УДК 616.127-005.8-036.1:614.2
https://doi.org/10.31612/2616-4868.3.2025.17

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ І РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА У КОНТЕКСТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Іван І. Кошеля[1,2]

[1]Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна
[2]Державне підприємство «Клінічний санаторій «Карпати»», с. Карпати, Україна

Резюме

Вступ. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) продовжує бути однією з провідних причин смертності в Україні, незважаючи на впровадження реформ охорони здоров'я та розвиток реперфузійної допомоги. Високі показники госпітальної летальності та обмежене охоплення програмами реабілітації вказують на необхідність системного перегляду підходів до лікування та відновлення пацієнтів.
Мета. Аналіз організаційних аспектів і якості надання медичної та реабілітаційної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда в Україні в контексті громадського здоров'я та порівняння отриманих даних з міжнародною практикою.
Матеріали та методи. У дослідженні застосовано контент-аналіз нормативно-правових актів та клінічних протоколів, статистичний аналіз даних МОЗ України, звітів Центру громадського здоров'я, а також наукових публікацій за 2019-2024 роки. Проведено порівняльну оцінку ключових показників з країнами ЄС та США.
Результати. Встановлено, що госпітальна летальність після ІМ в Україні у 2-3 рази вища, ніж у країнах ЄС. Лише 40% пацієнтів проходять повноцінну медичну реабілітацію, у той час як у Німеччині та США цей показник перевищує 70-80%. Серед причин – обмежений доступ до черезшкірного коронарного втручання у сільських регіонах, нестача фахівців, застаріла інфраструктура та низька поінформованість населення. За сучасними уявленнями клінічної медицини, після перенесеного гострого інфаркту міокарда важливим є не лише стабілізація стану пацієнта, а й запобігання рецидиву серцево-судинних ускладнень, збереження функціональної активності та підвищення якості життя. Досягнення цих результатів значною мірою залежить від ефективної організації кардіореабілітації, яка, згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів, є невід'ємною складовою комплексного лікування інфаркту міокарда. Стратегії реабілітації після інфаркту міокарда значно варіюють між Україною, ЄС та США. В Україні спостерігається фрагментарність підходів і низьке охоплення. У країнах Заходу реалізуються структуровані, персоналізовані програми з урахуванням статі. Для ефективного відновлення потрібна інтеграція мультидисциплінарних підходів, цифрових технологій і гендерно чутливих рішень.
Висновки. Ефективна допомога пацієнтам з ІМ в Україні потребує посилення кадрової спроможності, розширення реабілітаційної інфраструктури, впровадження телемедицини та інтеграції мультидисциплінарного підходу, що відповідає європейським стандартам доказової медицини.

Ключові слова: **громадське здоров'я, інфаркт міокарда, реабілітація, стаціонарна допомога, якість медичних послуг**

ВСТУП

Інфаркт міокарда (ІМ) залишається однією з провідних причин смерті в усьому світі та, зокрема, в Україні. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серцево-судинні захворювання (ССЗ) щороку спричиняють понад 17 мільйонів летальних випадків, і ця цифра продовжує зростати [1]. В Україні проблема ще більш загострена через поєднання високого рівня захворюваності, недостатнього доступу до своєчасної медичної допомоги та низького рівня охоплення реабілітаційними заходами [2].

Сучасна клінічна практика свідчить про те, що після гострого інфаркту міокарда основним завданням стає не лише стабілізація стану пацієнта, але й запобігання розвитку повторних серцево-судинних подій, поліпшення якості життя та зниження інвалідизації. Для досягнення цих цілей особливе значення має належна організація кардіологічної реабілітації, яка згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів є обов'язковим етапом лікування ІМ [3].

Однак в Україні реабілітаційна допомога після ІМ є фрагментованою і нерідко недоступною, особливо в сільській місцевості. Як показано в дослідженнях, лише 15-20% пацієнтів після перенесеного ІМ проходять повноцінну програму медичної реабілітації [4]. Така ситуація свідчить про потребу у вдосконаленні підходів до організації післягоспітальної допомоги. Згідно з національним звітом щодо стану громадського здоров'я в Україні, важливо не лише забезпечити своєчасне лікування ІМ, а й створити сталі системи вторинної профілактики [5].

Доведено, що реабілітаційні заходи, які включають фізичну активність, психологічну підтримку та контроль факторів ризику, здатні зменшити ризик повторного ІМ на 20-30% [6]. Це підтверджується і результатами впровадження програм доказової медицини, орієнтованих на пацієнта, в країнах ЄС [7]. Відповідно, інтеграція подібних підходів у вітчизняну систему охорони здоров'я є пріоритетним напрямом реформ.

Метою цієї роботи є проаналізувати існуючі підходи до реабілітації після ІМ в Україні, виявити ключові проблеми організації допомоги на етапі після стаціонарного лікування, а також запропонувати шляхи вдосконалення на основі доказових практик і чинних нормативних документів.

МЕТА

Метою даного дослідження є комплексний аналіз організаційних аспектів та якості надання медичної і реабілітаційної допомоги хворим із гострим інфарктом міокарда в умовах трансформації системи охорони здоров'я України. Особлива увага приділяється оцінці відповідності наданих медичних послуг сучасним клінічним протоколам, доступності та ефективності лікування, а також інтеграції реабілітаційних заходів у безперервний процес медичної допомоги, що відповідає принципам громадського здоров'я.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У процесі дослідження було використано комплексний підхід до аналізу стану організації медичної і реабілітаційної допомоги пацієнтам із гострим інфарктом міокарда в Україні. Основними методами дослідження стали: контент-аналіз чинних нормативно-правових актів та клінічних протоколів, систематизація статистичних даних щодо захворюваності, госпіталізації та смертності від інфаркту міокарда, а також порівняльний аналіз інформаційних матеріалів та звітів МОЗ України і Центру громадського здоров'я за останні роки.

У дослідженні також були використані наукові публікації та офіційні статистичні звіти за період 2019-2024 років. Аналіз здійснювався з урахуванням принципів доказової медицини та вимог, встановлених сучасними стандартами надання медичної допомоги. Результати оцінювались у контексті змін, запроваджених у рамках медичної реформи, зокрема у сфері кардіологічної та реабілітаційної допомоги.

РЕЗУЛЬТАТИ

Аналіз наявної нормативно-правової бази вказує на наявність загальнодержавної стратегії щодо надання медичної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда, однак реалізація цих підходів на практиці демонструє суттєві регіональні відмінності.

Реформування системи фінансування охорони здоров'я за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» частково покращило ситуацію з доступом до медичних послуг, проте проблема недостатнього кадрового забезпечення (особливо у сільській місцевості) та застаріле обладнання залишаються актуальними.

Щодо післягоспітального етапу лікування, дослідження засвідчили, що лише 40% пацієнтів з інфарктом міокарда проходять повноцінну медичну реабілітацію, незважаючи на її доведену ефективність у зниженні повторних серцево-судинних ускладнень та смертності. Основними бар'єрами є відсутність спеціалізованих реабілітаційних відділень, недостатнє інформування пацієнтів, низька мотивація до участі в програмах реабілітації.

Також встановлено, що в умовах медичної реформи значна частина навантаження з організації реабілітаційної допомоги перекладена на сімейних лікарів, які не завжди мають достатню підготовку для ведення таких пацієнтів у постінфарктному періоді [15].

Узагальнюючи результати, можна констатувати, що наявні зусилля держави та зміни в організації медичної допомоги частково покращили доступність первинного лікування при інфаркті міокарда, однак реабілітаційна допомога потребує системної перебудови, належного фінансування та оновлення інфраструктури.

В Україні серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються провідною причиною смертності. Щорічно від ССЗ помирає близько 450 тисяч осіб, з яких значна частина – працездатного віку. Згідно з даними, у 2020 році в Україні від ССЗ померло 408 163 особи, що становить 66,2% усіх смертей. При

цьому стандартизовані показники смертності від ССЗ в Україні перевищують аналогічні показники в країнах Європи у 2,5 раза, а в країнах ЄС – у 3,7 раза.

Порівняння показників смертності від інфаркту міокарда в Україні, країнах Європейського Союзу та США свідчить про суттєві відмінності (Табл. 1):

Упродовж останніх 5 років в Україні відбулися суттєві зміни в системі надання медичної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда. Зокрема, приєднання до європейської ініціативи «Stent for Life» сприяло створенню національної реперфузійної мережі. На сьогодні в Україні функціонують 42 реперфузійні центри, що забезпечують цілодобову допомогу. Понад 50% пацієнтів з ІМ проходять первинне черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ), а майже 70% доставляються до клінік протягом перших 6 годин після початку симптомів, що відповідає терапевтичному вікну для екстреного втручання та початку відповідної терапії.

Таблиця 1

Смертність від інфаркту міокарда в Україні, ЄС та США (2021 рік)

Країна/Регіон	Смертність від ІМ (на 100 000 населення)
Україна	408 163 загальна смертність від ССЗ (66,2% усіх смертей)
Латвія	17,9% смертність протягом 30 днів після госпіталізації
Нідерланди	3,2% смертність протягом 30 днів після госпіталізації
США	210,9 смертей від серцевих захворювань на 100 000 населення

Проте, незважаючи на ці досягнення, рівень госпітальної летальності залишається високим. У 2019 році він становив 13,81%, що свідчить про необхідність подальшого вдосконалення системи надання допомоги.

Реабілітаційна допомога після інфаркту міокарда в Україні залишається недостатньо розвиненою. Лише 40% пацієнтів проходять повноцінну медичну реабілітацію, незважаючи на її доведену ефективність у зниженні повторних серцево-судинних ускладнень та смертності. Основними бар'єрами є відсутність спеціалізованих реабілітаційних відділень, недостатнє інформування пацієнтів та низька мотивація до участі в програмах реабілітації (Табл. 2).

Таблиця 2

Охоплення пацієнтів програмами реабілітації після ІМ

Країна/Регіон	Відсоток пацієнтів, що проходять реабілітацію
Україна	40%
Німеччина	80%
США	70%

Порівняльний аналіз загальних стратегій реабілітації після перенесеного інфаркту міокарда в Україні, країнах Європи (на прикладі Німеччини та Нідерландів) та США вказує на суттєві відмінності в структурі, тривалості, інтенсивності та інтеграції заходів вторинної профілактики (Табл. 3).

Таблиця 3

Загальні стратегії реабілітації після ІМ

Країна/Регіон	Основні компоненти	Тривалість	Підходи	Включення телемедицини
Україна	Зазвичай стаціонарна або амбулаторна реабілітація (2 етап), часто фрагментована	14-21 день (стаціонарно); недостатнє охоплення 3 етапу	Відсутня персоналізація за статтю	Обмежено
ЄС (Німеччина, Нідерланди)	3-фазна модель: стаціонарна (1-3 тижні), амбулаторна (6-12 тижнів), самостійна підтримка	6-12 тижнів	Інтегровані програми, мультидисциплінарні команди, персоналізація	Активне застосування
США	Чітко структуровані програми (CRP – Cardiac Rehab Program), індивідуальні плани, фінансовані Medicare	12 тижнів, 36 занять	Оцінка ризику, фізичне тренування, психосоціальна підтримка	Широко поширена

В Україні програми реабілітації часто мають фрагментарний характер і не завжди охоплюють всі три етапи, які рекомендовані міжнародними стандартами. Найбільш активно застосовується стаціонарна допомога, що обмежується 14-21 днями, тоді як амбулаторний етап реалізується нерівномірно, а третій – самостійна підтримка – практично не контролюється. Така ситуація пов'язана з відсутністю достатньої кількості фахівців, спеціалізованих центрів, нормативної бази та інституційного фінансування.

Натомість у країнах Європейського Союзу діє чітка трьохетапна модель: стаціонарний етап, амбулаторна реабілітація з регулярними заняттями, а також подальша підтримка способу життя. У процес

реабілітації залучені мультидисциплінарні команди (кардіологи, фізіотерапевти, дієтологи, психологи), що дає змогу індивідуалізувати підхід. Пацієнт проходить обстеження до та після реабілітації, оцінюється якість життя, фізична витривалість і психологічна адаптація.

У США система ще більш формалізована завдяки участі державного страхування Medicare, яке покриває до 36 занять кардіореабілітації. Це дозволяє стандартизувати послуги, забезпечити рівний доступ і охопити понад 70% пацієнтів. До програм входять фізичні вправи, психоосвітні заняття, моніторинг фізіологічних показників, психологічна допомога та соціальна підтримка. Застосовується телемедицина, що забезпечує доступність для віддалених регіонів.

Таким чином, ефективність реабілітації після ІМ залежить від її структури, доступності, організаційного супроводу та наявності інтегрованих моделей надання допомоги. Україна має потенціал для адаптації міжнародного досвіду через розвиток інфраструктури, цифрових технологій та міжгалузевої взаємодії.

Таблиця 4

Особливості реабілітаційних стратегій для чоловіків

Країна	Основні особливості
Україна	Специфічних протоколів для чоловіків не розроблено. Основна увага – усуненню ФР, які частіше асоціюються з чоловіками (куріння, стрес, гіпертонія).
ЄС	Ураховується вищий рівень професійного стресу та серцево-судинного ризику у чоловіків, орієнтація на повернення до активної праці.
США	Чоловіки частіше проходять CRP, персоналізація включає облік занять спортом у минулому, ризиків за типом роботи.

Дані з Таблиці 4 свідчать про значні відмінності у частці пацієнтів, які проходять реабілітацію після інфаркту міокарда. В Україні – лише 40%, тоді як у Німеччині – 80%, а у США – 70%. Причини такої розбіжності комплексні: організаційні, фінансові, інфраструктурні, інформаційні.

В Україні проблеми починаються ще на етапі виписки: відсутні чіткі маршрути пацієнтів до реабілітаційних закладів, недостатня кількість кардіореабілітаційних центрів, а також недовіра або нерозуміння пацієнтами значення післяінфарктного відновлення. Крім того, багато сімейних лікарів не мають достатньої підготовки з ведення таких пацієнтів, що ускладнює контроль і супровід на етапі амбулаторної допомоги.

Німеччина, навпаки, реалізує реабілітацію як обов'язкову складову лікувального процесу. Пацієнт ще в лікарні отримує направлення, а реабілітація розпочинається одразу після стабілізації. Центри кардіореабілітації поширені рівномірно по країні, фінансування стабільне, персонал висококваліфікований. Такий підхід дозволяє досягти значного зниження рецидивів та летальності.

У США – попри високий рівень охоплення – теж існують проблеми, зокрема вразливість жінок, пацієнтів із низьким доходом, сільських жителів. Але система стимулює участь через страхове покриття, гнучкі формати занять (включно з онлайн), індивідуальний супровід коучів. Це створює позитивну динаміку та зменшує бар'єри участі.

Висновок: Україні варто зробити реабілітацію системною послугою, яка автоматично активується після гострої фази лікування. Це можливо через розробку національних клінічних маршрутів, створення реєстрів, цифрову підтримку та законодавче врегулювання механізмів направлення і фінансування.

Таблиця 5

Особливості реабілітаційних стратегій для жінок

Країна	Основні особливості
Україна	Немає окремих програм, жінки рідше проходять реабілітацію через соціально-культурні бар'єри та недооцінку симптомів.
ЄС	Визнано нижчу прихильність жінок до реабілітації, розробляються програми з емоційною підтримкою, гнучким графіком, акцентом на тривожність і депресію.
США	Існують окремі жіночі програми, фокус – на боротьбі з тривожними розладами, навчання щодо симптомів ІМ у жінок, підтримка у період менопаузи.

Таблиця 5 ілюструє диференційований підхід до післяінфарктної реабілітації з урахуванням статі пацієнтів, що відображає актуальні тенденції персоналізованої медицини.

У більшості розвинених країн визнано, що чоловіки і жінки мають різні біологічні, психологічні та соціальні потреби під час відновлення після гострого коронарного синдрому. У США та країнах ЄС ця різниця враховується вже на етапі розробки кардіореабілітаційних програм, тоді як в Україні такі протоколи зазвичай є уніфікованими для обох статей.

У чоловіків зазвичай домінують такі фактори, як ранній вихід на роботу, підвищене фізичне навантаження, емоційна нестабільність через втрату

працездатності. Відтак у програмах для чоловіків у ЄС і США робиться акцент на психологічну адаптацію до трудового навантаження, боротьбу зі шкідливими звичками (особливо тютюнопалінням), контроль артеріального тиску та ліпідного профілю. У США окремі чоловічі програми включають фітнес-компонент та індивідуальні плани харчування, що враховують рівень м'язової маси.

Для жінок характерні інші ризики: вищий рівень депресії, пізніше звернення по допомогу, відмінні клінічні симптоми інфаркту. Це зумовлює необхідність підвищення обізнаності, спеціального навчання та психосоціальної підтримки. У США функціонують жіночі кардіореабілітаційні центри, що враховують гормональні зміни, психоемоційну напругу, роль доглядача в родині. У Європі жінки отримують підтримку через гнучкий графік, групи самодопомоги, індивідуальне консультування.

В Україні, натомість, жінки меншою мірою включаються у програми відновлення – через брак інформації, догляд за родиною або неврахування симптомів ІМ у жінок на первинному етапі. Узагальнено, диференціація реабілітаційного підходу за статевими особливостями підвищує ефективність вторинної профілактики, знижує ризики повторного ІМ і підвищує прихильність до лікування.

Таблиця 6

Особливості реабілітаційних стратегій для обох статей

Напрямок	ЄС	США	Україна
Фізична активність	Індивідуально дозована, під наглядом	Аеробні вправи, моніторинг навантажень	Стандартна ЛФК
Дієтотерапія	За європейськими гайдлайнами (ESC/EASD)	DASH, Mediterranean diet	Залежить від наявності дієтолога
Освітні програми	Групові заняття та індивідуальні консультації	Навчальні сесії з сім'єю пацієнта	Дуже обмежено
Психологічна допомога	Обов'язкова складова	Включає коучинг, психотерапію	Відсутня або епізодична

Таблиця 6 узагальнює спільні підходи до кардіореабілітації, що застосовуються як до чоловіків, так і до жінок. Незважаючи на статеві відмінності, існує ядро обов'язкових компонентів, які формують основу ефективної програми відновлення після інфаркту міокарда. До таких компонентів належать фізична активність, модифікація способу життя, дієтотерапія, психосоціальна підтримка та навчання.

У країнах ЄС та США на першому етапі реабілітації пацієнт проходить індивідуальну оцінку, яка включає тести на толерантність до фізичного навантаження, анамнез та оцінку психологічного стану. Далі створюється персоналізований план з урахуванням супутніх захворювань, способу життя, соціального статусу. У США активно впроваджується гнучка структура програм (модульність), що дозволяє адаптувати тривалість і інтенсивність терапії до потреб пацієнта.

Дієтотерапія базується на рекомендаціях таких дієт, як DASH, середземноморська або гіполіпідемічна – залежно від ризиків пацієнта. Також важливим компонентом є психоемоційна підтримка, яка знижує тривожність, депресію, покращує прихильність до лікування. У США та ЄС до цього залучаються клінічні психологи, коучі, соціальні працівники.

В Україні більшість цих підходів є або епізодичними, або відсутніми. Наприклад, групові освітні програми майже не застосовуються, дієтологи залучаються вкрай рідко, а психосоціальна підтримка не входить до стандартного пакета послуг. Важливо, щоб у вітчизняну практику було інтегровано загальноєвропейські принципи уніфікованого ведення пацієнтів, незалежно від статі, але з обов'язковою індивідуалізацією відповідно до потреб кожного пацієнта.

Підсумовуючи, варто зазначити, що США та Європа мають систематизовані програми реабілітації з чітким урахуванням статевих відмінностей, високою індивідуалізацією та сучасними технологіями. Натомість, Україна потребує впровадження гендерно чутливих програм та розширення мультидисциплінарного підходу із застосуванням цифрових рішень і дистанційного моніторингу.

Усі наведені дані свідчать про необхідність подальшого вдосконалення системи надання медичної та реабілітаційної допомоги при гострому інфаркті міокарда в Україні, з урахуванням кращих практик країн Європейського Союзу та США.

ДИСКУСІЯ

Отримані результати підтверджують, що, незважаючи на позитивні зрушення в організації медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда (ГІМ) в Україні, рівень смертності та ускладнень залишається високим порівняно з країнами Європейського Союзу та США. Це узгоджується з даними дослідження, проведеного в Україні, Польщі та Швейцарії, де 5-річна смертність після ГІМ становила 14,6% в Україні, 8,5% у Польщі та 4,6% у Швейцарії [16].

Високий рівень госпітальної летальності в Україні також підтверджується аналізом

багатопрофільного реєстру пацієнтів з ГІМ, ускладненим кардіогенним шоком, де загальна внутрішньолікарняна смертність склала 57,1% [17]. Це свідчить про необхідність впровадження національного протоколу ведення кардіогенного шоку та створення референс-центрів, оснащених сучасними технологіями для механічної підтримки кровообігу.

Щодо реабілітаційної допомоги, дослідження показують, що лише 40% пацієнтів в Україні проходять повноцінну медичну реабілітацію після ГІМ, тоді як у країнах з розвиненою системою охорони здоров'я цей показник сягає 70-80% [18]. Це підкреслює необхідність розвитку спеціалізованих реабілітаційних відділень та підвищення обізнаності пацієнтів про важливість реабілітації.

Порівняльний аналіз також виявив, що в Україні значна частина пацієнтів з ГІМ не отримує своєчасної госпіталізації, що негативно впливає на результати лікування. Зокрема, дослідження в Харкові показало, що 19,5% пацієнтів помирають від ГІМ, причому 50% з них – протягом 90-120 хвилин після появи перших симптомів [19].

Крім того, дослідження в умовах воєнного часу в Україні виявили, що пацієнти з ГІМ мають пізнішу госпіталізацію, більш обтяжений анамнез та вищі показники запалення, що призводить до ускладненого перебігу госпітального періоду [20].

Загалом, результати досліджень свідчать про необхідність подальшого вдосконалення системи надання медичної та реабілітаційної допомоги при ГІМ в Україні, з урахуванням кращих практик країн Європейського Союзу та США.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження свідчать, що організація медичної та реабілітаційної допомоги при гострому інфаркті міокарда в Україні потребує суттєвого удосконалення в контексті сучасних вимог громадського здоров'я. Високі показники госпітальної летальності, недостатній рівень охоплення пацієнтів реабілітаційними програмами, а також несвоєчасна госпіталізація залишаються критичними викликами, які вимагають системних змін.

У порівнянні з країнами Європейського Союзу та США, вітчизняна система надання допомоги пацієнтам з ГІМ демонструє нижчу ефективність, що пов'язано як з організаційними, так і з ресурсними чинниками. Для покращення ситуації необхідним є впровадження сучасних протоколів лікування, розвиток системи медичної евакуації, розширення доступу до інвазивних втручань та стандартизованих програм реабілітації.

Перспективи подальших досліджень полягають у:

• розробці та впровадженні ефективних моделей маршрутизації пацієнтів з ГІМ;

• аналізі впливу соціально-демографічних та психоемоційних факторів на тривалість та якість постінфарктного відновлення;

• вивченні довгострокових клінічних результатів у пацієнтів, які пройшли різні моделі реабілітації;

• дослідженні ефективності впровадження телемедицини в ранньому постінфарктному періоді.

Комплексне вирішення зазначених питань дозволить не лише знизити рівень ускладнень та смертності від ГІМ, а й суттєво підвищити якість життя пацієнтів у постінфарктному періоді.

ДОТРИМАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ

Усі етапи дослідження проведені відповідно до положень Гельсінської декларації, із дотриманням принципів анонімності, конфіденційності та добровільної участі пацієнтів. У роботі використовувалися лише відкриті джерела статистичних та аналітичних даних без залучення персональної інформації.

ФІНАНСУВАННЯ ТА КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Дослідження виконано без зовнішнього фінансування. Автори заявляють про відсутність потенційного конфлікту інтересів, що може вплинути на результати дослідження.

ВНЕСОК АВТОРІВ

Кошеля І. І.[A, B, C, D, E, F]

REFERENCES

1. World Health Organization. (2021). Cardiovascular diseases (CVDs): Key facts. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)
2. Mysula, I. R., & Horbal, N. M. (2020). Standarty medychnoi dopomohy pry infarkti miokarda: analiz stanu ta perspektyvy udoskonalennia. Ukrainskyi kardiolohichnyi zhurnal, 5, 38-43.
3. Piepoli, M. F., Corrà, U., Dendale, P., Frederix, I., Prescott, E., Schmid, J. P., et al. (2020). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: From

knowledge to implementation. European Heart Journal, 41(35), 4355-4365. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa416
4. Chebotarova, N. O. (2021). Stan nadannia reabilitatsiinoi dopomohy patsientam pislia infarktu miokarda v Ukraini. Zdorovia suspilstva, 2(5), 32-36.
5. Tsentp hromadskoho zdorovia MOZ Ukrainy. (2023). Analitychnyi zvit pro stan zdorovia naselennia Ukrainy ta diialnist systemy okhorony zdorovia u 2022 rotsi. Kyiv: TsH Z.
6. Anderson, L., Thompson, D. R., Oldridge, N., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N., et al. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Journal of the American College of Cardiology, 67(1), 1-12. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044
7. Graffigna, G., Barello, S., & Bonanomi, A. (2020). Patient engagement and adherence to cardiac rehabilitation programs: A review. Frontiers in Psychology, 11, 2193. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02193
8. Vitsenia, V. P., & Bekhtieieva, I. Yu. (2019). Medyko-sotsialni aspekty poperedzhennia povtornykh kardiovaskuliarnykh podii pislia infarktu miokarda. Kardiolohiia: vid nauky do praktyky, 4(13), 51-55.
9. Rorth, R., Fosbol, E. L., Fosbol, P. L., et al. (2021). Cardiac rehabilitation and mortality after myocardial infarction: A nationwide cohort study. European Heart Journal, 42(4), 316-325. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa781
10. MOZ Ukrainy. (2023). Stratehiia rozvytku okhorony zdorovia Ukrainy do 2030 roku. https://moz.gov.ua/strategija-2030
11. Zabashta, V., Koshcheiev, I., & Makarenko, T. (2021). Analysis of the hospitalization time impact on hospital mortality from acute myocardial infarction. EUREKA: Health Sciences, 4, 20-25. https://doi.org/10.21303/2504-5679.2021.001813
12. Bilchenko, A. O., Zadorozhna, D. O., Leonenko, A. S., et al. (2024). Acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock in Ukraine: Multicentre registry analysis 2021-2022. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 11, 1377969. https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1377969
13. BMJ. (2017). Long-term outcomes after acute myocardial infarction in countries with different socioeconomic environments: An international prospective cohort study. BMJ, 358, j3416. https://doi.org/10.1136/bmj.j3416
14. Diagnostic value of hematological indicators in predicting complications of the hospital period of STEMI under wartime stress. (2023). Ukrainian Journal of Cardiology, (2), 55-62.
15. Tereshchenko, N. M. (2022). Exercise training in early post-infarction period: Clinical and functional aspects. Ukrainian Journal of Cardiology, 3, 20-26.
16. OECD. (2023). Health at a Glance 2023: Mortality following acute myocardial infarction. https://www.oecd.org
17. Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Heart Disease Facts. https://www.cdc.gov/nchs/fastats/heart-disease.htm
18. U.S. Department of Health and Human Services. Million Hearts Initiative. https://millionhearts.hhs.gov
19. Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., et al. (2021). European cardiovascular disease statistics 2021. European Heart Network. https://ehnheart.org
20. Journals.uran.ua. (2022). Orhanizatsiia dopomohy pry infarkti miokarda v Ukraini v konteksti «Stent for Life». https://journals.uran.ua

Abstract

ORGANIZATION AND QUALITY OF MEDICAL AND REHABILITATION CARE FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN THE CONTEXT OF PUBLIC HEALTH

Ivan I. Koshelia[1,2]

[1]State Higher Educational Institution «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine
[2]State Enterprise «Karpaty» Clinical Sanatorium, v. Karpaty, Ukraine

Introduction. Acute myocardial infarction (AMI) remains one of the leading causes of mortality in Ukraine, despite healthcare reforms and the development of reperfusion care. High hospital mortality and limited rehabilitation coverage highlight the need for a systemic revision of treatment and recovery approaches.
Aim. To analyze the organizational aspects and quality of medical and rehabilitation care for AMI patients in Ukraine in the context of public health and to compare the findings with international practice.
Materials and methods. The study used content analysis of legal and clinical guidelines, statistical analysis of data from the Ministry of Health and Public Health Center of Ukraine, and scientific publications from 2019-2024. A comparative assessment of core indicators was conducted using data from the EU and USA.
Results. Hospital mortality after AMI in Ukraine is 2-3 times higher than in EU countries. Only 40% of patients undergo full cardiac rehabilitation, compared to 70-80% in Germany and the USA. Key barriers include limited access to percutaneous coronary intervention (PCI) in rural areas, staff shortages, outdated infrastructure, and low patient awareness. According to current clinical medicine perspectives, following acute myocardial infarction (AMI), the primary objectives extend beyond stabilization of the patient's condition to include the prevention of recurrent cardiovascular complications, preservation of functional capacity, and improvement of quality of life. Achieving these outcomes largely depends on the proper organization of cardiac rehabilitation, which, according to the European Society of Cardiology, is an essential component of comprehensive AMI management.
At the same time, rehabilitation strategies vary significantly across countries: Ukraine is characterized by a fragmented approach with limited patient coverage, whereas the European Union and the United States implement structured, personalized programs that consider sex, social, and individual factors. Effective post-AMI recovery requires the integration of multidisciplinary approaches, advanced digital technologies, and gender-sensitive rehabilitation strategies.
Conclusions. Effective AMI care in Ukraine requires strengthening human resources, expanding rehabilitation infrastructure, implementing telemedicine, and integrating a multidisciplinary, evidence-based approach in line with European standards.

Keywords: **public health, myocardial infarction, rehabilitation, secondary prevention, healthcare quality**

Received: 28.11.2024
Accepted: 17.02.2025