

УДК 614.21:615.478.2:645.21:617:616.127-005.8-083.98(477)
DOI 10.11603/1681-2786.2017.2.8102

Н.О. ТЕРЕНДА, А.Г. ШУЛЬГАЙ

ЛІЖКОВИЙ ФОНД ВІДДІЛЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА РЕНТГЕНОЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ХІРУРГІЇ ДЛЯ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ІНФАРКТМ МІОКАРДА В УКРАЇНІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
м. Тернопіль, Україна

Мета роботи – розрахунок рекомендованої кількості ліжок у відділеннях серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії для проведення СКА з БАП у хворих ІМ.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували дані Центру медичної статистики МОЗ України про рівень поширеності ІМ серед населення України та його кількісний склад у 2015 році. У роботі використано епідеміологічний, демографічний, аналітичний, статистичний методи дослідження.

Результати. В дослідженні запропоновано адаптовану методику розрахунку рекомендованої кількості ліжок у відділеннях серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії для проведення СКА з БАП у хворих з ІМ залежно від поширеності даної патології та кількісного складу населення. Проведено їх розрахунок для окремих областей та районів України. При розподілі по районах максимальна кількість ліжок необхідна для Південно-Східного району – 30,2 %, Центрального – 21,5 % та Західного – 21,0 % районів.

Висновки. Встановлено необхідність включення в багатопрофільні лікарні відділень серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії з рентгеноопераційним блоком для проведення СКА з БАП хворим з ІМ. Рекомендована кількість ліжок для них в Україні становить 205. Запропонована необхідна кількість ліжок по районах дозволить здійснити диференційований підхід у плануванні ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ліжковий фонд; стентування коронарних артерій; інфаркт міокарда.

На даний час перед системою охорони здоров'я постала необхідність реформування шляхом оптимізації організації інтенсивної терапії з урахуванням клінічного стану хворого, що сприятиме цільовому використанню ліжкового фонду і задоволенню потреб населення у інтенсивній медичній допомозі [1]. За даними Н.В. Медведовської наявна мережа закладів галузі не зорієнтована на існуючий попит у медичній допомозі серед населення того чи іншого регіону (не залежить від потреби в медичній допомозі), і тому не може швидко реагувати на його зміни в динаміці [3].

На подолання цієї проблеми спрямована Європейська ініціатива «Stent for Life», яка передбачає вдосконалення надання невідкладної медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда (ІМ), ефектної взаємодії при цьому служби екстреної медичної допомоги (ЕМД), системи кардіологічної та кардіохірургічної допомоги та сімейних лікарів. Програма успішно реалізовується в багатьох країнах Європи (Франції, Іспанії, Португалії, Греції та ін.), досвід яких показує зниження смертності від ІМ в стаціонарі більш ніж у 2 рази [7].

МОЗ у 2015 р. запланувало проект «Регіональна реперфузійна мережа в дії». Метою проекту є впровадження системного підходу в перкутанній

реперфузійній терапії (первинне стентування) та догоспітальне застосування тромболітичної терапії (при тривалому транспортуванні) з подальшою перкутанною ангіопластикомією інфарктної артерії, а також об'єднання ресурсів кожної області в єдину «Регіональну реперфузійну мережу» для найбільш ефективного лікування пацієнтів з ІМ, організація чіткої взаємодії служби ЕМД та системи кардіологічної і кардіохірургічної допомоги.

Медична ефективність лікування хворих ІМ за такими критеріями, як тривалість перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні, наявність ускладнень, госпітальна летальність, смертність або частота повторних інфарктів після проведеного лікування співвідносяться з наявністю або відсутністю в складі лікарні відділень з надання перкутанного стентування вінцевих артерій, кількості проведених операцій [9, 12]. За даними Kontos M.C. та співавторів, у лікарнях, де проводять менше 36 стентувань коронарних артерій (СКА) на рік, вища госпітальна смертність, ніж у закладах, де така операційна активність вища [10].

Мета дослідження полягає в розрахунку рекомендованої кількості ліжок у відділеннях серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії для проведення СКА з балонною ангіопластикомією (БАП) у хворих з ІМ.

© Н.О. Теренда, А.Г. Шульгай, 2017

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували дані Центру медичної статистики МОЗ України про рівень поширеності ІМ серед населення України та його кількісний склад у 2015 р. У роботі використано епідеміологічний, демографічний, аналітичний, статистичний методи дослідження.

Нами було проведено з використанням аналітичного методу розрахунок рекомендованої кількості ліжок у відділеннях серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії для проведення СКА з БАП у хворих з ІМ залежно від поширеності даної патології та кількісного складу населення кожної області і України в цілому. В основу цього методу покладено низку формул Попова та Розенфельда. Вони дозволяють визначити певні необхідні рівні укомплектованості посад, потреби ліжок за всіма лікарськими фахами на національному рівні та в закладах різних форм власності відповідно до діючих штатних нормативів, у містах та сільських населених пунктах, але не дають відповіді на питання щодо дійсної потреби у фахівців (ліжках) конкретної спеціальності. Для усунення цього недоліку нами було запропоновано внести певні корективи у цей розрахунок.

В основі визначення диференційованої потреби в лікарняних ліжках нами була використана формула Г.А. Попова [2]:

$$K = \frac{A \times R \times P}{100 \times D}$$

де К – необхідна кількість середньорічних ліжок на 1000 жителів ;

А – рівень захворюваності на 1000 жителів;

Р – відсоток відбору хворих на госпіталізацію;

Р – середня кількість днів перебування хворого на ліжку;

D – робота ліжка протягом року.

Адаптована методика розрахунку рекомендованої кількості ліжок у відділеннях серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії для проведення СКА з БАП у хворих з ІМ залежно від поширення даної патології та кількісного складу населення.

$$L = \frac{K \times H}{100\,000}$$

де L – необхідна кількість ліжок для СКА з БАП для певної адміністративно-територіальної одиниці;

K – коефіцієнт для розрахунку необхідної кількості середньорічних ліжок на 100 000 жителів;

H – кількість населення, яке проживає на певній адміністративно-територіальній одиниці.

Розрахунок коефіцієнта:

$$K = \frac{A \times R \times P}{100 \times D}$$

де К – коефіцієнт, для необхідної кількості середньорічних ліжок на 100 000 жителів;

А – рівень поширеності ІМ на 100 000 жителів ;

Р – потреба у проведенні СКА з БАП;

Р – середня кількість днів перебування хворого на ліжку в БРІТ;

D – середньорічна зайнятість ліжка.

Потреба у проведенні СКА з БАП нами була визначена на основі даних Європейського товариства кардіологів (ESC). Ними було проведено оцінку такого методу лікування у 37 європейських країнах. В середньому там проводиться по 373 операції з приводу СКА з БАП на 1 000 000 населення на відміну від України, де кількість оперативних втручань становить 132 на 1 000 000 населення (дані 2015 р.) [4].

Як розрахунковий показник середньої кількості днів перебування хворого на ліжку в БРІТ нами використано дані середньої тривалості перебування хворого на ліжку в БРІТ в Тернопільській комунальній міській лікарні (ТКМЛ) № 2 – 3,6 ліжко-дні.

Результати дослідження та їх обговорення.

В Україні протягом останніх років переважно в усіх областях почали виконувати оперативні втручання з приводу перкутанного стентування вінцевих артерій. Наприклад, з листопада 2011 року у ТКМЛ № 2 було створено службу рентгеноендоваскулярної хірургії та інтервенційної кардіології на базі кардіологічного та хірургічного відділень. З вересня 2015 р. функціонує відділення серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії з рентгенооперативним блоком на 10 ліжок. У відділенні успішно проводять оперативні втручання з приводу тяжких уражень серця та судин (табл. 1).

Наведені дані вказують на динамічне зростання оперативних втручань у ТКМЛ № 2 протягом останніх років не лише для пацієнтів з ІМ та стабільною стенокардією напруги, а й для хворих із облітеруючим атеросклерозом судин нижніх кінцівок та тромбоемболією легеневої артерії.

У сучасних умовах реформування системи медичної допомоги населення низкою досліджень була обґрунтована необхідність формування госпітальних округів з формуванням лікарень

Таблиця 1. Оперативні втручання у відділенні серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії з рентгенооперативним блоком ТКМЛ № 2

Нозологія	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	Всього
Гострий інфаркт міокарда	106	124	179	200	609
Стабільна стенокардія напруги	79	90	133	103	405
Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок	23	41	32	56	152
Тромбоемболії легеневої артерії	4	9	6	6	25

інтенсивного лікування з включенням у їх склад різнопрофільних спеціалізованих центрів [8, 11].

У таких лікарнях необхідно, оптимально до структури поширеності основних видів патології населення, розгортати спеціалізовані відділення. Враховуючи тенденції до зростання та високий рівень поширеності ІМ, однією із складових лікарень інтенсивного лікування мають бути відділення серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії

з рентгеноопераційним блоком для проведення згідно з Уніфікованими клінічними протоколами [5, 6] СКА з БАП пацієнтам з ІМ та стенокардією напруги.

Нами проведено розрахунок необхідної кількості ліжок у таких відділеннях для пацієнтів з ІМ залежно від поширеності даної патології та кількісного складу населення кожної області і України в цілому (дані 2015 р.) (табл. 2).

Таблиця 2. Рекомендована кількість ліжок у відділеннях серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії для проведення СКА з БАП у хворих з ІМ

Найменування областей	Поширеність ІМ	Кількість населення	Необхідна кількість ліжок
Україна	120,6	42759661	205
Автономна Республіка Крим	0,0	0	
Вінницька	117,1	1603488	7
Волинська	120,1	1040190	5
Дніпропетровська	159,6	3273328	21
Донецька	130,3	1965436	10
Житомирська	94,8	1256735	5
Закарпатська	113,7	1256737	6
Запорізька	172,3	1765137	12
Івано-Франківська	112,8	1379827	6
Київська	140,6	1723455	10
Кіровоградська	165,6	974164	6
Луганська	137,8	719417	4
Львівська	113,3	2519429	11
Миколаївська	109,8	1163627	5
Одеська	131,6	2385382	12
Полтавська	156,3	1441137	9
Рівненська	108,4	1160091	5
Сумська	129,9	1121256	6
Тернопільська	122,0	1066685	5
Харківська	142,4	2715666	15
Херсонська	116,1	1066444	5
Хмельницька	151,3	1298079	8
Черкаська	152,4	1248187	8
Чернівецька	132,1	906900	5
Чернігівська	149,7	1047131	6
м. Київ	112,5	2846667	13

Отримані результати вказують на потребу для України 205 ліжок для проведення СКА з БАП для хворих з ІМ. Найбільше ліжок необхідно створити для Дніпропетровської, Харківської, Запорізької та Одеської областей. При розподілі на райони максимальна кількість ліжок необхідна для Південно-Східного району – 62 (30,2 %), Центрального – 44 (21,5 %) та Західного – 43 (21,0 %) районів (табл. 3).

Окремо слід виділити м. Київ, де уже тривалий час успішно проводять оперативні втручання при ішемічній хворобі серця, ІМ, а саме аортокоронарне шунтування та СКА. До таких установ належать ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України»,

Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України, обласна клінічна лікарня м. Києва, Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Клінічна лікарня «Феофанія», центр інтервенційної кардіорадіології.

Висновки

Встановлено необхідність включення в багатопрофільні лікарні відділень серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії з рентгено-

Таблиця 3. Рекомендована кількість ліжок у відділеннях серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії для проведення СКА з БАП у хворих з ІМ по окремих районах України

Адміністративно-територіальна одиниця	Необхідна кількість ліжок	Частка від загальної кількості (%)
Україна	205	100,0
Південний район	22	10,7
Центральний район	44	21,5
Західний район	43	21,0
Південно-Східний район	62	30,2
Північно-Східний район	21	10,2
м. Київ	13	6,4

операційним блоком для проведення СКА з БАП хворим з ІМ. Рекомендована кількість ліжок для них в Україні становить 205. Запропонована необхідна кількість ліжок по районах дозволить здійснити диференційований підхід у плануванні

ліжкового фонду лікувально-профілактичних закладів.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні економічної ефективності впроваджених у практику запропонованих змін ліжкового фонду.

Список літератури

1. Бугро В. І. Обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі вторинної медичної допомоги в стаціонарних умовах / В. І. Бугро // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика, 2016. – 25. – С. 427-435.
2. Жиліна Ю. В. Обґрунтування потреб населення у лікарнях ліжках на рівні адміністративного району Харківської області / Ю. В. Жиліна // Вісник проблем біології і медицини. – 2010. – Вип. 1. – С. 73-77.
3. Медведовська Н. В. Оцінка залежності динаміки стану здоров'я дорослого населення від мережі та кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я України / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4(16). – С. 55-59.
4. Соколов М. Ю. Реєстр перкутаних коронарних втручання: сравнительный анализ 2014 – 2015 гг. Региональные реперфузионные сети в Украине – динамика развития / М. Ю. Соколов // Серце і судини. – 2016. – № 3 (55). – С. 7-29.
5. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром без елевачії сегмента ST» / затв. нак. МОЗ України № 164 від 03.03.2016 р. – К. : ДСМГДП «Держ. експ. центр МОЗ України». – С. 79.
6. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевачією сегмента ST» / затв. нак. МОЗ України № 455 від 02.07.2014 р. – К. : ДСМГДП «Держ. експ. центр МОЗ України» – С. 7.
7. Устінов О. В. В Україні стартувала Європейська ініціатива «Stent for Life» / О. В. Устінов // Укр. мед. часопис. – 2015. – № 6. – С. 23–24.
8. Шишацька Н. Ф. Розвиток орієнтації систем охорони здоров'я на пацієнтів / Н. Ф. Шишацька // Вісн. соці. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 72-75.
9. Impact of annual operator and institutional volume on circutaneous coronary intervention outcomes: a 5-year nited States experience (2005-2009) / Badheka A.O., Patel N.J., Grover P. [et al.] // Circulation. – 2014 – Vol. 130(16). – P. 1392-1406
10. Lower Hospital Volume Is Associated With Higher In-Hospital Mortality in Patients Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention for ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction: A Report From the NCDR / M. C. Kontos, Y. Wang, S. I. Chaudhry [et al.] // Circ. Cardiovascular Outcomes. – 2013. – Vol. 6(6). – P. 659–667.
11. Norms of the population's hospital bed requirement / Golyachenko O. M., Shulgay A. H., Panchyshyn N. Y. [et al.] // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 4(58). – С. 5-8.
12. Patient access and 1-year outcomes of percutaneous coronary intervention facilities with and without on-site caraiothoracic surgery: insights from the Veterans Affairs (VA) Clinical Assessment, Reporting, and Tracking (CART) Program / T. M. Maddox, M. A. Stanislawski, C. O'Donnell [et al.] // Circulation. – 2014 – Vol. 130(16). – P. 1383–1391.

References

1. Buhro, V.I. (2016) Obhruntuvannia optymizovanoi funktsionalno-orhanizatsiinoi modeli vtorynnoi medychnoi dopomohy v statsionarnykh umovakh [Justification of the optimized functional and organizational model of secondary medical care in stationary conditions]. *Zbirnyk naukovykh prats spivrobotnykiv NMAPO imeni P. L. Shupyka – Collection of scientific works of NMAPE employees named after P. L. Shupyk*, 25, 427-435 [in Ukrainian].
2. Zhylyna, Yu.V. (2010). Obhruntuvannia potreb naseleння u likarnianykh lizhkakh na rivni administratyvnoho raionu Kharkivskoi oblasti [Rationale for the needs of the population in hospital beds at the level of the administrative district of the Kharkiv region]. *Visnyk problem biolohii i medytsyny – Journal of Biology and Medicine*, 1, 73-77 [in Ukrainian].
3. Medvedovska, N.V. (2010). Otsinka zalezhnosti dynamiky stanu zdorovia dorosloho naseleння vid merezhi ta kadrovoho zabezpechennia zakladiv okhorony zdorovia Ukrainy [Dependence estimation of dynamics level of health adult population from network and personnel maintenance of establishments health care of Ukraine]. *Ukraina. Zdorovia natsii – Ukraine. Nation's Health*, 4 (16), 55-59 [in Ukrainian].

4. Sokolov, M.Yu. (2016). Reiestr perkutannykh koronarnykh vmeshatelstv: sravnitelnyy analiz 2014–2015 gg. Regionalnyye reperfuzionnyye seti v Ukraine – dinamika razvitiya [Percutaneous Coronary Interventions Registry: comparative analysis of 2014–2015 years. The dynamics of regional reperfusion networks in Ukraine (RUS)]. *Sertse i sudyny – Heart and Vessels*, 3 (55), 7-29 [in Ukrainian].

5. Nakaz MOZ Ukrainy № 164 Unifikovanyi klinichniy protokol ekstretoi, pervynnoi, vtorynoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy ta medychnoi reabilitatsii «Hostryi koronarnyi syndrom bez elevatsiieiu sehmenta ST»: zatv. vid 02.07.2014roku [Approved by Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 164 Unified clinical protocol of emergency, primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) care and medical rehabilitation «Acute coronary syndrome non ST-segment elevation»: of 03.03.2016]. Kyiv: DSMPDP «Derzh. eksp. tsentr MOZ Ukrainy», 79 [in Ukrainian].

6. Nakaz MOZ Ukrainy № 455 Unifikovanyi klinichniy protokol ekstretoi, pervynnoi, vtorynoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy ta medychnoi reabilitatsii «Hostryi koronarnyi syndrom z elevatsiieiu sehmenta ST»: zatv. vid 02.07.2014roku [Approved by Order of the Ministry of Health of Ukraine No 455 Unified clinical protocol of emergency, primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) care and medical rehabilitation «Acute coronary syndrome with ST-segment elevation»: of 02.07.2014]. Kyiv: DSMPDP «Derzh. eksp. tsentr MOZ Ukrainy», 92 [in Ukrainian].

7. Ustinov O.V. (2015). V Ukraini startovala Yevropeiska initsiatyva «Stent for Life» [European Initiative «Stent for Life»]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian Medical Journal*, 6, 23-24 [in Ukrainian].

8. Shyshatska, N.F. (2014). Rozvytok orientatsii system okhorony zdorovia na patsientiv [Development of orientation of health care systems on patients]. *Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy – Journal of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine*, 4, 72-75 [in Ukrainian].

9. Badheka, A.O., Patel, N.J. & Grover, P. (2014). Impact of annual operator and institutional volume on circutaneous coronary intervention outcomes: a 5-year United States experience (2005-2009). *Circulation*, 130 (16), 1392-1406

10. Kontos, M.C., Wang, Y., Chaudhry, S.I., Vetrovec, G.W., Curtis, J. & Messenger, J. (2013). Lower hospital volume is associated with higher in-hospital mortality in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for ST-segment-elevation myocardial infarction: a report from the NCDR. *Circ. Cardiovascular Outcomes*, 6 (6), 659-667.

11. Golyachenko, O.M., Shulgay, A.H., Panchyshyn, N.Y., Romaniuk, L.M., Smirnova, V.L., Terenda, N.O., Lytvynova, O.N., Fedchyshyn N.Y. & Petrashyk, Y.M. (2013). Norms of the population's hospital bed requirement. *Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy – Journal of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine*, 4 (58), 5-8 [in Ukrainian].

12. Maddox, T.M., Stanislawski, M.A., O'Donnell, C., Plomondon, M.E., Bradley, S.M., Ho, P.M., Tsai, T.T., Shroff, A.R., Speiser, B., Jesse, R.J. & Rumsfeld, J.S. (2014). Patient access and 1-year outcomes of percutaneous coronary intervention facilities with and without on-site caraiothoracic surgery: insights from the Veterans Affairs (VA) Clinical Assessment, Reporting, and Tracking (CART) Program. *Circulation*, 130 (16), 1383-1391.

КОЕЧНЫЙ ФОНД ОТДЕЛЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УКРАИНЕ

Н.А. Теренда, А.Г. Шульгай

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель работы – заключается в расчете рекомендованного количества коек в отделениях сердечно-сосудистой и рентгеноэндоваскулярной хирургии для проведения СКА с БАП у больных ИМ.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные Центра медицинской статистики МЗ Украины об уровне распространенности ИМ среди населения Украины и его количественный состав в 2015 году. В работе использованы эпидемиологический, демографический, аналитический, статистический методы исследования.

Результаты. В исследовании предложено адаптированную методику расчета рекомендованного количества коек в отделениях сердечно-сосудистой и рентгеноэндоваскулярной хирургии для проведения СКА с БАП у больных с ИМ в зависимости от распространенности данной патологии и количественного состава населения. Проведено их расчет для отдельных областей и районов Украины. При распределении по районам максимальное количество коек необходимо для Юго-Восточного района – 30,2 %, Центрального – 21,5 % и Западного – 21,0 % районов.

Выводы. Установлена необходимость включения в многопрофильные больницы отделений сердечно-сосудистой и рентгеноэндоваскулярной хирургии с рентгеноперационным блоком для проведения СКА с БАП больным ИМ. Рекомендованное количество коек для них в Украине составляет 205. Предложенное необходимое количество коек по районам позволит осуществить дифференцированный подход в планировании коечного фонда лечебно-профилактических учреждений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: коечный фонд; стентирование коронарных артерий; инфаркт миокарда.

BEDSPACE OF CARDIOVASCULAR AND ROENTGEN-ENDOVASCULAR SURGERY FOR EMERGENCY CARE TO PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION IN UKRAINE*N. O. Terenda, A.H. Shulgai*

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil Ukraine

The aim of the work – to calculate the recommended number of beds in cardiovascular and X-ray and endovascular surgery departments for coronary arteries stenting with balloon plasty in patients with MI.

Materials and Methods. The material of the study was the data of the Center of Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine on the prevalence of MI among the population of Ukraine and its quantitative composition in 2015. The paper uses epidemiological, demographic, analytical, and statistical methods of research.

Results. The study proposes an adapted method for calculating the recommended number of beds in cardiovascular and X-ray and endovascular surgery departments for conducting coronary arteries stenting with balloon plasty in patients with MI, depending on the prevalence of this pathology and the quantitative composition of the population. Their calculation for separate regions and districts of Ukraine was carried out. In districts, the maximum number of beds is required for the South-East region – 30.2 %, Central – 21.5 % and Western – 21.0 % regions.

Conclusions. The necessity of inclusion in cardiovascular and X-ray and endovascular surgery departments with X-ray operating unit for coronary arteries stenting with balloon plasty in patients with MI was included in the multi-profile hospital. The recommended number of beds for them in Ukraine is 205. The proposed number of beds in districts will allow for a differentiated approach in the planning of a bed fund of medical and preventive institutions.

KEY WORDS: **bedspace; coronary arteries stenting; myocardial infarction.**

Рукопис надійшов до редакції 30.05.2017

Відомості про авторів

Теренда Наталія Олександрівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352)-52-72-33

Шульгай Аркадій Гаврилович – д-р.мед.н., професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352)-52-72-33