**У разі ішемічних інсультів :**

1. ***інфаркт проксимальної території***:

- *інфаркт довгастого мозку* (ізольований медулярний, медіальний, латеральний, поєднаний; лакунарний, не лакунарний);

- *інфаркт задньонижньої частини мозочка*.

1. ***інфаркт серединної території:***

* *інфаркту вароліївого мосту* (медіальний, латеральний, тотальний; лакунарний, не лакунарний; ізольований, поєднаний);
* *інфаркт передньонижньої частини мозочка.*

1. ***інфаркт дистальної території:***

* *інфаркт середнього мозку* (ізольований, поєднаний);
* *інфаркт верхньої частини мозочка;*
* *інфаркт* *таламуса* (нижньолатеральний, парамедіанний, задньолатеральний, центральний; лакунарний, не лакунарний; ізольований, поєднаний);
* *інфаркт потиличної частки;*
* *інфаркт задніх скроневих часток головного мозку.*

**У разі внутрішньо мозкових крововиливів:**

1. ***внутрішньо мозковий крововилив у мозочок:***

* *локалізація гематоми* (півкулі мозочка, черв’як, обидві відділи, півкулі та черв’як),
* *клінічна форма* (блискавична, гостра, підгостра, хронічна-псевдотуморозна),

- *ускладнення* (гідроцефалія, дислокація стовбура головного мозку, прорив крові в шлуночкову систему чи субарахноїдальний простір);

**2) *внутрішньо мозковий крововилив у таламус:***

- *клінічна форма* (блискавична, гостра, підгостра),

- *ускладнення* (гідроцефалія, дислокація стовбура головного мозку, прорив крові в шлуночкову систему);

**3)** ***внутрішньо мозковий крововилив у стовбур головного мозку***

- *локалізація гематоми* (здебільшого понтинні геморагії: ізольована, з розповсюдженням, з проривом крові в шлуночкові систему),

- *клінічна форма* (блискавична, гостра, підгостра)

**Додаток Г-2**

***Алгоритм оперативних дій інсультної ( мультидисциплінарної) бригади (МДБ) фахівцями ОКЛ і КМКЛ №1 при наданні ургентної медичної допомоги пацієнтам з ГПМК на санітарному пропускнику (приймальному відділенні) лікарні***

*На приймальне відділення (санітарний пропускник)* доставляються пацієнти з ГПМК бригадою швидкої медичної допомоги (екстрене направлення) при попередній пренотифікації лікарні; по екстренному направленні поліклініки (КНП КДЦ, сімейної амбулаторії, сімейним лікарем, медичними закладами різної форми власності); направлені або по переведені з інших лікувальних закладів; які самостійно звернулися на приймальне відділення з характерними скаргами та ознаками захворювання; з інших відділень лікарні після консультації невропатолога.

У випадку поступлення хворого ***на санітарний пропускник (приймальне відділення)***  лікарні рішення про виклик МДБ неврологічного профілю приймає чергова медична сестра приймального відділення. за телефонами:

ЧЕРГОВИЙ **НЕВРОПАТОЛОГ**

(тел. )

ЧЕРГОВИЙ **АНЕСТЕЗІОЛОГ**

(тел. )

ЧЕРГОВИЙ **НЕЙРОХІРУРГ**

(тел. )

Чергова медична сестра приймального відділення (санітарного пропускника) повідомляє відділення нейровізуалізації, лабораторії про поступлення пацієнта з ГПМК.

В приймальному відділенніМДБ оцінюється загальний і неврологічний стан хворого, проводиться диференційна діагностика : інструментальні і лабораторні обстеження, визначається тактика обстеження і лікування.

Діагностичне обстеження, в т.ч. СКТ головного мозку, проводиться всім пацієнтам для встановлення типу інсульту, локалізації і об’єму ураження.

За умови підтвердженого ішемічного інсульту проводиться оцінка стану пацієнта та визначення необхідного виду лікування : медикаментозного консервативного ( у відділенні ЦВП і неврологічному відділенні) чи мікронейрохірургічного або ендоваскулярного ( у відділенні нейрохірургії).

За умови підтвердженого геморагічного інсульту пацієнт госпіталізується до нейрохірургічного відділення для виконання нейрохірургічних втручань ( за наявності показів).

За умови наявності у пацієнта порушень життєвих функцій пацієнт госпіталізується до відділення ВРІТ лікарні ( за наявності показів).

**Алгоритм дії невролога при госпіталізації пацієнта з підозрою на ГПМК**

**Діагностика:**

**1. 3бір анамнезу:**

1. Збір анамнезу захворювання.(вказати витратний час)

Лікар, який оглядає пацієнта, повинен точно визначити час початку захворювання (якщо очевидців розвитку симптомів інсульту немає, часом розвитку інсульту слід вважати той час, коли пацієнта востаннє бачили у *«*звичайному» стані – без симптомів інсульту). Необхідно визначити чи є пацієнт потенційним кандидатом на проведення системного тромболітичного лікування.

У разі виявлення пацієнта, який є кандидатом для проведення системного тромболітичного лікування, подальші дії медичного персоналу регламентуються Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстренна, вторинна (спеціалізована) медична допомога)».

1.2. Скарги та клінічний перебіг симптомів захворювання (якщо дозволяє стан пацієнта) .(вказати час)

1. 1.3.Збір анамнезу життя. .(вказати час)

Виявлення судинних факторів ризику інсульту (ТІА), таких як АГ, порушення ритму серця, захворювання серця, цукровий діабет, інфаркт міокарду або ГПМК в минулому.

1. 1.4.Сімейний анамнез.
2. 1.5.Медикаментозний анамнез.

Перелік ліків, які приймає пацієнт (пероральні антикоагулянти; НСПЗЗ, антигіпертензивні засоби тощо).

Наявність/відсутність алергії на лікарські засоби.

1.6.Перенесені травми, оперативні втручання.

* 1. Шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем, вживання наркотиків).

1. **Фізикальне обстеження** .(вказати витратний час)

2.1 Вимірювання АТ на обох руках (у разі, якщо наповнення пульсу на променевих артеріях відрізняється).

Якщо АТ на руках істотно відрізняється (більше ніж на 10-15 мм рт. ст.), це може свідчити про диссекцію аорти, оклюзійно-стенотичні ураження підключичних артерій, брахіоцефального стовбуру, хворобу Такаясу.

2.2 Вимірювання ЧСС.

2.3 Вимірювання температури тіла (Т тіла).

2.4 Вимірювання частоти дихання (ЧД).

2.5 Вимірювання маси тіла.

2.6 Вимірювання зросту, обхвату талії.

**3. Огляд по органах та системах** .(вказати витратний час)

Під час огляду необхідно приділити особливу увагу:

3.1 огляду голови та шиї (ознаки травми),

3.2 огляду язика (прикуси),

3.3 огляду ніг (набряки),

3.4 огляду кольору шкіри (жовтяниця, синці, петехії, ціаноз),

3.5 аускультації серця та сонних артерій (аритмії, шуми),

3.6 пальпація пульсу на артеріях стоп.

**4. Неврологічне обстеження** .(вказати витратний час)

4.1. Визначення тяжкості інсульту проводиться за допомогою Шкали тяжкості інсульту (NIHSS), рівень порушення свідомості - за шкалою Глазго.

4.2. Всім пацієнтам з ГПМК проводиться тест на виявлення порушення ковтання (дисфагія)

**Алгоритм дії нейрохірурга при госпіталізації пацієнта з підозрою на ГПМК** .(вказати витратний час)

Після проведеного огляду і оцінки результатів нейровізуалізації проводить наступні втручання:

Відкриті хірургічні втручання:

При великих інфарктах мозку, що охоплюють більше половини басейну середньої мозкової артерії та супроводжуються значним набряком та дислокацією мозку (так звані інфаркти зі злоякісним перебігом або «злоякісні інфаркти»), прогноз хворих є дуже поганим: при консервативному лікуванні летальність сягає 80%. В таких випадках, щоб уникнути критичного підвищення внутрішньочерепного тиску та значної дислокації мозку, було запропоновано робити широку декомпресійну трепанацію черепа – **гемікраніектомію**. Мета-аналіз трьох клінічних випробувань підтвердив, що при «злоякісних інфарктах» гемікраніектомія дозволяє значно зменшити летальність та дещо поліпшити функціональні результати лікування у порівнянні з консервативним лікуванням. Переваги хірургічного лікування були документовані у хворих, які відповідали критеріям відбору (вік 18−60 років, інфаркт >50% басейну середньої мозкової артерії, пригнічення свідомості, тяжкий неврологічний дефіцит [NIHSS>15 б.] та можливість провести втручання в перші 48 год. від початку захворювання). Зважаючи на результати цих клінічних випробувань та досвід багатьох центрів, де проводять таке втручання, у випадках тяжкого інсульту внаслідок оклюзії середньої мозкової артерії слід замовити негайну консультацію нейрохірурга.

**Вентрикулостомія та хірургічна декомпресія** вважаються методом вибору при лікуванні великих інфарктів мозочку з мас-ефектом, хоча їх ефективність не підтверджено даними клінічних випробувань. Рекомендується виконувати операцію раніше, ніж з’являться ознаки дислокації та вклинення стовбуру мозку. Результати лікування можуть бути дуже хорошими навіть у хворих, які перед операцією були у комі.

Є дуже мало даних щодо ефективності **екстреної каротидної ендартеректомії** при ішемічному інсульті. В цілому, це втручання вважається надто небезпечним і не проводиться за інших умов, крім виникнення гострого інсульту одразу після ендартеректомії. Раптове відновлення або збільшення кровотоку може сприяти розвитку набряку мозку або спричинити геморагічну трансформацію, зокрема при великих ішемічних вогнищах. З іншого боку, час, що потрібен для діагностики ураження артерій та підготовки операційної, обмежує потенційну користь такого втручання. Однак є і повідомлення про хороші результати каротидної ендартеректомії в перші 24 год. від початку ішемічного інсульту в каротидному басейні у хворих з тяжким стенозом внутрішньої сонної артерії та легким або помірним неврологічним дефіцитом.

**Невідкладний екстракраніально-інтракраніальний анастомоз** не поліпшує результати лікування при ішемічному інсульті і істотно збільшує ризик внутрішньочерепних крововиливів. Разом з тим, є окремі повідомлення про хороші результати екстреного накладання анастомозу та мікрохірургічної емболектомії у середній мозковій артерії. В літературі мало даних про результати невідкладних хірургічних втручань при оклюзіях артерій вертебробазилярного басейну.

Ендоваскулярні хірургічні втручання

Ендоваскулярні втручання є одними з найбільш перспективних способів лікування гострої ішемії, і в цій області ведуться активні дослідження. З метою усунення оклюзії позачерепної або внутрішньочерепної артерії, що спричинила ішемічний інсульт, було запропоновано декілька ендоваскулярних втручань: невідкладна ангіопластика зі стентуванням, механічне руйнування та/або видалення тромбу (тромбектомія) тощо. В більшості випадків механічна тромбектомія проводилася разом з внутрішньовенним або внутрішньоартеріальним тромболізисом. Вже схвалено використання декількох засобів для механічної тромбектомії при ішемічному інсульті (MERCI, PENUMBRA, SOLITAIRE), але їх ефективність остаточно ще не доведено. Застосування ендоваскулярних процедур обмежене високоспеціалізованими центрами, де є необхідні ресурси та кваліфіковані фахівці, оскільки тільки за таких умов ці втручання можуть бути достатньо безпечними.

**Алгоритм дії анестезіолога при госпіталізації пацієнта з підозрою на ГПМ**

Надати правильне положення тіла пацієнта

Забезпечення прохідності дихальних шляхів.

Підтримка функції дихання та захист дихальних шляхів

Відновлення прохідності дихальних шляхів

Профілактика аспірації

В разі неефективності дихання, проведення інкубації і санації дихальних шляхів

При значній дихальній недостатності,перевід пацієнта на ШВЛ

Моніторинг і корекція сатурації периферичної крові

Контроль і корекція АТ

Забезпечення венозного доступу

**Алгоритм дії чергової медичної сестри приймального відділення**

1. Викликає чергових членів мультидисциплінарної бригади (чергового лікаря-невролога, чергового анестезіолога, чергового нейрохірурга), чергового лаборанта ОКЛ.
2. Інформує працівників кабінету КТ відділення променевої та УЗ діагностики ( за потреби) про поступлення пацієнта з підозрою на ГПМК.
3. Здійснює антропометричні вимірювання. Якщо стан хворого не важкий – визначає масу тіла, зріст, обхват талії.
4. Вимірює пацієнту температуру тіла.
5. Знімає ЕКГ (якщо не проведено при госпіталізації).
6. При потребі за призначенням лікаря виписує направлення на рентгенографію ОГК.
7. Проводить санітарно-гігієнічну обробку пацієнта сумісно з черговим молодшим персоналом.
8. Виконує розпорядження та призначення чергового лікаря-невролога/анестезіолога щодо надання екстреної медичної допомоги пацієнту в приймальному відділенні (проведення інсуфляції зволоженого кисню, забезпечення венозного доступу, введення призначених лікарських засобів, тощо).
9. Заповнює паспортну частину медичної карти стаціонарного хворого (історії хвороби) та іншу медичну документацію.
10. Організовує транспортування пацієнта на лежачих ношах молодшим медичним персоналом на нейровізуалізацію, рентгенологічний кабінет відділення променевої УЗ діагностики (за потреби) у відділення, куди пацієнт госпіталізується і де пацієнт передається під нагляд чергового персоналу. Пацієнти у важкому стані супроводжуються лікарем-анестезіологом.

**5. Інструментальні дослідження**

**Обов’язкові термінові:**

1. Нейровізуалізаційне дослідження головного мозку (КТ/МРТ).(описати де і як це проводиться???, витратний час).
2. Оцінку нейровізуалізації проводиться сумісно черговим неврологом і нейрохірургом.

**6. Алгоритм дії лаборанта при госпіталізації пацієнта з підозрою на** ГПМК .(вказати витратний час)

Проведення лабораторних досліджень(Обов’язкові термінові):

Визначення рівня глюкози, розгорнутий загальний аналіз крові з визначенням числа тромбоцитів, МНВ, АЧТЧ, електролітний склад сироватки крові, рівень глюкози (в динаміці), ниркові проби (креатинін та сечовина сироватки крові), ліпідограма**.**

**Додаток Г-3**

***Алгоритм оперативних дій інсультної ( мультидисциплінарної) бригади (МДБ) фахівцями КМКЛ № 3,4,5,6,7,8,9,12 при наданні ургентної медичної допомоги пацієнтам з ГПМК на санітарному пропускнику (приймальному відділенні) лікарні***

Наприймальне відділення доставляються пацієнти з ГПМК бригадою швидкої медичної допомоги (екстрене направлення) при попередній пренотифікації лікарні; по екстренному направленні поліклініки (КНП КДЦ, сімейної амбулаторії, сімейним лікарем, медичними закладами різної форми власності); направлені або по переведені з інших лікувальних закладів; які самостійно звернулися на приймальне відділення з характерними скаргами та ознаками захворювання; з інших відділень лікарні після консультації невропатолога.

У випадку поступлення хворого ***на санітарний пропускник (приймальне відділення)***  лікарні рішення про виклик МДБ неврологічного профілю приймає чергова медична сестра приймального відділення. за телефонами:

ЧЕРГОВИЙ **НЕВРОПАТОЛОГ**

(тел. )

ЧЕРГОВИЙ **АНЕСТЕЗІОЛОГ**

(тел. )

Чергова медична сестра приймального відділення повідомляє відділення ня нейровізуалізації, лабораторії про поступлення пацієнта з ГПМК.

В приймальному відділенніМДБ оцінюється загальний і неврологічний стан хворого, проводиться диференційна діагностика : інструментальні і лабораторні обстеження, визначається тактика обстеження і лікування.

Діагностичне обстеження, в т.ч. СКТ головного мозку, проводиться всім пацієнтам для встановлення типу інсульту, локалізації і об’єму ураження.

За умови підтвердженого ішемічного інсульту проводиться оцінка стану пацієнта та визначення необхідного виду лікування: медикаментозного консервативного ( у неврологічне відділення), визначає потребу консультації нейрохірурга

За умови наявності у пацієнта порушень життєвих функцій пацієнт госпіталізується до відділення ВРІТ лікарні ( за наявності показів).

**Алгоритм дії невролога при госпіталізації пацієнта з підозрою на ГПМК**

**Діагностика:**

**1. 3бір анамнезу:**

Збір анамнезу захворювання.(вказати витратний час)

Лікар, який оглядає пацієнта, повинен точно визначити час початку захворювання (якщо очевидців розвитку симптомів інсульту немає, часом розвитку інсульту слід вважати той час, коли пацієнта востаннє бачили у *«*звичайному» стані – без симптомів інсульту). Необхідно визначити чи є пацієнт потенційним кандидатом на проведення системного тромболітичного лікування.

У разі виявлення пацієнта, який є кандидатом для проведення системного тромболітичного лікування, подальші дії медичного персоналу регламентуються Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстренна, вторинна (спеціалізована) медична допомога)».

1.2. Скарги та клінічний перебіг симптомів захворювання (якщо дозволяє стан пацієнта) .(вказати час)

1. 1.3.Збір анамнезу життя. .(вказати час)

Виявлення судинних факторів ризику інсульту (ТІА), таких як АГ, порушення ритму серця, захворювання серця, цукровий діабет, інфаркт міокарду або ГПМК в минулому.

1. 1.4.Сімейний анамнез.
2. 1.5.Медикаментозний анамнез.

Перелік ліків, які приймає пацієнт (пероральні антикоагулянти; НСПЗЗ, антигіпертензивні засоби тощо).

Наявність/відсутність алергії на лікарські засоби.

1.6.Перенесені травми, оперативні втручання.

* 1. Шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем, вживання наркотиків).

1. **Фізикальне обстеження** .(вказати витратний час)

2.1 Вимірювання АТ на обох руках (у разі, якщо наповнення пульсу на променевих артеріях відрізняється).

Якщо АТ на руках істотно відрізняється (більше ніж на 10-15 мм рт. ст.), це може свідчити про диссекцію аорти, оклюзійно-стенотичні ураження підключичних артерій, брахіоцефального стовбуру, хворобу Такаясу.

2.2 Вимірювання ЧСС.

2.3 Вимірювання температури тіла (Т тіла).

2.4 Вимірювання частоти дихання (ЧД).

2.5 Вимірювання маси тіла.

2.6 Вимірювання зросту, обхвату талії.

**3. Огляд по органах та системах** .(вказати витратний час)

Під час огляду необхідно приділити особливу увагу:

3.1 огляду голови та шиї (ознаки травми),

3.2 огляду язика (прикуси),

3.3 огляду ніг (набряки),

3.4 огляду кольору шкіри (жовтяниця, синці, петехії, ціаноз),

3.5 аускультації серця та сонних артерій (аритмії, шуми),

3.6 пальпація пульсу на артеріях стоп.

4. Неврологічне обстеження .(вказати витратний час)

4.1. Визначення тяжкості інсульту проводиться за допомогою Шкали тяжкості інсульту (NIHSS), рівень порушення свідомості - за шкалою Глазго.

4.2. Всім пацієнтам з ГПМК проводиться тест на виявлення порушення ковтання (дисфагія)

**Алгоритм і покази до консультації нейрохірурга при госпіталізації пацієнта з підозрою на ГПМК** .(вказати як (алгоритм) це проводиться і витратний час)

Ургентна консультація нейрохірурга показана у гострому періоді ішемічного інсульту у наступних випадках:

1. у разі виявлення при нейровізуалізації ознак внутрішньочерепного крововиливу;
2. при гострій тромботичній оклюзії магістральних церебральних артерій у екстра- та інтракраніальних ділянках;
3. при інфаркті мозочка, масивному інфаркті у басейні СМА з прогресуючим дислокаційним синдромом.
4. при гострій тромботичній оклюзії магістральних церебральних артерій у екстра- та інтракраніальних ділянках;
5. при інфаркті мозочка, масивному інфаркті у басейні СМА з прогресуючим дислокаційним синдромом.

Планова консультація нейрохірурга проводиться:

При виявленні на УЗДГ судин шиї стенозу каротидних артерій понад 70 % для вирішення питання проведення хірургічного лікування;

При ТІА, при малому інсульті (повне відновлення вогнищевих неврологічних порушень у термін до 3-х тижнів), за умов стабільного неврологічного статусу після ішемічного інсульту із збереженням залишкової функції в уражених кінцівках та за наявності наступних критеріїв після проведення неінвазивної інструментальної діагностики (УЗ, МР/ КТ-ангіографія): стеноз ВСА понад 50 %, тромбоз однієї ВСА і стенотичне ураження протилежної ВСА, ознаки стенотичного ураження мозкових артерій в інтракраніальних ділянках, стенотичне ураження хребтових артерій або основної артерії з відповідною симптоматикою недостатності кровообігу у ВББ.

**Алгоритм дії анестезіолога при госпіталізації пацієнта з підозрою на ГПМК**

Надати правильне положення тіла пацієнта

Забезпечення прохідності дихальних шляхів.

Підтримка функції дихання та захист дихальних шляхів

Відновлення прохідності дихальних шляхів

Профілактика аспірації

В разі неефективності дихання, проведення інкубації і санації дихальних шляхів

При значній дихальній недостатності,перевід пацієнта на ШВЛ

Моніторинг і корекція сатурації периферичної крові

Контроль і корекція АТ

Забезпечення венозного доступу

**Алгоритм дії чергової медичної сестри приймального відділення**

1. Викликає чергових членів мультидисциплінарної бригади (чергового лікаря-невролога, чергового анестезіолога), чергового лаборанта.
2. Інформує працівників кабінету КТ відділення променевої та УЗ діагностики ( за потреби) про поступлення пацієнта з підозрою на ГПМК.
3. Здійснює антропометричні вимірювання. Якщо стан хворого не важкий – визначає масу тіла, зріст, обхват талії.
4. Вимірює пацієнту температуру тіла.
5. Знімає ЕКГ.
6. При потребі за призначенням лікаря виписує направлення на рентгенографію ОГК (за потреби).
7. Проводить санітарно-гігієнічну обробку пацієнта сумісно з черговим молодшим персоналом.
8. Виконує розпорядження та призначення чергового лікаря-невролога/анестезіолога щодо надання екстреної медичної допомоги пацієнту в приймальному відділенні (проведення інсуфляції зволоженого кисню, забезпечення венозного доступу, введення призначених лікарських засобів, тощо).
9. Заповнює паспортну частину медичної карти стаціонарного хворого (історії хвороби) та іншу медичну документацію.
10. Організовує транспортування пацієнта на лежачих ношах молодшим медичним персоналом на нейровізуалізацію, рентгенологічний кабінет відділення променевої УЗ діагностики (за потреби) у відділення, куди пацієнт госпіталізується і де пацієнт передається під нагляд чергового персоналу. Пацієнти у важкому стані супроводжуються лікарем-анестезіологом.

**Інструментальні дослідження.**  (описати де і як це проводиться, вказати витратний час)

Обов’язкові термінові:

1. Нейровізуалізаційне дослідження головного мозку (КТ/МРТ
2. **Інструментальні методи:** ультразвукове дуплексне сканування магістральних судин голови і шиї (за потреби).

**Алгоритм дії лаборанта при госпіталізації пацієнта з підозрою на ГПМК .(вказати витратний час)**

Проведення лабораторних досліджень(Обов’язкові термінові):

Визначення рівня глюкози… розгорнутий загальний аналіз крові з визначенням числа тромбоцитів, МНВ, АЧТЧ, електролітний склад сироватки крові, рівень глюкози (в динаміці), ниркові проби (креатинін та сечовина сироватки крові), ліпідограма**.**

**Додаток Г-4**

**РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТА**

**випадку інсульту для прагматичного спостереження (визначення якості лікування**)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Історія хвороби №: | | Проведено ліжко-днів: | | | | | | | | | |
|  | ПІБ хворого: | | ТМП | | | | | | | | | |
|  | Дата народження: | | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ р., повних років: | | | | | | | | | |
|  | Стать: | | чол. + жін. | | | | | | | | | |
|  | Телефон для зв’язку з пацієнтом або його рідними (обов’язково): | | | | | | | | | | | |
|  | **Діагноз** (підкреслити): Ішемічний інсульт / Геморагічний інсульт (САК / внутрішньо мозковий крововилив з / без прориву крові у шлуночки / Не уточнений характер інсульту (діагностований лише клінічно) | | | | | | | | | | | |
|  | Інсульт первинний / повторний (вказати при можливості дату попереднього інсульту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | |
|  | Дата захворювання: | | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р., близько\_\_\_\_ години | | | | | | | | | |
|  | Дата звернення за медичною допомогою: «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р., \_\_\_\_\_\_год \_\_\_\_\_хв06 | | | | | | | | | | | |
|  | Дата госпіталізації: | | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р., \_\_\_\_ год \_\_\_\_хв | | | | | | | | | |
|  | Доставлений в стаціонар бригадою ШМД/ акт само звернення/ інше (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | |
|  | Госпіталізований через: | | \_\_\_\_ годин \_\_\_\_ діб (підкреслити) | | | | | | | | | |
|  | При пізній госпіталізації вказати причини: | |  | | | | | | | | | |
|  | Основні фактори ризику і супутні захворювання (при можливості, вказати з якого року): | | | | | | | | | | | |
|  | Артеріальна гіпертензія | Інфаркт міокарда в анамнезі | Вада серця | Миготлива аритмія | | Цукровий діабет  Тип І / ІІ | Дисліпо-протеінемія | | Паління | Тривалий або гострий стрес | | Інші |
|  | + |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | Інші супутні захворювання: | | | | | | | | | | | |
|  | Препарати, які постійно приймає | |  | | | | | | | | | |
|  | МРТ / СКТ (підкреслити) | | Дата виконання «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_р.  Заключення: | | | | | | | | | |
|  | ***Увага! Пункти 18-21 заповнити лише для випадку ішемічного інсульту.*** | | | | | | | | | | | |
|  | Локалізація «свіжого» вогнища ішемії (підкреслити назву ураженої ділянки, у графі під нею вказати розміри згідно даних візуалізації) | | | | | | | | | | | |
|  | Бік  ураження | Частка мозку | Таламус | Внутрішня капсула | | Ніжки мозку | Міст | | Довгастий мозок | | Мозочок | |
|  | правий / лівий |  |  |  | |  |  | |  | | + | |
|  | Оцінка стану хворого по шкалам (<http://www.cardioneurology.ru/nihss/> (glasgow, bartel, renkin) | | | | | | | | | | | |
|  |  | | При поступленні | | 6 день спостереження | | | При виписці  \_\_\_\_ день | | | | |
|  | Шкала Глазго | |  | |  | | |  | | | | |
|  | Шкала NIHHS | |  | |  | | |  | | | | |
|  | Індекс Бартел | |  | |  | | |  | | | | |
|  | Модифікована шкала Ренкіна | |  | |  | | |  | | | | |
|  | У випадку смерті вказати: | | Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р. Час: \_\_\_\_ год \_\_\_\_ хв  ДІАГНОЗ: | | | | | | | | | |
|  | ЛІКУВАННЯ | | | | | | | | | | | |
|  | Тромболізис: проведений, не проведений (вказати причини):  Важкість стану через супутню патологію | | | | | | | | | | | |

Телефон для зв’язку з лікарем:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | У випадку смерті вказати: | Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016 р. Час: \_\_\_\_ год \_\_\_\_ хв  ДІАГНОЗ: |
|  | ЛІКУВАННЯ | |
|  | Тромболізис: проведений, не проведений (вказати причини): | |
|  | Медикаментозна терапія: | | | |
| Препарат  (фармакологічна назва або група) | | | |

Телефон для зв’язку з лікарем: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Додаток Г-5**

**Перелік наказів Департаменту охорони здоров’я**

* від 03.05. 2016 року №430 «Про організацію проведення нейровізуалізації пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу»;
* від 25.05. 2016 року № 228 «Про внесення змін до наказу ДОЗ № 646 від 28.15.2015 «Про систему надання стаціонарної медичної допомоги населенню у 2016 році»;
* від 23.12. 2016 року №716 « Про систему надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню у 2017 році»;

- від 14.06. 2017 року №264 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування у місті Києві»;

- від 07.05. 2018 року №447 «Про внесення змін до наказу Департаменту охорони здоров’я від 03 травня 2018 року №430 «Про організацію проведення нейровізуалізації пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу»;

- від 06.06. 2018 року №544 «Про перевірку стану надання первинної медико-санітарної допомоги населенню міста Києва в умовах реформування галузі охорони здоров’я»;

- від 20.09.2018 №971 « Про перегляд регіональної формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров’я м. Києва»;

- від 24.05. 2019 року № 559 «Про внесення змін до наказу Департаменту охорони здоров’я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 20.09.2018 №971 « Про перегляд регіональної формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров’я м. Києва»;

- від 13.09. 2019 року №1059 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню»;

- від 04.10.2019 року № 1129 «Про перевірку стану надання медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією в умовах комунальних некомерційних підприємств «Центр первинної медико-санітарної допомоги» та комунальних некомерційних підприємств «Консультативно-діагностичний центр» міста Києва;

- від 08.10. 2019 року №1138 «Про удосконалення здійснення фармаконагляду у закладах охорони здоров’я міста Києва»;

- від 04.11. 2019 року №1242 «Про внесення змін до наказу Департаменту охорони здоров’я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 13 вересня 2019 року №1059 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню»;

- від 13.12.2019 року № 1439 «Про створення робочої групи з розробки Плану розвитку госпітальних округів в м. Києві»

- від 23.03.2020 року № 347 «Про організацію надання ургентної стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню в умовах поширення корона вірусної хвороби (COVID-19».

**Додаток Г-6**

**Накази Департаменту охорони здоров’я КМДА**

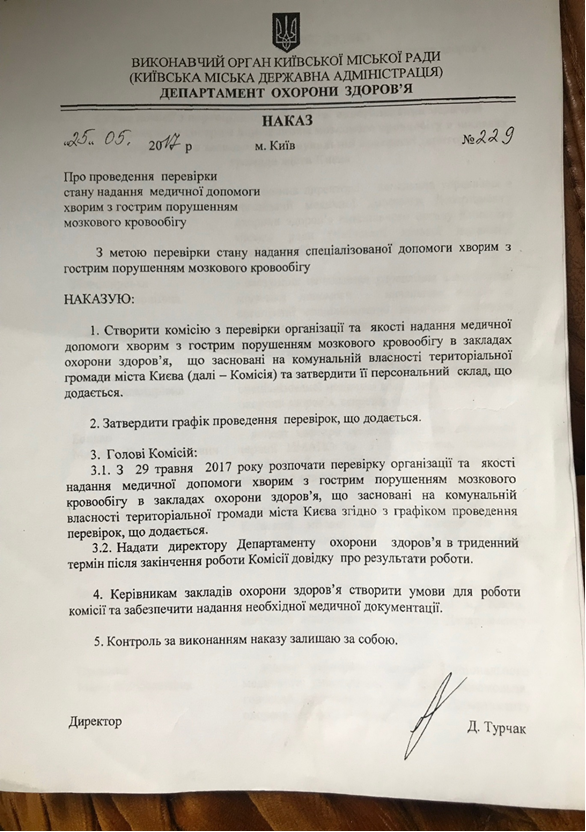
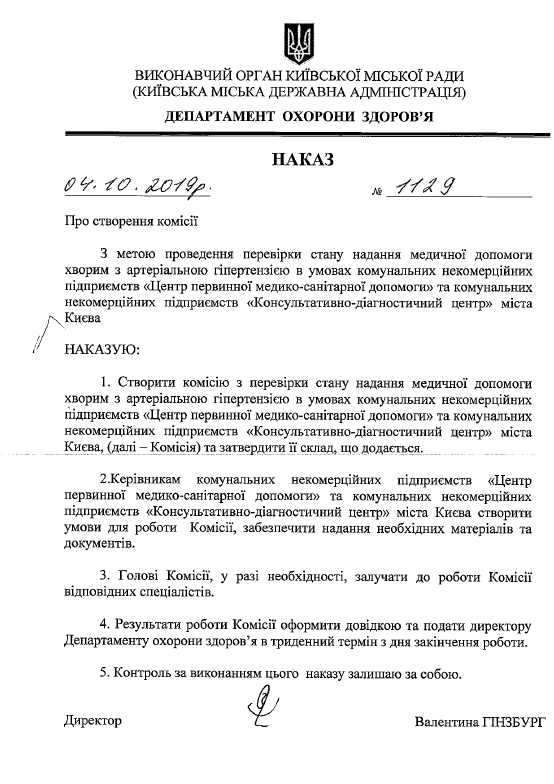
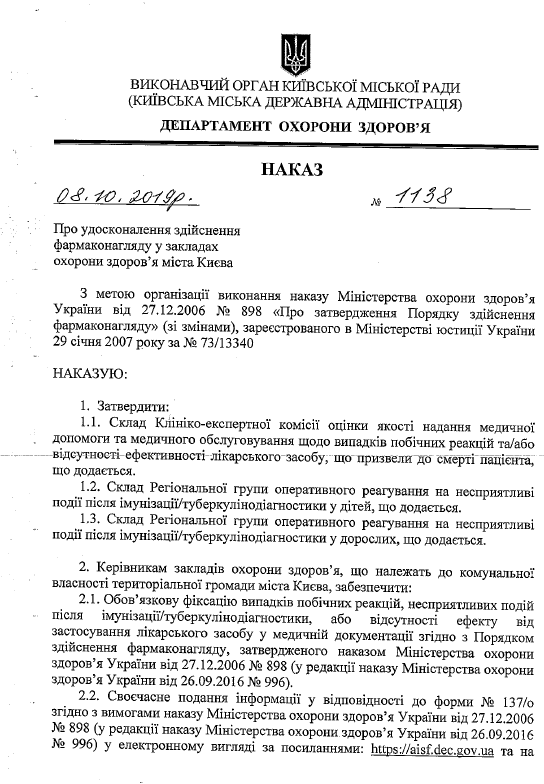
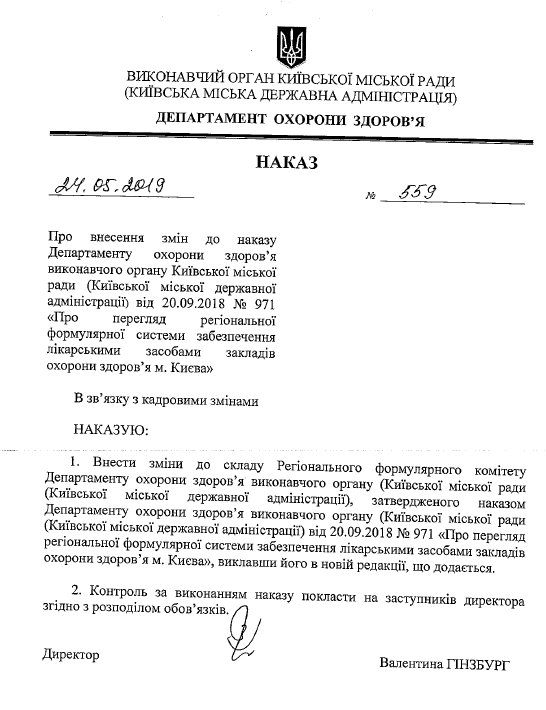
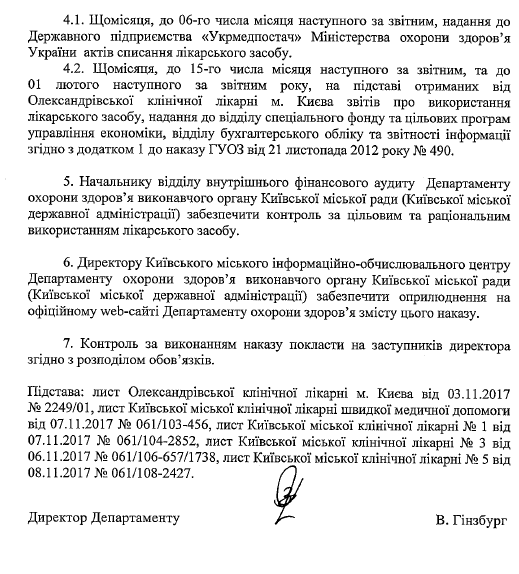
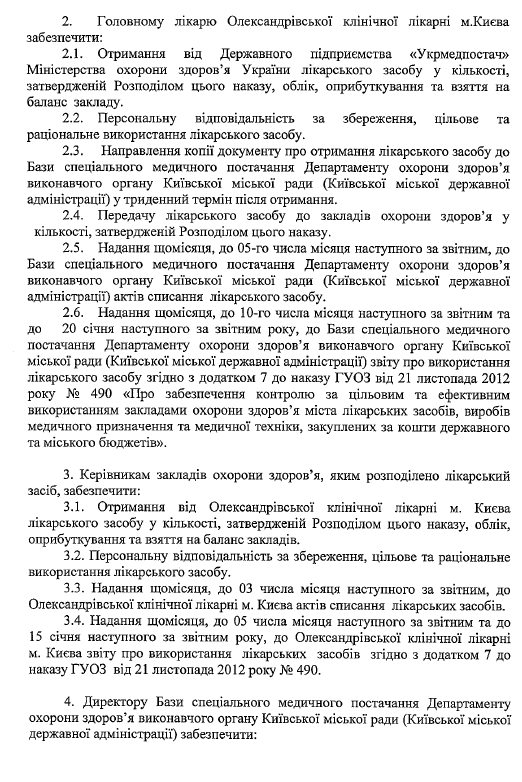
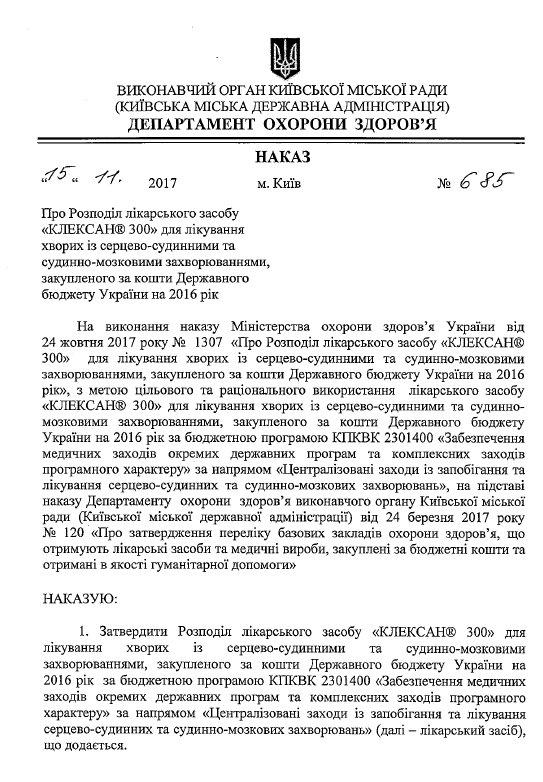
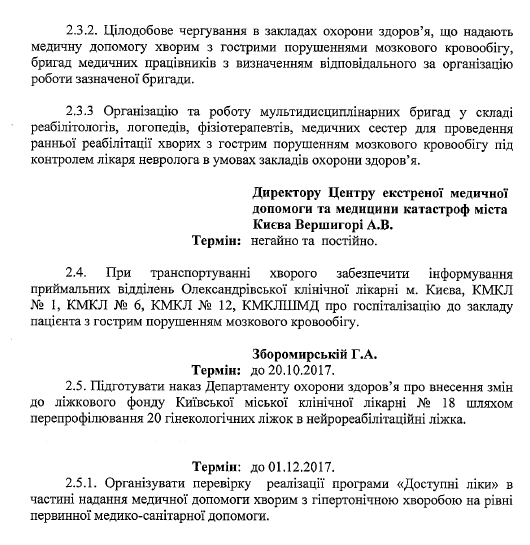
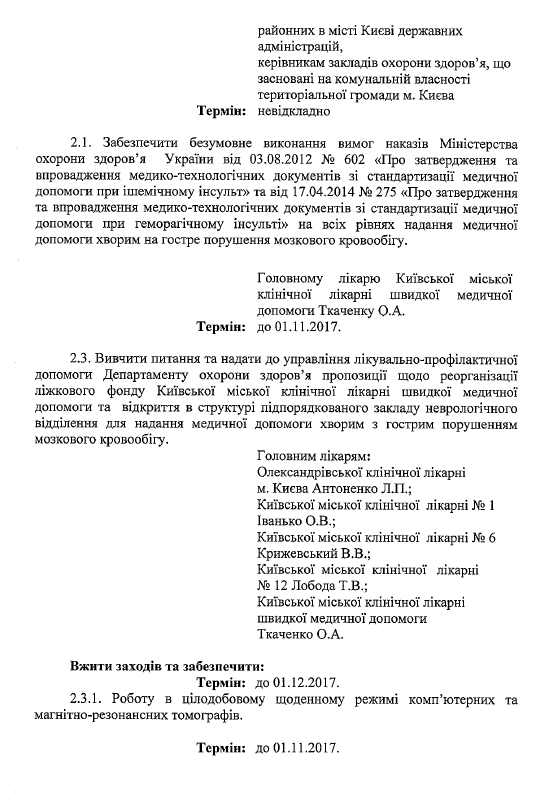
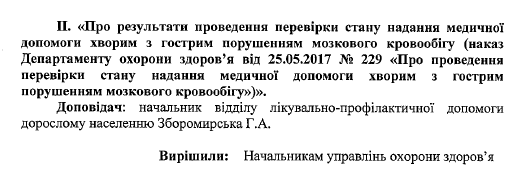
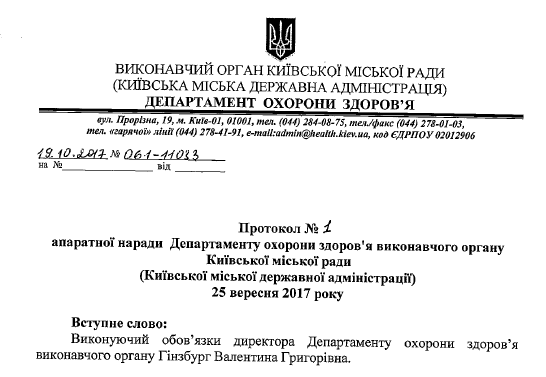
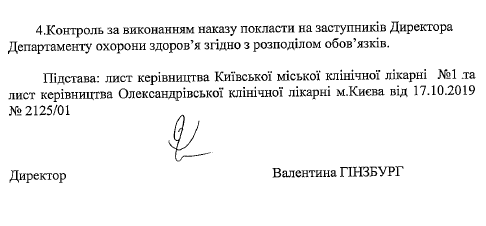
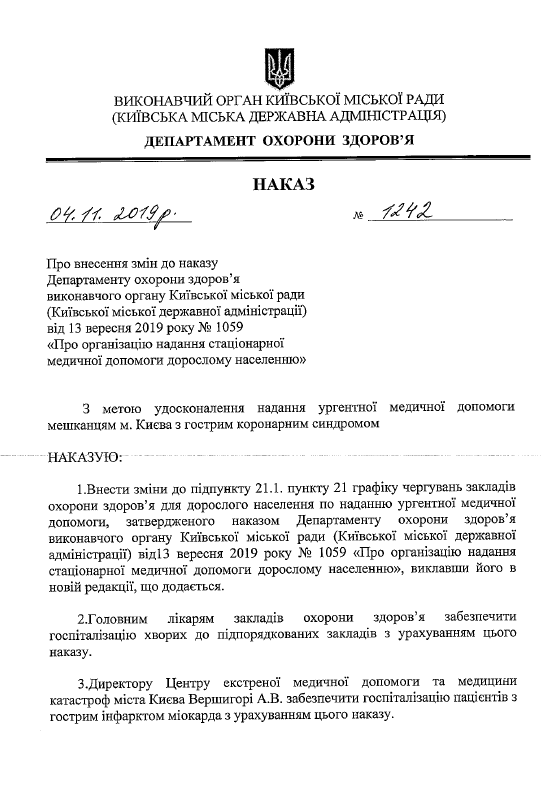
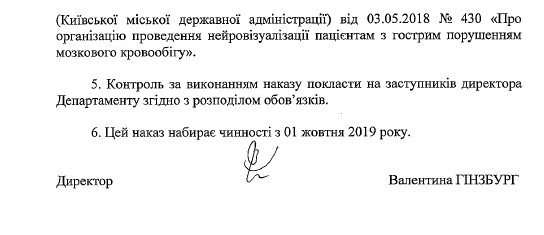
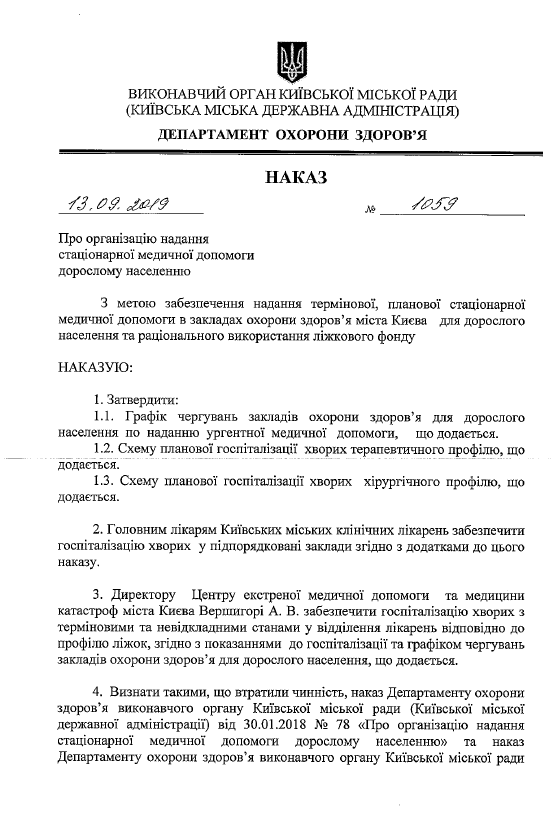
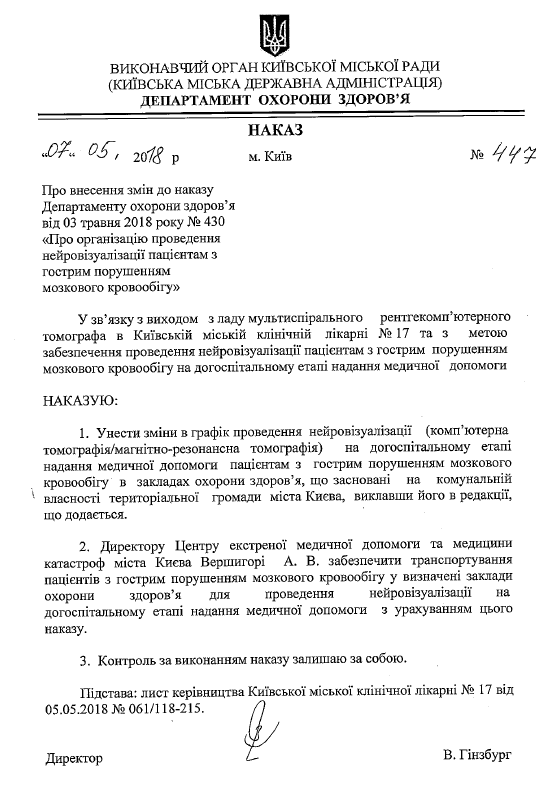
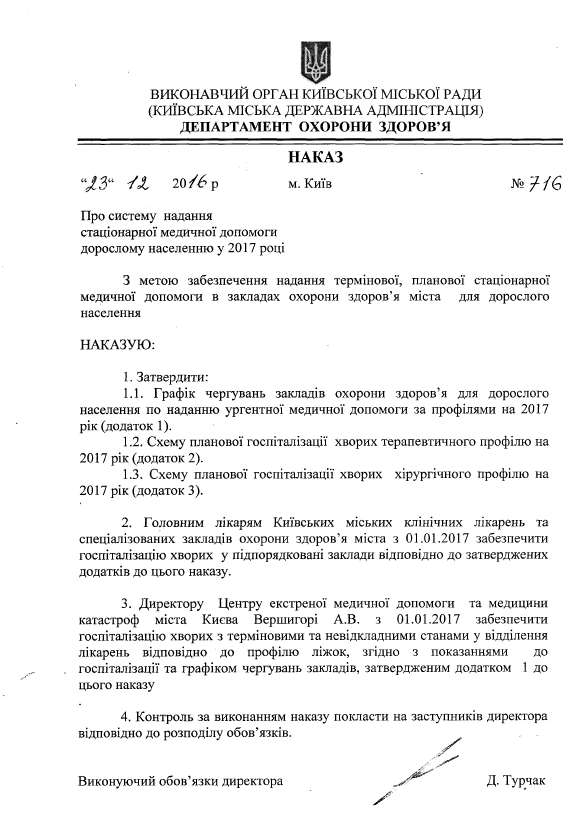
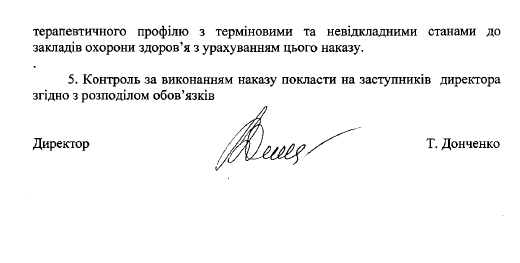
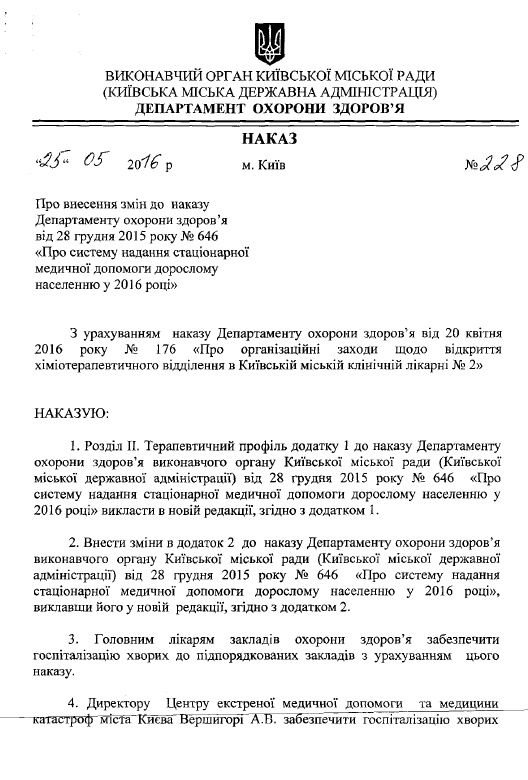
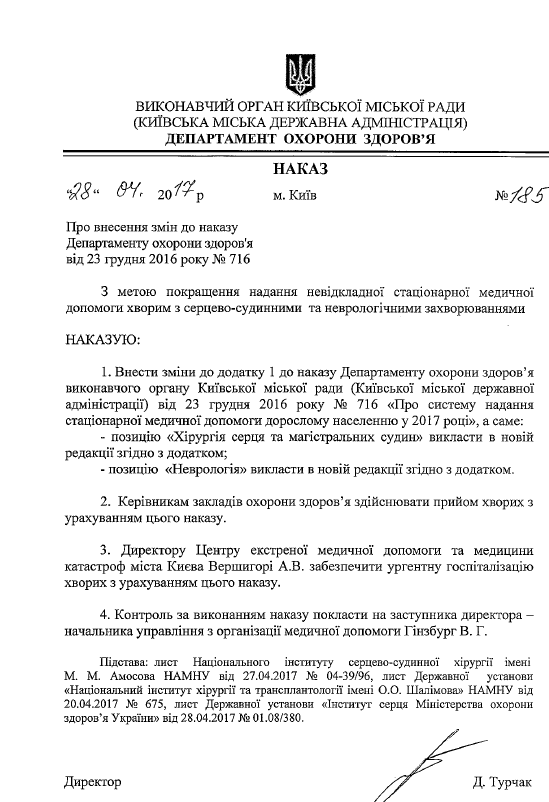
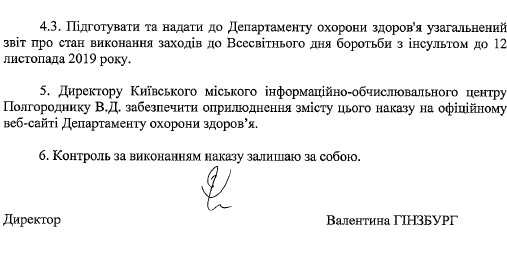
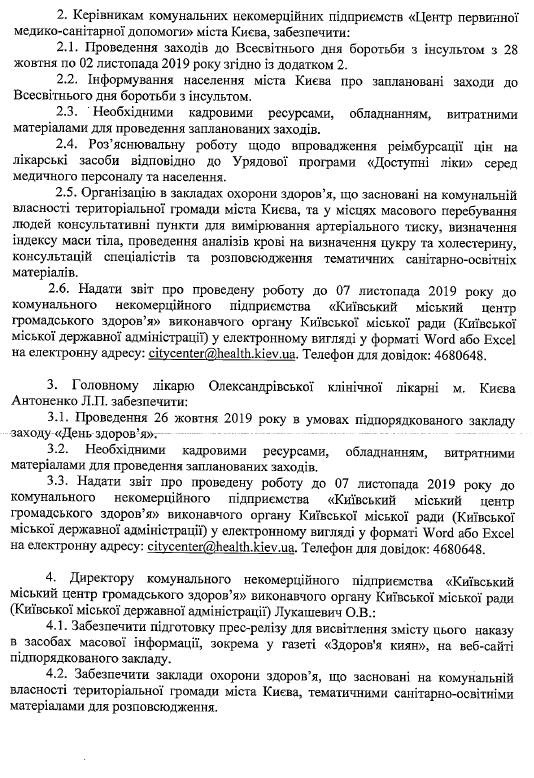
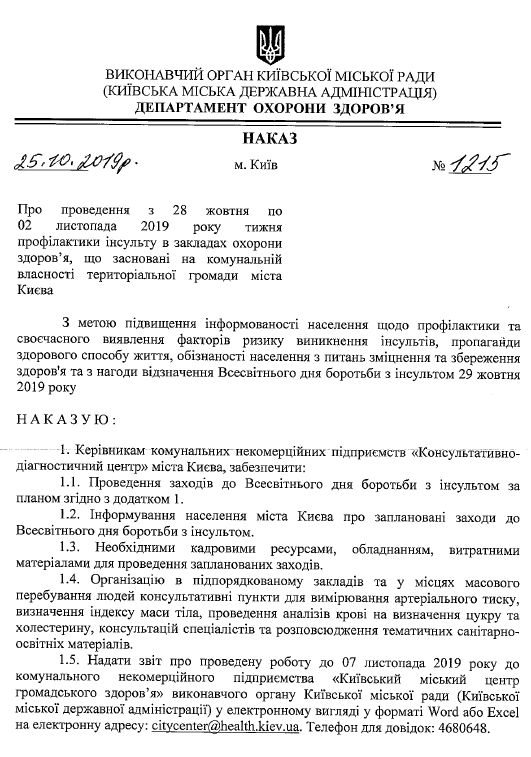
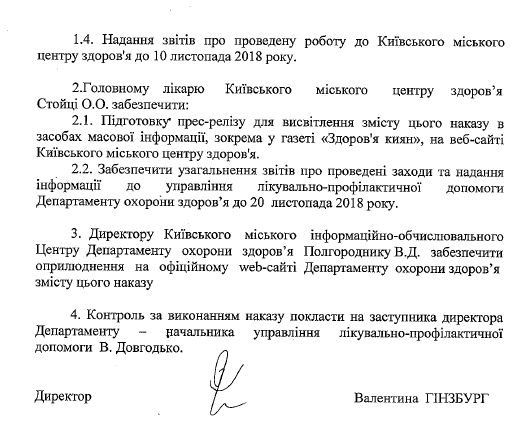
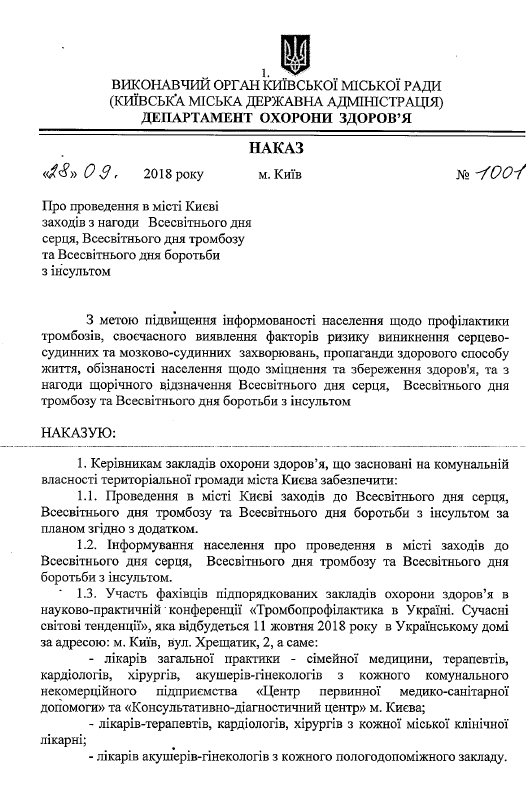
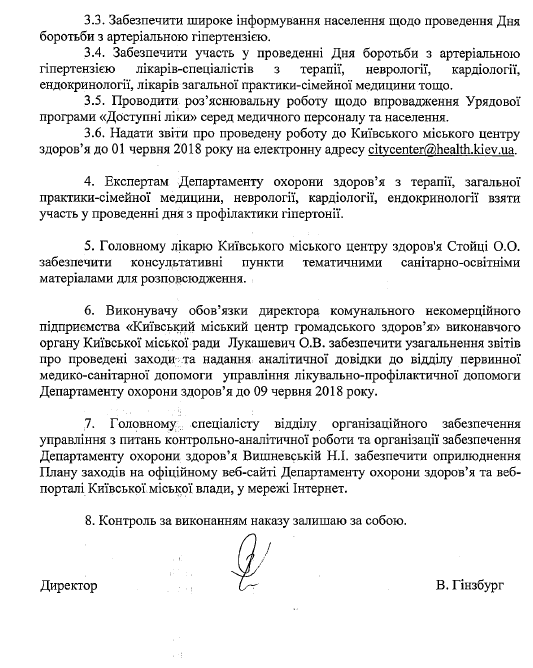
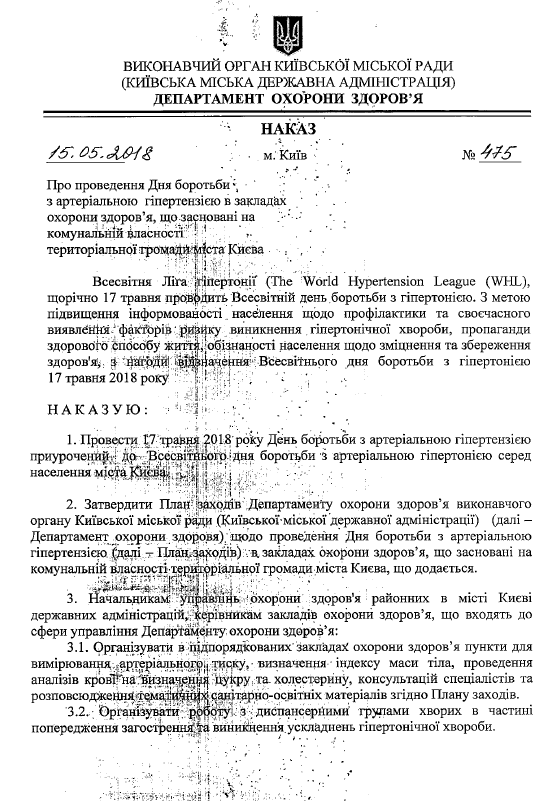
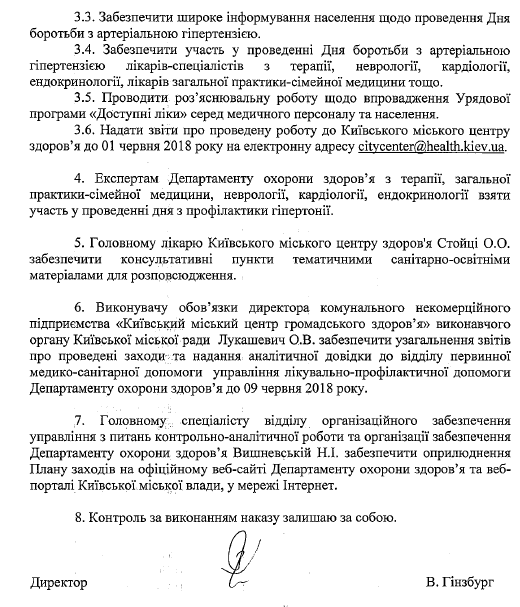
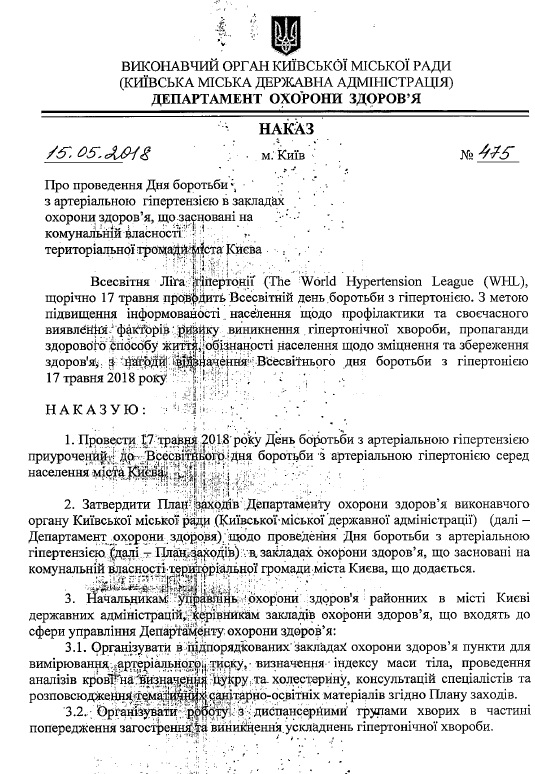
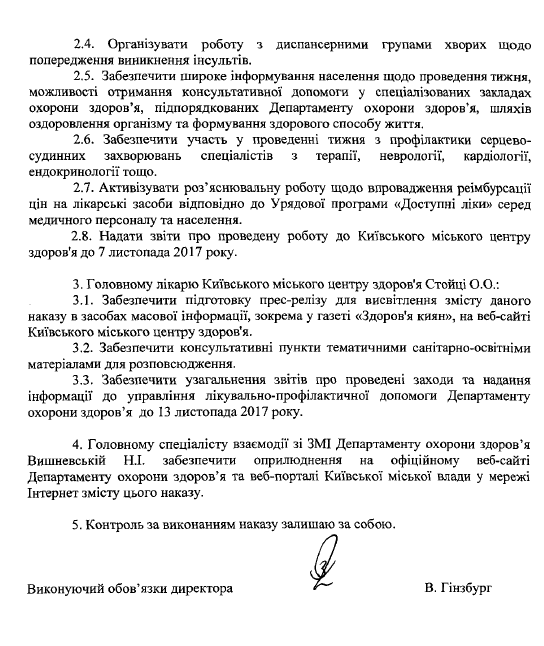
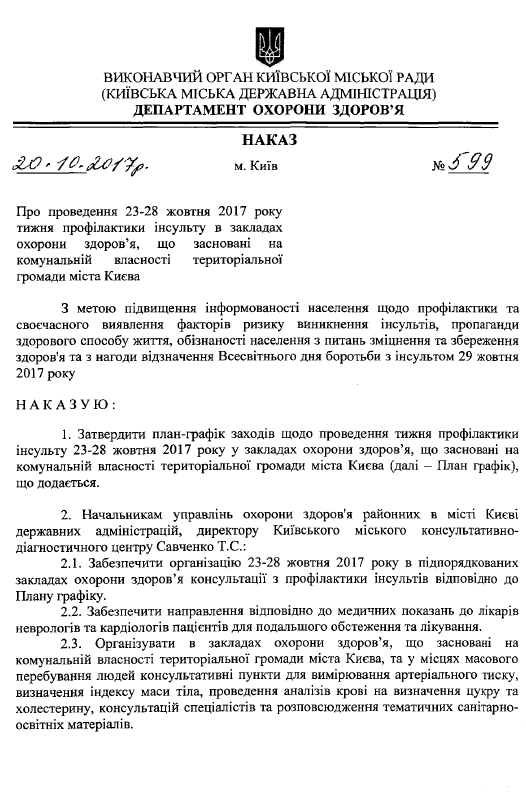
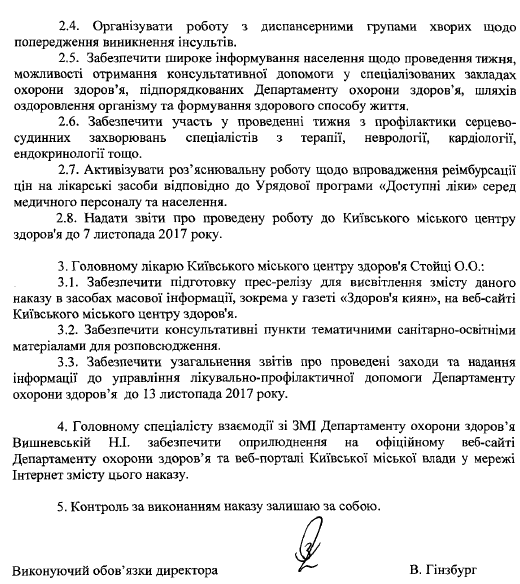
- від 20.10. 2017 року №599 «Про проведення 23-28 жовтня 2017 року тижня профілактики інсульту в закладах охорони здоров’я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва»;

- від 15.05. 2018 року № 475 « Про проведення Дня боротьби з артеріальною гіпертензією в закладах охорони здоров’я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва»;

- від 28.09. 2018 року №1001 «Про проведення в місті Києві заходів з нагоди Всесвітнього дня серця, Всесвітнього дня тромбозу і Всесвітнього дня боротьби з інсультом»;

- від 13.05. 2019 року № 509 « Про проведення Дня боротьби з артеріальною гіпертензією в закладах охорони здоров’я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва»;

- від 25.10. 2019 року № 1215 « Про проведення з 28 жовтня по 02 листопада 2019 року тижня профілактики інсульту в закладах охорони здоров’я, що засновані на комунальній власності територіальної громади міста Києва».



**Додаток Д**

